

ISSN 2072-0297

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



5 2023
ЧАСТЬ V

16+

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 5 (452) / 2023

Издается с декабря 2008 г.

Выходит еженедельно

Главный редактор: Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

Редакционная коллегия:

Жураев Хусниддин Олтинбоевич, доктор педагогических наук (Узбекистан)
Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук
Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук
Сараева Надежда Михайловна, доктор психологических наук
Абдрасилов Турганбай Курманбаевич, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Авдюк Оксана Алексеевна, кандидат технических наук
Айдаров Оразхан Турсункожаевич, кандидат географических наук (Казахстан)
Алиева Тарана Ибрагим кызы, кандидат химических наук (Азербайджан)
Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук
Бердиев Эргаш Абдуллаевич, кандидат медицинских наук (Узбекистан)
Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук
Данилов Олег Евгеньевич, кандидат педагогических наук
Дёмин Александр Викторович, кандидат биологических наук
Дядюн Кристина Владимировна, кандидат юридических наук
Желнова Кристина Владимировна, кандидат экономических наук
Жуйкова Тамара Павловна, кандидат педагогических наук
Игнатова Мария Александровна, кандидат искусствоведения
Искаков Руслан Маратбекович, кандидат технических наук (Казахстан)
Калдыбай Кайнар Калдыбайулы, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Кенесов Асхат Алмасович, кандидат политических наук
Коварда Владимир Васильевич, кандидат физико-математических наук
Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук
Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук
Кузьмина Виолетта Михайловна, кандидат исторических наук, кандидат психологических наук
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Кучерявенко Светлана Алексеевна, кандидат экономических наук
Лескова Екатерина Викторовна, кандидат физико-математических наук
Макеева Ирина Александровна, кандидат педагогических наук
Матвиенко Евгений Владимирович, кандидат биологических наук
Матроскина Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук
Матусевич Марина Степановна, кандидат педагогических наук
Мусаева Ума Алиевна, кандидат технических наук
Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук (Казахстан)
Паридинова Ботагоз Жаппаровна, магистр философии (Казахстан)
Прончев Геннадий Борисович, кандидат физико-математических наук
Рахмонов Азиз Боситович, доктор философии (PhD) по педагогическим наукам (Узбекистан)
Семахин Андрей Михайлович, кандидат технических наук
Сенцов Аркадий Эдуардович, кандидат политических наук
Сенюшкин Николай Сергеевич, кандидат технических наук
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Титова Елена Ивановна, кандидат педагогических наук
Ткаченко Ирина Георгиевна, кандидат филологических наук
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры
Фозиллов Садриддин Файзуллаевич, кандидат химических наук (Узбекистан)
Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук
Ячинова Светлана Николаевна, кандидат педагогических наук

Международный редакционный совет:

Айрян Заруи Геворковна, кандидат филологических наук, доцент (Армения)
Арошидзе Паата Леонидович, доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)
Атаев Загир Вагитович, кандидат географических наук, профессор (Россия)
Ахмеденов Кажмурат Максutowич, кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)
Бидова Бэла Бертовна, доктор юридических наук, доцент (Россия)
Борисов Вячеслав Викторович, доктор педагогических наук, профессор (Украина)
Буриев Хасан Чутбаевич, доктор биологических наук, профессор (Узбекистан)
Велковска Гена Цветкова, доктор экономических наук, доцент (Болгария)
Гайич Тамара, доктор экономических наук (Сербия)
Данатаров Агахан, кандидат технических наук (Туркменистан)
Данилов Александр Максимович, доктор технических наук, профессор (Россия)
Демилов Алексей Александрович, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Досманбетов Динар Бакбергенович, доктор философии (PhD), проректор по развитию и экономическим вопросам (Казахстан)
Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)
Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)
Игисинов Нурбек Сагинбекович, доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)
Кадыров Кутлуг-Бек Бекмурадович, доктор педагогических наук, и. о. профессора, декан (Узбекистан)
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Козырева Ольга Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Россия)
Колпак Евгений Петрович, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Кыят Эмине Лейла, доктор экономических наук (Турция)
Лю Цзюань, доктор филологических наук, профессор (Китай)
Малес Людмила Владимировна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Нагервадзе Марина Алиевна, доктор биологических наук, профессор (Грузия)
Нурмамедли Фазиль Алигусейн оглы, кандидат геолого-минералогических наук (Азербайджан)
Прокопьев Николай Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Прокофьева Марина Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Казахстан)
Рахматуллин Рафаэль Юсупович, доктор философских наук, профессор (Россия)
Ребезов Максим Борисович, доктор сельскохозяйственных наук, профессор (Россия)
Сорока Юлия Георгиевна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Узаков Гулом Норбоевич, доктор технических наук, доцент (Узбекистан)
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры (Россия)
Хоналиев Назарали Хоналиевич, доктор экономических наук, старший научный сотрудник (Таджикистан)
Хоссейни Амир, доктор филологических наук (Иран)
Шарипов Аскар Калиевич, доктор экономических наук, доцент (Казахстан)
Шуклина Зинаида Николаевна, доктор экономических наук (Россия)

На обложке изображен *Ирвин Дэвид Ялом* (1931) — американский психолог и психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор психиатрии Стенфордского университета, писатель.

Ирвин Ялом родился в семье выходцев из России. Родители Ирвина эмигрировали в США за пятнадцать лет до его рождения. Юноша жил среди бедных слоев черного населения, где было небезопасно. Много времени он проводил в центральной библиотеке. Его страстью были художественные романы — то, что никогда не произойдет в жизни, можно создать с помощью книг.

Выбор профессии для людей, живущих в гетто, был ограничен — или казался ограниченным. Все ровесники Ирвина, идя по стопам отцов, поступали либо в медицинские училища, либо в бизнес-школы. Медицинское училище казалось Ялому ближе к Толстому и Достоевскому, и он начал обучение медицине, заранее зная, что отдаст предпочтение психологии.

После окончания высшей школы Ирвин посещал Университет Джорджа Вашингтона (он окончил его в 1952 году), а потом — Школу медицины Бостонского университета. Интернатуру он проходил в госпитале «Маунт-Синай» в Нью-Йорке и в клинике «Фипс» госпиталя Джонса Хопкинса. После окончания обучения Ялом два года служил в армии в больнице общей практики «Триплер» в Гонолулу.

После службы Ялом начал карьеру в Стэнфордском университете, где занимался экзистенциальной психологией.

Психология показала себя с очень интригующей стороны: все истории, услышанные Ирвином Яломом от его пациентов, казались ему восхитительными. Он считает, что каждый пациент требует отдельного подхода, индивидуального терапевтического метода, основанного на уникальности его истории. С годами данное представление о психологии отводило его все дальше и дальше от самого

центра профессиональной психиатрии, в которой на первый план выступают методы, зависящие от экономической составляющей науки, а именно — деперсонализация (в основе которой лежит симптоматика), инициативное протоколирование и краткость самого психиатрического метода для всех.

Как считают некоторые авторы, в своих работах Ялом прошел путь от психоанализа до экзистенциально-гуманистического терапевта. Большое место в его трудах («Мамочка и смысл жизни», «Лжец на кушетке», «Дар психотерапии») отводится преодолению экзистенциального страха смерти. В последней своей работе («Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти», 2008) он подводит итог изучению этой проблемы и пишет: «Как только мы оказываемся способными противостоять факту своей собственной смертности, мы становимся способны перестроить наши приоритеты, общаться более глубоко с теми, кого мы любим, ценим более остро красоту жизни и увеличиваем свою готовность взять на себя риски, необходимые для самореализации».

В 2000 году американская психиатрическая ассоциация наградила Ирвина Ялома премией Оскара Пфистера за важный вклад в религию и психиатрию.

В ноябре 2009 года по приглашению Института повышения квалификации практикующих психологов Ирвин Ялом и его супруга приехали в Россию, где ученый выступил перед широкой аудиторией читателей и профессиональных психологов.

По некоторым его книгам были сняты документальные фильмы, в которых он сам принял участие.

Писатель женат на филологе Мэрилин Ялом, с которой познакомился еще в старших классах в Вашингтоне. Супруги вместе уже более 60 лет, у них четверо детей.

Екатерина Осянина, ответственный редактор

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЯ

- Киселев В. А.**
Влияние обработки АТФ и ИФР на регенерацию повреждённых соматических нервов 313
- Косткина Ф. Л.**
Факторы, влияющие на активность сперматогенеза у млекопитающих 317
- Морозова А. С.**
Соотношение возраста и длины раковины черноморской мидии (*Mytilus galloprovincialis*)..... 319
- Русаков Д. А.**
Об универсальности охотничьих рабочих характеристик легавых собак породы дратхаар 321
- Русакова Ю. В.**
Оценка и отбор охотничьих собак по рабочим качествам..... 324
- Шило Д. Н.**
Природные и антропогенные факторы, влияющие на динамику численности европейского благородного оленя (*Cervus elaphus*) 332

МЕДИЦИНА

- Абаева К. А., Гаккоева К. О.**
Особенности диагностики рака лёгкого: обзор 335
- Алдатова М. М., Гаккоева К. О., Тогузова З. А.**
Влияние химио- и гормонотерапии на течение ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью у больных раком предстательной железы 337
- Бесаева Э. Ч., Сартоева А. А.**
Рак молочной железы 339
- Бицужева Ф. Р., Умарова Б. Х., Бураев А. Б.**
Гидронефроз: общая характеристика, классификация, диагностика, лечение, прогноз..... 341

- Булкин М. Д., Коновальцева Т. А., Трухмаева И. Е.**
Стабильная стенокардия и принципы ее лечения 342
- Викторова Ю. В.**
Необходимость разработки и внедрения специализированных продуктов питания..... 344
- Гаккоева К. О., Алдатова М. М., Джиева И. А.**
Об организационных параллелях деятельности системы здравоохранения России в условиях военного времени и пандемии COVID-19 345
- Дзантиева В. Р., Джаваева А. Г.**
Ахалазия пищевода: диагностическая оценка..... 347
- Дзантиева В. Р.**
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 348
- Зангионова А. Т., Дауров М. Г.**
Дентофобия как следствие нарушения аспектов медицинской деонтологии..... 350
- Мамонтова Н. С.**
Оценка влияния массовой иммунизации населения на заболеваемость гриппом на территории Архангельской области в 2005–2021 годах 351
- Мустафакулов Г. И., Моминов А. Т., Ортикбоев Ф. Д.**
Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры..... 354
- Озюменко В. В.**
Актуальность санитарно-гигиенического обеспечения войск..... 357
- Туганова А. З., Рудикова А. А.**
Оценка значения витамина D в предгравидарной подготовке и во время беременности..... 359
- Умарова Б. Х., Бураев А. Б., Бицужева Ф. Р.**
Атрезия пищевода у детей 360

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

- Тилинин М. С., Морозова А. А., Пенечко А. Н., Якименко Д. Д.**
Социологическое исследование потребителей ноотропных препаратов 363

ТЕОЛОГИЯ

- Дарбишгаджиев М. С.**
Становление суфийской традиции в Дагестане 365
- Насырьянов А. Б.**
Вклад суфизма в развитие умеренного ислама в Нусантаре 371

ПРОЧЕЕ

- Буткус Е. В.**
Современные подходы к обеспечению пожарной безопасности спортивных объектов 374
- Буткус Е. В.**
Возгорания в спортивных комплексах. Причины и последствия 376
- Буткус Е. В.**
Система обеспечения пожарной безопасности спорткомплексов 379
- Кочеткова Ж. А.**
Пополнение резерва российской армии путем отмены верхнего возрастного предела для заключения первого контракта о прохождении военной службы 382

- Старостин М. С., Овчинников С. В., Захаров М. Ю., Кретов И. А.**

Проблемные вопросы нормирования расхода горючего и смазочных материалов в войсках национальной гвардии 384

НАУЧНАЯ ПУБЛИЦИСТИКА

- Мигалина Т. С.**

Совместимы ли мораль и политика? Чьи идеи — Макиавелли или Канта — более необходимы современному миру 386

МОЛОДОЙ УЧЕНЫЙ
ҚАЗАҚСТАН

- Жумадуллаева А. А., Шылмырзаева М.**
Бастауыш сынып оқушыларының әмбебап оқу әрекеттерін кіріктірілген сабақтарда қалыптастыру (4-сынып) 388

- Сақып Г. М.**
Сөйлеу тілі жалпы дамымаған (2–3 деңгей) мектеп жасына дейінгі (4–5 жас) балалардың ұсақ моторикасын дәстүрден тыс әдістер арқылы дамыту 390

МОЛОДОЙ УЧЕНЫЙ
O'ZBEKISTON

- Эргашев У. Ю., Маликов Н. М., Ортикбоев Ф. Д., Минавархужаев Р. Р.**
Перитонит билан хасталанган беморларнинг операциядан кейинги даврида Маннгейм перитонеал индекси билан бахолаш 394

БИОЛОГИЯ

Влияние обработки АТФ и ИФР на регенерацию повреждённых соматических нервов

Киселев Вадим Александрович, студент магистратуры

Российский государственный аграрный заочный университет (г. Балашиха, Московская обл.)

В статье автор исследует влияние АТФ и ИФР на структуру повреждённых соматических нервов.

Ключевые слова: биология, нейрофизиология, исследования.

Нервная система регулирует деятельность всех систем и органов, обуславливает их функциональное единство, обеспечивает связь организма с внешней средой. Травматические повреждения периферических нервов составляют одну из самых сложных проблем современной медицины и биологии. Сложность ее заключается в многоплановости патологических нарушений, возникающих в нервно-мышечных элементах и во всем организме.

При повреждении нерва происходят глубокие изменения в его структуре, а также в составе липидных компонентов мембран. Подвергаясь воздействию различных веществ, структура поврежденных соматических нервов претерпевает значительные изменения [1].

Большая часть белков соматического нерва схожа с белками других органов и тканей, так как они выполняют схожие функции, обеспечивающие жизнедеятельность организма, но существует категория нейроспецифических белков, которые получили свое название благодаря особенностям структуры и выполняемым функциям.

Белки соматической нервной системы можно разбить на следующие группы:

- 1) неферментные нейроспецифические Ca^{2+} -связывающие белки;
- 2) сократительные и цитоскелетные белки;
- 3) белки миелина;
- 4) транспортные нейроспецифические белки.

Основными липидами, входящими в состав соматических нервных волокон, являются фосфолипиды, гликолипиды и стероиды. В нервной ткани в больших количествах содержатся сфинголипиды, функция которых — участие в процессах пролиферации, дифференцировки, а также апоптоза клеток.

Холестерин является одним из важнейших структурных компонентов биологических мембран. Большая его часть в организме млекопитающих находится в клеточных мембранах и миелиновых оболочках. Холестерин важен для работы нескольких сигнальных нейротрансмиттерных, а также рецепторных систем [2].

Периферические нервы обладают способностью к регенерации в случае их повреждения.

В поврежденном нерве в проксимальных и дистальных участках происходят регенеративные процессы, протекание и скорость которых зависят от различных внешних и внутренних факторов. Повреждение периферического нерва путем перерезки вызывает комплекс скоординированных изменений в травмированном отростке. Данный комплекс способствует выживанию нейронов и регенерации его отростков через область травмы.

На проксимальном конце перерезанного аксона появляются множественные отростки, концы которых образуют утолщения — конусы роста. На дистальном конце шванновские клетки формируют отростки, которые направляются навстречу конусам роста. На концах конусов роста формируются филоподии, на которых располагаются поверхностные рецепторы, временно связывающиеся с поверхностными молекулами адгезии базальных мембран шванновских клеток. Актиновые филаменты филоподий прикрепляются к поверхностным рецепторам и относительно этих соединений осуществляют дальнейшее продвижение конусов роста. Конусы роста стимулируют митотическую активность шванновских клеток. Шванновские клетки начинают активно делиться и миелинизировать наиболее крупные аксоны.

Если же нерв был поврежден не полностью, то велика вероятность скорейшей регенерации, нежели чем при полном нарушении целостности нерва, поскольку в случае размождения эндоневрий остается сохранным. Филоподии двигательных и чувствительных аксонов специфично распознают базальные мембраны тех шванновских клеток, которые до повреждения окружали соответствующий тип аксонов. При полном разрыве нервных стволов перед попыткой их восстановления, как правило, выжидают около трех недель, т. к. сразу после повреждения их соединительнотканые оболочки сильно отекают, а в течение этого промежутка времени они становятся немного толще, что позволяет шовному материалу лучше закрепиться.

После возобновления контакта между нервной клеткой и периферическими разветвлениями функция нерва восстанавливается лишь при условии нейрофибриллизации соединительной ткани. Срок необходимый для восстановления утраченной функции, определяется характером повреждения культы центрального отрезка нерва, степенью расхождения концов и длиной нерва от места повреждения до периферических разветвлений.

Сближение отрезков нерва позволяет значительно увеличить процесс регенерации. При сильном расхождении концов нерва регенерация замедляется или же окончательно прекращается [4].

Аденозинтрифосфорная кислота (АТФ) — это нуклеозидтрифосфат, которые имеет большое значение в обмене энергии и веществ в различных организмах. АТФ является универсальным источником энергии для всех процессов, протекающих в живых системах (рис. 1).

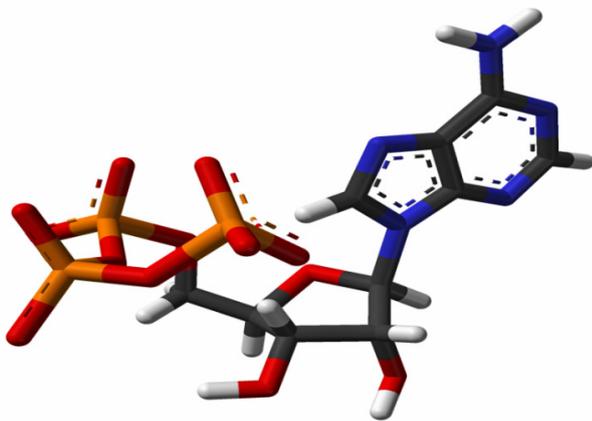


Рис. 1. Структура АТФ

Нервные окончания, отвечающие за формирование болевого сигнала, необычайно чувствительны к низким концентрациям АТФ: в них появляются электрические сигналы, несущие информацию в мозг.

После повреждения травмированные нейроны переходят от режима передачи к режиму роста и начинают продуцировать белки, которые имеют потенциал для стимуляции регенерации. При повреждении нерва АТФ быстро высвобождается, что приводит к активации ряда сигнальных путей, которые приводят к активации клеток глии, а также к восстановлению функций нерва.

Инсулиноподобный фактор роста (ИФР) — это белок, схожий с инсулином по своим свойствам и структуре. Он участвует в регуляции различных процессов роста, а также в развитии и дифференцировке клеток и тканей организма. ИФР состоит из одной полипептидной цепи, длина которой составляет 70 аминокислотных остатков с тремя дисульфидными мостиками (рис. 2).

ИФР оказывает разнообразное действие на нервные клетки, способствуя их выживанию и пролиферации. ИФР влияет на рост и структуру нервных клеток, позволяет увеличить рост дендритов и аксонов, способствует миелинизации.

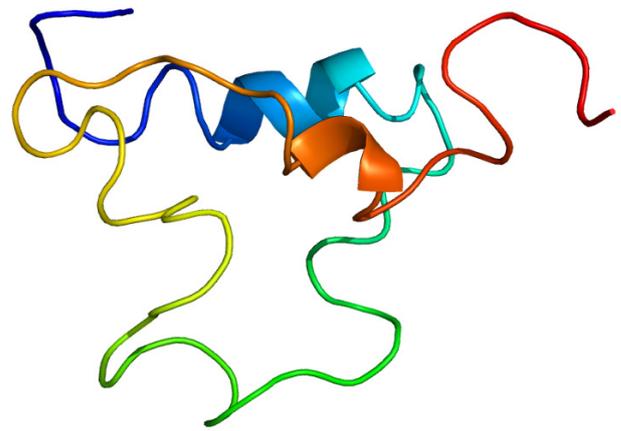


Рис. 2. Структура ИФР

Объектами исследования служили белые крысы массой тела 250 ± 50 г. Опытные животные были разделены на 4 группы:

- 1) контроль (животные с неповрежденным нервом);
- 2) животные с поврежденным седалищным нервом, выведенные из эксперимента через 1, 3, 7 суток;
- 3) животные с поврежденным седалищным нервом, которым вводили АТФ в концентрациях 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} М, выведенные из эксперимента через 1, 3, 7 суток.
- 4) животные с поврежденным седалищным нервом, которым вводили ИФР в концентрациях 50, 75, 100 нг/кг, выведенные из эксперимента через 1, 3, 7 суток.

Повреждение седалищного нерва экспериментальных животных проводилось под хлороформным наркозом. Перерезка осуществлялась в верхней трети бедра с последующим наложением швов. Спустя 1, 3, 7 суток после повреждения у крыс проводили извлечение седалищных нервов, которые помещали в раствор Рингера.

Исследование структуры соматического нерва в норме и после повреждения осуществляли с помощью двух методов:

- 1) метода КР-спектроскопии;
- 2) метода лазерной интерференционной микроскопии.

Для исследования структуры соматических нервов методом КР-спектроскопии было выбрано соотношение полос 2940 см^{-1} и 2853 см^{-1} (I_{2940}/I_{2853}), интенсивность которого определяет белок-липидное взаимодействие [3]. Анализ белок-липидных взаимодействий в мембране позволяет определить количественное увеличение контактов трех основных типов:

- 1) белок-липидный контакт, вызывающий локальное возрастание упорядоченности части липидной массы;
- 2) контакт периферических белков с липидами, вызывающий эластическую деформацию бислоя;
- 3) изменение градиента кривизны и деформации бислоя.

Результаты, полученные после воздействия АТФ на седалищный нерв, приведены в таблице 1.

Таблица 1. Интенсивность отношения I2940/I2853 при воздействии АТФ на нерв

	Проксимальный участок	Дистальный участок
контроль	0,91±0,30	0,97±0,60
1 сутки, 10 ⁻⁴ М	0,84±0,32	0,88±0,60
3 суток, 10 ⁻⁴ М	0,93±0,46	0,98±0,50
7 суток, 10 ⁻⁴ М	0,97±0,53	0,99±0,12
1 сутки, 10 ⁻³ М	0,89±0,78	0,96±0,63
3 суток, 10 ⁻³ М	0,95±0,98	0,98±0,80
7 суток, 10 ⁻³ М	1,01±0,70	1,04±1,01
1 сутки, 10 ⁻² М	0,9±0,77	0,95±0,52
3 суток, 10 ⁻² М	0,98±0,68	1,02±0,72
7 суток, 10 ⁻² М	1,09±1,07	1,10±0,75

Также экспериментальным животным вводили раствор ИФР в концентрациях 50, 75, 100 нг/кг. Полученные данные приведены в таблице 2.

Таблица 2. Интенсивность отношения I2940/I2853 при воздействии ИФР на нерв

	Проксимальный участок	Дистальный участок
контроль	0,91±0,31	0,97±0,60
1 сутки, 50 нг/кг	0,91±0,83	0,93±0,92
3 суток, 50 нг/кг	0,96±0,12	0,97±0,30
7 суток, 50 нг/кг	1,01±0,64	0,99±0,72
1 сутки, 75 нг/кг	0,9±0,72	0,96±0,23
3 суток, 75 нг/кг	0,98±0,90	1,01±0,94
7 суток, 75 нг/кг	1,02±0,43	1,02±1,00
1 сутки, 100 нг/кг	0,89±0,74	0,94±0,32
3 суток, 100 нг/кг	1,02±0,41	1,08±0,92
7 суток, 100 нг/кг	1,23±1,21	1,29±1,02

Для изучения структуры соматического нерва методом лазерной интерференционной микроскопии (ЛИМ) была рассмотрена оптическая разность хода (ОРХ). ОРХ зависит от структуры нерва, от площади в различных его участках, а также от толщины миелиновой оболочки.

Было изучено влияние АТФ на ОРХ. Результаты приведены в таблице 3

Таблица 3. Изменение оптической разности хода при воздействии АТФ на нерв

контроль, проксимальный	20,85±0,34
контроль, дистальный	20,51±0,31
1 сутки, 10 ⁻⁴ М, проксимальный	5,97±0,98
1 сутки, 10 ⁻⁴ М, дистальный	5,88±0,41
1 сутки, 10 ⁻³ М, проксимальный	22,73±0,52
1 сутки, 10 ⁻³ М, дистальный	22,31±1,95
1 сутки, 10 ⁻² М, проксимальный	24,38±0,12
1 сутки, 10 ⁻² М, дистальный	23,01±1,46
3 суток, 10 ⁻⁴ М, проксимальный	5,98±0,52
3 суток, 10 ⁻⁴ М, дистальный	6,61±0,98
3 суток, 10 ⁻³ М, проксимальный	15,93±0,49
3 суток, 10 ⁻³ М, дистальный	14,7±0,12
3 суток, 10 ⁻² М, проксимальный	26,45±0,85
3 суток, 10 ⁻² М, дистальный	25,08±1,98
7 суток, 10 ⁻⁴ М, проксимальный	21,41±0,38
7 суток, 10 ⁻⁴ М, дистальный	21,22±0,95

контроль, проксимальный	20,85±0,34
7 суток, 10 ⁻³ М, проксимальный	24,55±1,21
7 суток, 10 ⁻³ М, дистальный	24,42±0,12
7 суток, 10 ⁻² М, проксимальный	28,13±0,95
7 суток, 10 ⁻² М, дистальный	26,45±0,56

Также, было исследовано влияние ИФР на ОРХ. Результаты приведены в таблице 4.

Таблица 4. Изменение оптической разности хода при воздействии ИФР на нерв

контроль, проксимальный	20,85±0,25
контроль, дистальный	20,51±0,12
1 сутки, 50 нг/кг, проксимальный	5,97±0,91
1 сутки, 50 нг/кг, дистальный	5,88±0,31
1 сутки, 75 нг/кг, проксимальный	22,73±1,70
1 сутки, 75 нг/кг, дистальный	22,31±0,98
1 сутки, 100 нг/кг, проксимальный	26,35±2,10
1 сутки, 100 нг/кг, дистальный	23,39±2,10
3 суток, 50 нг/кг, проксимальный	5,98±0,12
3 суток, 50 нг/кг, дистальный	6,61±0,42
3 суток, 75 нг/кг, проксимальный	15,93±0,16
3 суток, 75 нг/кг, дистальный	14,70±0,49
3 суток, 100 нг/кг, проксимальный	30,96±0,35
3 суток, 100 нг/кг, дистальный	29,57±0,87
7 суток, 50 нг/кг, проксимальный	11,41±0,31
7 суток, 50 нг/кг, дистальный	11,22±0,65
7 суток, 75 нг/кг, проксимальный	24,55±0,71
7 суток, 75 нг/кг, дистальный	24,42±0,98
7 суток, 100 нг/кг, проксимальный	33,13±0,13
7 суток, 100 нг/кг, дистальный	32,12±0,65

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы:

1. Методом КР-спектроскопии было установлено, что значительное воздействие на поврежденный седалищный нерв оказывает АТФ в концентрации 10⁻² М при введении в течение 7 суток. При этом отношение I_{2940}/I_{2853} , отвечающее за белок-липидное взаимодействие, увеличивается на 19% и 13% в проксимальном и дистальном участках относительно контроля.

2. Наибольшее влияние оказало введение ИФР в концентрации 100 нг/кг в течение 7 суток: отношение I_{2940}/I_{2853} превысило контрольные показатели в проксимальном и дистальном участках на 35% и 33%,

3. Анализируя полученные данные, следует отметить, что регенерация нерва происходила незначительно. Лишь при воздействии ИФР в концентрации 100 нг/кг наблюдалось значительное увеличение интенсивности полос, отвечающих за белок-липидное взаимодействие. Это свидетельствует об изменении белкового и липидного состава,

а также об увеличении числа контактов между белками и липидами.

4. Методом лазерной интерференционной микроскопии было установлено, что значительные изменения оптической разности хода происходят при воздействии на поврежденный соматический нерв АТФ в концентрации 10⁻² М в течение 7 суток. Оптическая разность хода в проксимальном участке нерва повысилась на 34%, в дистальном — на 28% относительно контроля.

5. При воздействии ИФР в концентрации 100 нг/кг на поврежденный соматический нерв в течение 7 суток наблюдались значительные изменения оптической разности хода, которая увеличилась на 58% в проксимальном и 56% в дистальном участках по отношению к контролю.

6. Результаты свидетельствуют о значительном изменении локальных показателей преломления нервной клетки или же о наличии дополнительных резервуаров цитоплазмы внутри нее, которые приводят к геометрическим изменениям размера клетки.

Литература:

1. Алексеева Е. Б. Регенерация седалищного нерва крысы после кратковременного дозированного вытяжения его центрального отрезка. — дис. канд. биол. наук, 2003

2. Кирова С. М. Современные представления о регенерации нервных волокон при травмах нервной системы. — С. А. Живолупов, Н. А. Рашидов, И. Н. Самарцев, Е. В. Яковлев — Санкт-Петербург, 2020
3. Кутузов Н. П. Метод микроспектроскопии комбинационного рассеяния для исследования свойств миелина нервных волокон. — дис. канд. биол. наук, 2016.
4. Сотников О. С. Проблема слияния отростков нейронов. — О. С. Сотников, Г. И. Рыбакова, И. А. Соловьева, М., 2007.

Факторы, влияющие на активность сперматогенеза у млекопитающих

Косткина Франсиска Луишовна, студент магистратуры

Российский государственный аграрный заочный университет (г. Балашиха)

Сперматогенез — это очень сложный процесс, связанный с передачей генетического наследия.

За последние два десятилетия достижения в этой области исследования значительно улучшили наши знания о сперматогенезе, выявив многочисленные гены, необходимые для развития функциональных мужских гамет. Крупномасштабный анализ функции яичек углубил наше понимание нормального и патологического сперматогенеза.

Сперматогенез — это выработка сперматозоидов в семенниках животных. Существование спермиев было открыто в 1678 г. микроскопистами А. ван Левенгуком и Н. Хартсекером. Сперматозоид — это гаметы (половые клетки), образующиеся в мужском репродуктивном тракте. Каждая клетка спермы содержит весь геном мужчины, который ее производит. В сочетании с женским геномом, содержащимся в яйцеклетке, образуется зигота — единственная тотипотентная стволовая клетка, содержащая слитый геном как мужского, так и женского пола.

У млекопитающих сперматозоид состоит из головы, тела и хвоста (жгутика). Сперматозоид человека содержит половину числа хромосом, обнаруженных в неполовых клетках, содержащих ядро, — двадцать три. Хромосомы в сперматозоидах не парные — следовательно, сперматозоид является гаплоидной клеткой.

Целью сперматогенеза является создание зрелых мужских гамет, которые могут эффективно оплодотворять женские гаметы, чтобы сформировать одноклеточный организм, называемый зиготой, что в конечном итоге приводит к делению и размножению клеток с образованием плода.

Рассматривая работы авторов в этой области и анализируя научные публикации, сформируем факторы нарушения сперматогенеза в группы:

1. Морфологические. Нарушения репродуктивной функции у мужчин, которые часто связаны со структурными и количественными аномалиями кариотипа, микро-делециями в Y-хромосоме. В отличие от большинства млекопитающих, у человека регистрируется наибольший процент морфологически аномальных спермиев.

2. Генетические

Генетический тип наследования заключен в коде ДНК; передача эпигенетической информации осуществляется

механизмами, включающимися в онтогенезе функциями, не затрагивающими саму нуклеотидную последовательность ДНК.

3. Экологические факторы. Первоначально отметим, что экологические факторы можно подразделить на две подгруппы:

1) Биотические (живой природы) — воздействие на организм других живых существ или продуктов их жизнедеятельности (пища, хищники, паразиты).

2) Абиотические (неживой природы) — физические условия среды (температура, влажность, освещенность, химический состав окружающей среды).

Исследования проведенные Н. Ламас-Лукенйо, М. Хостенс, Э. Муллаарт и другими, показали, что повышение температуры, вызванное изменением климата, оказывает неблагоприятное воздействие на физиологию, благополучие, здоровье и воспроизводство крупного рогатого скота. Тепловой стресс у коров влияет на яйцеклетку и эмбрион непосредственно через тепловой шок на клеточную функцию.

4. Физиологические факторы. Торможение развития половых клеток или его блокада, соответствующее становление гипо- или асперматогенеза обусловлены конкретными формами деструкции сперматогенного эпителия.

5. Химические вещества. Воздействие тяжелых металлов является наиболее важным фактором риска при оценке сперматогенеза. Наблюдалось негативное влияние на подвижность, морфологию и концентрацию сперматозоидов таких химических элементов, как Al, Cr, Cd, Pb или Fe, в то время как положительное влияние было отмечено для Zn, Mg и Ca. Влияние Mn, Cu, Ni или Se на сперматозоиды неоднозначно.

Процесс сперматогенеза очень чувствителен, и на него может повлиять малейшее изменение уровня гормонов, таких как тестостерон, вырабатываемых гипоталамусом, гипофизом и клетками Лейдига. Стресс может вызвать повреждение ДНК сперматозоидов, что приводит к проблемам при оплодотворении и беременности.

Исследования проводились в период с 2019 по 2021 г., в соответствии со схемой опыта. Сезоны года: весенний сезон — с 23 марта по 9 июня, летний — с 10 июня по 20

августа, осенний с 21 августа по 5 ноября, зимний с 6 ноября по 22 марта.

Взятие спермы от быков-производителей осуществлялось дуплетом или триплетом один раз в неделю, от каждого быка. Взятие спермы происходило согласно составленному графику и в определенное время. Полученный эякулят взвешивали на весах, микроскопировали и проверяли активность сперматозоидов.

Одним из факторов, влияющим на показатели спермопродукции является породная принадлежность быков. Поэтому мы сравнили данные по качеству спермы, в зависимости от породы.

Быки голштинской породы красно-пестрой масти превосходят быков красно-пестрой породы, по объему эякулята на 0,08 мл; концентрации сперматозоидов в одном миллилитре на 0,04 млрд/мл и в эякуляте на 0,15 млрд по количеству полученного семени за весь период исследований на 57,8 мл.

Одним из важных факторов, влияющих на сперматогенез, является сезон года, а также продолжительность освещения в течение суток. Увеличение светового дня весной повышает воспроизводительную способность быков, а его сокращение зимой — приводит к ее уменьшению.

Объем эякулята и концентрация спермиев в 1 мл у быков красно-пестрой породы были выше, чем у быков голштинской породы красно-пестрой масти. В зимний сезон процент выбраковки семени от быков обеих пород был практически на одном уровне.

Объем эякулята и концентрация спермиев в 1 мл у быков красно-пестрой породы были выше, чем у быков голштинской породы красно-пестрой масти. В зимний сезон процент выбраковки семени от быков обеих пород был практически на одном уровне. В весенний сезон, по сравнению с зимним, показатели спермопродукции быков улучшились.

Весенний сезон длился с 23 марта по 9 июня. В весенний сезон спермопродукция быков голштинской породы красно-пестрой масти превосходила показатели быков красно-пестрой породы по всем показателям.

При анализе показателей спермопродукции быков разных пород в летний сезон (с 10 июня по 20 августа) установили, что быки голштинской породы красно-пестрой масти, как и в предыдущие сезоны года, давали сперму более высокого качества, чем быки красно-пестрой породы.

Таким образом, установили, что быки разных пород реагируют на смену сезонов года по-разному. Летний сезон года одинаково повлиял на снижение концентрации эякулята обеих пород, по сравнению с другими сезонами. Быки голштинской породы красно-пестрой масти превосходят быков красно-пестрой породы по объему эякулята,

не зависимо от сезона года. У быков красно-пестрой породы объем эякулята изменялся незначительно в течение опытного периода, некоторое снижение наблюдали в летний сезон и возрастание в осенний.

На концентрацию спермиев у быков красно-пестрой породы, сезоны года оказывают незначительное воздействие, у быков голштинской породы красно-пестрой масти повышается концентрация весной, значительно снижается летом и идет на повышение осенью.

Таким образом, следует отметить, что у быков голштинской породы красно-пестрой масти показатели выше, чем у быков красно-пестрой породы. Однако быки красно-пестрой породы отличаются наименьшей изменчивостью показателей спермопродукции во все сезоны года, что может говорить о стабильной воспроизводительной способности этих быков. Так, в зимний период от быков голштинской породы красно-пестрой масти было получено семени на 3,35 мл ($P \leq 0,999$) больше, чем от быков красно-пестрой породы.

Эффективное воспроизводство зависит от адаптационных возможностей организма животных, которые имеют видовые и индивидуальные особенности приспособляемости к разным условиям окружающей среды. Резкая смена климатических и экологических условий главным образом отражается на воспроизводительной способности животных и качестве и количестве получаемой от них спермопродукции. В результате акклиматизации быки-спермодоноры проявляют большую изменчивость объема эякулята, концентрации сперматозоидов и резистентности спермы, по сравнению с местными быками отечественной селекции.

Уровень воспроизводства крупного рогатого скота зависит от многих факторов, в том числе и от воспроизводительной способности быков-спермодоноров, которая складывается из количественных и качественных показателей спермы и ее способности к оплодотворению. На воспроизводительную способность быков-спермодоноров могут влиять различные, как генотипические, так и паратипические факторы. Широкое применение искусственного осеменения, крупномасштабная селекция и биотехнология позволяют значительно изменить породный состав стад разных регионов за короткое время, а также создавать животных с устойчивыми наследственным потенциалом по основным продуктивным признакам, и в дальнейшем интенсивно использовать лучших производителей. В связи с этим необходимо контролировать качество спермы быков-производителей, что позволит выявить быков-спермодоноров с низкой воспроизводительной способностью, высокой долей атипичных форм спермиев, влияющих на снижение способности спермы к криоконсервации.

Соотношение возраста и длины раковины черноморской мидии (*Mytilus galloprovincialis*)

Морозова Анастасия Сергеевна, студент магистратуры
Кубанский государственный университет (г. Краснодар)

Представлены результаты изучения линейной и возрастной структуры *Mytilus galloprovincialis* на участке акватории Черного моря. Целью работы было изучение динамики роста и поиск закономерности возраста и длины раковины черноморской мидии.

Ключевые слова: мидия, *Mytilus galloprovincialis*, возраст, размер, линейно-массовая структура, Черное море, моллюск, видовой состав.

В настоящее время началось активное развитие фермерских хозяйств, получающих государственную поддержку и кредиты. Следует отметить благоприятные возможности для создания новых хозяйств [1]. Важной задачей марикультуры является изучение и исследования в области производства и выращивания высококачественного продукта.

Объектом изучения данной работы является моллюск, обитающий в Чёрном море, *Mytilus galloprovincialis*. Настоящий вид мидий населяет морские и солоноватые воды в пределах 10–38‰ при температуре воды от 4 до 25 °С [3].

Тело мидии заключено в известковую раковину, на её поверхности видны тонкие линии нарастания. Внутренняя сторона раковины гладкая, покрытая перламутровым слоем (рисунок 1). Раковина представляет собой карбонатный экзоскелет, который окружает, поддерживает и защищает мягкие части животного. Створки раковины построены несколькими карбонатными слоями и покрыты тонким конхиолиновым слоем, который препятствует растворению раковины [2].

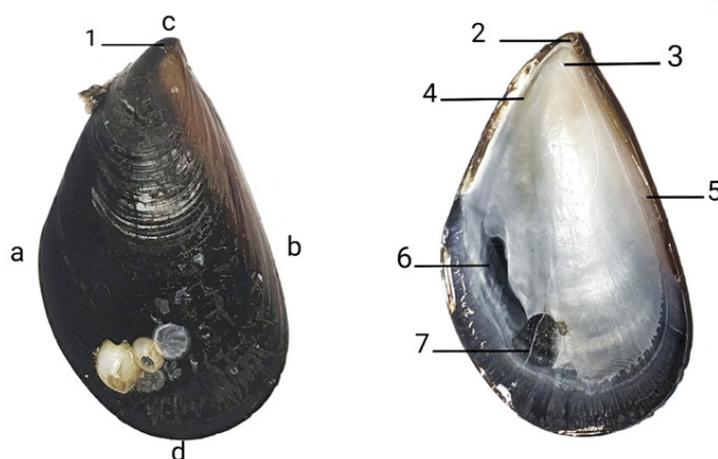


Рис. 1. Раковины мидии

a — спинной край, **b** — брюшной край, **c** — передний край, **d** — задний край; **1** — макушка, **2** — замок, **3** — передний мускул-аддуктор, **4** — передний мускул-ретрактор, **5** — следы прикрепления края мантии, **6** — задний мускул-ретрактор, **7** — задний мускул-аддуктор

Район исследования — береговая линия черноморского побережья, мыс Большой Утриш. Большой Утриш — комплекс, состоящий из мыса, острова, заказника и рыбацкого посёлка. Расположен на побережье Чёрного моря в районе города-курорта Анапа на Абрауском полуострове. Климат преобладает средиземноморский с жарким сухим летом и дождливой зимой.

Отбор проб производился с экспериментального верёвочного коллектора 11 октября 2020 года на мариферме (Краснодарский край, Анапский район). При обработке материала были изучены следующие характеристики:

- линейно-массовый состав;
- возрастная структура.

Для биологического анализа было обработано 93 экземпляра мидии, из которых 82 шт. — черноморская мидия (*Mytilus galloprovincialis*) и 11 шт. — аборигенный вид *Mytilaster lineatus*. Митилястер не является перспективным видом для изучения в рамках этой статьи, поэтому в дальнейшем в данной работе не рассматривался.

Изучение линейно-массового (рисунок 2) состава проводилось с помощью штангенциркуля (точность до 1 мм) и электронными весами (с погрешностью 0.1 г).

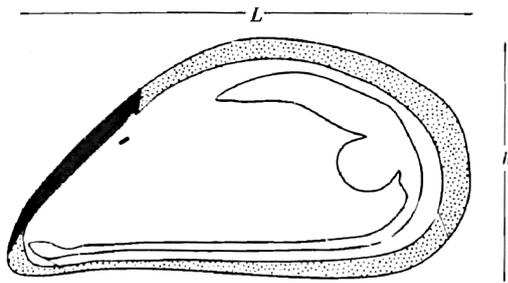


Рис. 2. Схема измерений линейных характеристик мидии *Mytilus galloprovincialis*:
L — длина — расстояние по продольной оси между наиболее удалёнными точками переднего и заднего краёв раковины, см; **h** — высота — расстояние от макушки до наиболее выступающей точки брюшного края, см

Возрастная структура определялась путём спила перпендикулярно от внутренней к наружной поверхности в направлении от макушки к заднему краю алмазным диском. Далее спил полировался и рассматривался под микроскопом с увеличением $\times 4-8$.

Некоторые исследователи пробовали использовать для изучения возраста внешние кольца на поверхности раковины, но опыт оказался не практичен, так как на них могут присутствовать и другие метки (штормовые, нерстовые и т. д.) [3].

В результате проведённых исследований было установлено, что в состав изучаемой выборки входят особи четырёх возрастных групп (рисунок 3). Мидии возрастом 0,5 лет составили — 6,1%, 1 год — 19,5%, наибольшее число особей достигло 1,5 лет — 62,2%, 2 года — 12,2%.

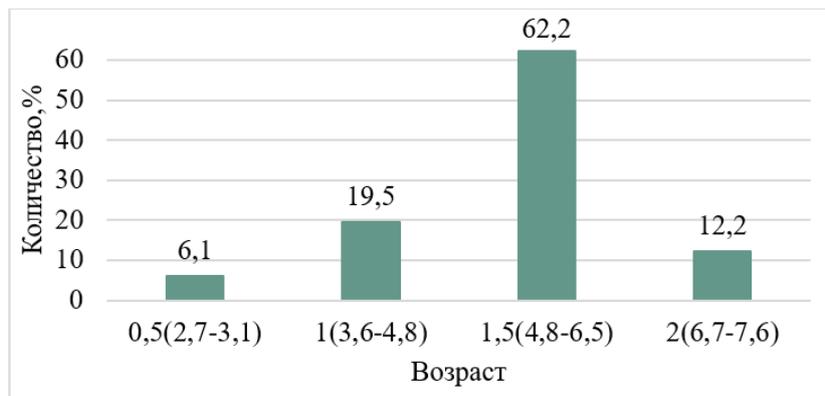


Рис. 3. Возрастная структура культивируемой мидии

Линейная структура черноморской мидии была представлена особями длиной от 2,7 до 7,6. Определены были абсолютный и относительный прирост, средняя длина тела и ошибка среднего значения (таблица 1).

Длина особей возрастом 0,5 лет варьировала от 2,7 до 3,1 см, в среднем 2,9 см; длина годовиков от 3,6 до 4,8 см, в среднем 4,5 см; длина особей возрастом 1,5 года от 4,8

до 6,5 см, в среднем 5,7 см; длина двухлеток от 6,7 до 7,6 см, в среднем 6,9 см.

У наибольшего количества экземпляров (37,8%) длина находилась в диапазоне от 5,8 до 6,7 см, а минимальное количество особей (7,3%) входило в интервал от 2,7 до 3,6 см (рисунок 4).

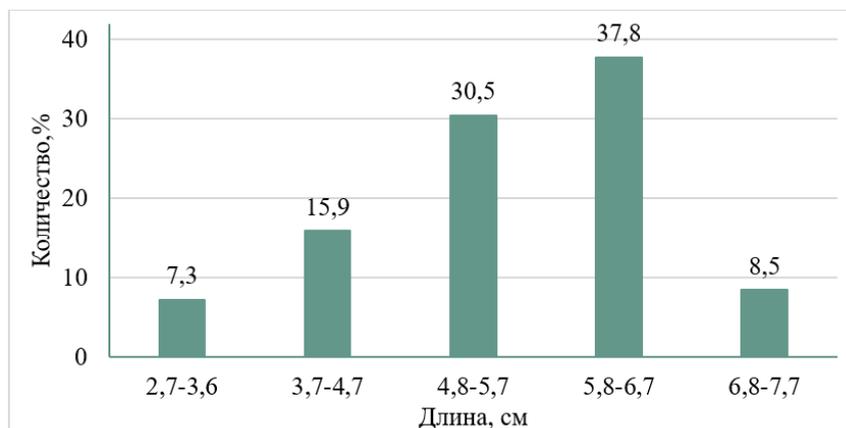


Рис. 4. Вариационный ряд длины черноморской мидии

Изучив выше представленные данные, можно заметить закономерность в соотношении длины и возраста мидий. Построив вариационный ряд длины черноморской мидии,

мы видим (рисунок 5), что диапазоны размера моллюсков и возрастного ряда в выборке схожи.

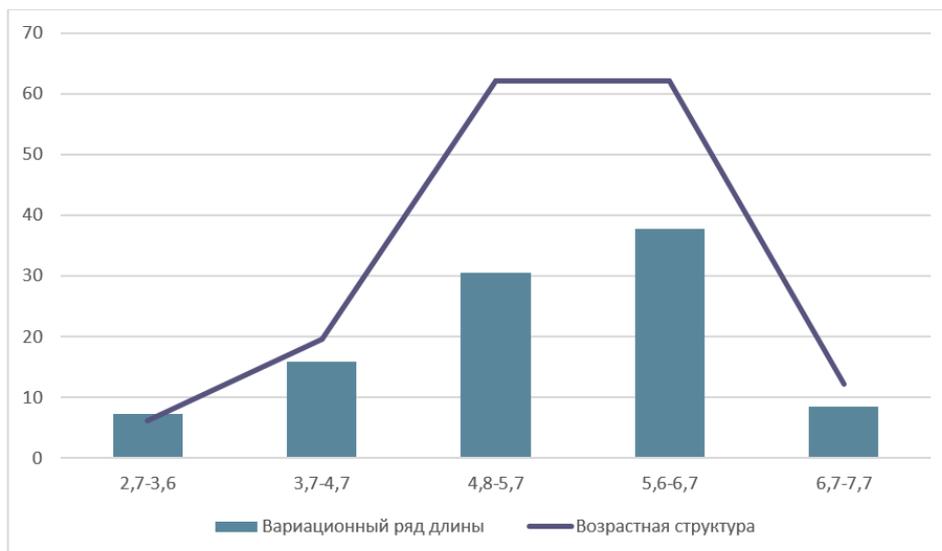


Рис. 5. Вариационный ряд длины и возрастная структура мидии

Данный вид определения возраста не является надёжным, так как на рост мидий прямо пропорционально влияют условия обитания, оснащённость пищей и кислородом, погодные условия, болезни, загрязнения, се-

зонные изменения и т.д. Однако при выполнении работ, не требующих строгого критерия относительно определения возраста мидий, можно использовать данный метод.

Литература:

1. Власов В. А. Рыбоводство. СПб., 2012. 352 с.
2. Жиликова И. Г. Промышленное разведение мидий и устриц. — ООО «Издательство АСТ», 2004. — 110 с.
3. Холодов В. И., Пиркова А. В., Ладыгина Л. В. Выращивание мидий и устриц в Чёрном море. — Воронеж: ООО «ИЗДАТПРИНТ», 2017. — 508 с.
4. Шурова Н. М. Структурно-функциональная организация популяции мидии *Mytilus galloprovincialis* Чёрного моря: НВП «Видавництво «Наукова думка» НАН України», 2013. — 208 с.

Об универсальности охотничьих рабочих характеристик легавых собак породы дратхаар

Русаков Дмитрий Анатольевич, студент магистратуры

Российский государственный аграрный заочный университет (г. Балашиха, Московская обл.)

Дратхаар, или немецкая жесткошёрстная легавая — порода легавых охотничьих собак, выведена в XIX веке в Германии. Легавыми собаками называют собак, имеющих врожденную склонность делать стойку по дичи. Название породы произошло от немецких слов draht, что означает «проволок» и haar, что переводится как «волос».

Во второй половине XIX века, в связи с распадом феодальной системы в Германии образовались обширные общедоступные охотничьи угодья. Возникший в это же время,

в процессе индустриализации, немецкий средний класс стал заниматься охотой в этих охотугодьях и нуждался в новой породе охотничьих собак. Л. Коппингер выделяет, что эта новая порода собак должна была быть многофункциональной, способной эффективно работать в самых разных, часто сложных природных и климатических условиях. Новая порода собак должна была быть выносливой, обладать отличным чутьем и уметь работать по самым разным видам дичи [1].

Для создания новой породы охотничьей собаки немецкие охотники использовали кровь существующих пород собак: эрдельтерьера, гриффона Кортальса, пудель-пойнтера. Кроме этих в создании немецкого дратхаара участвовали: английские пойнтеры и сеттеры, водяной пудель, а также породы горных пастушьих собак. Среди современных пород охотничьих собак ближайшими родственниками дратхааров являются курцхаары и лангхаары.

Дратхаары, как порода охотничьих собак, вобрали в себя лучшие рабочие качества пород предшественников: большую физическую силу, выносливость, охотничий азарт. Характерной особенностью дратхаара, отличающей его от других пород охотничьих собак, является его грубая, жесткая шерсть. Именно шерсть дратхаара объясняет многие его хорошие рабочие качества, способность работать в неблагоприятных условиях [2].

Признание дратхаара, как великолепной породы охотничьих собак, пришло к ним среди немецких охотников, в 70-х годах XIX века. В 1902 году в Германии был основан клуб любителей породы немецкий дратхаар. В 1924 году порода была официально признана на мировом уровне Международной кинологической федерацией. Постепенно признание и популярность дратхаара распространялись по европейскому континенту, включая Великобританию [3].

В США дратхаары в серьезных количествах появились в послевоенные годы, порода была признана Американским клубом собаководства в 1959 году [4]. Первоначально дратхаар не пользовался особой популярностью у американских охотников, которые привыкли к более узкоспециализированным породам охотничьих собак, но постепенно и у них дратхаар завоевал признание.

В наши дни с дратхааром по-прежнему ведется работа по племенному разведению и улучшению породных качеств этих замечательных охотничьих собак. Дратхаар является одной из самых известных пород легавых собак в мире. С каждым годом растет популярность и численность дратхааров и в нашей стране.

Немецкий дратхаар обладает хорошими полевыми качествами. Испытания собак этой породы по болотной и полевой дичи, проведенные в Московской области и других регионах России за последние годы, показали, что процент дратхааров, получавших дипломы разных степеней, выше, чем у легавых собак остальных пород.

Рассмотрим результаты выступления собак по различным видам дичи.

Рис. 1, показывает результаты в наивысших и минимальных баллах, полученных в результатах испытаний представителей породы немецкий дратхаар за 2022 г.

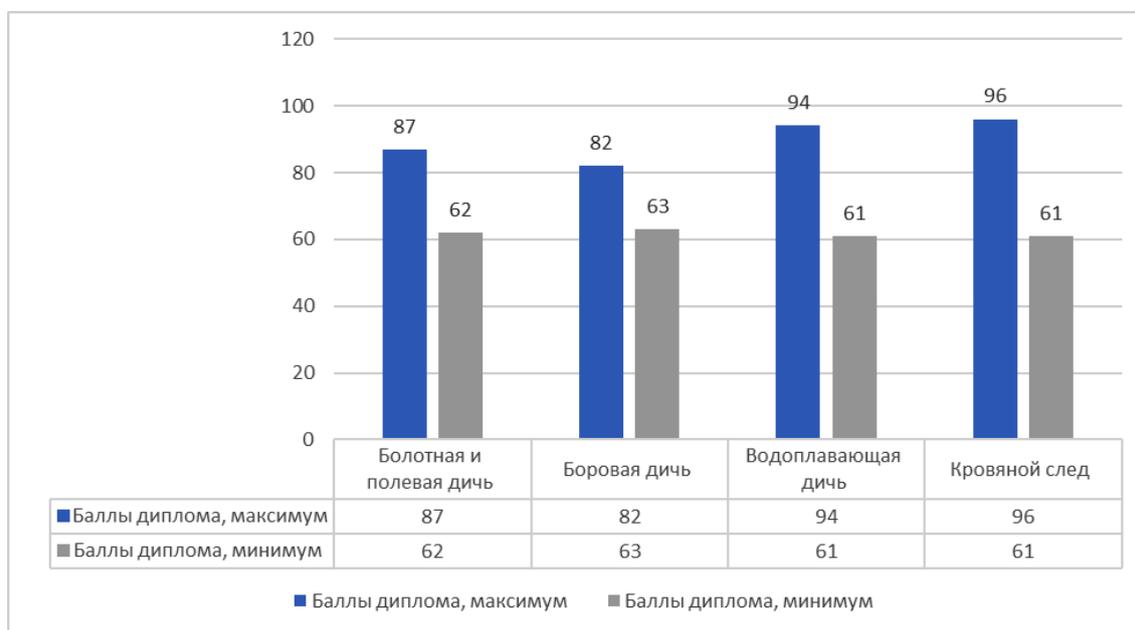


Рис. 1. Результаты выступлений собак породы немецкий дратхаар за 2022 г.

Таблица 1. Боровая дичь

Немецкий дратхаар	Чутье	Быстрота поиска	Мастерство	Потяжка	Стойка	Подводка	Стиль хода	Стиль стойки	Потяжки и подводки	Постановка	Послушание	Общий балл
Максимальный балл	18	8	8	5	5	8	5	5	5	7	8	82
Минимальный балл	16	7	6	3	3	6	3	3	4	6	6	63

Основная масса дратхааров не средним чутьем. — 6,6, с наивысшим баллом 7 и по боровой дичи 18 баллов

максимальный— говорит о том, что большинство этих собак причисляет перепела на расстоянии от четырех

до восьми метров, а дупеля или бекаса от шести до двенадцати метров и прекрасно работает такую сложную птицу, как боровая. Такие расстояния дают возможность собаке не спугнуть затаившуюся птицу, а ведущему подготовиться к выстрелу.

Средний балл, характеризующий верность чутья, 7 из 10. Это значит, что дратхаар иногда дорабатывает отбежавшую птицу путем следовой работы. Конечно, и у дратхаара бы-

вают пустые стойки. Обычно этим отличаются или очень молодые собаки, останавливающиеся по каждому волнующему их запаху, или собаки с дальним чутьем, которые по дальности причуивания могут состязаться с другими породами легавых.

Манера причуивания — 4,5 из 5, что означает достаточно высокий уровень по сравнению с другими породами легавых собак.

Таблица 2. Испытания по болотной и полевой дичи

Немецкий дратхаар	Дальность Чутья	Верность Чутья	Манера причуивания	Быстрота поиска	Манера поиска	Потыжка	Стойка	Подводка	Типичность стила хода	Типичность стила стойки	Типичность стила	Постановка	Послушание	Итого
Максимальный балл	7	7	5	8	9	4	5	9	5	5	5	9	9	87
Минимальный балл	6	6	4	6	5	4	4	5	3	4	3	6	6	62

Быстрота максимальный балл 8 и манера поиска и минимальный 5 полностью соответствуют характеристике дратхаара как собаки, работающей на умеренно быстром галопе, временами переходящем в быструю рысь, при правильном поиске, но с повторяющимися проходами по обысканным местам и заворотами внутрь к ведущему.

Благодаря верному чутью дратхаара, и стойка у него уверенная, в среднем 4 балла, как правило без самостоятельного продвижения вперед.

Типичность стила хода также средний балл 4 и типичность стойки 4баллов, данные признаки передаются по наследству. Наивысшие баллы за постановку послушание

равные 9 и 9 показывают большой потенциал при работе с этой породой.

Общий средний балл дипломов третьей степени у дратхааров равен 72, то есть балл, дающий возможность при увеличении дальности причуивания дичи и при правильной оценке манеры причуивания, при всех остальных средних баллах, получить диплом второй степени.

При оценке работ этой породы по водоплавающей дичи, в таблице ниже,

Очевиден очень высокий потенциал этой породы. 94 балла соответствуют диплому первой степени. Это очень высокий балл, при 24 и 24 баллах за чутье и подачу, что говорит о высокой степени выдержки при подаче битой птицы

Таблица 3. Водоплавающая дичь

Немецкий дратхаар	Чутье (обоняние, слух, зрение)	Поиск	Настойчивость в работе	Вязкость	Подача убитой или раненой птицы	Послушание	Общий балл
Максимальный балл	24	14	14	9	24	9	94
Минимальный балл	16	8	8	7	16	6	61

Результаты испытаний по кровавому следу также показывают очень высокий потенциал этой породы.

Из таблицы ниже мы видим, практически самый высокий балл с дипломом первой степени 96 баллов за ис-

пытания по кровавому следу. 22 балла высший полученный балл и 20 баллов за работу с докладом, ни одна собака другой породы не показала столь высокий результат и работу с докладом.

Таблица 4. Кровавый след

Немецкий дратхаар	Чутье	Манера	Последовательность	настойчивость	Доклад (анонс)	Отношение к битому зверю	Послушание	Общий балл
Максимальный балл	22	10	9	10	20	15	10	96
Минимальный балл	16	8	6	6	13	6	6	61

Вышеперечисленные результаты испытаний представителей породы немецкий дратхаар, позволяют достаточно высоко оценить рабочие характеристики данной породы

и использовать в разноплановых видах охоты на разный тип дичи и в разных условиях, как в лесостепной полосе, так и в труднодоступных местах и при низких температурах.

Литература:

1. Коппингер Л., Коппингер Р. Собаки. Новый взгляд на происхождение, поведение и эволюцию собак. — М.: Софион, 2005. — 388 с.
2. Гусев, В. Г., Гусева Е. С. Кинология. М.: Аквариум, 2005. — 256 с.
3. Долватова Н. А., Калашников Р. Г., Яковлева С. В. Справочник по немецким жесткошерстным легавым («Дратхаар»). Екатеринбург: Издание международного движения Дойч Дратхаар, 1997. — 189 с.
4. Конькова Е. Ю. Дратхаар. История. Стандарт. Испытания. Разведение. М.: Аквариум-Принт, 2007. — 80 с.

Оценка и отбор охотничьих собак по рабочим качествам

Русакова Юлия Владимировна, студент магистратуры

Российский государственный аграрный заочный университет (г. Балашиха)

В статье автор определяет отбор легавых собак по рабочим качествам.

Ключевые слова: отбор, легавые породы собак, рабочие качества легавых собак.

Охотничьи собаки — это группа специализированных пород собак, предназначенных для охоты с ярко выраженным охотничьим инстинктом. Применение домашних собак на охоте основано на использовании инстинкта хищника, свойственного всем собачьим, но в более гипертрофированном виде, с улучшенными качествами. В процессе многовекового применения собак на охоте в различных географических зонах, сопровождавшегося естественным, а затем искусственным отбором и специальной охотничьей подготовкой, сформировались многочисленные породы охотничьих собак, приспособленные к отдельным видам охоты в определённых условиях местности. На земном шаре насчитывается свыше 100 пород охотничьих собак, из них более 25 пород разводят в России.

Ценность собак охотничьих пород определяется их экстерьеру и рабочим качествам (бонитировкой), необходимыми для того вида охоты, в котором порода применяется.

Участие собак в охоте повышает производительность труда охотников. В России с помощью охотничьих собак добывают пушнину (белки, куницы, соболя), копытных и птиц. Некоторые виды охоты без охотничьих собак невозможны или же мало результативны.

В целом, современное разведение собак привело к появлению более 500 пород, отличающихся как морфологическими особенностями, так и различиями в признаках поведения. В основном классификация пород собак осуществляется по размеру, происхождению и направлению использования.

В настоящее время, как правило, используются три версии классификации собак: Международной Кинологической Федерации (FCI), Американского Кинологического Клуба (AKC) и Английского Кинологического Клуба (KC) (таблицы 1–3). Следует отметить, что из общего числа пород собак только часть являются охотничьими собаками.

Таблица 1. Классификация пород собак по версии Международной кинологической федерации (FCI)

КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП ПОРОД СОБАК СОГЛАСНО FCI	
Группа 1	Пастушьи и скотогонные собаки
Группа 2	Пинчеры, Шнауцеры, Молоссы, Швейцарские горные и скотогонные
Группа 3	Терьеры
Группа 4	Таксы
Группа 5	Шпицы и примитивные типы собак
Группа 6	Гончие и родственные породы
Группа 7	Легавые
Группа 8	Ретриверы, спаниели, водяные собаки
Группа 9	Тои и компаньоны
Группа 10	Борзые

Таблица 2. Классификация пород собак по версии Американского кинологаического клуба (АКС)

Группа классификации	Группы пород собак / Направление продуктивности
S — Sporting	Спортивные
Ho — Hound	Охотничьи
W — Working	Working Рабочие
T — Terrier	Терьеры
N — Non-sporting	Неспортивные
Toy — Toy	Комнатно-декоративные
He — Herding	Пастушьи
M — Miscellaneous	Прочие
F — Foundation stock	Условно признанная пород

Таблица 3. Классификация пород собак по версии Английского Кинологаического Клуба (КС)

Группа классификации	Группы пород собак / Направление продуктивности
G — Gundog	Подружейные
Ho — Hound	Охотничьи
P — Pastoral	Пастушьи
T — Terrier	Терьеры
Toy — Toy	Комнатно-декоративные
U — Utility	Пользовательные
W — Working	Рабочие

Легавые — группа пород, выведенных специально для охоты по боровой, болотной, полевой и степной пернатой дичи. Основными охотничьими свойствами легавых, созданными длительной и тщательной селекцией, являются стойка — замирание в характерной позе перед затаившейся на земле птицей — и очень сильно развитое обоняние (чутье). Пущенная в поиск, легавая быстро и тщательно обыскивает местность, не уходя далеко от охотника.

На открытых местах ценится поиск собаки «челноком». Почуввав запах дичи или ее след на земле, легавая начинает осторожно и тихо подходить и на каком-то расстоянии от птицы делает стойку. Двигаясь со стойки вперед к птице только по команде, собака заставляет ее взлететь. Если птица не затаивается, а убегает по земле и поднимается в воздух вне выстрела, собака стойки не делает. Стойка бывает также лежащая и сидячая. Название «легавые» происходит от слова «лежать».

Еще до изобретения охотничьего огнестрельного дробового оружия в Западной и Южной Европе для охоты, главным образом на куропаток и перепелов, уже применялась собака. Найдя чутьем стайку птиц, она осторожно подкрадывалась к ней и, подойдя вплотную, ложилась, а подошедший охотник накрывал затаившихся птиц, в большинстве случаев вместе с собакой, сетью. С появлением дробового оружия необходимость в том, чтобы собака ложилась, отпала. Наоборот, собака, которая, почував дичь, останавливалась, была лучше видна на траве. Стали цениться и разводиться собаки, которые не ложились, а приседали или замирали перед дичью стоя.

Разведение легавых, начавшееся уже давно в дореволюционной России (во второй половине прошлого века), достигло больших успехов.

Основные современные породы легавых собак: пойнтер, крапчатый, красный и черноподпалый сеттеры, короткошерстная, жесткошерстная и длинношерстная легавые. Все эти породы разводятся в нашей стране. Все легавые имеют средний или несколько более крупный рост. Голова клинообразной формы, уши висячие. Шерстный покров и окрас разнообразны. Для каждой породы характерен свойственный ей тип телосложения и высшей нервной деятельности. В связи с этим отдельные породы легавых отличаются темпераментом, манерой работы. [1]

Рабочие охотничьи качества и экстерьер являются основными селекционными признаками для собак охотничьих пород, которые были созданы для выполнения определенных задач на охоте. На протяжении веков эти животные отбирались не только по внешнему виду, но и очень важную роль играли рабочие качества. Благодаря этому сформировались группы охотничьих собак применительно к различным видам охоты.

Практически все собаки охотничьих пород — это крупные, сильные, выносливые животные, сухого крепкого типа конституции с хорошо развитой мускулатурой и ярко выраженными рабочими качествами.

И именно оценка собак охотничьих пород по их рабочим качествам приобретает в последнее время все большую актуальность в связи ростом спроса на эти породы в охотничьих хозяйствах и среди охотников [2].

Таблица 4

Секция 1: Континентальные легавые
Секция 2: Британские и ирландские пойнтеры и сеттер

САСИБ: * Сертификат Интернационального Чемпиона по Красоте
Рабочие тесты (САСИТ-Сертификат в чемпионы по рабочим качествам): * Рабочие тесты в соответствии с номенклатурой пород FCI

Секция 1: Континентальные легавые			
1.1 Тип Браки			
1. ДАНИЯ		САСИБ	Рабочие тесты
Стародасткий пойнтер	01.08.1998	*	*
ФРАНЦИЯ			
Арьежский бракк	1/24/1996	*	*
Овернский бракк	3/24/2004	*	*
Бурбонский бракк	2/21/2006	*	*
Французский бракк — Гасконский тип	6/16/2022	*	*
Французский бракк — Пиренейский тип	6/16/2022	*	*
Сен-жерменский бракк	3/25/2003	*	*
3. ГЕРМАНИЯ			
Немецкий Штихельхаар	11/29/2001	*	*
Немецкий Курцхаар	10/25/2000	*	*
Немецкий Дратхаар	10/25/2000	*	*
Пудельпойнтер	11.09.2004	*	*
Веймаранер	3/19/2015		*
а) Короткошерстный	*		
б) Длинношерстный	*		
4. ВЕНГРИЯ			
Венгерская короткошерстная выгла	04.06.2000	*	*
Венгерская жесткошерстная выгла	04.06.2000	*	*
5. ИТАЛИЯ			
Итальянский бракк	11/13/2015	*	*
а) Бело-оранжевый			
б) Коричнево-крапчатый			
6. ПОРТУГАЛИЯ			
Португальский бракк	11.04.2008	*	*
7. СЛОВАКИЯ			
Словацкий жесткошерстный ставач	01.06.1995	*	*
8. ИСПАНИЯ			
Бургосская легавая	5/26/1982	*	*
1.2 Тип спаниэли			
1. ФРАНЦИЯ			
Голубой пикардийский спаниель	6/24/1987	*	*
Эпаньоль Бретон	3/25/2003	*	*
Французский эпаньоль	11.04.2008	*	*
Пикардийский эпаньоль	10/30/1964	*	*
Понт-одемерский эпаньоль	05.06.1964	*	*
2. ГЕРМАНИЯ			
Немецкий лангхаар	11.10.2011	*	*
Малый Мюнстерлендер	09.04.2019	*	*

Большой Мюнстерлендер	10/29/2013	*	*
3. НИДЕРЛАНДЫ			
Дрентская куропаточная собака	04.04.2016	*	*
Стабихун	11.03.2014	*	*
1.3 Тип Гриффон			
1. ЧЕХИЯ			
Чешский фоусек	5/21/1963	*	*
2. ФРАНЦИЯ			
Гриффон Кортальса	05.06.1964	*	*
3. ИТАЛИЯ			
Итальянский спиноне	11/13/2015	*	*
Секция 2: Британские и Ирландские пойнтер и сеттеры (Островные легавые)			
2.1 Пойнтер			
1. Великобритания			
Английский пойнтер	7/28/2009	*	*
2.2 Сеттер			
1. Великобритания			
Английский сеттер	7/28/2009	*	*
Сеттер гордон	04.04.2016	*	*
2. ИРЛАНДИЯ			
Ирландский красно-белый сеттер	4/19/2005	*	*
Ирландский красный сеттер	3/13/2001	*	*

Оценка собак по рабочим качествам

Разного плана исследовательские работы, разработка методик по отбору собак представляют особую значимость для собак охотничьих пород. отбор по рабочим качествам является крайне важным, поскольку рабочие качества являются их основным селекционным комплексным признаком [3]. Чаше селекционная и племенная деятельность — это система мероприятий взаимосвязанных между собой и ведущих к поставленной цели- сохранение и улучшение качество племенного поголовья той или иной охотничьей породы. Каждый отдельный элемент (вид испытаний), выдернутый из системы, сам по себе не приведет к нужному результату, только в сочетании с другими. Применительно к собакам, например, испытания для выявления охотничьих качеств, не приведут к большому прогрессу породы, если мы не будем оценивать экстерьер, анализировать генетику различных параметров животных, отслеживать потомство и проверять на пригодность к охоте, систематизировать полученные сведения о собаках.

Оценка признаков рабочих качеств собак охотничьих пород производится путем проверки животного по определенному нормативу (тесту) в зрелом возрасте (в различных системах испытаний этот возраст варьируется от 8 до 15 месяцев, и в некоторых ограничен 2 годами). Ко времени этой оценки рабочие качества уже практически сформированы в ходе обучения собаки [4].

При оценке признаков важно не только определить уровень их развития как у отдельных собак, так и у породы в целом, но и то, в какой степени эти качества могут быть

переданы следующему поколению. Это также определяется при помощи выяснения степени препотентности.

Препотентность (от лат. praepotens — более могущественный), способность племенных животных (производителей или маток) устойчиво передавать свои качества потомству. Биологическая сущность препотентности заключается в доминировании наследственных признаков препотентного животного у потомства. В зависимости от желательности или нежелательности признака и степени проявления этого признака животные могут улучшать его (т.н. улучшатели), ухудшать или быть нейтральными, при этом нередко могут улучшать по одному признаку и ухудшать или быть нейтральными — по другим. С высокой степенью достоверности потенциал производителя оценивают путём сравнения рабочих качеств производителей и их потомков.

При использовании полученных оценок для отбора и подбора оцениваемых животных (важно понимать, что уровень развития признаков обусловлен степенью выраженности как наследственных (породных и индивидуальных) особенностей животного, так и факторами окружающей среды и онтогенеза (способ выращивания, методы обучения, режим тренинга и применения и пр.) [6].

Поэтому для определения племенной ценности животного оценка величины влияния каждого из факторов становится крайне важной [2, 25].

Основной целью племенной работы является разработка систем оценок и подбора, в том числе и анализ систем оценок, которые позволяют распределить племенных

животных по группам и категориям в зависимости от ценности для породы [7].

Существует несколько систем оценки рабочих качеств охотничьих собак; они зависят, в первую очередь, от того, какова целевая принадлежность данной группы.

Для собак охотничьих пород существует более 30 нормативов проверки рабочих качеств в зависимости от конкретной группы собак. Остановимся подробнее на системах испытаний подружейных собак, а именно легавых.

В настоящее время для оценки рабочих качеств легавых по продуктивности используют несколько систем ис-

пытаний: Российские национальные правила испытаний, используемые в РОРС и РКФ, международные правила испытаний для островных и континентальных легавых Field Trial и национальные правила, принятые некоторыми оригинаторами пород континентальных легавых.

Они имеют разный подход к проведению испытаний и ряд различий в оценке рабочих, несмотря на общую направленность на определение степени выраженности одних и тех же признаков, по которым производится селекция собак этих пород (рис. 1) [8].

ЛЕГАВЫЕ	ПО БОЛОТНОЙ И ПОЛЕВОЙ ДИЧИ
	ПО БОРОВОЙ ДИЧИ
	ПО ВОДОПЛАВАЮЩЕЙ ПТИЦЕ
	ПО КРОВЯНОМУ СЛЕДУ
	ПО ВОЛЬЕРНОМУ БАРСУКУ
	ПО ВОЛЬЕРНОМУ КАБАНУ

Рис. 1. Рабочие испытания для легавых пород, принятые в РОРС\РКФ (– на состязаниях ранга САСТ)

Помимо национальных видов испытаний рабочих качеств легавых пород собак в РКФ приняты международные правила испытаний (ранг CASIT)

ЛЕГАВЫЕ	БОЛЬШОЙ ПОИСК
	ОХОТНИЧИЙ ПОИСК ДЛЯ ОСТРОВНЫХ
	ОХОТНИЧИЙ ПОИСК ДЛЯ КОНТИНЕНТАЛЬНЫХ
	ОХОТНИЧИЙ ТЕСТ И ВОДА

Рис. 2.

Достаточно многочисленное распространение в России получили немецкие континентальные легавые, поэтому испытания для этих легавых также имеют широкое распространение и популярность среди охотников-владельцев и заводчиков этих пород.

НЕМЕЦКИЕ КОНТИНЕНТАЛЬНЫЕ ЛЕГАВЫЕ	СЛЕДОВАЯ РАБОТА
	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧУТЬЯ
	ПОИСК
	СТОЙКА
	КОНТАКТНОСТЬ
	ЖЕЛАНИЕ К РАБОТЕ
	РАБОТА НА ВОДЕ
	ПОИСК ПОТЕРЯННОЙ УТКИ
	ПОДАЧА ПЕРНАТОЙ ДИЧИ
	ВОЛОК ПУШНОЙ ДИЧИ

Рис. 3. Испытания для немецких континентальных легавых (VJP -Derby, HZP-Solms)

Для определения способности легавых к работе по тому или иному виду охотничьей дичи организуются полевые испытания. В результате, проведения испытаний собакам выставляются оценки по бальной системе. Анализируя ре-

зультаты испытаний, а также беря в расчет происхождение, экстерьер собак, кинологи и специалисты клубов охотничьего собаководства могут осуществлять отбор и подбор про-

изводителей для достижения наилучшего результата разведения [9,10].

При подборе для вязок собак, хорошо работающих по какому-то определенному направлению, в их потомстве закрепляются качества, необходимые именно для этой узкой специализации, для более широкого применения легавой собаки, проводятся более широкий спектр состязаний, и, следовательно, в последующих потомствах закрепляются более широкие признаки, характерные для той или иной породы.

Для того чтобы избежать при необходимости узкой направленности рабочих качеств, селекционеры используют более комплексный подход испытаний и отбор по более широким параметрам, с анализом родословных, экстерьерных данных и предыдущих потомков.

По данным В. Г. Гусева [1], такая специализация в целом не наносит вред универсальности породы в целом, при полном контроле.

Однако при испытаниях одной и той же породы легавых по разным видам охотничьей дичи меняются требования к уровню развития у собак признаков рабочих качеств, необходимых для успешной работы по конкретному виду дичи.

Для обеспечения эффективной племенной работы с породой необходимо знать, насколько отличается средний уровень развития селекционных признаков у собак, оцененных по разным видам охотничьих животных [39].

Разные испытания оценивают разные характеристики: на испытаниях по болотной и полевой птице основным является оценка дальности и верности чутья, по всем встречаемым охотничьим птицам.

В испытаниях по кровяному следу — правильность прохождения по следу и анонс найденного зверя чутье и концентрация, вязкость, а в работе по водоплавающей птице — чутье, умение выгнать птицу на охотника и поднятие ее на крыло и подача ведущему. Например, при оценке охотничьих качеств немецкого дратхаара собака может пройти оценку как по боровой дичи, по болотной и полевой,

а также по кровяному следу, вольерному кабану и барсуку. При испытаниях легавых по разным видам охотничьей дичи меняются и требования к уровню развития у собак признаков рабочих качеств, необходимых для успешной работы по конкретному виду дичи. Для оценки таких рабочих качеств существуют разные системы. Окончательное решение, по какому именно нормативу будет оценена собака легавой породы, осуществляет только владелец данной собаки, на законодательном уровне в России это никак не регламентировано. В разных странах существуют свои виды нормативов и испытаний для собак легавых пород (рис. 1, 2, 3).

В настоящее время в Российской Федерации, согласно Положению Российской кинологической федерации о племенной работе от 11 декабря 2019 г. (с изм. от 29.01.2020, 08.09.2020, от 17.03.2021), племенной может быть признана собака, получившая выставочную оценку, оценку показателей здоровья и прошедшая испытания рабочих качеств или тестирование поведения собак Т/ВТ (схема 4)

Получение выставочной оценки происходит на строго регламентированных зоотехнических мероприятиях — выставки или племенные смотры, которые являются одинаковыми для всех пород собак. Оценку производят сертифицированные судьи РКФ.

Оценки показателей здоровья также регламентированы. Например, для таких пород, как немецкий курцхаар и немецкий дратхаар, проведение рентгенологического обследования собак на наличие/отсутствие дисплазии тазобедренного (HD) и локтевого (ED) суставов обязательно. Способы и методики проведения диагностики одинаковы и описаны в регламенте, с указанием сертифицированных клиник.

В свою очередь, испытания рабочих качеств собак проходят по разным нормативам и имеют разные системы оценки (национальные правила и field trial международные).

Тем не менее, любой из этих нормативов принимается в качестве возможности допуска к племенному использованию при достижении определенных проходных баллов. [13].



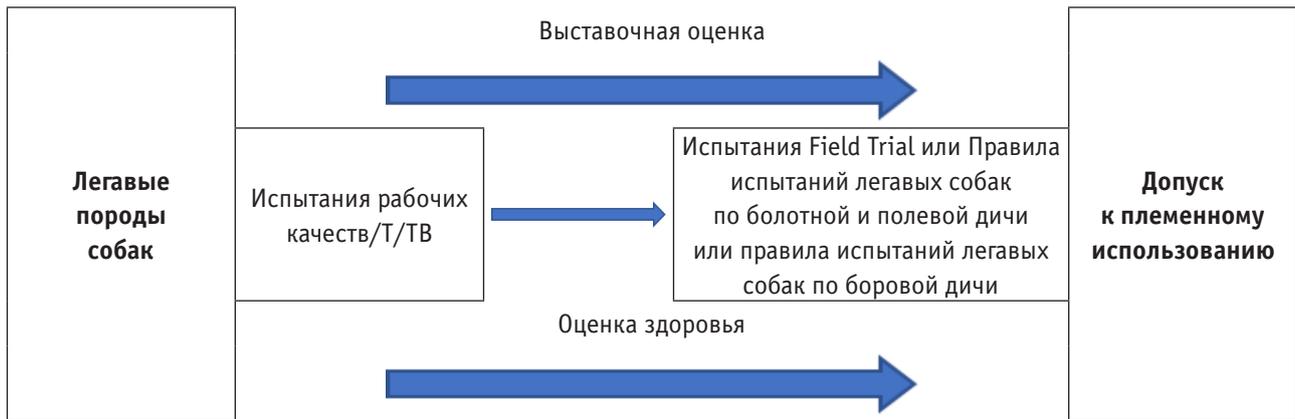


Рис. 4. Правила отбора собак легавых пород для племенного использования.

Для получения допуска в разведения собака должна успешно пройти испытания и соответствовать остальным требованиям положения.

Для сравнения всех трех систем, прежде всего следует указать, что все трех системах тестируются сравнительно одинаковые характеристики легавых собак и все три системы имеют своей целью выявление лучших представителей поголовья. Существует разница в бальной системе и подходе к оценке работ собак. Все три системы имеют в своей обязательной программе оценку работы со стойкой, являющуюся основополагающим звеном в работе легавой собаки. Это природная генетическая особенность всех легавых собак, замирать непосредственно перед дичью. Во всех типах испытаний присутствуют типы тестирования, которые позволяют охарактеризовать такие селекционные признаки, как чутье, стойка, поиск, манера, управляемость, контактность и оценить их определенным баллом.

Каждая система обладает несколькими уровнями сложности, представленными в таблице, Сравнение уровней сложности по типам испытаний. Система испытаний РОРС и немецкая система имеют несколько уровней сложности для прохождения. В системе РОРС уровни сложности представлены степенями присваиваемых дипломов 1, 2 и 3.

Из которых диплом третьей степени имеет наименьшие требования для получения, а диплом первой степени самый сложный для получения во время испытаний. Для получения диплома первой степени собака действительно должна быть отлично подготовлена и иметь превосходные природные данные. Для получения диплома первой степени собаке нужно набрать минимально 80 баллов. Немецкая систем имеет по степени сложности два начальных типа испытаний VJP весенний селекционный тест для молодых собак и HZP осенний тест для более старшего и подготовленного возраста. Что касается филдтрайлов, то наибольшую ценность имеет сертификат и оценка 1 отлично, полученная в большом поиске. На состязаниях ФТ огромное значение уделяется именно породному стилю собак.

Для каждой из систем существует минимальное количество и баллы для получения допуска в племенное разведения, а в системе РОРС это еще и присуждение классности собаке, в системе ФТ это рейтинг по баллам у собак. Среди всех трех систем наблюдается присуждение разных количеств баллов за то или иное действие/ норматив, выполненное собакой. В ФТ разбивки на баллы, из которых складывается общий балл, нет. Дается общая оценка выступления собаки.

Таблица 5. Сравнение уровней сложности по типам испытаний

Уровни сложности	РОРС	Селекционные тесты Германии	Field Trial
1	Диплом 1 й степени минимальный балл 80	VJP для молодых собак	Большой поиск для островных легавых
2	Диплом 2 й степени минимальный балл 70	HZP для более подготовленных собак	Охотничий поиск
3	Диплом 3 й степени минимальный балл 60		нет аналогов
Минимальное количество баллов для допуска к племенному использованию	1 диплом 2 ой степени (70 баллов) или два диплома 3 ей степени (60) + (60) баллов + оценка экспертера не ниже очень хорошо	Для племенного разведения рекомендуются собаки с оценками 10/10, при этом минимальная оценка для такого допуска — 6/6 форма шерсть + прохождение с положительным результатом не ниже хорошо всех племенных тестов	Рабочий сертификат + прохождение племенного смотра с допуском к разведению

При анализе всех трех систем испытаний, были выявлены типичные одинаковые характеристики, которые оцениваются во всех из них. Эти характеристики представлены в таблице ниже. Далее для каждого из пунктов был выведе-

ден процент, так называемый «процент важности» для племенного использования. Этими характеристиками является чутье, стойка, поиск, подача, следовая работа, послушание и контактность.

Таблица 6. Сравнительная таблица важности оцениваемых критериев во время испытаний по всем трем системам

Важность критериев в разных видах испытаний	РОРС	Немецкие селекционные тесты	Field Trial
Чутье	25% из 100% по всем нормативам	средне 21% по видам испытаний	нет разбивки по параметрам, оценивается в совокупности
Стойка	5% из 100% по нормативам со стойкой	11% процентов значимости	
Поиск	15% средний показатель, с небольшими поправками на специфику испытаний. Например КС — 30%	11% процентов значимости	
Подача	25% при испытаниях по ВП	11%	
Следовая работа	10%	средне 21% по видам испытаний	нет аналогов
Манера работы (вязкость, настойчивость, азарт)	10%	11%	
Послушание	10%	7%	
Контакт	10%	7%	оценивается общим баллом на протяжении всего выступления

Если сравнить эти системы между собой, то можно отметить следующее.

Селекционные тесты Германии, преследуют цель именно селекции, т. е. проверяются главным образом природные врожденные разносторонние качества именно молодых собак с охватом подавляющей части поголовья практически 100%. Правила испытаний, принятые в РОРС, допускают в селекцию собак с только основным дипломом по работе со стойкой, что делает уклон в сторону рабочих качеств полевой дичи. Правила испытаний ФТ рассматривают только полевые испытания и подачу битой птицы, что тоже делает уклон по рабочим качествам только в сторону полевой работы, для всех легавых пород.

При разбивке на характеристики, в каждой системе особое внимание уделяется проверке чутья собаки, так в системе РОРС 25% выделяется на оценку, в немецкой системе 21% от общего балла. В системе ФТ также огромное значение придается чутью собаки. На ФТ собака «без чутья» за первую же ошибку в поиске (пропуск, спор) и в отработке запаха дичи (толчок) будет непременно дисквалифицирована.

Параметру стойка в системе РОРС выделяется 5% и 11% в немецкой система, хотя это является характерной чертой во всех породах легавых собак. 15% отдано такому важному параметру как поиск в РОРС и практически аналогичное значение 11% в немецкой системе. В испытаниях ФТ работа без стойки не будет засчитана.

Параметр подача относится к типу работы после выстрела и ему уделяется очень большое внимание на тести-

ровании по немецкой системе и в РОРС на испытаниях по водоплавающей птице. Следовой работе собаки в немецкой системе выделяется очень большой процент 21% и 10% в системе РОРС. Это значит, что в Германии континентальные легавые чаще на охотах используются для доработки дичи. В России по большей части континентальных легавых больше используют для охоты по перу. Подобный параметр не тестируется в системе ФТ.

На манеру отдается по 11% и 10% процентов. Манера причувывания — это способ отработки собакой донесшегося запаха, как бы реакция на запах. Определяется манера в период с момента изменения направления хода или скорости собаки под влиянием донесшегося запаха до начала потяжки или, если потяжки не было, до стойки. Разобравшаяся в характере запаха собака может уйти в дальнейший поиск и без перехода на потяжку. Оценивается манера причувывания по совокупности всех отработок собакой запахов в течение испытаний. На полевых испытаниях ценится верховая манера причувывания, позволяющая собаке быстро и далеко причуять саму птицу, без траты времени на разбор её следов. При верховой манере причувывания собака пользуется самыми верхними доступными для неё слоями воздушных течений.

На послушание и контакт отдается 10% и 7% в России и Германии, релевантной оценки в ФТ нет. Если по ходу испытаний у охотника возникнет необходимость подкорректировать собаку, например, сократить ширину поиска, сузить расстояние между параллелями, направить в какое-то место, побудить собаку несколько раз прове-

рять один и тот же участок, наконец, просто подзвать собаку к себе при окончании работы или, наоборот, пустить её в поиск, то приходится пользоваться командами. Чем быстрее и точнее и охотнее собака выполняет все эти команды, тем выше балл ставится в графе «Послушание».

Контакт — это то, как собака держит контакт с охотником, ведущим.

Таким образом мы рассмотрели корреляцию между важностью оцениваемых параметров во всех системах и выявили основные характеристики и качества присущие легавым породам собак.

Литература:

1. Гусев, В. Г. Г96 Охота с лайкой / В. Гусев. — М.: Аквариум-Принт, 2006.
2. Крушинский, Л. В. Служебная собака/Л. В. Крушинский и др. Руководство. М.: Сельхозгиз, 1952
3. Bodson, L. La place et la fonction du chien dans le monde antique. Cahier d'ethnozootechnie. 1978
4. Арасланов, Ф. С. Дрессировка служебных собак/Ф. С. Арасланов, А. А. Алексеев, В. И. Шигарин, — Алма-Ат. Кайнар. 1987
5. Бочаров, В. И. Всё о собаках. Дрессировка служебных собак. — М.: ДОСААФ. 1999.
6. Борисенко, Е. Я. Практикум по разведению сельскохозяйственных животных/Е. Я. Борисенко, К. В. Баранова, А. П. Лисицын. — М.: Колос, 1984.
7. Мазовер, А. П. Племенное дело в собаководстве. М.: Изд. ДОСААФ, 1960
8. Tucco-Chala, P. Les chiens de chasse dans les traités de vénerie du XIVe au XVIe siècles». / P. Tucco-Chala // Centre de recherches sur l'histoire du monde atlantique. Enquêtes et documents. Ouest Éditions. 1993
9. Шавров, О. А. Кинологическая служба ВВ МВД России/О. А. Шавров, М. И. Дычек, Р. Т. Миннегалин//Кинологический вестник. Вып. 1 «15 лет подготовки офицеров -кинологов в ПВИ ВВ МВД России». — Пермь: ПВИ ВВ МВД России, 2006.
10. Шалабот, Н. Е. Кинологическое обеспечение деятельности органов и войск МВД РФ: учебник для вузов/Н. Е. Шалабот и др. Пермь: РИА «Стиль-МГ». 2005
11. Егорычев, И. А. Результаты отбора и подбора собак породы бельгийская овчарка по рабочим качествам. / И. А. Егорычев // Вестник Российского государственного аграрного заочного университета. № 13. Балашиха. 2012.

Природные и антропогенные факторы, влияющие на динамику численности европейского благородного оленя (*Cervus elaphus*)

Шило Денис Николаевич, студент магистратуры

Российский государственный аграрный заочный университет (г. Балашиха, Московская обл.)

Благородный олень как вид во все времена имел высокий рейтинг как трофейной охоте, так и в охотничьем промысле. К началу XX века европейские популяции благородного оленя практически полностью исчезли в пределах исторического ареала. Российским ученым и охотоведам стоило большого труда восстановления популяций в Центрально-черноземных областях, где к началу семидесятых годов сформировались устойчивые группировки с общей численностью несколько тысяч особей.

Смоленская область расположена почти в центре Восточно-Европейской равнины, в западной части Российской Федерации. Площадь Смоленской области равна 49,8 тыс. кв. км, что составляет примерно 0,3% площади России.

Исследования по теме научной работы проводились на базе охотничьего хозяйства ООО «Русские просторы» Смоленской области. В процессе исследования изучалось расселение, пространственное размещение, питание евро-

пейского благородного оленя. С этой целью применялись наземные учеты, тропление суточных ходов, определялась поедаемость культурных и диких растений. Численность и территориальное размещение изучали путем наземных учетов на основе методических указаний по организации, проведению и обработке данных зимнего маршрутного учета охотничьих животных.

Ежегодный прирост населения европейского благородного оленя на территории охотничьего хозяйства составляет 12–14%, что несколько ниже показателя по европейской части территории России 14–18%. Это связано в основном с недостаточным проведением биотехнических мероприятий.

После выпуска в 1975 году в уголья охотничьего хозяйства 20 голов европейского оленя его численность росла и к 1994 году составляла более 40 особей.

В 1995 году в связи с почти полным прекращением проведения биотехнических мероприятий и отсутствием

охраны на территории хозяйства его численность резко снизилась до 30 голов. В 1998 году по учетным данным в охотничьем хозяйстве осталось только 10 особей. Начиная с 2000 года численность, очень медленно, стала расти и в настоящее время составляет 38 особей.

Гибель зверей в природе способна оказывать серьезное воздействие на группировку европейского благородного оленя. Из хищников значительный ущерб оленьему поголовью наносят волки. На территории охотничьего хозяйства ООО «Русские просторы» Смоленской области ежегодно учитывается 8–10 голов волков. В 2015 году зарегистрирован случай нападения волков на самку-сеголетка.

Значительное влияние на численность европейского благородного оленя в охотничьем хозяйстве оказывает антропогенный фактор. Почти каждый год от рук браконьеров гибнет 2–3 оленя. В 2015 году на железной дороге Смоленск — Брянск погибло 5 оленей. Кроме того, в 2016 году на автотрассе Бобруйск — Москва погибла одна самка-сеголеток, в 2017 — одна взрослая самка.

Гибель животных снижает продуктивность охотничьих угодий, оказывает заметное влияние на численность поголовья в целом.

Допустимая плотность населения европейского благородного оленя для средней полосы европейской части России — 10–12 особей на 1000 га при I-II классе бонитета охотничьих угодий. При такой плотности эти копытные не приносят вреда лесовозобновлению. По данным охотустройства бонитет угодий, пригодных для обитания европейского благородного оленя относятся в хозяйстве к III классу, поэтому без проведения биотехнических мероприятий, направленных на улучшение кормовых и защитных свойств угодий увеличение численности невозможно.

При ведении охотничьего хозяйства большое внимание уделяется устранению или смягчению воздействия тех факторов, которые явно ухудшают условия существования животных. Зимой европейские благородные олени нуждаются в подкормке, так как естественные корма из-за глубокого снегового покрова труднодоступны, и копытные не могут быть обеспечены пищей в полном объеме.

1. В зимний период олени предпочитают лиственные молодняки — 26,5%, хвойные молодняки — 21,8%, а также смешанные лиственно-хвойные леса — 18,4%. По мере таяния снега они переходят на поляны и луга — 26,3% и озимые посевы — 36,8%. В летний период олени чаще встречаются на сельскохозяйственных полях — 61,4%, лиственных молодняках — 14,5% и лугах — 10,3%. Осенью олени придерживаются смешанных лиственно-хвойных лесов — 29,1%, лиственных молодняков — 25,0%, а также неубранных полей и озимых посевов.

2. В 1995 году в связи с почти полным прекращением проведения биотехнических мероприятий и отсутствием охраны на территории хозяйства его численность резко снизилась до 30 голов. В 1998 году по учетным данным в охотничьем хозяйстве осталось только 10 особей. Начиная с 2000 года численность, очень медленно, стала расти и в настоящее время составляет 38 особей.

3. Из хищников значительный ущерб оленьему поголовью наносят волки. На территории охотничьего хозяйства ежегодно учитывается 8–10 голов волков. В 2015 году зарегистрирован случай нападения волков на самку-сеголетка.

4. Значительное влияние на численность оленя в охотничьем хозяйстве оказывает антропогенный фактор. Почти каждый год от рук браконьеров гибнет 2–3 оленя. В 2016 году на автотрассе Бобруйск — Москва погибла одна самка-сеголеток, в 2017 — одна взрослая самка

Литература:

1. Банников А.Г. Пивоварова Е.П. Благородный олень в СССР//Биологические основы использования и охраны диких животных. М., 1983. С. 34–40.
2. Банников А.Г. Флинт В.Е. Отряд Парнокопытные (Artiodactyla)// Жизнь животных. М.: Просвещение, 1971. Т. 6. С. 437–553.
3. Ватолин Б. А. Акклиматизация средневропейского благородного оленя в Брянской области // Копытные фауны СССР. М.: Наука, 1980. С. 230–232.
4. Гаросс В. Я. Качественные показатели популяции благородных оленей в Латвийской ССР // Управление популяциями диких копытных животных. М., 1985. С. 54–63.
5. Гептнер В.Г., Насимович А. А., Банников А.Г. Млекопитающие Советского Союза.// Парнокопытные и непарнокопытные. М.: Выс. шк., 1961. Т. 1. 776с.
6. Гептнер В.Г. Цалкин В.И. Олени СССР (систематика и зоогеография). М.: Изд-во МОИП, 1947. 176с.
7. Горегляд Х.С. Болезни животных. Минск: Наука и техника, 1971. 302с.
8. Даликов Р.Х. Благородный олень (*Cervus elaphus* L.) в Ленинском лесхозе//Адаптация растительных и животных организмов. Изд-во Ростовского ун-та, 1983. С 84–88.
9. Данилкин А. А. Млекопитающие России и сопредельных регионов// Олени (*Cervidae*). М., 1999. С 366–473..
10. Данилов Д. Н. Принципы типологии и бонитировки охотничьих угодий// Труды ВНИО, вы. 12. 1953. С. 48–90.
11. Данилов Д. Н. Охотустройство простейшим методом// Охота и охотничье хозяйство. 1977. № 2. С. 1–2.
12. Дьяков Ю. В., Дьякова Г. А. К экологии благородного оленя в Воронежском заповеднике// Экология, морфология, использование и охрана диких копытных. М., 1989. Ч. С. 96–98.

13. Казневский П. Ф. Европейский олень в Воронежском заповеднике за 40 лет (динамика численности поголовья и допустимая плотность населения)//Зоол. Журн. 1963. Т. 42, вып. 6. С. 926–931.
14. Каледин, А. П. Основы охотничьего ресурсоведения / А. П. Каледин, А. И. Филатов, А. М. Остапчук. — М.: Эра, 2018. — 344 с.
15. Каледин, А. П. Охотоведение: учеб. пособие /А. П. Каледин. — М.: ЭРА, 2016. — 571 с.
16. Колосов А. М. Лавров Н. П. Обогащение промысловой фауны СССР. М.: Лесная промышленность, 1968. 256 с.

МЕДИЦИНА

Особенности диагностики рака лёгкого: обзор

Абаева Кристина Александровна, студент;

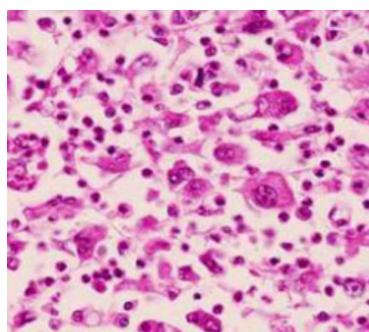
Гаккоева Камилла Олеговна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

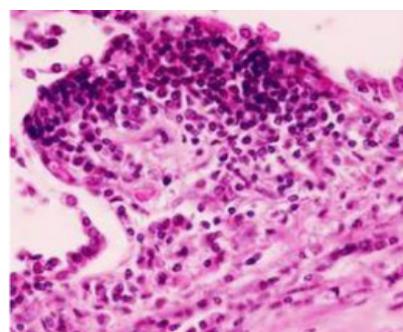
Рак легкого — одно из самых часто встречающихся опухолевых заболеваний. По данным «НМИЦ Радиологии» Минздрава России заболеваемость ЗНО легких, трахеи и бронхов в стране увеличилась с 86,5 в 2011 до 94,8 в 2022 на 100 тыс. населения [1, с. 16]. Развиваются данные ЗНО обычно из клеток, выстилающих бронхи, бронхиолы или альвеолы, которые начинают аномально расти и делиться, образуя опухоль [3, с. 4].

Существует два основных типа первичного рака легкого: — Мелкоклеточный рак легкого (МКРЛ) — тип получил свое название благодаря небольшому размеру клеток под микроскопом.

— Немелкоклеточный рак легкого (НМКРЛ) — наиболее распространенный тип рака легких, на его долю приходится 80–90% всех случаев рака легких. Отличается от мелкоклеточного рака легкого видом опухолевых клеток под микроскопом



Немелкоклеточный рак легкого



Мелкоклеточный рак легкого

Рис. 1. Примеры НМКРЛ и МКРЛ

Особенности диагностического алгоритма:

- сбор анамнеза:
 - история курения (является основным фактором риска развития рака легкого, в том числе пассивное увеличивает риск рака легких на 26%) [5],
 - жалобы (постоянный кашель, частые рецидивирующие инфекции органов грудной клетки, одышка, хрипы, кровохарканье, боли в грудной клетке, охриплость, лихорадка, потеря аппетита, необъяснимая потеря веса, слабость) [3, с. 4]
 - физикальный мониторинг (медицинский осмотр грудной клетки, лимфатических узлов шеи и тд)
 - клинический и биохимический анализ крови (общий анализ крови, ферменты печени, натрий, ка-

лий, кальций, глюкозу, лактатдегидрогеназа, креатинин и тест функции легких)

- рентгенография органов грудной клетки (как правило, это первое исследование, которое проводится на основании симптомов и клинического обследования)
- компьютерная томография (КТ) грудной клетки и брюшной полости с контрастным усилением. Это позволяет специалисту собрать больше информации, например, о точной локализации опухоли в легком, вовлечении лимфатических узлов и распространённости в других органов [4, 5].
- МРТ головного мозга (с / в контрастированием, рекомендуется пациентам с IV стадией, не подвергаю-

щимся профилактическому краниальному облучению), скintiграфия костей. [2, с. 36]

- КТ или УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
- проведение биопсии (получение клеток или тканей из опухоли) окончательно подтвердит или опровергнет диагноз; она необходима для определения гистологического подтипа и выявления различных аномальных белков в опухолевых клетках, которые могут помочь определить максимально подходящее вам лечение. Как правило, для диагностики гистологии предпочтительнее цитологии [2, с. 36].

Иммуногистохимию можно использовать для исключения других диагнозов. Обычно используемые нейроэндокринные маркеры включают хромогранин, синаптофизин и CD56 (также известный как NCAM); CD56 является наиболее чувствительным (положительным в 90% случаев SCLC), но наименее специфичным из трех маркеров.

Методы получения опухолевого материала (бронхоскопия, тонкоигольная биопсия легкого под контролем КТ, эндобронхиальное ультразвуковое исследование) [4].

На сегодняшний день не существует подхода к раннему выявлению, который показал бы свою эффективность при МКРЛ. Текущие рекомендации по скринингу КТ, которые явно снижают общую смертность от рака легких, по-видимому, не улучшают исходы МКРЛ.

Что касается НМКРЛ — сохраняются вопросы по поводу НДКТ, касающиеся определения группы риска, интервала между скринингами, возраста, в котором скрининг должен быть прекращен, метода компьютерной томографии, экономической эффективности и частота ложноположительных диагнозов, однако новый неинвазивный протокол НДКТ обещает снизить частоту ложноположительных результатов.

Литература:

1. А. Д. Каприн, В. В. Старинский, А. О. Шахзадова «Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году», — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. — илл. — 239 с
2. ESMO Pocket Guideline 2022 «Lung and Chest Cancers»
3. ESMO Рекомендации для пациентов «Немелкоклеточный рак лёгкого», 2022
4. Charles M. Rudin, Elisabeth Brambilla, Corinne Faivre-Finn and Julien Sage, Small-cell lung cancer Nat Rev Dis Primers. 2021 Jan 14; 7 (1): 3.
5. Mariam Alexander, So Yeon Kim, Haiying Cheng, Update 2020: Management of Non-Small Cell Lung Cancer Lung. 2020; 198 (6): 897–907.

Имеются данные, что скрининг на немелкоклеточный рак легкого с помощью низкодозовой компьютерной томографии (НДКТ) снижает смертность, связанную с раком легких, у субъектов с высоким риском [нынешние или бывшие заядлые курильщики (≥ 30 пачек в год или ≤ 15 лет после прекращения) в возрасте 55–74 лет] [2].

— Периодическое рентгенологическое исследование органов грудной клетки, цитологическое исследование мокроты или использование биомаркеров не являются рекомендуемыми методами скрининга.

В зависимости от стадии, гистологии, генетических изменений и состояния пациента подходы к лечению НМКРЛ обычно включают хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию, иммунотерапию, таргетную терапию либо отдельно, либо в комбинации [5].

Что касается МКРЛ, очень небольшая часть пациентов имеет раннюю стадию (T1-T2N0-N1M0). Ведение этих пациентов вызывает споры из-за отсутствия рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих хирургические и нехирургические подходы в эпоху современных стадий и методов лечения. Для этих пациентов доступны как минимум три варианта местного лечения: хирургическое вмешательство, фракционированная лучевая терапия и стереотаксическая лучевая терапия [4].

Таким образом, в последнее время значительно расширился стандарт диагностики рака легкого. Значительное внимание уделяется раннему выявлению рака легкого. При скрининге НМКРЛ КТ использованием низких доз может быть эффективным в снижении показателей смертности от рака легких. Вопрос о пользе того же метода для скрининга МКРЛ остается спорным. Полноценная и своевременная диагностика является залогом более раннего начала лечения и положительных результатов.

Влияние химио- и гормонотерапии на течение ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью у больных раком предстательной железы

Алдатова Милана Маратовна, студент;

Гаккоева Камилла Олеговна, студент;

Тогузова Залина Асланбековна, кандидат медицинских наук, доцент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

В статье авторы пытаются определить влияние химио- и гормонотерапии на течение ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью у больных раком предстательной железы.

Ключевые слова: химиотерапия, гормонотерапия, хроническая сердечная недостаточность, рак предстательной железы.

У мужчин рак предстательной железы занимает лидирующие позиции в структуре онкозаболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в мире. На сегодняшний день около 80% впервые выявленных больных РПЖ рано или поздно испытывают необходимость в системной гормональной терапии со 100% вероятностью развития резистентности к ней. Антрациклины являются группой препаратов, о которых нужно упомянуть в связи с гормонорезистентным раком предстательной железы. В монотерапии при данной форме заболевания они изучались достаточно широко, при этом общая эффективность составила 0–33%. У большинства препаратов выявлен значимый паллиативный эффект, однако уровень объективных ответов низок.

Несмотря на это, продолжается проведение монотерапии доксорубицином, также он используется во многих схемах лечения, например, доксорубицин/5-фторурацил/митомидин; доксорубицин/ кетоконазол; доксорубицин/ кетоконазол/ эстрамустин/винбластин.

Однако используемые препараты нередко вызывают побочные эффекты, и в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Появилась необходимость специального изучения механизмов кардиотоксичности, формирования способов профилактики и лечения негативного влияния терапии рака на ССС. Кардиотоксичность — это снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на 10 абсолютных процентов до значений меньше, чем 53%, ассоциированное с химио- и гормонотерапией независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов сердечной недостаточности. Кардиотоксичность проявляется в виде нарушений общей и локальной сократимости сердца, ишемии миокарда, аритмий — вследствие нарушения реполяризации миокарда. Стало очевидным, что ранняя диагностика ишемической болезни сердца, выявление предикторов развития хронической сердечной недостаточности, что и послужило поводом для наших исследований.

Механизм действия антиандрогенных препаратов и антрациклинов:



Цель исследования — оценка влияния химио- и гормонотерапии на функциональное (центральная и легочная гемодинамика) состояние сердечной деятельности у больных раком предстательной железы.

В исследование включено 50 мужчин с диагнозом рак предстательной железы, получавших химио- и гормоноте-

рапию в 2020–2021 гг. Им проводилась терапия гормональными антиандрогенными препаратами — антагонистом гонадотропин-рилизинг гормона, а также химиотерапия антрациклиновыми препаратами (гормонорезистентная группа). Функциональное состояние ССС оценивалось по данным ЭКГ, ЭХО-КГ. У 44% больных ранее имелись

проявления ишемической болезни сердца в виде хронической сердечной недостаточности 2, 3 стадии (из них 25% больных получали ранее терапию ингибиторами АПФ), у остальных 56% — ишемическая болезнь сердца носила вторичный характер (на фоне противоопухолевой терапии). В исследуемых группах наиболее частыми осложнениями химиотерапии были: проявления миокардиальной дисфункции левого желудочка по данным эхокардиографии (67%), перикардиты (21%), нарушения ритма сердца

(12%). Для лечения сердечной недостаточности был назначен препарат Юперо (Сакубитрил+Валсартан). В ходе дальнейшего исследования путем динамического наблюдения за пациентами было установлено, что назначенную терапию продолжили в течение 4 месяцев 69% больных, у 45% из них наблюдалась положительная динамика показателей функциональной способности левого желудочка по данным эхокардиографии.

Таблица 1. Показатели гемодинамики до и во время лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Δ%
КДР ЛЖ, см	58,87±0,95	55,71±0,98 p<0,02	5,8
КСР ЛЖ, см	42,03±0,60	39,96±0,67 p<0,02	4,9
ФВ ЛЖ,%	42,03±0,60	52,29±1,15 p<0,01	8,7

На фоне кардиопротективной терапии отмечалась положительная динамика показателей функционального состояния ЛЖ. При применении Юперо изменения носили выраженный характер: уменьшение КДР и КСР –на 5,8% и 4,9%; увеличение ФВ на 8,7% при p<0,001.

Выводы:

1. Наиболее информативными клинико-инструментальными показателями неблагоприятного воздействия методов терапии рака предстательной железы на сердечно-сосудистую систему являются: появление или усугубление миокардиальной дисфункции, выявляемые при доплерэхокардиографии, признаки поражения перикарда

и различные нарушения ритма. 2. Расстройства функционального состояния левого желудочка являются одним из важных патогенетических звеньев развития хронической сердечной недостаточности. У большинства пациентов, принимавших препарат Юперо, отмечается положительная динамика по данным эхокардиографии, что говорит о его высокой эффективности. 3. Многообразие клинических проявлений кардиотоксичности, часто длительный период скрытого течения и прогрессирующий характер заболевания подчеркивают необходимость раннего и продолжительного динамического наблюдения за пациентами, получавшими химио- и гормонотерапию.

Литература:

1. Levine EG, Raczynski JM, Carpenter JT. Weight gain with breast cancer adjuvant treatment. *Cancer*. 1991; 67: 1954–9.
2. Heasman KZ, Sutherland HJ, Campbell JA, et al. Weight gain during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 1985;
3. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. 2004; 110: 227–39.

Рак молочной железы

Бесаева Эльмира Черменовна, студент;

Сартоева Алана Алановна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

В данной статье авторы хотят рассказать о том, как важно женщине знать о таком заболевании как рак молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, онкозаболевание.

Онкологическая заболеваемость — одна из наиболее актуальных проблем современной медицины во всем мире. Первое место в структуре женской онкологической заболеваемости занимает рак молочной железы, и наша республика — не исключение. Вопрос по снижению уровня смертности, увеличению продолжительности жизни с поставленным диагнозом в Российской Федерации и, в частности, в нашей республике не может быть решен без динамично развивающейся и эффективно действующей системы профилактики и оказания высококачественной медицинской помощи населению. Обеспечение ранней диагностики и эффективного лечения онкозаболеваний, в частности рака молочной железы, является на сегодняшний день актуальной задачей. В связи с этим, результаты исследования динамики заболеваемости и выявляемости злокачественных новообразований молочной железы и анализ эффективности оказания медицинской помощи онкологическим больным могут быть применены при разработке плана по совершенствованию онкологической службы в стране.

Рак молочной железы — это злокачественная опухоль молочной железы, которая развивается именно из клеток

железистой ткани. Эта патология является наиболее распространенным женским онкозаболеванием.

Говоря о причинах и факторах развития рака молочной железы, стоит отметить, что у ученых пока нет точной информации. Существует список факторов, которые влияют на развитие рака, однако у некоторых болезнь диагностируют и при отсутствии этих факторов, другие же остаются здоровыми при их наличии.

Так, риск заболевания оказывается в три раза выше у женщин, у чьих ближайших родственников был выявлен рак молочной железы. Особенно высокая степень риска отмечена для дочерей тех женщин, у которых в период пременопаузы был диагностирован рак молочной железы. Для них вероятность заболевания увеличивается в 3–11 раз. Женщины, впервые родившие ребенка в возрасте свыше 30 лет, почти в три раза чаще заболевают раком молочной железы, чем женщины, родившие в возрасте до 20 лет.

Степень риска возрастает также для тех женщин, у которых в анамнезе отмечены доброкачественные заболевания молочной железы, особенно такие как эпителиоз и клеточная атипия.



Опухоли развиваются чаще при раннем наступлении менструаций и поздней менопаузе, причем удаление яичников, проведенное в раннем периоде жизни, оказывает некоторое защитное действие.

Известно, что профилактическое удаление яичников, проведенное у женщин с мутациями по генам BRCA1 и BRCA2, существенно снижает риск развития рака мо-

лочной железы. В настоящее время проводят генетический анализ мутаций у женщин, составляющих группу повышенного риска, т. е. из семей с наследственным раком молочной железы или яичников.

Далее хотим привести диаграмму, в которой указана структура заболеваний молочных желез:



Чтобы женщина могла избежать этого страшного заболевания, она должна знать и соблюдать правила профилактики. В первую очередь — прохождение профилактических осмотров в возрасте 20–40 лет раз в год. Также после 40 лет рекомендуется раз в год делать УЗИ молочных желез и маммографию. Однако, несмотря на огромные возможности современной диагностики, самообследование остается самым доступным и ранним методом выявления опухолей молочной железы. Оно обычно проводится на 6–12 день от начала менструации, но лучше делать его как можно чаще.

Алгоритм проведения:

1. Нужно встать перед зеркалом, тщательно осмотреть свою грудь, обратить внимание на её форму и размеры.
2. Рассмотрите обе железы по очереди, заведя руки за шею, чтобы мышцы груди напряглись и картина была более ясна.
3. Правой рукой пропальпируйте левую железу, левой — правую.

Самообследование **молочных желез**

(Проводится на 6-12 день от начала менструации)



1. Осмотрите перед зеркалом форму груди и внешний вид кожи сосков с опущенными руками.



2. Поднимите руки за голову и осмотрите грудь. Обратите внимание на изменения формы или размеров одной из молочных желез и цвет кожи.



3. Запрокиньте правую руку за голову. Медленно, круговыми движениями прощупывайте правую грудь, обращая внимание на возможные припухлости и утолщения. Повторите то же с левой грудью.



4. Сдавите сосок у его основания большим и указательным пальцами и посмотрите, есть ли какие-либо выделения.



5. Обследуйте грудь в положении лежа. Прощупывайте круговыми движениями с легким надавливанием, начиная с краев молочной железы в направлении соска.



6. Прощупайте круговыми движениями левую и правую подмышечные впадины.

Чаще всего среди симптомов онкологии молочной железы преобладают следующие:

1. Уплотнение в виде шарика в груди.
2. Изменение формы, размера или вида молочной железы.
3. Изменение вида и формы соска или кожи вокруг ареолы.
4. Выделения из соска.

5. Появление изменений на коже желез.

Очень важно, чтобы женщина, обнаружив у себя эти симптомы, обратилась к специализированному врачу (в частности, к маммологу) не позднее чем через 1–2 месяца, так как этот вид рака быстро прогрессирует.

Берегите себя, своих близких и не пренебрегайте обращениями с врачу профилактического характера, иначе потом может быть поздно.

Гидронефроз: общая характеристика, классификация, диагностика, лечение, прогноз

Бицуева Фаина Рамазановна, студент;

Умарова Бэлла Хизировна, студент;

Бураев Асланбек Борисович, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Гидронефроз — полиэтиологическое заболевание почки, которое возникает в результате сильного нарушения оттока мочи из почки. Гидронефроз характеризуется расширением чашечно-лоханочной системы, атрофией паренхимы почки и частичным или полным нарушением функции почки. Состояние, при котором происходит расширение и мочеточника называется уретерогидронефрозом. Данное заболевание широко распространено в урологической практике. [1]

В развитии гидронефроза главная роль принадлежит нарушению оттока мочи из почки. А это, в свою очередь, в последующем приводит к атрофии ее паренхимы. Проявление клинических признаков зависит от тяжести, длительности обструкции. Также зависит от строения чашечно-лоханочной системы. Чаще всего нарушения происходит при внутривнутрипочечном расположении лоханки. Те лоханки, которые располагаются внепочечно, они легко растягиваются, и почечные чашки повреждаются меньше. Гидронефроз не первичное заболевание, оно всегда вторично. Причины, вызывающие гидронефроз, можно разделить на несколько групп. [1]

Классификация

Согласно классификации, имеет место врожденный и приобретенный гидронефроз. Врожденный гидронефроз выявляется, обычно, в первые месяцы жизни ребенка и связан с врожденными аномалиями мочеполовой системы. А вот Приобретенный гидронефроз чаще возникает в результате осложнений первичных заболеваний, таких как: мочекаменная болезнь, опухоли почки [2]

С.П. Федоров выделял причины, которые вызывают гидронефроз. Их пять групп:

- 1) основные причины, расположенные в мочевом пузыре;
- 2) причины, которые располагаются не в просвете мочеточника, а по ходу него.

3) те причины, которые находятся именно в просвете мочеточника, а не по ходу него.

4) причины, которые возникают из-за нарушения положения мочеточника;

5) причины, которые возникают вследствие разнообразных изменений в мочеточнике [1].

Так же выделяют одно- и двусторонний гидронефроз. Односторонний гидронефроз обычно возникает, если закупорка расположена именно на уровне мочеточника. А вот к двустороннему гидронефрозу чаще приводят нарушение пассажа мочи на уровне мочевого пузыря, но также могут быть не только односторонние, но и двусторонние препятствия на уровне мочеточников. Двусторонний — это грозная патология, которая может приводить к хронической почечной недостаточности, так же, как и гидронефроз единственной почки [1].

В течение развития гидронефроза выделяют также три стадии:

- 1) пиелэктазия (то есть расширение лоханки),
- 2) гидрокаликоз (это когда помимо лоханки расширяются также чашки), ну и
- 3) собственно гидронефроз [1].

Клиника

Специфических симптомов для гидронефроза нет. Очень часто даже на поздних стадиях заболевания отсутствуют жалобы. Симптоматика у больных с гидронефрозом связана с сопутствующими первичными заболеваниями, такими как пиелонефрит и мочекаменная болезнь [1]. Наиболее специфические симптомы — это боль, пальпируемое образование, изменения в моче.

Боль в поясничной области и подреберье — наиболее частый симптом гидронефроза — Боль по интенсивности незначительная, носит ноющий характер. Она волнообразная, с периодами усиления и ослабления. Но также может носить и постоянный характер. Бывает и такое, что пациенты ощу-

щают не боль, а чувство тяжести или дискомфорта в поясничной области. Если присоединяется лихорадка и озноб, то это свидетельствует об обострении инфекционно-воспалительного процесса в почке [1]. Пациенты, имеющие мочекаменную болезнь, могут испытывать сильнейшую боль при нарушении оттока мочи. [3]

Следующий симптом гидронефроза — наличие пальпируемого образования в подреберье или выходящего за его пределы. Оно обычно эластическое, может быть незначительно болезненным при пальпации. [1]

Макрогематурия при гидронефрозе наблюдается у 10–20% больных. Она обычно тотальная, кратковременная и очень редко продолжается более суток. Причина макрогематурии — форникальное кровотечение вследствие резкого снижения внутрилоханочного давления при временном восстановлении оттока мочи из почки. Но бывает и такое, что макрогематурия является единственным симптомом гидронефроза. При присоединении инфекционно-воспалительного процесса в почке в моче возникают изменения. Выявляются лейкоциты, бактерии, слизь, Помутнение мочи. При развитии воспалительного процесса у человека возникает лихорадка, слабость. [1] При развитии вторичного камнеобразования в моче появляются соли (они могут быть разного состава), меняется плотность мочи, pH [3].

К общим симптомам относят недомогание, быструю утомляемость, понижение работоспособности. При выявлении у пациента жажды, полиурии, анемии — это грозные симптомы. Они указывают на развитие хронической почечной недостаточности. Чаще в ХПН приводит двусторонний гидронефроз или гидронефроз единственной почки. [1]

Диагностика

При грамотно собранном анамнезе, тщательном физикальном осмотре — доктор может легко заподозрить гид-

ронефроз. Изменения в ОАМ для гидронефроза не характерны. Лейкоцитурия характерна при присоединении инфекции. Наличие солей — при уролитиазе. Выполняют инструментальное исследование, такое как сонография. Этот метод на сегодняшний день является самым удобным, атравматичным и быстрым методом диагностики данного заболевания. При проведении сонографии при гидронефрозе возможно увидеть увеличенные размеры пораженной почки [2]. Также выполняют рентгенографию (либо обзорную, либо экскреторную), они позволяют выявить течение заболевания и функциональное состояние непораженной почки. При самой последней стадии гидронефроза будет наблюдаться задержка контраста почечной паренхимой [3].

Так же проводят КТ, МРТ. С помощью этих методов можно определить локализацию сужения мочеточника, наличие воспалительных изменений, конкрементов. При применении аортографии и почечной артериографии получается увидеть врожденную патологию сосудов почек, которые и являются первопричиной данного заболевания. Так же возможно проведение ренографии, динамики, статистики, благодаря которым можно оценить функциональную способность почечной паренхимы [2].

Лечение гидронефроза чаще всего производится оперативным путем. Применение консервативной терапии выполняется для предупреждения и купирования присоединения вторичной инфекции. Также проводят оперативное лечение гидронефроза. Предпочтение отдают эндовидеохирургическим операциям. Их преимуществом является малая травматичность [1].

Прогноз. При своевременно начатом лечении, то исход заболевания благоприятен. При длительно текущем процессе, несвоевременном оперативном лечении может привести ХПН [1].

Литература:

1. Урология: учебник / С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачук; под редакцией С. Х. Аль-Шукри и В. Н. Ткачука. 2011. 480 с: ил
2. Урология: учебник / Б. К. Комяков. 2012. 464 с.: ил.
3. Урология учебник / Лопаткин Н. А., А. Г. Пугачев. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 520 с.

Стабильная стенокардия и принципы ее лечения

Булкин Максим Дмитриевич, студент;

Коновальцева Татьяна Александровна, студент;

Трухмаева Ирина Евгеньевна, студент

Ивановская государственная медицинская академия

Ишемическая болезнь сердца на данный момент является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Особое внимание хочется уделить именно стабильной стенокардии, так как частота случаев растет прямо пропорционально с воз-

растом пациентов. Следует отметить, что риск развития заболевания выше у следующих категорий людей:

- мужчин среднего и пожилого возраста;
- ведущие малоподвижный образ жизни;
- страдающие ожирением;

- имеющие вредные привычки (особенно курение);
- с сопутствующим заболеванием сахарным диабетом.

Кратко разберем патогенез заболевания для того, чтобы понимать от чего стоит отталкиваться при выборе той или иной тактики лечения пациента.

Ведущее место в патогенезе данного заболевания занимает атеросклероз коронарных сосудов. Бляшки холестерина откладываются в стенке артерий, что и приводит к сужению их просвета и нарушению адекватного кровоснабжения миокарда. В результате миокард не получает достаточного количества кислорода и происходит развитие ишемии.

Таким образом, наша тактика ведения пациентов с ИБС заключается в следующем

Во-первых, необходимо оценить вероятность наличия у пациента ИБС. Это связано с тем, что не у всех пациентов с загрудинной болью имеется стеноз коронарных артерий. Боль в груди встречается при аневризме аорты, плеврите, невралгии, остеохондрозе и т. д.

Поэтому данный момент нужно изучить детально.

Для подтверждения нашего предположительного диагноза необходимо произвести исследование:

- Стресс-ЭКГ (тредмил-тест) достаточно простой и доступный метод, который проводится на беговой дорожке. Диагноз подтверждается при возникновении боли, либо при появлении признаков ишемии на ЭКГ (депрессия ST $\geq 0,1$ мВ или ≥ 1 мм в 2 и более конкордантных отведениях)

- Стресс-ЭХОКГ (проводится на велоэргометре, подтверждением диагноза является визуализация участков гипокинезии миокарда на эхокардиографии)

- Перфузионная сцинтиграфия миокарда с нагрузкой фиксации в миокарде радиоизотопного вещества (технеция или талия). Участки ишемии не накапливают вещество и выглядят менее яркими на фоне нормального миокарда. Диагноз ИБС подтверждается, если на изображении после нагрузки/введения препарата визуализируются участки, плохо накапливающие радиоизотоп.

После подтверждения диагноза необходимо назначить лечение.

Симптоматическое

Для купирования приступов применяют нитраты короткого действия сублингвально, таблетки 5 мг или спрей

Для профилактики приступов — нитраты пролонгированного действия, таблетки или трансдермальные пластыри

Механизм действия: за счет высвобождения NO (вазодилатор) нитраты вызывают вазодилатацию сосудов: вен => уменьшают венозный возврат (преднагрузку на сердце) и артерий => уменьшают общ. периф. сопротивление сосудов (постнагрузку) и увеличивают просвет коронарных артерий (улучшают перфузию миокарда)

Меры предосторожности: нитраты вызывают ортостатическую гипотензию, поэтому принимать их можно только в положении сидя или лежа

Режим приема: каждые 5 минут, пока не исчезнет боль. NO не более 3 табл и не дольше 15 мин т.к. если после 3 таблеток и в течение 15 минут боль сохраняется — это уже считается нестабильной стенокардией, при которой необходимо исключить инфаркт миокарда.

NB!! Нитраты не влияют на прогноз и выживаемость пациентов с ИБС.

Поэтому ВСЕМ пациентам показана БАЗОВАЯ терапия (BASIK).

Базовое лечение ИБС

В — бетаблокаторы: за счет (-) хронотропного действия БАБ снижают ЧСС, увеличивают время диастолы и улучшают перфузию миокарда; за счет (-) инотропного действия БАБ уменьшают потребность миокарда в кислороде. При противопоказаниях к БАБ можно использовать недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем).

А — аспирин: в малых дозах 75–150 мг проявляет антиагрегантные свойства, и в случае эрозии сосудистой стенки или при разрыве бляшки предотвращает тромбоз и развитие инфаркта миокарда.

С — статины: стабилизируют бляшки и препятствуют их росту за счет уменьшения уровня ХС ЛПНП.

Целевым уровнем ХС-ЛПОНП пациентов с ИБС является <1,8 ммоль/л или снижение исходного уровня на 50%, если целевой уровень не может быть достигнут.

I — ингибиторы АПФ: уменьшают ремоделицию (фиброз) миокарда = кардиопротективное действие.

К — коррекция образа жизни (является неотъемлемой частью лечения, без которого вышеперечисленное будет малоэффективно).

Литература:

1. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S., et al. // Eur. Heart J. — 2013. — Vol. 34, N38. — P. 2949–3003
2. Sekiya M., Sato M., Funada J., et al. // J. Cardiovasc. Pharmacol. — 2005. — Vol. 46, N1. — P. 63–67.
3. Kasama S., Toyama T., Sumino H., et al. // J. Nucl. Med. — 2007. — Vol. 48, N10. — P. 1676–1682.
4. Markham A., Plosker G.L., Goa K.L. // Drugs. — 2000. — Vol. 60. — P. 955–974.

Необходимость разработки и внедрения специализированных продуктов питания

Викторова Юлия Вадимовна, студент магистратуры
Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ) (г. Москва)

Полноценное питание является основой жизнедеятельности организма детей и взрослых, оно определяет возможность переносить различные заболевания, физические, а также психоэмоциональные нагрузки. Питательные вещества, поступающие в организм с пищей, активно влияют на обменные процессы, состояние иммунологической реактивности, функции органов и систем организма.

К сожалению, повседневное питание не обеспечивает поступления в организм необходимого количества легкоусвояемых белков, особенно эссенциальных аминокислот, к которым относят: валин, изолейцин, лейцин, метионин, треонин, триптофан, фенилаланин, лизин. Помимо нехватки белков, часто встречается проблема дефицита незаменимых жирных кислот, так как они не образуются в организме человека и поступают исключительно с пищей. Стоит отметить, что важно не столько достаточное количество эссенциальных веществ, сколько их соотношение.

Ключевые слова: специализированные продукты питания, сбалансированное питание, незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, эссенциальные микроэлементы, витамины.

Согласно данным, которые были представлены на Всероссийском форуме «Здоровье нации — основа процветания России» (2006 г.), продолжительность жизни населения в нашей стране в среднем составляет 65 лет, что значительно ниже, чем в экономически развитых странах. Сокращение продолжительности жизни, рост сердечнососудистых и онкологических заболеваний, увеличение численности людей с избыточной массой тела ученые связывают с нарушением пищевого статуса, с недостатком в питании полноценного по аминокислотному составу белка, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, макро- и микроэлементов и нерациональным соотношением пищевых компонентов в диете, что подтверждено результатами мониторинговых исследований ГУ НИИ Питания [2, с. 4–7].

Сбалансированное питание играет решающую роль в повышении работоспособности, обеспечивая мышцы топливом и восполняя жидкость в организме. Достаточное количество энергии должно поступать из различных продуктов, которые обеспечивают вас достаточным количеством белков, жиров, углеводов и микроэлементов, чтобы предотвратить травмы и повысить вашу производительность. [2, с. 30]

Многие ученые и медицинские работники признают, что сбалансированное питание является основой хорошего физического здоровья. Рабочая группа Всемирной организации здравоохранения сосредоточила внимание на питании как на ключевом компоненте профилактики заболеваний, указав, что «сбалансированное и разнообразное питание, состоящее из широкого спектра питательных и вкусных продуктов, добавляет годы к жизни и жизнь к годам».

Включение в рацион специализированных продуктов питания, обладающих высокой биологической ценностью, повышенной биодоступностью, а также небольшим объемом, позволяет, благодаря определённой направленности их химического состава, оперативно вносить коррективы в питание, обеспечивать организм необходимыми

нутриентами и энергией, тем самым восполняя энергозатраты.

Специализированные пищевые продукты — пищевые продукты с заданным химическим составом за счет обогащения, элиминации или замещения макро- и микронутриентов другими пищевыми компонентами для различных категорий населения (продукты для питания спортсменов, лактирующих и беременных женщин, пожилых лиц, детей и др.).

Одним из способов создания специализированных продуктов для оптимизации рационов является разработка базовых модулей заданного состава, представляющих собой концентрированные источники биологически активных веществ (ПНЖК, жирорастворимых витаминов, незаменимых аминокислот). Необходимое сочетание ПНЖК и жирорастворимых витаминов обусловлено тем, что для усвоения жирорастворимых витаминов необходимо наличие жировой среды.

В концепции государственной политики в области здорового питания населения России указано, что питание является одним из важнейших факторов. Определяющих здоровье населения. В своем отчете ВОЗ предупреждает, что высокий процент распространенных заболеваний в промышленно развитых странах (таких как ожирение, диабет, гипертония, ишемическая болезнь сердца и даже некоторые виды рака) прямо или косвенно связаны с неэффективным питанием, особенно с повышенным потреблением обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием трансизомеров жирных кислот и низким потреблением основных питательных веществ (главным образом, витаминов, минералов и белков).

Для снижения риска алиментарно-зависимых заболеваний необходимо изменять структуру жирового компонента рациона как за счет снижения потребления общего жира, так и увеличения доли ПНЖК и оптимизации соотношения омега-3, омега-6. Увеличение содержания белка приводит к обеспечению высоким уровнем аминокислот.

Сбалансированное питание — жизненно важный лечебно-профилактический фактор. Человек болеет, если в его организме не достаёт каких-либо незаменимых пищевых веществ. Нарушения и болезненные проявления у него наблюдаются и при избыточном потреблении некоторых из них, а также при попадании в организм чужеродных, токсичных веществ. Опыт развитых стран мира показывает, что наряду с производством пищевых продуктов

для массового потребления необходимо масштабное изготовление специализированных продуктов питания разнообразного ассортимента и назначения, что позволит значительно улучшить товарное качество, физиологические характеристики пищи, обеспечить гарантию ее безопасности. Такого рода специализация дает возможность значительно снизить расход сырья и вспомогательных материалов, а также сократить материальные и трудовые затраты.

Литература:

1. Коденцова В. М., Кочеткова А. А., Смирнова Е. А., Саркисян В. А., Бессонов В. В. Состав жирового компонента рациона и обеспеченность организма жирорастворимыми витаминами. *Вопр. питания*, 2014, Т. 83, № 6, С. 4–17.
2. Липатов Н. Н. Компьютерное проектирование продуктов и рационов питания с задаваемой пищевой ценностью / *Материалы научно-практической конференции*. Углич, 2002. С. 24–29.
3. Попова, Н. М. Употребление спортивного питания (бадов) среди спортсменов и их субъективное влияние на здоровье / Н. М. Попова, Р. Р. Бадахшина, А. К. Кузьминых // *Столица науки*. — 2020. — № 4 (21). — С. 157–163.
4. Разработка продукта для спортивного питания / Т. А. Яркова, Е. С. Якунина, С. В. Колобов, О. В. Евдокимова // *Индустрия питания*. — 2021. — Т. 6. — № 2. — С. 75–83.
5. Робакидзе, К. Г. Значение спортивного питания в жизни спортсмена / К. Г. Робакидзе, Н. Е. Курочкина // *Тенденции развития науки и образования*. — 2020. — № 62–5. — С. 32–37.
6. Спортивное питание, эффективность и результативность / И. У. Кусова, А. С. Щепотина, А. Э. Григорян, Ф. Н. Азимов // *Технологии пищевой и перерабатывающей промышленности АПК — продукты здорового питания*. — 2021. — № 1. — С. 50

Об организационных параллелях деятельности системы здравоохранения России в условиях военного времени и пандемии COVID-19

Гаккоева Камилла Олеговна, студент;

Алдатова Милана Маратовна, студент;

Джиоева Ирина Акимовна, кандидат медицинских наук, доцент
Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

В статье представлены параллели деятельности системы здравоохранения России в условиях военного времени и пандемии COVID-19.

Ключевые слова: здравоохранение, военное время, пандемия.

Введение. Пандемию коронавирусной инфекции COVID-19 иногда сравнивают с войной. Пандемия коронавирусной инфекции как и в период Великой Отечественной войны вызвала необходимость мобилизации всех систем государственного управления здравоохранением и санитарно-эпидемиологической службы для борьбы с эпидемией.

Цель исследования. Оценить значение опыта организации лечебно-профилактической помощи и санитарно-эпидемиологической службы в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) в период пандемии COVID-19.

Материал и методы. В работе применен сравнительно-аналитический метод. Используются архивные материалы, литературные источники, правительственные документы.

Результаты исследования. В годы ВОВ здравоохранением России был накоплен значительный опыт по организации лечебно-профилактической помощи и проведению противоэпидемических мероприятий в Армии и среди гражданского населения. На больницы была возложена задача полной госпитализации инфекционных и лихорадящих больных. Коечный фонд увеличивался за счет использования внутренних резервов. По примеру военно-медицинских учреждений в больничной сети здравоохранения была создана система приемно-сортировочных отделений, были переоборудованы изоляторы и выделены палаты для температурящих больных.

Материалы нашего исследования указывают, что на протяжении войны между органами военного и гражданского здравоохранения поддерживались тесные контакты, позво-

лявшие оперативно и согласованно решать многие сложные вопросы. Исключительно важными были санитарно-предупредительные мероприятия на железнодорожном и водном транспорте. Предупредительные меры осуществлялись через систему противоэпидемических учреждений (санитарно-контрольные, наблюдательные и изоляционно-пропускные пункты).

К проведению противоэпидемических мероприятий широко привлекалась общественность. За годы войны сложился институт общественных санитарных инспекторов. Таким образом, в стране была создана система противоэпидемической работы, в которую вошли структурные подразделения здравоохранения различного уровня и санитарно-эпидемиологическая служба. В создании новых форм и методов работы, адаптированных к особенностям военного времени, были использованы, испытанные на практике в мирных условиях, организационные формы противоэпидемической деятельности. Оперативное создание и развертывание на всей территории страны мощной госпитальной базы позволило значительно расширить возможности лечебно-профилактической помощи на всех уровнях военного и гражданского здравоохранения. Достижению эффективности работы способствовали четкая специализация и этапность оказания медицинской помощи, широкое применение принципа комплексного лечения с привлечением санаторно-курортных факторов, внедрение достижений медицинской науки.

В первые дни эпидемии по аналогии с военным временем были созданы Оперативный штаб и Координационный совет по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции. Непрерывно работал Центр по мониторингу ситуации с коронавирусом. Доминирование государственного (муниципального) сектора здравоохранения, более подверженного государственному контролю и регулированию, способствовало оперативному перепрофилированию медицинских организаций под ковидные стационары. Для оказания помощи больным новой коронавирусной инфекцией было подготовлено более 1,4 миллиона медицинских работников. Если в начале апреля медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией оказывали более 40 тысяч врачей, 142 тысячи среднего и 25 тысяч младшего медицинского персонала, то в июле

2020 года — 131 тысяча врачей, 272 тысячи среднего медицинского персонала и почти 63 тысячи младшего медицинского персонала. Российской Федерации в числе первых удалось в кратчайшие сроки разработать диагностические тест-системы для определения новой коронавирусной инфекции, обладающие высокой аналитической чувствительностью и диагностической специфичностью. Российские разработки в этой области используются в более 30 странах мира, в странах азиатского, африканского и латиноамериканского регионов.

16 марта Минздравом России был направлен в субъекты РФ приказ «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Приказом создаются Федеральные дистанционные консультативные центры анестезиологии-реаниматологии для взрослых, детей и беременных по вопросам диагностики и лечения инфекционного заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19. Утверждается единый номер единого колл-центра Федеральных центров для поддержки принятия решений медицинскими работниками. Для организационно-методической поддержки регионов создаются выездные мультидисциплинарные бригады. Центром стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью проводится оперативный мониторинг ситуации с заболеваемостью COVID-19. В период коронавирусной эпидемии как и в годы войны особую актуальность приобрела задача более широкого привлечения общественности к проведению санитарно-гигиенических мероприятий и санитарного просвещения.

Выводы. Опыт здравоохранения России по организации медицинской помощи и санитарно-эпидемиологической службы, накопленный в период Великой Отечественной войны был успешно использован в мирное время для реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В основу государственных мер по борьбе с пандемией легли апробированные в условиях сложной эпидемиологической обстановки военного времени организационные формы и методы противоэпидемической и санитарно-гигиенической работы.

Литература:

1. Александрова ОА, Медведева ЕИ, Аликперова НВ, Крошнлин СВ. Анализ профессиональной подготовки и востребованности среднего медицинского персонала в условиях современной политики здравоохранения. Экономика и предпринимательство, 2020;8 (121):1148–1161.
2. Тутельян ВА, Никитюк ДБ, Бурляева ЕА, Хотимченко СА, Батулин АК, Стародубова АВ, Камбаров АО, Шевелева СА, Жилинская НВ. COVID-19: новые вызовы для медицинской науки и практического здравоохранения. Вопросы питания. 2020;89 (3):6–13.
3. World Health Organization Department of Communications. Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic Preparedness and Response Plan. 2019.

Ахалазия пищевода: диагностическая оценка

Дзантиева Виктория Руслановна, студент;

Джаваева Алина Германовна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Ключевые слова: ахалазия, пищевод, барий, моторика.

Ахалазия является первичным нарушением моторики пищевода неясной этиологии. Обычно она диагностируется в возрасте от 20 до 50 лет, но может возникнуть в любом возрасте, без предрасположенности к какому-либо полу. Расстройство характеризуется нарушением расслабления нижнего пищеводного сфинктера (LES) и отсутствием перистальтики пищевода, что приводит к функциональной обструкции оттока в пищеводно-желудочном соединении (EGJ) [1].

При отсутствии лечения естественная ахалазия характеризуется прогрессирующим в сторону расширения пищевода, который постепенно становится все более и более увеличенным, пока не приобретет конечную стадию сигмовидной формы. Клиническая картина и симптомы ахалазии включают медленно прогрессирующую дисфагию при употреблении твердых и жидких веществ, частое срыгивание пищи или даже аспирацию (со случайными эпизодами пневмонии), боль в груди и потерю веса [5]. Во многих случаях между появлением симптомов и диагнозом расстройства существует длительная задержка. Пациентам часто ошибочно ставят диагноз болезни сердца или гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [3]. Анализируя симптомы группы пациентов с диагностированной ахалазией, Спеклер [2] обнаружил, что почти половина из них жаловалась на изжогу. Все пациенты с первоначальным подозрением на ГЭРБ, но не реагирующие на терапию кислотоподавляющими препаратами, должны быть дополнительно обследованы, чтобы исключить нарушения моторики пищевода, такие как ахалазия. Пациентов с ахалазией также часто направляют к психиатру с подозрением на расстройства пищевого поведения, особенно если это молодые женщины.

Диагностика заболеваний пищевода основывается в основном на трех хорошо зарекомендовавших себя и часто дополняющих друг друга тестах: эндоскопия верхних отделов, бариевая эзофагограмма и манометрия (с высоким разрешением).

Эндоскопия верхних отделов

Все пациенты, направляемые по поводу дисфагии, должны сначала пройти эзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки, чтобы исключить другие причины дисфагии, такие как эрозивная ГЭРБ, эозинофильный эзофагит, структурные повреждения (стриктуры, перепонки или кольца), и особенно рак пищевода или «псевдоахалазия» [2, 3]. Эндоскопия является принципиально важным тестом, но не очень чувствительным для установления диагноза ахалазии, поскольку более 40% пациентов с ахалазией имеют нормальные эндоско-

пические результаты [1]. Тем не менее, признаки расширенного или извитого пищевода с задержкой слюны и / или пищи, а также плотный EGJ при прохождении эндоскопа должны вызывать клиническое подозрение на ахалазию [1].

Кандидоз пищевода, невосприимчивый к лечению, также часто встречается у пациентов с ахалазией и вызван застоем в пищеводе. Обнаружение кандидоза пищевода у пациентов с неповрежденной иммунной функцией должно побудить их к дальнейшему обследованию на предмет выявления нарушений моторики пищевода [1].

Бариевая эзофагограмма

Целью проглатывания бария является изучение способности к опорожнению и морфологии пищевода. Диагностическая чувствительность для ахалазии составляет 60%. При проглатывании бария может наблюдаться EGJ с классическим внешним видом «птичьего клюва», более или менее выраженным расширением тела пищевода и медленным прохождением бария через соединение. Столбик задержанного бария в пищеводе с уровнем воздух-жидкость является патогномичным. Тест также может выявить некоторую степень нарушения моторики вплоть до пищевода с видом «штопора», или полное отсутствие двигательной активности, или сопутствующие состояния, такие как дивертикул эпифрены, или это может вызвать подозрение на рак пищевода [3]. Отсутствие пузырька воздуха в желудке является распространенной находкой и убедительно указывает на диагноз ахалазии.

У пациентов с давней ахалазией III или IV стадии диагноз иногда можно заподозрить на простой рентгенограмме грудной клетки (в передне-заднем виде).

Манометрия пищевода

Манометрия пищевода с высоким разрешением является золотым стандартом диагностики ахалазии, основанной на отсутствии перистальтики и нарушении или отсутствии расслабления LES в ответ на глотание. Манометрия пищевода с высоким разрешением (HRM) вошла в клиническую практику только на рубеже нового тысячелетия, но всего за несколько лет она произвела революцию в изучении моторики пищевода, сделав традиционные перфузионные системы устаревшими [4]. Это привело к разработке новой классификации нарушений моторики пищевода, Чикагской классификации (CC), с самого начала основанной на дихотомии, где нарушение расслабления EGJ отмечает большой разрыв между нарушениями моторики пищевода. Расслабление EGJ считается нарушенным, когда интегральное давление релаксации (IRP), измеренное в течение 4-секундного интервала, превышает 15 мм

рт. ст. Затем, если перистальтика тела пищевода происходит одновременно или полностью отсутствует, диагностируется ахалазия. Согласно СС (недавно выпущенной в 4-й версии) [4].

Ахалазию можно разделить на 3 подтипа:

- тип I с аномальным средним IRP и отсутствием сократимости (100% неудачной перистальтики);
- тип II с аномальным средним IRP, отсутствием сократимости (100% неудачной перистальтики), но более 20% глотает с повышением давления в пищеводе;

- тип III с аномальным средним IRP, более 20% глотает с преждевременными или спастическими сокращениями и без признаков перистальтики [2, 5].

Недавно появились данные, согласно которым тип III будет ранней стадией, тип II — промежуточной стадией, а тип I — конечной стадией ахалазии. Также были описаны некоторые случаи перехода от одного типа к другому или от другого двигательного расстройства (дистальный спазм пищевода, обструкция оттока EGI) к ахалазии, что дополнительно подтверждает гипотезу, названную «Теорией Падуи».

Литература:

1. Пандольфино Д. Е., Квиатек М. А., Неалис Т., Булсевич В., Пост Дж., Кахрилас П. Дж. (2008) Ахалазия: новая клинически значимая классификация с помощью манометрии высокого разрешения. Гастроэнтерология 135 (5): 1526–1533.
2. Уильямс В. А., Питерс Дж. Х. (2009) Ахалазия пищевода: хирургическое заболевание.
3. Экардт В. Ф., Кене У., Юнгингер Т., Вестермайер Т. (1997) Факторы риска задержки диагностики при ахалазии. Дис... канд. мед. наук 42 (3): 580–585.
4. Хендерсон Р. Д. (1987) Двигательные расстройства пищевода. Хирургическая клиника № 67 (3): 455–474.
5. Шлоттманн Ф., Патти М. Г. (2018) Ахалазия пищевода: текущая диагностика и лечение. Отзыв эксперта Гастроэнтерол Гепатол 12 (7):711–721.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Дзантиева Виктория Руслановна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Ключевые слова: гиперплазия, 5α-редуктаза, симптомы обструкции, симптомы накопления.

ДГПЖ — заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретрального отдела простаты и приводящее к обструкции нижних мочевыводящих путей. Среди мужчин до 50 лет изменения, характерные для ДГПЖ, отмечаются у 50%, до 80 лет и старше — у 90%.

Факторы риска развития ДГПЖ:

- возраст пациентов, адинамия
- функциональное (гормонопродуцирующее) состояние яичек
- национальность (итальянцы и японцы болеют ДГПЖ редко, немцы, арабы, евреи — часто).

Патогенез развития ДГПЖ: с возрастом увеличивается активность фермента 5α-редуктазы, под влиянием которой тестостерон преобразуется в дегидротестостерон, который, в свою очередь, способствует увеличению массы простатической ткани, сдавлению простатического отдела уретры и уменьшению его просвета, т. е. обструкции нижних мочевыводящих путей.

Объем предстательной железы увеличивается в 1,5–2 раза. Аденоматозная железа массой 20–25гр. считается маленькой, 25–80гр. — средней, свыше 80гр. — крупной, 250–300гр. — гигантской.

Макроскопически в 70% случаев аденоматозная железа состоит из 2-х боковых и средней доли, в 15% случаев — из средней доли, в 10% случаев — из 2-х боковых, в 5% случаев — из одной боковой или одной боковой и средней доли.

В клинической картине преобладают две группы основных симптомов:

- симптомы обструкции: вялая струя мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, затрудненность мочеиспускания, прерывистость мочеиспускания, увеличение времени мочеиспускания, парадоксальная ишурия;

Ишурия — острая задержка мочеиспускания

Парадоксальная ишурия-непроизвольное капельное выделение мочи при отсутствии произвольного акта мочеиспускания (патогенез: чем длительнее обструкция, тем детрузору труднее, вследствие чего возникает компенсаторная гипертрофия, затем атония и впоследствии истончение стенки мочевого пузыря; атония внутреннего сфинктера, представленного поперечно-полосатой мускулатурой, приводит к зиянию мочи и ее капельному выделению

- симптомы раздражения: поллакиурия, никтурия, императивные позывы к мочеиспусканию.

В развитии ДГПЖ отмечаются три стадии, характеризующиеся следующими симптомами:

1. Стадия компенсации — наблюдаются симптомы раздражения, гипертрофия детрузора;
2. Стадия субкомпенсации — помимо симптомов раздражения наблюдаются симптомы обструкции, появляется остаточная моча (до 100 мл- клинически значения не имеет, более 100 мл- клинически значимо);
3. Стадия декомпенсации — истончение детрузора, полная задержка мочеиспускания, парадоксальная ишурия (в 66–93% случаев отмечается дилатация мочеточников, изменяются шейка мочевого пузыря и мочевого пузыря).

Осложнения ДГПЖ: цистит, пиелонефрит, простатит, орхоэпидидимит, камни мочевого пузыря, гематурия, уретерогидронефроз (при 2 ст.–64%, при 3 ст. — 100%), ПМР (12%), острая задержка мочеиспускания (обструктивная уропатия), хроническая почечная недостаточность (30%).

Диагностика ДГПЖ

При трансректальном исследовании: в норме предстательная железа напоминает каштан размером 4 см на 3–3,5 см, состоит из двух долей с выраженной междолевой бороздой между ними, поверхность гладкая, консистенция мягко-эластичная, пальпация безболезненна.

При пальцевом ректальном исследовании при ДГПЖ: железа увеличена в 1,5–2 раза, междолевая бороздка сглажена, поверхность гладкая, консистенция туго-эластичная, пальпация безболезненна или доставляет небольшие болезненные ощущения, слизистая над предстательной железой подвижна.

При раке ПЖ: железа увеличена, не имеет четких контуров, поверхность бугристая, отсутствует междолевая борозда, консистенция каменистая, выраженная болезненность при пальпации, слизистая над областью ПЖ неподвижна.

Лабораторное исследование предусматривает выполнение общего анализа мочи, биохимического исследования крови, определение PSA (простата специфический антиген) — сериноподобная фосфатаза, локализованная в цитоплазме эпителиальных клеток ПЖ, вырабатывается здоровыми клетками и изменёнными; [(до 4 н/л) умерен. повышение — ДГПЖ, резкое повышение — рак ПЖ].

Специальные исследования:

Литература:

1. Клинические рекомендации «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы». Российское общество урологов 2022.
2. Урология. Учебник для высших медицинских заведений Пасечников С. П., Возианов С. А. (2015) 314–332.
3. Интегративная урология. Руководство для врачей. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева Москва 2014.

- УЗИ и ТРУЗИ (позволяют определить объем и структуру аденоматозной железы в целом и отдельных долей, количество остаточной мочи);
- урофлоуметрия позволяет по скорости потока мочи определить степень обструкции (Q в N=15мл/с, T в N 10с. для 100мл. и 23с. для 400мл.)

Характерными для ДГПЖ при рентгенологическом исследовании являются симптом «рыболовных крючков» (обусловлен ростом ПЖ, увеличением мочевого пузыря и зоны впадения мочеточника, что приводит к их впадению не под острым углом), холмовидный дефект заполнения по нижнему контуру мочевого пузыря при цистографии двойного контрастирования и при нисходящей цистографии

Лечение.

1. Диета
2. Динамическое наблюдение мужчин старше 50 лет.

В 1 стадии заболевания проводится лекарственная терапия, во 2 и 3 стадии заболевания показано выполнение хирургического лечения.

В случае возникновения осложнений: при острой задержке мочеиспускания катетеризация, при ее неэффективности — эпицистостомия; при возникновении макрогематурии — назначение гемостатической терапии, при тампонаде мочевого пузыря — эпицистостомия; при присоединении инфекционно-воспалительных осложнений назначение интенсивной антибактериальной терапии.

3. Лекарственная терапия:

- а-адреноблокаторы [Доксазозин, Теразозин (Корнам), Тамсулозин (Омник), Альфузозин (Дальфаз)];
- ингибиторы а-редуктазы [Проскар (Финастерид), Простагут];
- Депостат (отличается следующими побочными эффектами: гинекомастия, снижение потенции, кашель, сосудистые нарушения);

4. Хирургическое лечение — ТУР, открытая аденомэктомия, цистостомия. При этом могут отмечаться следующие осложнения: кровотечение, воспаление, послеоперационная обструкция нижних мочевыводящих путей.

5. Малоинвазивные методы лечения (термотерапия, гипертермия, гипотермия, уретральные стенты, баллонная дилатация, трансуретральная иголючатая абляция, трансуретральная интерстициальная лазерная коагуляция).

Дентофобия как следствие нарушения аспектов медицинской деонтологии

Зангионова Амина Темир-Булатовна, студент;

Дауров Марат Георгиевич, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

В данной статье рассматривается довольно актуальная проблема дентофобии среди населения. Мы постарались рассмотреть причины появления и способы борьбы со страхом посещения врача-стоматолога.

Ключевые слова: деонтология, дентофобия, врач-стоматолог, боязнь врача.

Последнее время становится более известным термин «медицинская деонтология», хотя медицинская этика — «душа медицины, мудрость врачевания» — зародилась на заре развития медицины (от греч. «должное»). Это раздел этики, который рассматривает нормы и принципы поведения врачей. Медицинская деонтология регулирует:

1. общие принципы поведения врача
2. взаимоотношения врачей в коллективе
3. взаимоотношения с родственниками пациента

При нарушении этих норм и правил у пациентов может развиваться страх и боязнь врачей и врачебных манипуляций или, так называемые, ятрофобии. Если затрагивать конкретно стоматологический прием, то фобии, связанные с ним называются «дентофобии» (или одонтофобии).

Основной проблемой стоматологического приема является то, что среди преимущественного большинства населения исторически сформировалось устойчивое представление: прием у стоматолога = боль. Существует множество причин развития дентофобии, разберем наиболее частые из них:

1. Ранее полученный травматический опыт во время посещения стоматолога. Буквально 30 лет назад лечение пульпита проводилось без анестезии!

2. Пугающие истории родственников, друзей приводят к развитию страха перед врачом — стоматологом. Особенно в детском возрасте, когда родители, сами того не подозревая, закладывают этот страх в сознании своих детей фразами: «Сейчас придет доктор с большим шприцом и сделает тебе очень болючий укол!»

3. Гиперчувствительность, психические патологии, низкий порог чувствительности. Порог чувствительности обусловлен генетикой конкретного организма и его функциональным состоянием (пороги различаются у детей разного возраста, представителей разных рас; зависят от типа ВНД; возбуждение/подавление одних рецепторов отражается на чувствительности других).

4. Биологические особенности (низкий уровень ГАМК)

5. Неверное понимание ситуации, какие конкретно манипуляции врач-стоматолог будет производить, неизвестные ранее приборы, оборудование, а также отсутствие объяснений со стороны врача.

6. Среди причин развития дентофобии у детей также является отсутствие примера в регулярном посещении стоматолога со стороны родителей. Дети видят, как их родители сами неохотно и редко посещают кабинет стоматолога, и копируют их поведение.

Дентофобия является своеобразным полем для слаженной работы врача и пациента, целью которой является оказание помощи человеку в преодолении его страха перед врачом и его манипуляциями. Она по-разному проявляется у взрослых и у детей. У детей чаще всего она проявляется в виде ярких эмоций (крик, плач), а у взрослых в виде соматических реакций, например, повышение артериального давления (в том числе гипертонический криз), обострение психических заболеваний (истерии, неврозы), нарушения дыхания и т. д.

Врач-стоматолог, ведущий детский прием, должен проделывать свою работу так, чтобы ребенок пошел на контакт с врачом, лечение было проведено эффективно, и ребенок получил позитивные эмоции от проведенных процедур. Врачу необходимо какое-то время для того, чтобы ребенок успокоился и настроился дружелюбно по отношению к врачу. Поэтому стоматолог должен быть терпелив и доброжелателен, ведь давление на ребенка не приведет к нужному исходу.

В налаживании контакта с ребенком очень помогают включенные мультфильмы, а также наличие в кабинете игрушек. В современное время имеется большое количество стоматологических инструментов, дизайн которых изменен, чтобы дети меньше их боялись, например, в комплекте с карпульным шприцом для проведения анестезии придумали чехол в виде крокодила, что поможет уменьшить тревожность ребенка при проведении анестезии.

Врач-стоматолог должен верно оценить состояние больного, если сам пациент не сообщил о наличии дентофобии (чаще всего об этом молчат мужчины средних лет). Чаще всего именно ожидание приема вызывает у человека сильную стрессовую реакцию. В этом процессе активно участвуют эндокринная система, лимбическая система и промежуточный мозг. Было выделено 5 психоэмоциональных типов пациентов:

1. астенический тип, характеризующий эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью;
2. депрессивный тип, с безучастностью, пессимистическим настроением на лечение;
3. тревожный тип, проявляющийся страхом, беспокойством, тахикардией, бессонницей тахипноэ;
4. ипохондрический тип, очень интересующиеся больные, с большим количеством жалоб, их подробным описанием, желанием как можно подробнее узнать о своей болезни;
5. истерический тип характеризуется тем, что пациент всячески пытается привлечь к себе внимание, чтобы все занимались только его проблемой.

Таким образом, для того, чтобы помочь пациенту с преодолением дентофобии врачу необходимо заслужить доверие пациента, настроить его на позитивный процесс

лечения, а также обязательно следовать всем правилам и принципам медицинской деонтологии.

Литература:

1. Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е. В. Боровского — М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. - 840 с.
2. Деонтология в медицине: учебник (ВУЗ III–IV ур. а.) / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова, Н. Н. Герасимчук
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/dentofobiya-na-prieme-u-vracha-stomatologa/viewer>
4. <https://implant-c.ru/articles/chto-takoe-dentofobiya-i-kak-s-ney-borotsya/>
5. <https://psymost.ru/fobii-strahi/chto-takoe-dentofobiya>

Оценка влияния массовой иммунизации населения на заболеваемость гриппом на территории Архангельской области в 2005–2021 годах

Мамонтова Наталия Сергеевна, ординатор

Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск)

Проведен анализ заболеваемости гриппом на территории Архангельской области за период с 2005 по 2021 год, а также проведена оценка связи между уровнем заболеваемости гриппом и охватом профилактическими прививками в регионе. Установлено, между уровнем заболеваемости гриппом и охватом профилактическими прививками против гриппа имеется обратная сильная корреляционная связь. С увеличением охвата иммунизацией против гриппа происходит снижение заболеваемости данным инфекционным заболеванием.

Ключевые слова: грипп, заболеваемость, Архангельская область, вакцинация.

В настоящее время грипп не теряет своей актуальности в связи со своей склонностью к эпидемическому распространению и значительной изменчивостью антигенных свойств. Экономический ущерб от заболевания населения Российской Федерации гриппом в 2021 году составил 727983,8 тыс. рублей и занял по данному показателю 10 место среди прочих инфекционных заболеваний. В 2020 году этот показатель составлял 1577740,0 тыс. рублей [7–8].

Вакцинация в течение многих лет занимает ведущую роль в профилактике гриппа. Проведение иммунизации против гриппа ежегодно в предэпидемический период регламентировано Национальным календарем профилактических прививок и проводится с целью не полной ликвидации гриппа, как инфекции, снижения заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии [1].

В последние годы благодаря организации целенаправленной прививочной кампании и комплексным усилиям по информированию населения существенно увеличен охват населения профилактическими прививками против гриппа [2, с. 420].

Целью данной работы является проведение оценки влияния ежегодной вакцинации против гриппа населения

Архангельской области на заболеваемость данной инфекцией на территории региона в период с 2005 по 2021 годы.

Задачами исследования являются изучение многолетней динамики заболеваемости гриппом на территории Архангельской области, а также оценка связи между уровнем охвата профилактическими прививками против гриппа и заболеваемостью данной инфекцией.

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости гриппом, а также уровней охвата иммунизацией против гриппа населения Архангельской области за 2005–2021 годы на основании ежегодных государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Архангельской области [3–8] и ежегодных государственных докладов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [9–10]. Оценка связи между уровнем охвата профилактическими прививками и заболеваемостью населения Архангельской области гриппом выполнена с использованием коэффициента корреляции рангов Спирмена, а также коэффициента детерминации. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

В ходе проведения анализа заболеваемости гриппом населения Российской Федерации и Архангельской области за 2005–2021 годы, установлено, что заболеваемость совокупного населения Архангельской области в целом выше заболеваемости по Российской Федерации (рис. 1).



Рис. 1. Сравнительная динамика заболеваемости гриппом на 100 тыс. населения

Как в Российской Федерации, так и в Архангельской области заболеваемость населения гриппом имеет тенденцию к снижению. По сравнению с 2005 годом в 2021 году заболеваемость гриппом на территории Архангельской области снизилась в 77,5 раз.

Охват ежегодной вакцинацией против гриппа на территории Архангельской области имеет тенденцию к росту, за последние 17 лет этот показатель увеличился более чем в 2,5 раза (рис. 2).

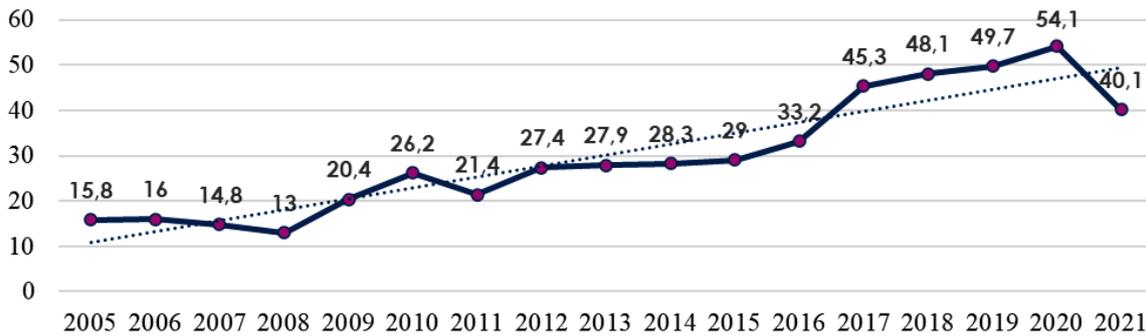


Рис. 2. Охват населения Архангельской области вакцинацией против гриппа

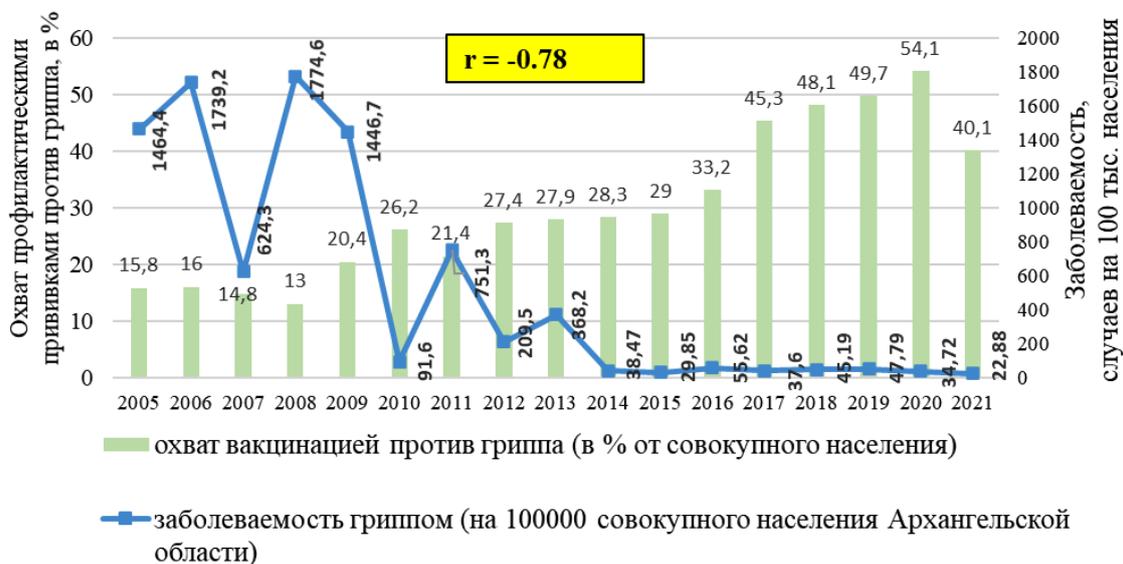


Рис. 3. Заболеваемость гриппом и охват профилактическими прививками населения Архангельской области за 2005–2021 годы

В ходе исследования был рассчитан коэффициент корреляции рангов Спирмена между заболеваемостью гриппом и охватом профилактическими прививками против гриппа совокупного населения Архангельской области за период с 2005 по 2021 год. Коэффициент корреляции (r) составил $-0,78$, что свидетельствует об обратной сильной корреляционной связи между данными показателями. Соответственно, при увеличении показателя охвата профилактическими прививками против гриппа происходит снижение заболеваемости гриппом (рис. 3). Согласно таблице критических значений критерия корреляции Спирмена для уровня статистической значимости $0,05$ и количества наблюдений, равному 17 , критическое значение коэффициента Спирмена составляет $0,48$. Так как расчетное значение коэффициента корреляции больше табличного, можно сделать вывод, что выявленная взаимосвязь между охватом профилактическими прививками против гриппа и заболеваемостью гриппом является статистически значимой.

Для полученного коэффициента корреляции также был определен коэффициент детерминации, который

составил $0,6$. Таким образом, доля, на которую величиной охвата профилактическими прививками можно объяснить изменение уровня заболеваемости гриппом на территории Архангельской области, составляет 60% . На остальные 40% снижение заболеваемости гриппом на территории Архангельской области обусловлено прочими факторами.

Таким образом, эпидемиологическая ситуация по заболеваемости гриппом на территории Архангельской области в настоящее время имеет тенденцию к снижению. Однако показатели заболеваемости гриппом на территории региона превышают общероссийские.

На основании проведенной оценки взаимосвязи между показателями заболеваемости гриппом и охвата профилактическими прививками против гриппа на территории Архангельской области за 2005 – 2021 годы, установлено, что между данными показателями имеется обратная сильная корреляционная связь и, соответственно, при повышении уровня иммунной прослойки населения происходит снижение уровня заболеваемости гриппом.

Литература:

1. СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
2. Терешкова А. Ю., Пивоварова Г. М. Динамика общей заболеваемости населения Российской Федерации гриппом и пневмонией за 2010 – 2018 гг. с учетом федеральных округов// Анализ риска здоровью-2020 совместно с международной встречей по окружающей среде и здоровью и круглым столом по безопасности питания. Материалы X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Анализ риска здоровью-2020 совместно с международной встречей по окружающей среде и здоровью и круглым столом по безопасности питания», 13 – 15 мая 2020 г. — Пермь: ПНИПУ, 2020 . Т. 1. С. 417 – 425 .
3. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Архангельской области в 2006 году: Региональный доклад/ под ред. А. Г. Антонова — Архангельск, 2007 . — 170 с.
4. О санитарно-эпидемиологической обстановке и защите прав потребителей в Архангельской области в 2008 году: Региональный доклад/ под ред. Р. В. Бузинова — Архангельск, 2009 . — 223 с.
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2013 году: Государственный доклад / под ред. Р. В. Бузинова. — Архангельск, 2014 . — 124 с.
6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2018 году: Государственный доклад / под ред. Р. В. Бузинова — Архангельск, 2019 . — 146 с.
7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2020 году: Государственный доклад / под ред. Р. В. Бузинова — Архангельск, 2021 . — 147 с.
8. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2021 году: Государственный доклад / под ред. Т. И. Носовского — Архангельск, 2022 . — 146 с.
9. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. М: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021 . — 256 с.
10. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году: Государственный доклад. М: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022 . — 340 с.

Комплексный подход к улучшению результатов лечения аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры

Мустафакулов Гайбулла Ирисбаевич, доцент;

Моминов Алишер Ташкурганович, кандидат медицинских наук;

Ортикбоев Фарход Дилшод угли, ассистент

Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

В данной статье представлен опыт ведения 224 больных с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой (АТП). Даны сравнительные данные результатов ингаляционного и традиционного способов лечения глюкокортикоидными гормонами и оперативного метода лечения — спленэктомии (СЭ). Установлено, что использование глюкокортикостероидных (ГКС) гормонов в виде холодной дозированной ингаляции оказалось наиболее эффективным у 87,2% больных (по сравнению с традиционным методом лечения — 75,7%) и ускоряло ремиссии на 6,3 дня. СЭ, выполненная усовершенствованным способом, в раннем послеоперационном периоде оказалась более эффективной в 96,9% случаях.

Ключевые слова: тромбоцитопения, глюкокортикоиды, спленэктомия, осложнения, профилактика, ингаляция гормонов.

Актуальность. Среди геморрагических диатезов одной из часто встречающихся форм является аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (АТП). [1,5–10]

Наиболее распространенным и патогенетически обоснованным методом лечения АТП является применение глюкокортикоидных гормонов. Однако применение гормонов, особенно их прием per os часто является причиной осложнений со стороны ЖКТ. [2,3]

При длительном применении кортикостероидов, особенно при их приеме через рот, учитывая выраженные побочные эффекты, ведутся поиски других способов введения кортикостероидов для уменьшения или для профилактики осложнений глюкокортикоидной (ГКС) терапии [9,13,15]. Следовательно, совершенствование как консервативного, так и оперативного лечения АТП, несомненно, имеет большой научно-практический интерес для современной гематологии и хирургии. [4,11–16]

Целью настоящей работы является сравнительное изучение эффективности ингаляционного и традиционного лечения глюкокортикоидными гормонами в комплексе со спленэктомией (СЭ) у больных с АТП.

Материал и методы исследования. В работе проанализированы результаты консервативного и оперативного лечения 224 больных с диагнозом АТП. Больных с хронической формой АТП было — 187, с острой формой — 37. Мужчин — 88, женщин — 136. Гормональное лечение получили всего 95 (42,4%) больных: — в том числе традиционное лечение — 48 больных (мужчины — 18 (37,5%), женщины — 30 (62,5%), ингаляционное гормональное лечение 47 больных (из них мужчин — 22 (46,8%), 25 (53,2%) — женщин). СЭ выполнена у 129 (57,6%) больных с хронической АТП (из них мужчин — 40 (31,1%), женщин — 89 (68,9%). Традиционный способ СЭ выполнен у 65 (50,4%) больных, предложенным нами способом у 64 (49,6%).

Для верификации АТП использованы нижеследующие критерии (кроме жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра):

1. Тромбоцитопения (тромбоциты < 150 × 10⁹/л) при отсутствии иных отклонений при подсчете форменных элементов крови.

2. Отсутствие клинических и лабораторных признаков болезни у ближайших родственников.

3. Нормальное или повышенное число мегакариоцитов в костном мозге.

4. Отсутствие у больных клинических проявлений других заболеваний или факторов, способных вызвать тромбоцитопению.

5. Эффект кортикостероидной терапии.

Во время СЭ количество кровопотери определено взвешиванием операционных перевязочных материалов — салфеток, до и после операции, а кровопотери после операции из дренажной трубки, вливанием в посуду с отметкой. Кроме того, больным АТП проводилось УЗИ для обследования внутренних органов, электрокардиография, по показаниям эндоскопическое исследование ЖКТ.

Жалобы больных были на геморрагический синдром: петехии и экхимозы на коже, носовые, маточные кровотечения, кровотечения из десен и желудочно-кишечного тракта, которые чаще появлялись при уровне тромбоцитов < 20,5 30,0 × 10⁹/л. Давность заболевания к моменту первого обращения в стационар составляла от 3 дней до 5 месяцев при острой форме АТП. В анамнезе длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет при хронической форме АТП и за это время больные получали гормоны в таблетках от 2 до 10 раз.

ГКС назначались при традиционном лечении по 2–2,5 мг/кг при острой форме, 1–1,5 мг/кг при хронической форме АТП per os и парентерально. Ингаляция (раствора преднизолона и дексаметазона) проводилась на небулайзерном ингаляторном аппарате «Бореал», (производство Италии) в дозе 1–2,0 мг/кг. Кроме того, больные получали ингибиторы фибринолизина, протекторы сосудистой стенки, стабилизаторы биологических мембран и местное лечение при носовых и десневых кровотечениях. Больным с тяжелой степенью анемии была перелита эритроцитарная масса.

У 50 (52,6%) больных с АТП выявлены осложнения со стороны ЖКТ; гастродуодениты у 21, язва желудка у 6, язва 12 перстной кишки у 5, колит у 2, дискомфорт желудочно-кишечного тракта у 11, боли в желудке у 5.

СЭ проведена 129 больным АТП. 64 пациентам опытной группы спленэктомия была выполнена предложенным нами способом — при ревизии селезенки оценивали её подвижность и связь с окружностью, отделяли заднюю её поверхность от парентеральной брюшины гемостазом в направлении ножки и задней поверхности желудка. Затем селезенку легко вывихивали в рану, начиная с нижнего полюса ее, освобождали от связок и предварительно перевязывали; над лигатурой накладывали два зажима, затем рассекали между зажимами и культю прошивали. Далее открывали окно размером 0,5 x 0,5 см в переднем листке брюшины из верхнего полюса селезенки и перевязывалась желудочно-селезеночная связка вышеуказанным способом. Если ширина ножки большая, при выделении полюсов берется побольше тканей. Передний листок брюшины в области ножки не вскрывается, это сохраняет целостность ткани и гемостаз. Следующий этап операции — предварительная перевязка ножки селезенки кетгутом над капсулой поджелудочной железы, под контролем задней поверхности, чтобы не повредить хвостовую часть поджелудочной железы. При этом все элементы ножки селезенки собираются в единый стебель с выправленной осью, что намного улучшает последующие наложения зажимов над лигатурой. Это в свою очередь является профилактикой кровотечений. Впоследствии над лигатурой накладываются 2–3 зажима, и удаляется селезенка. Культя перевязывается и прошивается. Выполненная таким способом СЭ предупреждает повреждение хвоста поджелудочной железы, создается надежный гемостаз, сохраняется целостность прилегающих тканей

Результаты исследования. Ингаляцию проводили в дозе 1,0 до 2 мг/кг в сутки. Из 18 больных с острой АТП получен клинико-гематологический эффект (КГЭ) у 13 (72,2%) больных, в среднем за 6,5 койко-дней, клинический эффект (КЭ) у 2 (11,1%) больных, в среднем за 5,5 койко-дней. Клинический и клинико-гематологический эффект (К и КГЭ) получен у 15 (83,3%) больных, в среднем за 6,3 койко-дней. У 3 (16,7%) больных эффекта от лечения не было. У больных с острой АТП получавших ингаляционную терапию ГКС гормонов геморрагический синдром начинал исчезать на 3–4 день, количество тромбоцитов стало подниматься с 5–6 дня лечения.

19 больных (взрослых — 9, детей — 10) с острой АТП, начиная с первого или второго дня поступления, получали вместе с другими препаратами ГК гормоны (преднизолон и дексаметазон) в таблетках и инъекциях в дозе 1,5–2,0 мг/кг в сутки. Результаты традиционной гормональной терапии у взрослых и детей с ОАТП показали что при этом получен КГЭ у 13 (68,4%) больных, в среднем за 9,8 койко-дней. КЭ получен у 2 (10,5%) больных, в среднем 16,5 койко-дней. К и КГЭ получен у 15 (78,9%) больных, в среднем за 10,7 кой-

ко-дней. У 4 (21,1%) больных эффект от гормональной терапии не получен. Проведенное гормональное лечение более 3–4 недель им оказались неэффективными.

Результаты ингаляционной терапии больных детей и взрослых хронической формой АТП (ХАТП). Ингаляцию проводили в дозе до 2 мг/кг в сутки. Из 29 больных, получавших ингаляционную терапию, КГЭ — у 13 (44,8%) больных, в среднем за 5,8 койко-дней, КЭ также у 13 (44,8%) больных получено в среднем за 7,2 койко-дней, у 3 (10,4%) — без эффекта. К и КГЭ получили 26 (89,7%) больных, в среднем за 6,5 койко-дней. Начиная со 2 и 4 дней, у всех больных геморрагический синдром купирован.

29 больных с ХАТП (дети — 9, взрослые — 20) получали традиционное лечение, включая как патогенетическую терапию ГК гормоны в дозе 1,0–1,5 мг/кг в сутки. От традиционного лечения ГК гормонами больные дети и взрослые с ХАТП получили КГЭ 6 (20,7%) больных, в среднем за 9,3 койко-дней. Клиническая ремиссия (КР) у 15 (51,7%) больных, в среднем за 11,2 койко-дней. К и КР получено у 21 (72,4%) больных, в среднем за 10,7 койко-дней, у 8 (27,6%) больных оказались без эффекта с сохранением геморрагического синдрома. Геморрагические синдромы начали исчезать с 3–5 дня у больных с ремиссией. Таким образом: 47 больные; ОАТП и ХАТП получали дозированную холодную ингаляцию ГКС гормонов, при этом у больных с ОАТП получена К и КР в 83,3% случаях в среднем за 6,3 дня, напротив традиционного лечения 78,9% и за 10,7 дня. У больных с ХАТП К и КР получено у 89,7% больных, в 6,5 дня, напротив 72,4% и 10,7 дня. Из 47 больных получивших ингаляционную терапию у 26 (55,3%) больных, в среднем за 6,1 койко-дней, получен КГЭ, у 15 (31,9%), в среднем за 7,0 койко-дней получена КР или у 41 (87,2%) больных, в среднем за 6,3 койко-дней получен К и КГЭ. У 6 (12,8%) больных эффект не получен, у них остались кожные геморрагические проявления болезни, в виде экхимозов.

Результаты спленэктомии при АТП. За 2000–2002 гг. общепринятым способом прооперировано 65 (50,4%) больных с ХИТП среди них: детей — 37 (56,9%), взрослых — 28 (43,1%). При этом общая кровопотеря составила 7980 мл или на одного больного 122,8 мл. Во время операции перелито всего 5590 мл СЗП и 9715 мл эритроцитарной массы. Всего компонентов крови перелито 15305 мл или на одного больного 235,5 мл. Такое осложнение как повреждение поджелудочной железы во время операции наблюдалось у 12 (18,5%) больных. После операции на 1-й и 2-й день у 4 (6,2%) больных наблюдалось повышение температуры до 38° и у 3 (4,6%) больных имелись жалобы на 2-й день после операции на боли в левом подреберье и поясничной области. Из дренажной трубки геморрагические выделения составляли в 1-й и 2-й день до 100,0 мл и более. У 50% больных дренажная трубка удалена в 1-й день после операции. Релапаротомия по поводу внутреннего кровотечения после СЭ была проведена у 2 (3,1%) больных. Ближайшие послеоперационные результаты у больных АТП с хроническим течением К и КР составили у 91,6% больных. Предложенным нами

способом выполнена СЭ 64 больным АТП с хроническим течением. При этом общая кровопотеря составляет 4915 мл или на одного больного 76,8 мл. Во время операции у 3 (4,7%) больных повреждена хвостовая часть поджелудочной железы на кетгуттовой лигатуре, но в послеоперационном периоде не наблюдалась клиника панкреатита. После операции из дренажной трубки геморрагические выделения составляли до 30 мл. Ближайшие послеоперационные результаты у больных АТП с хроническим течением К и КГР составили у 96,9% больных. В 90% случаях в 1-й день после операции удалены дренажные трубки. Во время и после операции осложнений не было.

Обсуждение результатов

Таким образом, ингаляционный способ введения ГКС гормонов в дозированном холодном виде на небулайзерном аппарате «Бореал» больным с острым и хроническим течением АТП по своим результатам не уступает традиционному лечению с пероральным и парентеральным введением ГК и имеет такие положительные стороны как; отсутствие осложнений от ингаляции, хорошая переносимость процедуры, особенно, детьми; предупреждение невроза, истерии, болевого синдрома связанных с манипуляцией ГКС гормонами у детей; отсутствие синдрома отмены; предупреждение попадания парентеральной инфекции; экономическая эффективность за счет уменьшения количества вводимых ГК гормонов, компонентов крови, других лекарств и сокращение койко-дней. В сравнительном аспекте с традиционным лечением при острой форме АТП на 4,4, при хронической форме АТП на 4,2 койко-дней раньше получена ремиссия.

Предложенный нами способ — позволяет сохранить целостность прилегающих тканей, предупреждает повреждение хвостовой части поджелудочной железы и предотвращает кровотечение во время и после операции. При этом уменьшается продолжительность операции на 10–15 ми-

нут, кровотечение во время операции уменьшается на 45,7 мл у одного больного, а после операции в 2–3 раза. Послеоперационный панкреатит, релапаротомия и летальный исход не наблюдаются. Обеспечивается экономия эритроцитарной массы, компонентов крови и других лекарственных препаратов.

Выводы.

1. Ингаляционное введение ГКС гормонов в дозированном холодном виде на небулайзерном аппарате «Бореал» больным с острой и хронической формами АТП — альтернатива существующему традиционному способу консервативного лечения. От ингаляционного введения ГК, в сравнительном аспекте с традиционным лечением при острой форме АТП на 4,4, при хронической форме АТП на 4,2 койко-дней раньше получена ремиссия. Оно предупреждает ряд осложнений ГКС терапии и передачу парентеральной гемотрансмиссивной инфекции.

2. Ингаляционное введение ГКС гормонов при болезни АТП показано, особенно в детском возрасте и у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Противопоказано у больных с тяжелым общим состоянием на фоне основного заболевания и непереносимости ими ингаляции ГКС.

3. Усовершенствованный способа спленэктомии — менее травматична, отличается более лёгким течением послеоперационного периода, меньшей кровопотерей и минимальным числом осложнений.

4. Предложенный способ операции снижает повреждения поджелудочной железы более чем в 4 раза и этим предупреждает развитие послеоперационного панкреатита. Сокращает продолжительность операции на 10–15 минут. Хороший результат в ближайшем послеоперационном периоде, после спленэктомии предлагаемым способом составил 96,9% (при традиционном лечении 91,6%).

Литература:

1. Алтыбаев У. А. Тромбоцитопеническая пурпура в Узбекской ССР: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 25 с.
2. Абдулкадыров К. М. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура // Клиническая гематология. — СПб., 2004. — 349–370 с.
3. Воробьев А. И. Руководство по гематологии. — Москва изд-во «Ньюдиамед», 2005. — 31–35 с.
4. Выбор способа спленэктомии при заболеваниях системы крови / Карагюлян С. Р., Гржимоловский А. В., Данишян К. И., Шавлохов В. С. и др. // Гематология и трансфузиология. — 2007. — т. 52, № 1. — С. 3–10.
5. Гржимоловский А. В. Лапароскопическая спленэктомия у гематологических больных: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2004. — 25 с.
6. Донюш Е. К. Современное состояние вопроса об идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у детей // Педиатрия. — 1999. — № 2. — С. 56 —
7. Исмоилов Ф. М. Диагностика и лечение больных с острой кишечной непроходимостью // Zbiór artykułów naukowych recenzowanych. — С. 69.
8. Мустафакулов Г. И. и др. Опыт применения ингаляций глюкокортикоидами у пациентов с иммунной тромбоцитопенией. — 2021.
9. Мустафакулов Г. И., Атаходжаева Ф. А., Эргашев У. Ю. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности. — 2020.

10. Спленэктомия трансторакальным доступом / Шавлохов В. С., Карагюлян С. Р., Ефимов И. В. и др. // Гематология и трансфузиология. — 2007. т. 52, № 5. — С. 50–54.
11. Эргашев У.Ю. и др. Нарушение целостности стопы у пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы) // Journal of new century innovations. — 2022. — Т. 17. — №. 1. — С. 7–18.
12. Ergashev U. Y. et al. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: prevention of hormonal complications in the stomach and duodenum // Central Asian Journal of Medicine. — 2020. — Т. 2020. — №. 2. — С. 5–28.
13. Hand-assisted laparoscopic splenectomy: indications and technique / Bermas H., Fenoglio M. E., Haun W., Moore J. T. // JSLS. — 2004. — vol. 8910. — P. 69–71.
14. Mustafakulov G. I. et al. Splenectomy for hairy cell leukemia // Central Asian Journal of Medicine. — 2021. — Т. 2021. — №. 4. — С. 160–167.
15. Kato A. Disorders associated with autoimmune thrombocytopenic purpura // Nippon Rinsho. — 2003. — vol. 61. — P. 604–608.
16. Cines D. B., Cuker A., Semple J. W. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. PresseMed. 2014; 43 (4 Pt2): e49–59. doi: 10.1016/j.lpm. 2014.01.010.

Актуальность санитарно-гигиенического обеспечения войск

Озюменко Виталий Владимирович, слушатель магистратуры

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (г. Москва)

В статье автор осветил актуальность мероприятий медицинского контроля войск в мирное и военное время.

Ключевые слова: медицинский контроль, санитарно-гигиенические мероприятия, полевое размещение войск, противоэпидемические мероприятия.

Организация и проведение гигиенического и противоэпидемического обеспечения является одним из основных видов деятельности медицинской службы наряду с лечебно-эвакуационными мероприятиями.

Мероприятия санитарно-эпидемиологического надзора направлены на снижение потерь личного состава от применения противником различных видов оружия, предупреждение массовых заболеваний личного состава на фоне ухудшением санитарного состояния территории, предупреждение профессиональных заболеваний и острых поражений ядовитыми и агрессивными техническими жидкостями, ионизирующим и электромагнитным излучением, а также другими факторами военного труда.

Примером из истории служат Римские полководцы, которые являлись на тот период времени лучшими военными организаторами во всех областях, в том числе и по благоустройству своих войск. В трактатах древнеримского историка Тацита П. К., древнегреческого философа Плутарха Л. М. и древнеримского полководца Цезаря Г. Ю. отражены особенности благоустройства полевых лагерей, порядок установки водопровода, элементы коммунально-бытового строительства.

В годы Великой Отечественной войны была организована целая система санитарно-гигиенического обеспечения войск, основанная на основных принципах, актуальных для этого периода:

1. В организации санитарно-гигиенического обеспечения принимают непосредственное участие все звенья медицинской службы;

2. Противоэпидемические мероприятия регламентированы воинскими уставами, наставлениями и выполнении их возложено на соответствующих командиров и начальников;

3. Для качественного обеспечения противоэпидемических мероприятий необходимо формирование соответствующих подразделений с оборудованными санитарно-гигиеническими лабораториями;

4. Военная гигиена должна базироваться на достижениях передовой гигиенической науки и военной медицины.

Данные принципы заложены в основу всего комплекса санитарно-гигиенических мероприятий и актуальны в настоящее время.

Санитарно-гигиенические мероприятия проводятся с целью сохранения боеспособности и укрепления здоровья личного состава посредством выполнения установленных гигиенических правил и норм полевого размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания, обеспечения безопасных условий труда, а также соблюдения правил личной и общественной гигиены.

Медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава осуществляется путем оценки физического развития военнослужащих с учетом воздействия физической и нервно-психической нагрузок, метеорологических условий, влияния радиационного и химического факторов. Систематически осуществляется проверка наличия и исправности средств индивидуальной защиты, наблюдение за правильностью учета полученных доз внешнего облучения, определяется возможность дальнейшего пребывания

ния на зараженной территории, контроль качества проводимой специальной обработки и дезинфекции.

Медицинский контроль за питанием осуществляется с учетом изменения требований к качеству пищевых продуктов, увеличения объема их производства и разрешенных замен одних продуктов на другие. Особенностью данного вида медицинского контроля является определение безвредности питания по органолептическим критериям готовой пищи и физико-химических показателей используемых продуктов питания. Медицинская служба проводила работу по сокращению алиментарных заболеваний в войсках. Большое внимание уделяется соблюдению принципов витаминпрофилактики и недопущению развития алиментарных заболеваний.

Недостаток витаминов в готовых блюдах восполняется настоями из дикорастущих растений (в основном из хвои), питьевыми дрожжами и фабричными витаминными препаратами. В весенне-летний период времени организуется сбор ягод, щавеля, крапивы и других дикорастущих съедобных трав и грибов.

На организацию питания в военное время оказывают влияние затруднение в организации обеспечения продовольствием (уничтожение складов, затруднение подвоза и т. п.), возможность заражения противником продовольственных запасов, повышенный риск возникновения пищевых отравлений и инфекционных заболеваний с пищевым путем передачи.

Объем и содержание санитарно-гигиенических мероприятий, проводимых в военное время, напрямую зависит от задач, решаемых в конкретной обстановке, вида применяемого оружия, санитарно-эпидемиологической обстановки и санитарно-гигиенического состояния территории, наличия сил и средств медицинской службы.

Планирование санитарно-гигиенических мероприятий проводится совместно с противоэпидемиологическими в общем плане медицинского обеспечения. В первую очередь планируются задачи, которые реально выполнить в данных условиях обстановки. Некоторые санитарно-гигиенические мероприятия выполняются во взаимодействии с другими службами и подразделениями. Часть вопросов медицинского контроля включается в приказы и распоряжения командования, при этом не должны упускаться мероприятия, которые подлежат постоянному контролю.

Во все времена во время боевых действий существовала опасность заражения водоисточников, что приво-

дило к значительным людским потерям от отравлений и инфекционных заболеваний. Например, экспедиционная армия Индии в 1817 году потеряла 72% личного состава в результате эпидемии холеры, вспыхнувшей от употребления зараженной воды реки Сунды. Пользование водой из колодцев, вырытых вблизи госпитальных барачков, являлось причиной вспышек массовых инфекционных заболеваний, охватившей около 28 тысяч человек во французской и английской армиях, воевавших под Севастополем в 1855–1856 годах. Русская армия во время войны с Турцией 1877–78 годов потеряла от брюшного тифа более 97 тысяч человек. Во время первой мировой войны на долю русской армии пришлось около 97 тысяч случаев заболевания брюшным тифом и более 31 тысячи случаев холерой. В годы Великой Отечественной Войны в войсках благодаря организованному контролю за качеством воды и применению эффективных методов ее обработки удалось избежать эпидемий водного происхождения.

Медицинский контроль за водоснабжением осуществляется по двум направлениям: охрана источников воды от загрязнения обеззараживание воды от заражения. Источники воды, которыми используются в мирное и военное время, разнообразны: от естественных (реки, озера) до городского водопровода. Значительное загрязнение водоемов, особенно на освобожденной от противника территории, обязывало медицинскую службу широко применять обеззараживание воды хлорированием и кипячением. Доброкачественность воды в источниках проверялась органолептическими и химико-бактериологическими исследованиями.

Медицинский контроль за условиями полевого размещения осуществляется путем оценки районов возможной дислокации, обследования фортификационных сооружений и других объектов военной техники, используемых для размещения, включая оценку степени их радиоактивного заражения и проверку полноты дезактивации. Осуществляется наблюдение за своевременной очисткой территории, сбором и обеззараживанием отходов и нечистот, проверки обеспечения условий для выполнения личным составом правил личной и общественной гигиены.

Планирование мероприятий медицинского обеспечения является важным участком работы на всех направлениях деятельности. От полноты их выполнения зависит конечный результат санитарно-эпидемиологического надзора. Санитарно-эпидемиологическому надзору принадлежит важнейшая роль в мирное и военное время.

Литература:

1. Организация и тактика медицинской службы: учебник / А. М. Шелепов [и др.] — С-Пб., 2005. — 502 с.
2. Мельниченко, П. И. Военная гигиена и военная эпидемиология / П. И. Мельниченко, П. И. Огарков, Ю. В. Лизунов. — М.: Медицина, 2004. — 485 с.
3. Дорошевич, В. И. Военная гигиена / В. И. Дорошевич, Д. И. Ширко, И. А. Белоногов. — Минск: БГМУ, 2010. — 305 с.
4. Шапошников А. А. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в чрезвычайных ситуациях на современном этапе / А. А. Шапошников, А. Ф. Карниз. — М.: ВУНМЦ, 1999. — 236 с.

Оценка значения витамина D в предгравидарной подготовке и во время беременности

Туганова Агунда Зурабовна, студент;

Рудикова Арина Андреевна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Ключевые слова: витамин D, беременность, дефицит витамина D, имплантация, мать-плацента-плод.

В современном мире укрепление здоровья каждого человека является первостепенной задачей. Особое место занимает превентивная медицина, которая подразумевает предупреждение развития патологий еще до их возникновения в организме. Планирование беременности также является важным этапом, в настоящее время чаще используют термин прегравидарная подготовка — это и есть щепетильная подготовка к благополучной беременности. В рамках данной подготовки женщине необходимо восполнить все дефицитные состояния организма, в том числе восстановить витаминный баланс. В последнее время с большим интересом изучается роль витамина D в репродуктологии, акушерстве и гинекологии.

Витаминдефицитные состояния среди беременных достигают 50–80%. В МКБ-10 такие состояния зафиксированы в формулировке диагнозов: E55 Недостаточность витамина D или E55. Недостаточность витамина D неуточненная (авитаминоз D).

В России, как и в Международном эндокринологическом обществе, нормой содержания витамина D принято считать уровень >30 нг/мл. Однако канадские эксперты из «The Vitamin D Society» рекомендуют рассматривать оптимальные значения на уровне >40–60 нг/мл.

Таблица 1

Классификация	Уровень 1,25 (ОН) 2D3 в крови, нг/мл
Выраженный дефицит витамина D	<10 нг/мл (<25 нмоль/л)
Дефицит витамина D	<20 нг/мл (<50 нмоль/л)
Недостаточность витамина D	≥20 и <30 нг/мл (≥50 и <75 нмоль/л)
Адекватные уровни витамина D	≥30 нг/мл (≥75 нмоль/л) *
Уровни с возможным проявлением токсичности витамина D	>150 нг/мл (>375 нмоль/л)

Источник: [1]

Установлено, что витамин D имеет стероидную природу. Воздействуя на специфические внутриядерные рецепторы витамина D (VDR), которые обнаружены практически во всех органах репродуктивной системы женщины, эффект реализуется на ядрах клеток-мишеней. С пищей или синтезированный эндогенно в организм попадает прогормон витамина D, который метаболизируется ферментами в печеночной ткани в 2 этапа. Конечной активной

формой является 1,25-дигидрокси-холекальциферол (1,25 (ОН) 2D3).

Главная роль витамина D отводит в поддержании гомеостаза кальция и минерализации костей. На влияние 1,25-дигидрокси-холекальциферол на здоровье матери и плода может указывать усиление его метаболизма во время беременности. Например, у женщин в третьем триместре беременности содержание 1,25 (ОН) 2D3 в сыворотке крови в два раза выше, чем у небеременных или у женщин после родов [5]. Дефицит витамина D в рационе может иметь негативные последствия, повышение риска развития таких состояний, как преэклампсия, гестационный сахарный диабет, невынашивание. Важную роль 1,25-дигидрокси-холекальциферол имеет при оплодотворении и прикреплении яйцеклетки к внутренней поверхности матки. При дефиците данный процессы затрудняются либо повышают риск осложненного течения беременности, гибели эмбриона, увеличение частоты кесарева сечения.

Начиная с момента оплодотворения и дальнейшего процесса формирования системы «мать-плацента-плод» создается особая «трофическая» среда между двумя организмами, в которой особая роль отведена витаминному и микронутриентному составу. Индикатором состоятельности данной среды выступает как раз 1,25 (ОН) 2D3, благотворно влияя на метаболические и иммунные процессы в организме матери. На ранних сроках беременности витамин D метаболизируется в трофобласте, оказывает местную противовоспалительную реакцию и индуцирует рост децидуальной ткани. 1,25-дигидрокси-холекальциферол уменьшает выработку цитокинов Th1, одновременно стимулируя цитокины Th2, таким образом благоприятствуя процессу имплантации [2, 3].

Доказано, что 1,25 (ОН) 2D3 регулирует выделение и секрецию хорионического гонадотропина человека в синцитиотрофобласте и стимулирует выделение плацентарного лактогена. С точки зрения формирования генетического фона 1,25-дигидрокси-холекальциферол регулирует экспрессию NOXA10 — гена, определяющего развития половых органов [4]. Также, экспрессия данного гена имеет значение для развития эндометрия и позволяет улучшить его восприимчивость к имплантации. В совокупности витамин D способствует успешной имплантации и поддерживает нормальное развитие беременности.

Повышает ли вероятность благоприятного течения беременности употребление витамина D? Гиповитаминоз D3 считается распространенным состоянием среди женщин репродуктивного возраста. В целях превентивной за-

щиты беременности и плода предлагается дополнительный прием витамина Д под контролем уровня его содержания в сыворотке крови.

Таким образом, дефицит или недостаточность витамина Д становятся пандемией XXI века. Достаточный уровень витамина Д важен на протяжении всей жизни. Особенное

внимание уровню 1,25 (ОН) 2D3 следует уделять женщинам во время беременности. Витамин Д играет немаловажную роль на всех этапах развития беременности: начиная от зачатия и до самого рождения. Оптимальный уровень 1,25-дигидрокси-холекальциферол снижает риск развития акушерских и перинатальных осложнений.

Литература:

1. Ковалева И. В., Баклейчева М. О., Беспалова О. Н. Оценка влияния уровня витамина D на течение беременности I триместра. Медицинский совет. 2021; (21–2):131–137. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-21-2-131-137>.
2. Hou H, Zhang JY, Chen D, et al. Altered decidual and placental catabolism of vitamin D may contribute to the aetiology of spontaneous miscarriage. *Placenta*. 2020;92:1–8. doi:10.1016/j.placenta.2020.01.013
3. J A Tamblyn, M Hewison, C L Wagner, J N Bulmer and M D Kilby. Immunological role of vitamin D at the maternal — fetal interface. *Society for Endocrinology*, <https://joe.bioscientifica.com/>, 2015, DOI: 10.1530/JOE-14-0642, pp. 1–3
4. Ganguly, Ankana et al. «Vitamin D, the placenta and early pregnancy: effects on trophoblast function.» *The Journal of endocrinology* 236 2 (2018): R93-R103.
5. Kovacs CS, Kronenberg HM. Maternal-fetal calcium and bone metabolism during pregnancy, puerperium, and lactation. *Endocr Rev*. 1997;18 (6):832–872. doi: 10.1210/edrv.18.6.0319

Атрезия пищевода у детей

Умарова Бэлла Хизировна, студент;

Бураев Асланбек Борисович, студент;

Бицуева Фаина Рамазановна, студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия (г. Владикавказ)

Атрезия пищевода — это врожденный порок развития, при котором верхний и нижний сегменты пищевода не соединяются.

Развитие порока связывают с нарушением эмбриогенеза головного отдела первичной кишки в ранних стадиях. Разделение между дорсальной частью кишки (пищеводом) и вентральной (трахеей) происходит на четвертой, пятой неделе внутриутробного периода. Причину атрезий пищевода Р. И. Венгловский описывал: «в неполной отшнуровке дыхательной трубки от пищевода и в нарушении его питания». [1] Также существует версия о том, что несоответствие направления и скорости роста трахеи и пищевода приводит к образованию атрезии пищевода. По данным других авторов, нарушение процесса вакуолизации, которая приводит к восстановлению просвета пищевода, может привести к атрезии пищевода.

Классификация атрезии пищевода

Имеется не одна классификация для описания существующих форм атрезии пищевода. Наиболее популярной является классификация атрезии пищевода, предложенная R. Gross (1953), E. Vogt (1923), W. Ladd (1944) описанная в клинических рекомендациях. [3] В ней описаны 5 типов атрезий:

Тип А — Атрезия пищевода с большим диастазом или изолированная форма атрезии пищевода — это форма, при которой у ребенка отсутствует трахеопищеводная фистула и имеется большое расстояние между сегментами.

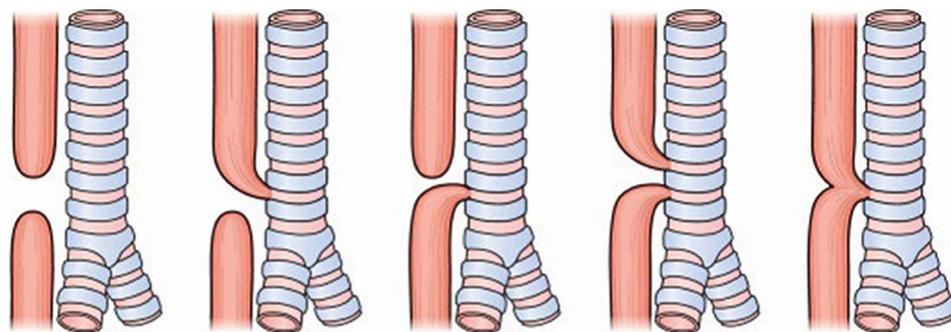
Тип В — Атрезия пищевода с проксимальной трахеопищеводной фистулой — это форма атрезии пищевода, которая характеризуется тем, что происходит соединение верхний сегмент пищевода с трахеей, а нижний сегмент заканчивается слепом.

Тип С — Атрезия пищевода с дистальной трахеопищеводной фистулой — это форма обусловлена тем, что нижний сегмент пищевода соединяется с трахеей, а верхний сегмент заканчивается слепом.

Тип D — Атрезия пищевода с проксимальной и дистальной трахеопищеводной фистулой — при этой форме атрезии пищевода верхний и нижний сегмент пищевода с трахеей соединены в двух отдельных местах.

Тип E — При этой форме атрезии пищевода нет, есть только трахеопищеводная фистула. Пищевод при данной форме имеет нормальный просвет и хорошую функцию, но есть аномальное соединение пищевода и трахеи.

Наглядно классификацию мы можем рассмотреть на ниже представленном рисунке:



Gross	A	B	C	D	E
Vogt	II	III	IIIb	IIIa	H-type
Frequency	7%	2%	86%	1%	4%

Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом, является наиболее часто встречающейся аномалией. На втором месте стоит изолированная форма атрезии. [2]

Клиническая картина при атрезии пищевода

Выявить атрезию можно уже практически сразу после рождения ребенка. Одним из главных и наиболее ранних признаков атрезии пищевода у детей, являются пенистые выделения из носа и изо рта, после отсасывания слизи довольно-таки быстро накапливается вновь. Также у ребенка начинаются нарушения дыхания, появляется постепенно нарастающий цианоз. У ребенка развивается тяжелая аспирационная пневмония, вследствие чего в дальнейшем ведущим проявлением является дыхательная недостаточность. Наблюдаем одышку, цианотичность кожных покровов, при аускультации выслушаем большое количество влажных разнокалиберных хрипов. Возникновение данного вида пневмонии связывают с аспирацией слюны и молока, и также с затеканием через трахеозофагеальный свищ содержимого желудка в трахею и бронхи. [1]

Диагностика атрезии пищевода включает в себя несколько этапов:

- пренатальная диагностика
- диагностика в родильном доме
- обследование в специализированном стационаре

В пренатальном периоде можно установить диагноз на основе косвенных признаков, таких как:

- полигидрамнион;
- значительное уменьшение или полное отсутствие желудка.

Но ни один из этих признаков не является сто процентным для утверждения наличия атрезии у ребенка. Однако улучшенное разрешение сонографических сканеров позволяет визуализировать дилатированный и гипертрофированный оральный сегмент пищевода. Если при данном исследовании сегмент заканчивается слепо на шее, то это говорит о большом диастазе между сегментами. Во время акта глотания околоплодной жидкости, совершаемого у эмбриона, хорошо выявляется симптом слепого расширенного пищевода.

Постнатальная диагностика атрезии пищевода начинается в родильном зале. Подозрение на наличие атрезии

возникают при невозможности постановки назогастрального зонда во время первичного осмотра. У новорожденного отмечается повышенное пенообразование через рот и через нос. При попытке вскармливания ребенок начинает давиться, появляется рвота неизменным молоком и цианоз. Также проводят «пробу Элефанта» — воздух, который вводится с помощью шприца в зонд, с шумом выходит из носа.

Обследование в специализированном стационаре рекомендуется проводить врачу хирургу и анестезиологу-реаниматологу не позже, чем через час после поступления в стационар.

Лечение атрезии пищевода

Спасти жизнь ребенку с атрезией пищевода может только раннее хирургическое лечение.

Готовность ребенка к хирургическому вмешательству оценивают по данным результатов обследования и лабораторных показателей.

Существуют также экстренные показания для оперативного вмешательства. Когда атрезия пищевода сочетается с:

- с пневмоперитонеумом при разрыве желудка
- с дуоденальной необходимостью
- когда не удастся проводить корректную ИВЛ при широком трахеопищеводном свище

Самой часто встречающейся атрезией пищевода, является атрезия с дистальным трахеопищеводным свищом. Тактика оперативного вмешательства включает в себя следующие этапы:

- выделение и разобщение трахеопищеводного свища
- мобилизация дистального отдела пищевода
- мобилизация проксимального отдела пищевода
- создание анастомоза пищевода.

Существует 2 способа проведения оперативного вмешательства:

Торакотомия — представляет собой открытое оперативное вмешательство.

Этапная коррекция, когда проведение одноэтапного вмешательства невозможно по каким-либо причинам.

При проведении своевременной диагностики и оперативного вмешательства прогноз для данного заболевания благоприятный [2].

Литература:

1. Исаков Ю. Ф. Детская хирургия — 3-е издание, перераб. и доп. — М.: Медицина, 1983, 624с.
2. Козлов Ю. А., Подкаменев В. В., Новожилов В. А. Атрезия пищевода. /руководство для врачей. ГЕОТАР Медиа, 2015.
3. Атрезия пищевода Клинические рекомендации.

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Социологическое исследование потребителей ноотропных препаратов

Тилинин Максим Сергеевич, аспирант;

Морозова Анна Андреевна, студент;

Пенечко Александр Николаевич, студент

Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Якименко Диана Дмитриевна, ординатор

Воронежский государственный университет

По данным Всемирной организации здравоохранения в развитых странах с каждым годом увеличивается число когнитивных дисфункций среди молодежи. Ученые связывают это с ростом раздражителей, которые воспринимаются сенсорными системами и передаются в головной мозг. Он состоит из нервных клеток-нейронов, которые при чрезмерном возбуждении вступают в рефрактерный период т. е. возбудимость отдельных зон снижается до нуля. Пациент начинает чувствовать ряд симптомов, таких как:

- Повышенная утомляемость
- Ухудшение памяти
- Нарушение цикла сна и бодрствования
- Апатия
- Головные боли
- Трудности в обучении и т. д.

Если не купировать течение болезни на ранних стадиях, то она может привести к депрессии (по данным Всемирной организации здравоохранения ей страдают 112 миллионов человек во всем мире в возрасте от 14 до 27 лет синдрому хронической усталости (57 миллионов человек во всем мире), синдрому рассеянности внимания (13 миллионов человек во всем мире) и многим другим заболеваниям [1].

Такой класс лекарственных средств как ноотропы оказывают специфическое положительное влияние на высшие интегративные функции мозга. Они улучшают умственную деятельность и стимулируют познавательные функции, обучение и память, повышающие устойчивость мозга к различным повреждающим факторам. Поэтому именно ноотропы применяются для купирования подобных расстройств и предотвращения осложнений [2].

Можно сделать вывод, о том, что множество людей во всем мире являются потребителями препаратов из данной группы. Однако их приём должен происходить при строгом соблюдении правил, прописанных в инструкции, а именно:

- курс должен быть пропит целиком

- необходимо исключить прием алкоголя
 - принимать только по медицинским показаниям и т. д.
- Ведь если не придерживаться этих правил, то эффективность лечения снижается или может исчезнуть вовсе.

Как видим, вопрос информированности населения о ноотропных препаратах весьма актуален и нами он был поставлен целью данной работы.

В исследовании принимали участие 60 студентов различных факультетов ДонНМУ им. Максима Горького и НИУ БелГУ со 2 по 5 курс.

Анкета состояла из 5-ти взаимосвязанных этапов: социально- демографический портрет респондента, отношение к здоровому образу жизни, состояние здоровья, правила приема и эффективность, расширенная информированность.

В результате первого этапа анкетирования был сформирован медико-социальный портрет студента. Это в основном женщина (75%), в возрасте 21–25 лет (66,6%), имеющая неполное высшее образование (100%), проживающая в городе (86,6%), не имеющая детей (96,6%), с доходом 1–2 прожиточных минимума (78,3%), обучающаяся на факультете фармации Белгородского государственного университета (50%).

В ходе анализа второго этапа опроса установлено, что большинство студентов являются приверженцами здорового образа жизни (придерживаются полностью 35%, а в большинстве аспектов 55%). Это подтверждается количеством занятий физкультурой (2–3 раза в неделю тренируются 65%), достаточным количеством сна (6–8 часов в сутки спят 36,6%). У большинства респондентов активная социальная жизнь, т. е. они имеют различные хобби (78,4%), регулярно встречаются с друзьями (ежедневно 45%, а раз в неделю 51,7%). Курению подвержены только 31,6%, однако большинство позволяет себе алкоголь-90%.

Т. к. большинство респондентов ведут здоровый образ жизни, то закономерно, что по результатам исследований здоровья (3-й блок) удовлетворительным его считают 65%,

а хорошим — 20%. Хронические заболевания присутствуют только у 15% респондентов.

Больше половины людей изредка обращается к врачу 55%, однако если обратились, то предписания выполняют 78,4%, в то время, как самолечение предпочитают лишь 5%. С таким классом лекарственных препаратов как ноотропы знакомы 86,6%.

Малая доля (25%) лично принимали препараты класса ноотропов (пирацетам 6,6%, глицин 25%, ноотропил 1,6%).

Следующий этап социологического опроса направлен на осведомленность студентов о правилах приема и эффективности ноотропов. Он показал, что только 10% принимали препарат по рекомендации врача (из них 11,7% получили частичное улучшение), а остальные 15% узнали о нем из других источников (в частности интернет) и желаемого эффекта в полной мере достигли 5%. Во время приема строго придерживались правил 5%, не строго — 16,6%. При приеме препаратов наблюдались диспепсические расстройства (3,3%) и нарушения сна (1,6%). Все эти побочные эффекты пропали сразу после отмены приема.

В рамках опроса была проанализирована необходимость расширенной информированности респондентов. Исследования показали, что 91,7% процентов студентов желают получать информацию о ноотропах (в частности узнать про нозологии хотят 20%, про механизм действия 11,7%, про правила приема 18,3%, про доказанную эффективность 38,3%, про побочные эффекты 3,3%). В вопросе выбора источника информации больше доверяют врачам (53,3%), чуть меньше фармацевтам — 21,7%.

Литература:

1. Депрессия. — Текст: электронный // <https://www.who.int/>: [сайт]. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/depression> (дата обращения: 02.02.2023).
2. Ноотропы. — Текст: электронный // www.rlsnet.ru: [сайт]. — URL: <https://www.rlsnet.ru/library/articles/nevrologiya/nootropu-63> (дата обращения: 02.02.2023).

Таким образом, в результате проведенного социологического исследования было определено о необходимости разработки рекомендаций и предложений по совершенствованию фармацевтической помощи студентам. Группой авторов были сформулированы следующие рекомендации для информирования студентов медицинских вузов о профилактике когнитивных нарушений, а так же механизмах работы, показаниях и противопоказаниях, правилах приёма ноотропов:

1. Проводить лекционные и практические занятия по профилактике переутомлений, доводить до студентов значимость полноценного сна и отдыха.
2. Информировать о возможности применения в стрессовые периоды (экзаменационная сессия, государственная аккредитация, составление важных отчетов на работе) витаминно-минеральных комплексов для поддержания тонуса организма и адаптогенов (настойка женьшеня, лимонника, элеутерококка)
3. Для предупреждения самолечения студентами, информировать о необходимости обращения к врачу.
4. Информировать студентов о различных ценовых категориях ноотропов.
5. Проводить консультации по правилам курсового применения препаратов, по хранению, по совместимости с другими лекарственными препаратами и с пищей, т. д.
6. Организовывать круглые столы с фармацевтами и врачами, где студенты смогут получить ответы на интересующие их вопросы.

ТЕОЛОГИЯ

Становление суфийской традиции в Дагестане

Дарбишгаджиев Магомедзагид Сайгидахмедович, студент магистратуры

Российский исламский институт (г. Казань)

В статье освещается краткая история возникновения суфийской доктрины на территории Северного Кавказа и, в частности, Дагестана. Также рассказывается про некоторые ордены тариката, которые получили широкое распространение на территории Дагестана, про их религиозных деятелей и основоположников этих орденов на территории Дагестана.

Ключевые слова: ислам, суфизм, тарикат, Северный Кавказ, Дагестан, Накибандия, Кадирия, Шазилия, Ярагский, Сайфула Кади.

Введение
Современная психология доказала, что человеческое поведение в значительной степени обусловлено подсознанием. Суфии со своей стороны, полагают, что нафс — и аммараһ (плотская или побуждающая душа) устанавливает тиранический контроль над поведением и мыслью — как следствие, у индивидуума, пребывающего под такого рода контролем, способность к различению истины не может быть здоровой и беспристрастной, а потому она ни в коей мере не может быть адекватной. Как с теоретической точки зрения, так и позиции духовной. Богобоязненный человек (так'ий) — это тот, кто соблюдает возложенные на него обязанности и остерегается в полной мере от запрещенного, стараясь так же соблюдать желательности в религии (сунна), и вырвался из-под влияния нафса- аммара. Реальность вокруг него, редко, как и его внутренняя реальность, обуславливается качествами набожных, благодаря чему он освобождается от самости и достигает милость Бога. Словом, такой человек стал зеркалом, каждой своей гранью отражающие наивысшую степень набожности. Взглянувший на него не видит ничего, кроме Истины.

Традиционно считается, что в течение 12–14 вв. в суфизме сложилось 12 основных (усул) или материнских братств: Рифаияһ, Кубравияһ, Бадавияһ, Сухравирдияһ, Чиштиаһ, Ясавияһ, Шазилияһ, Кадирияһ, Мавлявияһ, Бекташиаһ, Халватияһ, Накшбандияһ, которые дали начало всем многочисленным ветвям, сложившимся впоследствии в самостоятельные тарикаты. Они возникли во время хурасанской, месопотамской, маваранахрской а также магрибийской мистических традиций. Самым ранним братством было Рифаияһ, признанное еще при жизни фактического основателя, Ах'мада-ар-рифа'ий (1106–1182). Процесс консолидации отдельных тарикатов продолжается и в наше время. [1]

Остановимся на трех основных, по моему мнению, братствах (Кадирияһ, Шазилияһ, Накшбандияһ). Они привлекли интерес еще и потому, что эти три ордена в основном представлены в Дагестане.

Шазилия, Аль-Кадирия, Накшбандия.

Шазилияһ — является крупнейшим североафриканским суфийским братством. Его основателем и эпо́нимом был «Абу-ль-Х'асан аш-Шазилий (1196 или 1197–1250), выходец из Магриба, возводивший свою духовную родословную к знаменитому Абу Мад'яну. Большое влияние на аш-Шазили оказало учение известного богослова и суфия Абу Мад'яна и Ибн Мащиша (умер в 1238 г.). После гибели Ибн Мащиша аш-Шазилий перебрался в Тунис, где несколько лет вел жизнь странствующего суфийского проповедника. Поначалу у аш-Шазилий было много противников среди местных религиозных деятелей, но его дар проповедника и благочестивый образ жизни, помогли ему со временем завоевать их расположение. Стараниями османских правителей в 16–17 вв. его могила стала центром архитектурного комплекса, который является объектом посещения (зиярат) и поныне.

Учение аш-Шазилий, ставшее основой аш-Шазилияһ, в своих главных положениях опиралось на идеалы «умеренного» суфизма, разработанные аль-Джунайдом. В письмах, адресованных своим сторонникам, оставшимся в Тунисе, и в устных проповедях аш-Шазилий ратовал за смирение, богобоязненность, отказ от сотрудничества с властями, строгое исполнение предписаний шариата, следование сунне Пророка мир ему, презрение к мирским благам. Особый акцент делался на внутреннее самосовершенствование и глубокое осознание смысла веры. Аш-Шазилий не предписывал своим последователям ношения какого-либо особого одеяния, не призывал их оставлять свои занятия и семьи ради полного предания себя служению идеалам суфизма. Своим распространением и расцветом

братство обязано александрийским ученикам его основателю — Абуль-«Аббасу аль-Мурси (умер в 1309 г.). Время от времени некоторые ветви аш-Шазилия отказывались от первоначальных принципов невмешательства в мирские дела и играли заметную роль в политической жизни тех областей, где располагались их завии и рибаты, появившиеся в 9–10 вв. Так, один из шейхов аль-джазулияһ (одно из ответвлений Шазилия, основателем его является Абу «Абдулладлах ал-Джазулий, умер во второй половине 15 в., долго держал под контролем район г. Туе, где он поднял маһдистское восстание; последователи ибн «Исы приняли активное участие в борьбе против португальского вторжения в Марокко и способствовали приходу к власти династии Са'дитов (16 в.).

Аш-шазилияһ, в течении нескольких веков вела активную и достаточно успешную миссионерскую деятельность среди населения внутренних областей Африки от Судана до Мали. В отличие от большинства братств, глава аш-Шазилия, избирается из числа наиболее авторитетных членов тариката или его ответвлений. [2]

Аль-Кадирия — суфийское братство, основание которого связывают с именем знаменитого хамбалитского проповедника «Абдуль-Кадир ал-Джиланий (1077–1166). Организационно оформилось к концу 13 в. Суннитское по своим взглядам, оно следует положениям «школы трезвости» аль-Джунайда аль-Багдадий (умер в 910 г.). Аль-Кадирия — одно из самых распространенных братств в мусульманском мире. Свод правил и доктрин, представленный в литературе аль-Кадирия и освященный авторитетом «Абдуль-Кадир, оформил характерную для мистицизма практику: муршид посвящал своих учеников в братство от имени шейха, а ученик давал при этом обет — клятву полного подчинения руководителю и следовательно, шейху.

Исторически в аль-Кадирия четко просматриваются два самостоятельно развивавшихся течения. В 13 в. деятельность аль-Кадирия была ограничена рамками семейной святыни в Багдаде (мадраса и рибат, построенные в 1134 г., и мечеть, возведенная позднее над могилой «Абдуль-Кадир»).

Затем аль-Кадирия начинают распространяться по всему мусульманскому миру. К 1300 г. были основаны обители (завия, рибат) аль-Кадирия в Ираке и Сирии 14 в., в Йемене, Ливане, Палестине, Египте и Х'иджазе в 15 в., в Тунисе Алжире, Марокко 16 в. В том же веке члены аль-Кадирия проживают в Судане, Сенегале, Гвинеи, Нигерии, Мавритании. Основание османской ветви к'адирия связывают с деятельностью Исмаила Руми (умер в 1631 или 1643). В Турции эта ветвь была очень активной и многочисленной, эта ветвь была весьма популярна и в конце 19 в. В Стамбуле действовали 33 обители-текке. В Иране аль-Кадирия не имело такого большого распространения, но в Курдистане три ветви аль-Кадирия активно действуют до наших дней. В некоторых странах аль-Кадирия приобрело значительное политическое влияние. В 19 в. в Судане брат-

ство выступило с оружием в руках против колонизаторов, а в Алжире шейх «Абдуль-Кадир возглавил в том же веке борьбу против французов. В наши дни аль-Кадирия в Западной Африке является серьезной политической и религиозной силой. В структуре нет системы соподчинения обителей, руководитель (шейх) назначает преемником после себя своего ученика. Аль-Кадирия знаменито своими ритуалами отправления коллективных радений (хадраһ).

Накшбандия — это братство, которое получила свое название в конце 15 в. от имени Баһааддина Накшбандий (1318–1389). Он является крупнейшим представителем среднеазиатского суфизма 14 в. От его ремесла (накшбанд-чеканщик) происходит название суфийского братства накшбандия, вместе с тем братство не считает его основателем: он — пятый в цепи руководителей накшбандия. Духовным основателем (и первым в линии силсилаһ) накшбандия считается Ходжа-Юсуф ал-Х'амаданий, который в 18 лет прибыл в Багдад для получения высших религиозных знаний в юридической части и части теологии, после чего в Бухару и в Асфahan. Придерживался ханафитскому мазхабу (умер в 1140 г.). Он воспитал «Абдуль-Халик'а аль-Гиждуваний — который основал школу хваджаган. Родился в большом селении Гиждуван не далеко от Бухара, отец его «Абдульвалиид был один из сыновей имама Малика да будет ими доволен Всевышний. По началу получал знание в Бухаре в последующем и в Багдаде. Накшбанд возродил и дополнил тарикат рядом положений теории и практики, заимствованных у школы Ах'мада аль-Ясавий. Накшбандия является строго суннитским по воззрениям тарикатом, возводит свою духовную силсила, с одной стороны, к Абу-Бакру, а с другой — к «Али ибн аби Талибу. Эта генеалогия накшбандия носит название «силсилаһ аз-заһаб» золотая цепь. И означает, что братство соединено с Пророком мир ему как духовно (Абу Бакр), так и физически («Али ибн аби талиб).

Распространение суфизма на территории Дагестана.

С началом распространения ислама на Северном Кавказе и основанием мусульманской культуры, связано и возникновение суфизма в этих регионах. До арабских завоеваний Кавказ был сформирован из нескольких государственных образований, таких как Кавказская Албания, Грузия, Армения с общественно-политическими структурами, а также с экономической и культурно-духовной жизнью. Многоязычный Кавказ представлял собой яркую картину этнических конфессий. Народы региона исповедовали древние языческие верования, в том числе зороастризм, хотя в то время в Армении и Грузии уже существовали носители монотеизма: иудаизм и христианство. Мозаичная картина конфессиональности сложилась во время арабского вторжения в Кавказскую Албанию. Здесь сосуществовали местные языческие верования, христианская и зороастрийская секты, секты манихеев и маздеитов. Это разнообразие религиозных ситуаций отразилось на духовном мире северокавказских народов, находившихся в тесном контакте с закавказскими народами. К моменту кам-

паний арабских завоеваний на Кавказе еврейская религия доминировала над Хазарией, что подтверждается рядом авторитетных исследователей [3]. Хазария — своеобразное тюркско-еврейское духовное, культурное и военно-политическое образование — до сих пор остается одной из недостаточно изученных проблем средневековой истории Северного Кавказа. На момент основания Хазарии на Северном Кавказе, существовали кавказские правительственные образования, такие как: Кавказская Албания (которая включала часть Южного Дагестана, Азербайджана, Грузии), Алания, Серир, которые имели тесные торговые, политические и культурные контакты с Грузией, Арменией, Ираном, а также с Византией. Изначально отношения между кавказским правительственным формированием и Хазарией были враждебными. Коренные народы Кавказа веками находились во враждебных отношениях с хазарами и требовали своей свободы. Как сообщают грузинские исторические хроники, хазары побеждают в этом противостоянии. Занимавшие высокие посты представители кавказского этноса, были привлечены хазарскими царями. Устойчивость отношения между Хазарией и местными государственными организациями, были основаны на торговых, военно-политических, духовно-культурных связях. Хазарские войска успешно атаковали персидский гарнизон в Закавказье, повернулись против Византии и обложили Киевскую Русь данью. Относительно мирное развитие конфессиональной картины на Северном Кавказе претерпевает радикальные изменения в результате агрессивных миграций арабов в первой половине 7 века.

Кавказ становится местом, где сталкиваются торговые и геополитические интересы трех мировых держав: Персии, Византии и Арабского халифата. Кроме того, Хазария доминировала на Северном Кавказе политико-военными движениями и экономически беспокоили набегами, как Персию, так и Византию. Именно против воинственной Хазарии самым известным арабским полководцем пришлось сражаться на протяжении нескольких столетий. Первое появление арабов на Северном Кавказе было в 642 году. Завоевав Грузию и Армению, арабы высадились у стен средневекового города Дербент в Южном Дагестане, который входил в состав Персидской империи. Дербент был основан персидским шахом Ануширваном в 4 веке для защиты от вторжения воинственных кочевников с севера на Кавказ. Персидский гарнизон в Дербентской крепости сдался и принял ислам после завоевания Ирана арабами и обширной исламизацией персов. Арабы, захватившие Дербент, начинают войну против хазар, стоящих на пути их завоевания севера. Арабо-хазарские войны продолжались в течение двух столетий с переменным успехом. Однако прекрасно понимая стратегическое значение Северного Кавказа для мировой политики, арабы проявили настойчивость в войнах, чтобы добавить эти просторы свою империю. Арабы неоднократно побеждали хазар, призывали правителей к исламу, строили мечети на землях завоеванных, также были по-

строены арабские школы, которые превратились в центры духовного образования мусульман. Завоеватели переселили десятки тысяч арабов из других народов, принявших ислам, с завоеванных земель на территорию современного Дагестана. Переселенцы распространяли ислам, внедряя духовные ценности, основанные на учениях Ислама, в культурную жизнь кавказского этноса. Арабо-мусульманская культура как новшество помогла обогатить традиционную культуру кавказских язычников, сделать ее более значимой и духовно ориентированной. Новые приверженцы ислама из числа дагестанских народов стали духовными проводниками для языческих народов Северного Кавказа. Они оказали большое духовное влияние середине века на чеченцев, исповедовавших язычество. Активную роль в исламизации сыграли и турки-сельджуки, в середине 11 века установившие своё влияние в Дагестане. Считается, что медресе в Цахуре — первое высшее образовательное учреждение на территории Российской Федерации. Его построили обучавшиеся в Багдаде местные жители по указанию сельджукского визиря Низама аль-Мулька в 1075 году. Наиболее ускоренный процесс, завершивший исламизацию Дагестана, происходил в 14–15 веках и полностью завершился в 17 веке.

Разговор об исламе в Дагестане невозможен без обращения к теме суфизма. По мнению некоторых исследователей ислама, суфизм появился на Кавказе намного раньше, чем утверждается в многочисленной литературе, посвященной изучению ислама на Северном Кавказе. В 10 веке первые носители суфизма появились на юге Дагестана и, в частности, в Дербенте. Здесь развивались поэтические идеи, вдохновленные суфиями, культивируемые на основе ислама. Разумеется, идеи ислама пришли на Кавказ вместе с арабскими завоевателями, персами и сирийцами, которые приняли Ислам. В 10 веке арабскими путешественниками был зафиксирован факт существования суфийских школ в Закавказье. По словам Арабского путешественника аль-Макдиси в 975 г., «в Ширазе [город Ирана] много суфиев, которые после пятничной молитвы проводят зикр в мечетях, воспевая мир и благословение Пророку. С 10 по 11 века Дербент стал городом суфиев а также центром духовной и культурной жизни мусульман Кавказа, и сыграл важную роль в распространение суфизма на Кавказе. Об этом говорит ученый и теолог Абул-Фарадж ад-Дербендий, житель этого города. Ему принадлежит обширный трактат по суфизму под названием «Райх'ан аль-Х'акаик ва Бустан ад-Дак'айк» («Базилик истин и сад тонкостей»), его первый перевод был написан дагестанским арабистом М. С. Саидов. Этот трактат содержит информацию о социальном положении населения Дербента, в состав которого входили бумагоделатели, шелкопряды, рыбаки, швеи, барабанщики, врачи, проповедники, учителя и представители других профессий. Более пятидесяти названных имен суфийских шейхов, которые жили и работали в Дербенте в 10–11 веках. Все они, по мнению арабиста М. С. Саидова, имеют неарабское и неаристократическое происхождение. Исходя из коли-

чества перечисленных суфийских шейхов, средневекового Дербента, можно называть его городом суфиев. Сам трактат Ад-Дарбанди примечателен тем, что в нем рассматриваются такие суфийские этические вопросы, как начало и этическая основа деятельности людей истины (суфиев), вежливость, воля, справедливость, воздержание от пороков и многое другое. Среди регионов Российской Федерации именно Дагестан получил широкое распространение суфийской доктрины. Дагестанские суфии имеют тысячелетнюю историю деятельности и в современных условиях приобретает духовное зарождение, а также и социальное значение.

Суфизм в Дагестане имеет многовековую историю, изучение которой находится на начальной стадии. Тем не менее, в последние годы была проведена определенная работа. Например, появился ряд ценных статей по истории и практике суфизма в Дагестане, особенно в 18–20 веках, был опубликован ряд суфийских трактатов дагестанских авторов. А. К. Аликберов написал монографию, посвященную ранней истории суфизма в Дагестане, которая была выпущена издательством «Восточная литература» в Москве.

Начиная с 10–11 вв. в Южном Дагестане, особенно в Дербенте, существуют суфийские группы различных систем. Автор работы «Райх'ан аль-хак'айк ва бустан ад-дак'айк» («Базилик истин и сад тонкостей») Мух'аммад ибн Муса ибн «Абдуль-Фарадж ад-Дарбандий (11 в.) называет множество шейхов, представляющих различные религиозные ордена. Широкие знания ад-Дарбандий в религии, дали ему возможность сопоставить различные суфийские учения на последовательность К'урану и сунне. Считается, что ад-Дарбандий был выходцем из семьи суфийских общин Дербента [4].

В 13–15 веках были предприняты попытки внедрить суфизм в разные районы Дагестана. Могильные плиты шейха Хасана ибн Мухаммеда, сына знаменитого суфийского шейха Шараб-дина Сухравердий (убитого в 1306 году), были найдены в Кубачи. Ходжа Джамшид Шейх Х'айдар из династии Сефевидов был убит в Табасаране в 1488 году, его отец Джунейд был убит на берегу Самура в 1460 году.

Эти факты свидетельствуют о деятельности суфийских миссионеров Ирана Сефевидов и о значительных идеологических и религиозных связях между Ираном и Дагестаном, а также о том, что суфизм еще не имел благоприятной почвы в предгорных и горных районах Дагестана. Дело в том, ислам распространился здесь совсем не давно. А в южном Дагестане, где распространение ислама произошло гораздо раньше, в 8–10 веках, суфизм стал обретать рост среди местных жителей. Надпись в книге Мах'муда из Хиналуга в 1456 году свидетельствует об этом: «Эти данные были записаны в крепости Ихир при многочисленных свидетелях, суфиев: султан Али из Куруша, суфий дервиш Мух'аммад из Ихира, суфий Ах'мад из Маза и суфий Пир Мух'аммад из Жигжига»...

В Дагестане в начале 19 в. значительное распространение получили, как уже говорилось ранее, накшбандийское,

а конце 19 в. в ряде его районов, граничащих с Чечней — кадарийская разновидность суфизма [5].

Но согласно некоторым дагестанским авторам в Дагестане получили распространение следующие братства: «Есть много орденов тариката, но главные и более известные в Дагестане и в соседстве его — накшбандия и шазилия». Первыми шейхами тариката Шазилия в Дагестане были: Мухаммад ярагский, Абдурахман Суг'ури, Джамалутдин казикумыкий, Махмуд-афанди, Сайфуллах-К'ади, шейх Х'асан-афанди. Письменное наследие Шазилийского тариката представлены в Дагестане на арабском языке.

Считается, что одним из основателей кадирийского тариката на Северном Кавказе является шейх Кунта -Х'аджи 1829 года рождения, из села Мелча-хи Чеченская республика. Совершивший в возрасте 18 лет паломничество в Мекку Кунта-Х'аджи с тех пор стал вести религиозно-проповедническую деятельность. По некоторым источникам Кунта-Х'аджи ознакомился с учением К'адирия, после того как посетил могилу «Абдуль К'адира. Вероятнее всего кадирийское направление проникло в соседний Дагестан из Чечни, так как эти два региона имели между собой очень тесные отношения. Но, по другим сведениям, Шейх Кунта-Хаджи получил учения кадирийского тариката от известного богослова Ташав-Хаджи из с. Эндирей (умер 1845 г.).

Некоторые авторы утверждают, что тарикат получил распространение в Дагестане в 18–19 вв., но я не согласен с такими утверждениями, так как этот период нашел отражение в дагестанской и советско-исторической литературе благодаря тому, что в это время царская Россия намеревалась присоединить Дагестан к России. И в это время в Дагестане начинается освободительное движение, где суфийские учения стали основной идеологией. А более ранний период остается до сегодняшнего дня неизученным. И как мы знаем были в Дагестане и до этого времени немало религиозных деятелей, придерживающихся суфийского учения. О наличии в Дагестане тариката накшбандия сведения имеются, но, к сожалению, касательно только 19 века. У некоторых авторов (Смирнов Н. А., Хашаев Х. М., Амирханов М. А., Вагабов М. В.) мы находим сведения, что накшбандия получил распространение в Дагестане именно в 19 веке...

Решаясь поставить точку в вопросе, накшбандия тариката, скажу, что начала распространение имеет еще в далеком прошлом. Несомненный интерес в этом отношении представляют и послания зарубежных мусульманских авторов. Одним из интересных сообщений стало описание турецкого путешественника Эвлия Челеби (17 век), который посетил дважды Северный Кавказ (1641–42 и 1666–67). В этом сообщении он рассказывает о крепость на реке Койсу, где имеются три бани, таверна, семь начальных школ, также три медресе, две текке-дервиша которые относятся Накшбандия и три постоянных двора для торговцев. Также суфии были и в другом селе, где правил последний сын Карабудахкенского-хана, «проводя большую часть времени уединяясь в уголке своего обителя он предавался

молитве, с утра до вечера проводил время в изучении истории, а также хадисов, с достойными учеными Дагестана». На фоне всего этого, можно сказать, что памятник шейху Мух'аммад-Шейху (умершему в 1634 или 1635 г.) приобретает особое значение как один из следов деятельности братства Накшбандии в начале 17 в. Вероятнее всего, идеи братства Накшбандия в Дагестане начались распространяться с Мух'аммада Ярагского. В дагестанских источниках, в частности в рукописном сочинении Джамалутдина Казикумухского «أداب المرضية» «Адабуль-Марзия» отмечается, что М. Ярагский являлся последователем цепи шейхов накшбандийского тариката. В этом сочинении отмечается, что звенья этого пути передавались из поколения в поколение (силсилаһ), передали и шейху Х'аджи-Исма'илу Кюрдамирскому. «Тот передал имаму, который доводил учеников своих до безопасности и шейху Хас-Мух'аммаду Ширванскому. Этот передал имаму, господину нашему шейху Мух'аммад Афенди Ярагскому- кюринскому» [6]. В этом же самом сочинении Джамалутдин Казикумухский отмечает, что «Пророк Аллаһа и есть главный источник всех путей тариката (накшбандийский, джаштурийский, кадирийский, и других великих путей); но из них самым известным в Дагестане сделался накшбандийский и в содействии его» [7].

Итак, как мы видим, Джамалутдин Казикумухский утверждает, что в Дагестане не имелось иного тариката, кроме накшбандийского. Вероятнее всего, другие ордена не были столь известны как этот, и в условиях растущего национального освобождения идеи тариката Накшбандия стали, кстати, в этом движении. Продолжателем идеи накшбандийского тариката в Дагестане после Ярагского был Джамалутдин Казикумухский. Им было написано сочинение о тарикате под названием «Адабуль-Марзияһ» (Правила достойных приличий), которое было опубликовано в 1869 г. (выдержки из которого уже выше давались) с предисловием его сына и зятя Шамяля Абдурах'мана, служившего после 1859 г. кадием в Казикумухе. Считается, что основными идеологами накшбандийского тариката в Дагестане были М. Яраги, Джамалутдин Казикумухский, Абдурах'ман Хаджи ас-Сугури, Ильяс Х'аджи ас-Цудахари и другие.

Крупнейшего идеолога накшбандийского тариката Мух'аммад Афенди, сын Молла-Исмаила из села Яраг Кюринского района (совр. Магарамкентский район) считали основателями этой доктрины в Дагестане. Он изучал основы тариката у шейхов Исмаила Кюрдамирского и у Хас-Мух'аммеда Ширванского. Последний благословил Мух'аммада Афенди на получение санада Шейха Тариката. Как сообщает Х'асан аль-К'адарий «ширванец Хас-Мух'аммад-Афенди возвратился в Ширван, в селение Кюрдамир после того, как отучился у Мух'аммеда Афенди аль-Ярагий к своему бывшему муршиду накшбандийского тариката. Там он отучился тарикатской дисциплине, где его повысили в муршиды, а после повторно вернулся в то же селение, уже будучи муршидом тариката и стал обучать народ накшбан-

дийской дисциплине. Даже Мух'аммаду-Афенди, который был его учителем в явных науках стал муршидом тариката. К нему стали отовсюду собираться люди».

Х'асана Аль-кадарий говорил про Мух'аммад-Афенди что он «был очень большим ученым, который имел много произведений, причем в арабском стихосложении он не имеет себе равных». У аль-Ярагий было очень много произведений написанных в Исламоведение. Однако ярко отличилась его произведение «Асар аль-Яраги», написанное на арабском языке и сложенное в форме стихов. В произведение Мух'аммада-Афенди «Асар аль-Яраги» говорится, что изучение религиозных наук должно сопровождаться также изучением естественных наук, за счет которых повышается научный уровень людей. Говоря о Мух'аммаде аль-Ярагий, можно сказать с восхищением, что он был не только выдающимся религиозным деятелем Восточного Кавказа, а также крупным ученым, носящим идеи добра, справедливости, чести, и равенства народов и людей. Поэтому Мух'аммад аль-Яраги и ему подобные личности были любимы в народе, им верили, за ними шли. [8]

Наибольшую известность в 19 в. после Мухаммада-Афенди аль-Ярагий, Джамалутдина аль-Гумуки приобрели в Дагестане мюршиды, шейхи накшбандийского тариката Абдурах'ман-Хаджи ас-Сугури из Согратля, его ученик Ильяс-Хаджи аль-Цудахарий, а также Мух'итдин Магомедханов. Шейх Абдурах'ман-Хаджи — выдающийся мыслитель своего времени, один из самых влиятельных тарикатских шейхов Дагестана, арабо-мусульманский ученный и поэт.

Не много перейду к перечислению имен некоторых последователей тарикатского учения в Дагестане.

Сайфуллаһ-К'ади Башларов был мюршидом накшбандийского- шазалиского и кадирийского тариката. В течение пяти лет, начиная с 1870 года, учился у Абдурах'мана ас-Сугури. В 1907 году в Гелябинине шейх Зайнуллаһ-К'ади возвысил его в ранг муршида. Книга шейха Сайфуллаһа «Мактубат Сайфуллаһ» была написана в ответ на вопросы устаза Хасана Афанди. Шейх Мух'аммад Мурад Манзалавий, живший в Мекке, возвел его в ранг муршида Кадирского тариката. А Мух'аммад Салик, который жил в Медине, возвел его в ранг Мюршида Шазилийского тариката. Умер Сайфуллаһ-Кади в 1338/1919 году [9]. Хусенил Мух'аммад-Афанди из Уриба родился в 1862 г. В ранг муршида его возвел Хасан-Афанди из Кахиба в 1920 году. Мубарак Хусениль Мух'аммад-Афанди умер в возрасте 105 лет [10].

Дибирасул Мух'аммад родился в 1885 году в семье Нурмухаммада из с. Саб. Он был мюршидом Хасан-Устара, который научил его тарикату и возвысил его в ранг муршида тариката. В 1937 г. был арестован и посажен в тюрьму в крепости Дербент. В мае 1942 г. он умер в дербентской тюрьме.

Шазилийский тарикат вероятнее всего принес в Дагестан Сайфуллаһ-Кади. Так как до него этот тарикат не был широко известен в Дагестане. Он передал право на его распространение Хасану-Афанди. Первым Устазом по Накшбандийскому пути у Сайфулла-Кади был Мух'аммад-Закир Частавий, один из преемников Мах'аммада-Афанди. По-

сле его смерти Сайфулла-Кади поехал в город Уфа. Там он встретился с Муршидом Зайнуллахом Шарифи. Впрочем, в Уфу Сайфулла-Кади попал именно по зову Шарифи. Здесь он совершенствовался у Зайнуллаха, который передал ему разрешение, после чего Сайфулла-Кади вернулся в Дагестан. Затем он, мечтавший познать Шазалийский тарикат, встретился с мазуном Шазалийского пути Мух'аммадом Салихом, принял от него тарикат и стал его воспитанником. В последствии он и сам получил от Мух'аммада Салиха разрешение обучать других Шазалийскому тарикату.

Устазом Зайнуллаха Шарифи, у которого совершенствовался Сайфулла-Кади, был Ахмаду Камашхани — преемник Халида Багдадий, через ветвь переданную Ах'маду Тараблуси. Если говорить об основной цепочке Зайнуллаха, то она идет от Мухаммада Маъсуми, являющегося 25-м в ветви, названного ранее Накшбандийского тариката, которая идет через Ах'мада Маккий.

Помимо названных мною имен ученых и последователей тарикатского учения, есть и много других. Назовем лишь имена, не касаясь их деятельности, чтобы увидеть, что не прерывалась цепь (силсила), на протяжении многих годов. Это Хамзат Афанди из Тлоха (1892 г. рождения), Мух'аммад Хафиз Афанди из Тидиба (1895 г. рождения) [11], Абдуразак Мух'аммад (устар накшбандийского и шазалийского тариката, родился в 1909 г. в селе Кегер) [12], Мух'аммад-Хаджи Афанди, сын Са'аду-Хаджи из Батлуха (1850 г. рождения), Абдуль х'амид-Афанди из Инхо (шейх тариката накшбандийского, родился в 1888 г.), Абдурах'ман-Хаджи из Асаб (1834-1904 г.) и многие другие.

Как уже упоминалось выше суфизм играл важную роль в истории Дагестана в 19 — начале 20 вв. Такие деятели, как Мухаммад аль — Ярагий, Джамалу-ддин аль — Казикумухий, имамы Гази — Мух'аммад и Шамиль, имам Мух'аммад — хаджи аль — Согратлий, Узун — хаджи ас- Сальгий и многие другие, которые находились во главе борьбы за чистоту Шариата, были муршидами или суфиями прошедшими путь от начала до конца. Сильные позиции Ислама в современном Дагестане также во многом обусловлены строгим соблюдением суфийских традиций и духовной активностью местных суфийских шейхов. Таким образом, можно подчеркнуть, что суфизм является «частью» Шариата и «душой» Ислама.

Суфийские общины Дагестана развили отношения мирного сосуществования и сотрудничества с государственными и местными властями. Совместная борьба с идеологией ваххабизма и экстремизма укрепила и расширила взаимоотношения между государственной властью, и лидерами суфийских общин. За последние годы в республике проведен ряд мероприятий, посвященных крупным суфийским шейхам, таким, как Мухаммад-Афенди ал-Яра-

гий, Джамалутдин ал-Гумукий, Абдурах'ман ас-Сугурий, Али-Хаджи Акушинский, Сайфулла Кадий Башларов, что, в свою очередь, стимулировало в обществе интерес к практике суфизма. В последние годы появился дружеский обмен между зарубежными суфийскими организациями и дагестанскими суфиями. Крупные деятели суфизма похоронены в Дагестане. Среди них шейх Абдурах'ман ас-Сугурий в селение Нижнее Казанище Буйнакского района, шейх Мух'аммад-Афенди ал-Ярагий в селение Согратль Гунибского района, шейх Сайфулла К'адий Башларов в селение Верхнее Казанище Буйнакского района, Мух'аммад- устаз и его сын Мух'аммад-Хаджи в селение Дейбук Дахадаевского района, Ильяс Цудахарский и Мух'аммад-Амин Гаджиев в селение Параул Карабудахкентского района, Али-Гаджи Бутринский в селение Какашура Карабудахкентского района, Мух'аммад Апшинский в селение Аркас Буйнакского района и др. Их могилы стали местами посещения людей. После того как было разгромлено ваххабитское движение в августе 1999 года, во время вооруженного нападения на Дагестан, распространение суфийских направление в Дагестане стало еще более активной.

Заключение

Суфизм — аскетически-мистическое направление в исламе, включающее как учение, так и духовные практики, направленные на борьбу человека с сокрытыми душевными пороками и духовное воспитание личности. Большое влияние на развитие религиозной мысли народов России, оказал суфизм, а также сыграл огромную роль в их общественно-политической жизни. На сегодняшний день суфизм вызвал Неожиданный интерес к суфизму, вызванный в мусульманском мире, связано с большим ростом суфийских братств, а также сильным влиянием суфизма на процессы формирования общественной мысли. Кроме того, развитие и укрепление суфизма связано с процессом исламизации современных народов. Проанализировав работы историков, исламоведов, религиоведов, западных и восточных историков, изучив некоторые источники суфийских богословов, историю становления суфизма на Северном Кавказе можно определить место и роль суфизма в политическом и социальном развитии народов Северного Кавказа.

Говоря о суфийских орденах, надо подчеркнуть, что в сегодняшнее время существуют и действуют в Дагестане четыре ордена: накшбандийский, шазилийский, кадирийский и рифаитский. По этому поводу ученые Дагестана говорят: «Среди тарикатских путей для того, чтобы привести человека, которому открылась милость Аллаха к его познанию, наиболее легкими, а также чистыми от плохих нововведений считаются эти четыре тариката. Основа этих путей тариката тянется до самого Пророка (мир Ему и благословение) по непрерывной цепочке».

Литература:

1. Касымова З.И. Истоки, социальная сущность и причины распространения суфизма. // Из истории суфизма: источники и социальная практика. Ташкент. 1991 с. 5–16.

2. Касымова З. И. Указ. соч. С. 287–288.
3. Артамонов М. И. История Хазар.-Л / М. И. Артамонов // Айрис-пресс — 2003. С. 174.
4. Ханбабаев К. М. Суфизм в Дагестане. // Ислам в Дагестане. Махачкала. 1994 с. 32.
5. Ханбабаев К. М. Ислам в Дагестане с. 33.
6. Агаев А. Магомед Ярагский. Махачкала. 1996 с. 73–75.
7. Кавказские горцы. Сборник сведений М. 1982 с. 8.
8. Абдурагимов Г. Аш-шейх ал-муршид Мухаммад Эфенди ал-Яраги // Мусульманская цивилизация. Махачкала, 1994. № 1 с. 63.
9. Абдурахманов М. Сайфуллагь-Кади Башларов.// Ассалам. Махачкала. 1999 № 2 с. 1–5.
10. Абдурахманов М. Хусенил Мухаммад-Афанди из Уриба.// Ассалам. Махачкала. 1999 № 8 с. 7.
11. Абдурахманов М Мухаммад Хафиз Афанди из Тидиба// Ассалам. Махачкала, 1999. № 13 с. 1.
12. Абдурахманов М Абдуразаки Мухаммад// Ассалам. Махачкала, 1999. № 13 с. 1.

Вклад суфизма в развитие умеренного ислама в Нусантаре

Насырьянов Альберт Баязитович, студент магистратуры

Казанский (Приволжский) федеральный университет

В данной статье анализируется связь между суфизмом (мистическим исламом) и формированием умеренного ислама в Нусантаре, регионе, который исторически охватывает различные группы населения, составляющие большинство мусульман в Юго-Восточной Азии, особенно в Индонезии.

Ключевые слова: суфизм, умеренный ислам, Нусантара.

На рубеже третьего тысячелетия гармонизация религиозной жизни в так называемом постмодернистском обществе столкнулась с серьезными проблемами, о чем свидетельствует рост конфликтов между верующими, например, в Югославии, в ближневосточном регионе. Изначально вызванные социальными, экономическими и/или политическими проблемами, эти конфликты считались «священной войной», поскольку их обоснование черпалось из религиозных текстов. Это стало возможным из-за различий в подходах к пониманию ислама — от умеренных до пуританских интерпретаций.

Нусантара исторически относится к населенным мусульманами районам Юго-Восточной Азии. На протяжении веков мусульмане мирно уживались в этих районах с приверженцами других религий, таких как христианство, индуизм, буддизм и конфуцианство. Несмотря на рост конфликтов в последние несколько десятилетий в Нусантаре, они относительно быстро разрешались. Этот факт вызвал ряд вопросов, которые хотелось бы рассмотреть в данной статье, в том числе, почему ислам в Нусантаре смог гармонично сосуществовать с другими религиями и местными верованиями, принятыми в мультикультурных обществах региона. И, в частности, есть ли значительная роль суфизма (учитывая его историческое присутствие и практику в регионах Нусантары) в развитии инклюзивного ислама (или умеренного ислама) в Нусантаре.

Плавный и мирный процесс исламизации в Нусантаре во многом связан с суфизмом, известным своей гибкой, уступчивой, умеренной и толерантной природой. Всеохватность мистических учений ислама, которые больше забо-

тятся о сути, чем о символах религии, сделала основанный на суфизме подход к прозелитизму более привлекательным, чем подход, ориентированный на шариат.

Суфизм также известен как эзотерический ислам. Термин «эзотерический» происходит от *esoteris*, что означает «предназначенный только для посвященных», или «известный и понятный только определенным людям». Эзотерические вещи часто относятся к аспектам сердца, которые противопоставляются внешним аспектам шариата и материального мира.

В исламе понятие эзотерики давно превратилось в полемику, начало которой параллельно истории самого ислама. Долгое время многие ученые различали эзотерический ислам (ислам с мистическим уклоном) и экзотерический ислам (ислам с шариатским уклоном), утверждая, что исламский эзотеризм — это синтез различных мыслей или адаптация неисламских учений. Однако эзотерический ислам суфизма не лишен ссылок на Коран и хадисы [2, с. 54].

Именно сосредоточенность суфизма на эзотерическом исламе сделала его гибким и толерантным, что отличает его от правоцентричного понимания ислама, которое склонно ссылаться на правовые тексты ислама как на религиозное руководство. В отличие от них, суфийские святые тесно связали свою интерпретацию исламского учения с религиозными обычаями и культурными ценностями местного населения, что иногда приводило к появлению ритуальных практик, не известных в ранние периоды ислама. Другими словами, суфизм уделяет больше внимания внутреннему измерению религии и ее связи с достоинствами местной культуры. Поэтому неудивительно, что такие ри-

туалы, как slametan (религиозное подношение) и tahlilan (чтение зикр за умерших), marhabanan (чтение молитв Пророку), похожие на ритуальные практики местных верований в Индонезии, широко практикуются среди индонезийских мусульман-традиционалистов.

Доктрины и учения суфизма практикуются в соответствии с социальными проблемами и реалиями человека. Таким образом, целью этой практики является не только достижение индивидуального спокойствия, мира и благочестия, но и социальной гармонии общества. Она не только касается «вознесения на небеса в одиночку», но и пытается создать рай для всех людей.

Что касается цели, то суфизм делится на два вида. Во-первых, суфизм ориентирован на самопреобразование суфиев. Здесь учения и ритуальные практики суфизма направлены на преобразование души и поведения суфиев-путешественников. Во-вторых, суфизм ориентирован на социальную трансформацию, которая начинается с самого малого круга суфийских путешественников, их семей и, в конечном итоге, их больших сообществ [1, с. 182].

Суфизм озабочен не только вертикальными измерениями ритуала, но и его социальными аспектами. Он выполняет миссию социальной трансформации, например, предлагает альтернативное решение социальных проблем в обществе. Например, социальные кризисы, которые терзают Индонезию, не ограничиваются только денежными, экономическими и политическими проблемами, но также моральными и духовными кризисами. Именно в этом заключается значение эзотерического аспекта учения ислама. Обязательство мусульман верить в Бога, Судный день и добродетель (благочестивые поступки) — все это говорит о том, что духовные и социальные измерения ислама являются лишь частью исторических реалий человечества [1, с. 185].

Понятие социального благочестия, подчеркиваемое суфизмом, является инклюзивным и умеренным, поскольку оно применяется к людям любого происхождения: религии, этнической принадлежности, расы и социального класса. Инклюзивность умеренного суфизма становится все более очевидной при контакте с другими религиями, поскольку он фокусируется не на различиях между религиями, а на их сходстве. Таким образом, различия, существующие между религиями, рассматриваются как вопрос поверхностной видимости, в то время как эзотерически все религии считаются похожими.

Именно инклюзивность и умеренность суфизма сыграли решающую роль в мирном процессе исламизации в Нусантаре. Суфийские проповедники, одними из первых внедрившие ислам в регионе, отличались общительностью с простыми людьми из низших слоев общества и образцовым поведением, символизирующим пик их веры и благочестия, проявлявшимся, в частности, в форме благотворительности и братской солидарности. Такое образцовое поведение вызывало симпатию у многих людей, пробуждая интерес к новой религии и, в конечном итоге, к принятию

ислама. Если бы не мистический ислам, процесс аккумуляции ислама с местной культурой в Нусантаре был бы намного сложнее.

О значении суфизма для исламизации Нусантары также свидетельствует роль тарикатов (суфийский орден). Практикуя умеренный образ жизни, суфийские ордена тщательно использовали культуру в качестве средства передачи давата. Таким образом, от лидеров суфийского ордена требуется креативность, продуктивность и адаптивность для создания культурного продукта, привлекательного для потенциальных членов. Аналогичным образом, от них требуется изменить и преобразовать местную культуру в форму, пропитанную исламскими ценностями [4, с. 226]. В качестве примера можно привести пезантрены. Они представляют собой модификацию индуистско-буддийского пансионного образования, которое имеет тесные связи с системой обучения завия среди суфийских студентов. Именно способность суфийских учителей внедрять ислам с помощью адаптивного культурного подхода позволила исламу пустить глубокие корни во многих новых местах.

Однако самый большой вклад суфизма в Нусантару — это создание религиозной жизни, которая является гармоничной, мирной и спокойной. В обществе, где живут люди с различными религиозными взглядами, межрелигиозные конфликты воспринимаются как постоянная угроза. С точки зрения теории строительства, межрелигиозная гармония может быть достигнута благодаря различным факторам, таким как эффективные каналы коммуникации и эффективные системы арбитража. Однако в данной работе утверждается, что религиозная терпимость также важна для гармоничной жизни между людьми разного религиозного происхождения.

Толерантность — это воплощение веры, внедренное в повседневную жизнь общества. Она может быть достигнута религиозными членами через создание социальной жизни, которая способствует взаимопониманию и сочувствию. Толерантность ведет как к инклюзивности, так и к готовности принять разнообразие, будь то этническая принадлежность, язык, культура или религия. Именно благодаря толерантности становится возможным диалог между религиозными группами. В качестве примера можно привести могилы двух самых первых мусульманских проповедников на Бали, Радена Амангкунинграта и Рату Аю Анак Агунг Раи, которые сегодня функционируют не только как храм для индуистского балийского народа, но и как объект религиозного туризма среди мусульманских гостей города [3, с. 230]. Гармоничное взаимодействие между индусами и мусульманами в отношении могил вряд ли было бы возможно при отсутствии религиозной терпимости между ними.

Очевидно, что религия выполняет социологическую функцию объединения людей со схожими религиозными убеждениями. Однако эта функция сталкивается с определенными трудностями, когда речь идет о приверженцах различных религиозных убеждений. В этом отношении

решающее значение имеет контекст социальных отношений, возникающих между людьми разных религиозных убеждений: и именно в суфизме можно объединить точки встречи и сцепления между различными религиями и культурами, что приводит к гармонизации религиозной жизни.

Данная работа предполагает, что при поддержке анализа соответствующих данных, умеренность ислама Нусантары может создать ощущение порядка, мира и стабильности

в обществе различных религиозных приверженцев, таких как Индонезия, где мусульмане мирно живут бок о бок с верующими других религий. Суфизм, который подчеркивает понятия благородных добродетелей и морали, внес большой вклад в создание религиозной гармонии в Индонезии. В данной статье делается вывод о том, что центральное место в достижении такой религиозной гармонии занимает уравнивание того, что похоже, и уважение того, что отличается.

Литература:

1. Ahmadi, R. Socio-Sufism of Orang Maiyah: Toward Human Sovereignty in Togetherness / R. Ahmadi // Al-Albab. — 2017. — № 6. — P. 179–196.
2. Burhanudin, J. Islam in Indonesia: Contrasting Images and Interpretations / J. Burhanudin. — Amsterdam: Amsterdam University Press, 2013. — 284 p.
3. Fathun, L. M. ISIS dalam diskursus pembentukan negara bangsa / L. M. Fathun // *Thaqafiyat: Jurnal Bahasa, Peradaban dan Informasi Islam*. — 2016. — № 16. — P. 219–238.
4. Khamdan, M. Pengembangan Nasionalisme Keagamaan Sebagai Strategi Penanganan Potensi Radikalisme Islam Transnasional / M. Khamdan // *Addin*. — 2016. — № 10. — P. 207–231.

ПРОЧЕЕ

Современные подходы к обеспечению пожарной безопасности спортивных объектов

Буткус Евгений Владимирович, студент магистратуры
Тюменский индустриальный университет

В статье автор рассматривает современные подходы к обеспечению пожарной безопасности и возможность их применения в рамках обеспечения пожароохраны при эксплуатации спортивных сооружений.

Ключевые слова: пожарная безопасность, противопожарная защита, ликвидация пожара, автоматическая установка пожаротушения.

Проблема обеспечения пожарной безопасности спортивных сооружений — это не просто необходимость, это ключевое направление при проектировании, строительстве и эксплуатации здания.

Спортивные комплексы, фитнес-клубы и стадионы относятся к типам сооружений, с массовым пребыванием зрителей и персонала. При возникновении пожара существует большой риск получения травм и гибели людей. По этой причине пожарной безопасности на объектах спортивной инфраструктуры уделяется пристальное внимание.

Система противопожарной защиты спорткомплекса должна отвечать высоким требованиям, а все ее составные части двигаться в ногу со временем. Это значит, что необходимость совершенствования системы противопожарной безопасности при эксплуатации здания, и ее актуализация, выбор современных подходов к системе пожарозащиты и работы с персоналом, формирует актуальную тему для научной статьи, о чем пойдет речь в дальнейшем.

Конкретные методы противопожарной защиты можно разделить на:

1. пассивные методы — направленные на профилактику пожаров.
2. активные — непосредственное спасение материальных ценностей и людей во время пожара.

Пассивные методы. «Профилактика возгораний — совокупность превентивных мер, направленных на исключение возможности возникновения пожаров и ограничение их последствий». [1, с. 3]

На этапе строительства предотвращению воспламенения способствует предварительное нанесение и обработка жаропрочными химическими жидкостями деревянных конструкций, штукатурки, тканей. Они повышают огнеупорные свойства обработанных материалов, и при воздействии прямого огня возгорание происходит медленнее.

В спортивных объектах при проводке электричества изолируют кабели и розетки (в помещениях с повышенной

влажностью и на внешней стороне стен) с целью предотвратить возможность короткого замыкания, а также используют предохранители и устройства защитного отключения, предназначенных для защиты от утечки тока. Установка газовых и электрических плит вблизи деревянных поверхностей производится с учетом их изоляции.

Важным аспектом в обеспечении противопожарной защиты является правильная планировка архитектурных сооружений, предусматривающая легкость эвакуации, организацию вентиляционных путей.

Освещение путей эвакуации должно быть естественным, через проемы в стенах. На лестницах и в длинных коридорах при отсутствии источника естественного света обеспечивается установка противодымных вентиляций и систем подпора воздуха, которые запускаются автоматически при сработке системы пожарной сигнализации.

Немаловажным в системе пожарной сигнализации — система установок, технических средств, целью которых является обнаружение огня, обработка и передача специальных сигналов о пожаре. Пожарные сигнализации бывают радиальными, адресными и адресно-аналоговыми.

Любые виды систем охранно-пожарных сигнализаций состоят из следующих элементов рисунок 1:

1. автоматические и ручные извещатели;
2. контроллер или приемно-контрольный прибор с несколькими линиями защиты;
3. прибор управления;
4. релейный блок;
5. блок резервного питания;
6. оповещатели;
7. световые указатели.

Пожарная и охранная сигнализации на объекте могут быть объединены в охранно-пожарную систему (ОПС) с использованием общего ППК, канала связи и некоторых других элементов.

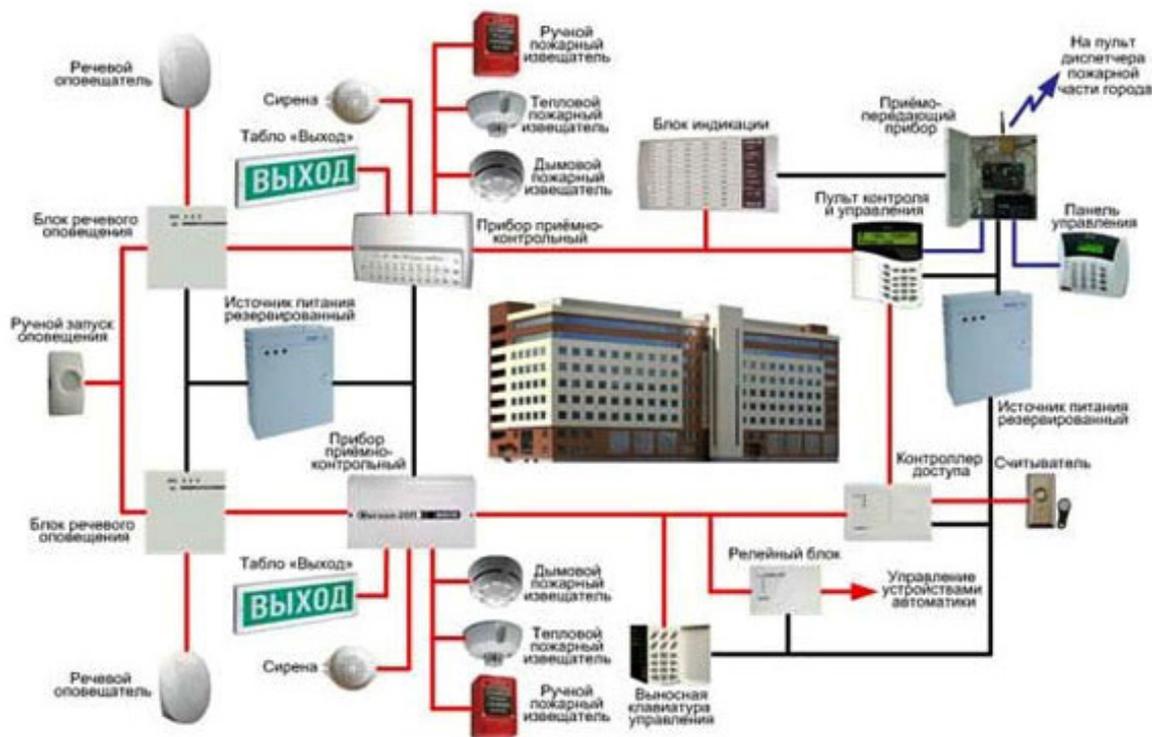


Рис. 1. Пример системы охранно-пожарных сигнализаций

Пассивные меры классифицируют в зависимости от состава на:

1. огнезащитные материалы;
2. составы;
3. покрытия.

Так же с целью противопожарной защиты повсеместно используются пассивные способы, которые предназначены предотвратить возгорание без непосредственного воздействия:

1. установка противопожарных окон и дверей;
2. защита линий электропроводки;
3. огнезащита конструкций, сделанных из дерева и металла;
4. установка противопожарных преград (зеленых насаждений, сооружений);
5. обеспечение безопасного для распространения огня расстояния между объектами, так называемых противопожарных разрывов.

Активные методы.

К активным способам защиты относят средства, оказывающие непосредственное воздействие на огонь:

Первичные средства пожаротушения огнетушители (газовые, пенные, порошковые), песок и другие.

Автоматические установки пожаротушения, необходимы для обеспечения следующих целей:

1. ликвидация пожара в до наступления пределов огнестойкости строительных материалов и конструкций;
2. ликвидация пожара в нанесении ущерба имуществу;
3. ликвидация пожара до возникновения опасных факторов пожара;

4. ликвидация пожара до возможного наступления человеческих жертв.

Автоматические системы являются самыми качественными и лучшими для предупреждения и борьбы с пожарами. С точки зрения техники безопасности основное преимущество автоматических систем борьбы с возгораниями в том, что они исключают человеческий фактор, а значит, срабатывают безотказно и моментально при малейших отклонениях от нормы, максимальное сохранение материальной базы при использовании системы. Именно поэтому основным методом противопожарной защиты современных спорткомплексов являются автоматические системы.

В зависимости от видов используемых при строительстве материалов, объемно-планировочных решений определяется тип автоматической установки пожаротушения, вид огнетушащего вещества и способ его подачи в очаг пожара.

В зависимости от применяемого для тушения пожара вещества автоматические установки пожаротушения классифицируют на следующие виды и типы:

1. водяные;
2. газовые;
3. пенные;
4. порошковые;
5. аэрозольные;
6. комбинированные.

«Одним из лидеров на рынке пожарных систем является компания «ESMI». Продукция бренда пользуется высоким спросом в России. Системы безопасности устанавливаются не только в производственных помещениях и торговых цен-

трах, но и в спортивных учреждениях. Эксперты считают, что продукция «ESMI» позволяет обеспечить максимальную безопасность» [2, с. 2]

«Еще одним хедлайнером на рынке систем пожаротушения является фирма Simplex, созданная в 1894 г. Многие высоко оценили данные эффективные системы пожаротушения. Следить за происходящими событиями компания предлагает путем установки специализированного программного обеспечение, которое позволяет». [2, с. 2]

Роботизированные установки пожаротушения.

По мимо этого на современном этапе развития пожароохранной системы активно используется тушение возгораний средствами робототехники.

Можно выделить несколько известных роботизированных комплексов и установок систематизировать их по следующим группам

Робототехнический комплексы — роботизированное мобильное устройство, предназначенное для проведения аварийно-спасательных мероприятий в зоне возгорания, а также разборки конструкций для более быстрого доступа к очагу возгорания.

Мобильные роботизированные установки пожаротушения — созданы для эффективного выполнения оперативных задач по тушению пожара в местах, где невозможно применить обычные устройства и методы.

Гусеничные беспилотные пожарные роботы — мобильный, прочный, гусеничный, небольшой автомобиль с радиоуправлением предназначен для работы в экстремальных условиях в ограниченном пространстве.

Использование робототехнических комплексов помогает существенно облегчить и обезопасить тушение пожаров, разбор завалов и спасательные работы поскольку на больших территориях спортивных арен и комплексов при сильном задымлении или частичном обрушении конструкций, рисковать жизнью посетителей и персонала, а также работников противопожарных служб.

Сегодня можно найти огромное количество средств пожарозащиты для любых объектов, которые позволяют эффективно защитить здания от возгораний, потери имущества и человеческих жертв. Проанализировав рынок, и сравнив различные системы пожаротушения, можно сделать вывод что производители не стоят на месте, а идут в ногу со временем, что позволяет еще на этапе проектирования и строительства минимизировать возможные риски.

Спортивные комплексы, как места большого скопления людей, а значит особого риска не остаются без внимания, активные и пассивные методы пожарозащиты, автономные системы пожаротушения и даже роботизированные установки за всем этим, несомненно, — будущее пожарной безопасности. А значит, здоровье людей.

Литература:

1. Российская Федерация. Закон. О пожарной безопасности: Федеральный закон РФ № 69. — Текст: электронный // Консультант плюс: [сайт]. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5438/ (дата обращения: 02.02.2023).
2. Производители систем пожарной сигнализации. Топ производителей пожарной сигнализации — Текст: электронный // Безопасности: [сайт]. — URL: <https://bezopasnostin.ru/pozharnaya-signalizatsiya/proizvoditeli-sistem-pozharnoj-signalizatsii.html> (дата обращения: 02.02.2023).

Возгорания в спортивных комплексах. Причины и последствия

Буткус Евгений Владимирович, студент магистратуры

Тюменский индустриальный университет

В статье автор рассматривает крупные пожары в спорткомплексах за последние 5 лет, приводит статистические данные по количествам жертв и возможным причинам возникновения.

Ключевые слова: пожар, пожарная безопасность, короткое замыкание, статистические данные.

Важной целью совершенствования системы техносферной безопасности на сегодняшний день является предотвращение чрезвычайных ситуаций, в том числе пожаров, а также безопасность людей и защита материальных ценностей в случае возникновения ЧС.

Статистики по данным МЧС зафиксировала более 300 000 пожаров в течение 2022 года. Погибших от огня 8000 человек, пострадали или были доставлены с ожогами

в больницу 11000 человек. Общий ущерб от пожаров составил более 20 миллиардов рублей.

Основная причина пожаров, по данным МЧС, — это неосторожное обращение с огнем. На втором месте — неисправности электрооборудования. На третьем месте — поджоги.

По мимо вышеперечисленных факторов, источниками, повлекшими за собой возгорания, могут стать нарушение

регламентов при строительстве, несоблюдение правил эксплуатации производственного оборудования, а также нарушение норм пожарной безопасности.

«Пожарная безопасность — состояние объекта народного хозяйства или иного назначения, при котором путем выполнения правовых норм, противопожарных и инженерно-технических мероприятий исключается или снижается вероятность возникновения и развития пожара, воздействия на людей опасных факторов пожара, а также обеспечивается защита материальных ценностей». [1]

Пожарная безопасность спортивных объектов зона повышенной ответственности, не только руководителей

и персонала, но и посетителей, не серьезных пожаров не бывает. Этот факт формирует актуальную тему для научного исследования, которое проведено в данной статье.

В современном мире возгорания на спортивных объектах с массовым скоплением людей уже становится вариантом нормы и не смотря на тенденцию к снижению количества пожаров в спортивных комплексах за последние годы, полностью устранить опасность ЧС в них пока не удалось, об этом говорят статистические данные о пожарах в спортивных комплексах в период с 2018–2021 г. Собранные мной и представленные на рисунке 1.

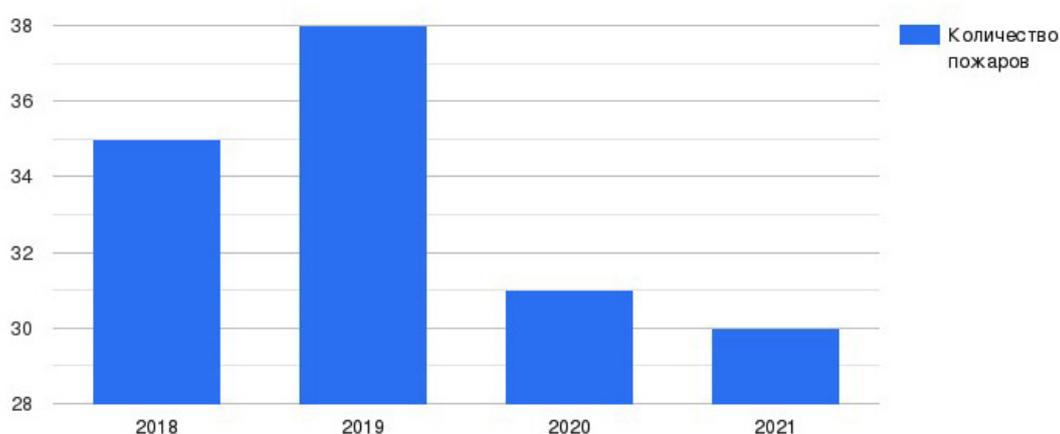


Рис. 1. Статистические данные МЧС о пожарах в спортивных комплексах в период с 2018–2021 гг.

Стихия большого огня в замкнутом многолюдном пространстве является одной из самых жестоких и страшных опасностей, справиться с которой пожарные и противопожарные системы могут далеко не всегда, при этом дело часто усугубляется человеческой паникой в результате чего не удается избежать большого количества жертв.

На рисунке 2 видно, что за счёт сокращения количества пожаров в спортивных комплексах за период с 2018 по 2021 гг, снижается и количество жертв. Что является положительной динамикой и заставляет задуматься о том, что проблема решена.

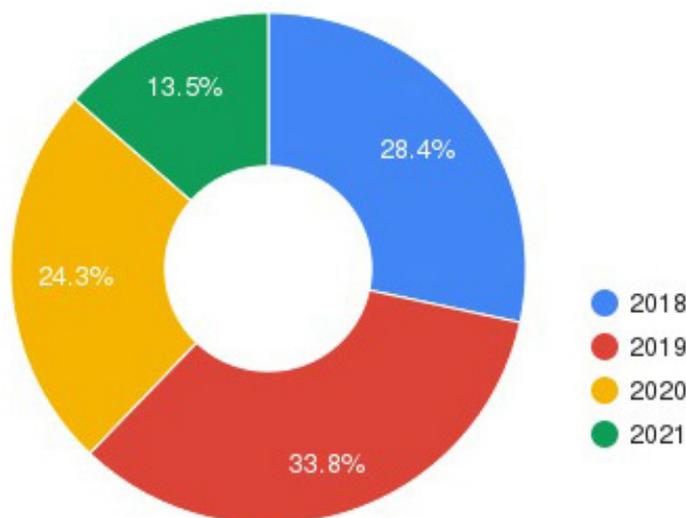


Рис. 2. Количество жертв в пожарах за период с 2018 по 2021 гг.

Однако, если возгорание не создает прямой угрозы жизни и здоровью человека, то наносят значительный материальный ущерб. Когда человек оказывается участником пожара, то несомненно на него воздействует ряд следующих опасных и вредных факторов: продукты горе-

ния; огонь; повышенная температура среды; дым; недостаток кислорода; разрушение строительных конструкций; взрывы, паника.

Основные причины, возникновения пожаров в указанный период представлены на рисунке 1.3.



Рис. 3. Основные причины, возникновения пожаров в спортивном комплексе

Что же на самом деле является главной причиной гибели людей и порчи имущества? Исходя из статистических данных видно, что в первую очередь это несерьёзное отношение руководящего состава и персонала спорткомплексов к правилам пожарной безопасности.

Что бы актуализировать темы исследования и привести параллели статистических данных и реальных происшествий в нашей стране, мною проведена работа по поиску информации о количестве пожарах на стадионах и спортивных объектах в период за 2019–2023 год, самыми крупными пожарами являются:

1. 16 января 2023 в поселке Керчевский Чердынского городского округа утром произошел пожар в деревянном здании районного спортивного комплекса. Площадь пожара составила 625. Во время пожара никто не пострадал. По предварительным данным причиной послужило короткое замыкание.
2. 19 декабря 2022 в Ханымеее произошел пожар в спортивно-оздоровительном комплексе «Лидер». Огнем повреждено подвальное помещение и спортивный инвентарь на общей площади 15 кв. м. Пострадавших нет. Причины пожара до сих пор устанавливаются комиссией.
3. 25 августа 2022 возгорание произошло в Ленинском городском округе, на территории конноспортивного комплекса «Левадия» в деревне Орлово 900 кв. м. Во время пожара никто не пострадал. Причина – неосторожное обращение с огнем.
4. 15 мая 2022 в административном здании спортивного комплекса города Томска произошел пожар на площади 2,5 тыс. кв. м. По данным МЧС, погиб-

ших и пострадавших нет. Причины возникновения пожара устанавливаются.

5. 7 мая 2022 Магаданские пожарные ликвидировали загорание спорткомплекса «Президентский». Объект находился на стадии строительства. Общая площадь пожара составила 300 квадратных метров. «Возгорание утеплителя «пеноплэкс» произошло в обеденный перерыв вследствие нарушения техники безопасности» — рассказал Станислав Лубянов. [2]
6. Апрель 2021 года, Санкт-Петербург — горела территория стадиона «Шторм». Пострадавших нет. Причина — поджог сухой травы.
7. 14 октября 2021 пожар в спорткомплексе «Атлант-Косино». Площадь возгорания составила 20 кв. Пожар начался в борцовском зале на первом этаже. Горел спортивный инвентарь. Пострадавших нет. Причины возникновения пожара устанавливаются.
8. 30 августа 2020 город Самара сотрудники МЧС ликвидировали пожар в спорткомплекс «Маяк». В Министерстве спорта Самарской области рассказали, что возгорание началось в сушильной комнате одной из раздевалок, которыми пользуются хоккеисты ЦСК ВВС.
9. Предполагают, что в одном из специальных сушильных шкафов, которые работают от сети, произошло короткое замыкание.
10. 21 декабря 2019 город Тюмень по информации УФСИН, горел спортивный зал для сотрудников лечебно-исправительного учреждения УФСИН № 19. Огнем было разрушено 600 кв. м. Причина — короткое замыкание проводки.

11. 7 июля 2018 в городе Волгоград на стадионе «Логина» Едва комплекс охватило огнем, как сработала пожарная сигнализация. Пламя разошлось на 800 квадратных метров. причиной случившегося стало короткое замыкание в одном из кабинетов спорт-комплекса.

Таким образом можно сделать вывод, к сожалению, количество пожаров в России из года в год существенно

не уменьшается, а масштабы их разрушительных последствий постоянно растут. Особенно опасны пожары в местах массового пребывания, большого скопления людей: метро, театрах, клубах, больницах, спортивных комплексах и т.п. Необходимо планомерно и ответственно подходить к системе пожаротушения и постоянно совершенствовать противопожарную безопасность.

Литература:

1. Термины МЧС России. — Текст: электронный // МЧС России: [сайт]. — URL: <https://mchs.gov.ru/ministerstvo/omisterstve/terminy-mchs-rossii/term/322#> (дата обращения: 03.02.2023).
2. Спорткомплекс «Президентский» в Магадане загорелся из-за нарушения техники безопасности. — Текст: электронный // Magadanmedia.ru: [сайт]. — URL: <https://magadanmedia.ru/news/1280820/> (дата обращения: 03.02.2023).

Система обеспечения пожарной безопасности спорткомплексов

Буткус Евгений Владимирович, студент магистратуры

Тюменский индустриальный университет

В статье автор рассматривает законодательную систему Российской Федерации регламентирующую деятельность спорткомплексов.

Ключевые слова: пожарная безопасность, требование пожарной безопасности, законодательство РФ.

Всем известно, что пожары чаще всего происходят от беспечного отношения людей к огню как таковому. Пожары наносят большой ущерб материальной базе, а в большинстве случаев провоцируют гибелью людей. Проблема беспечного отношения к огню – главная причина беспокойства органов власти и всего населения в целом. Поэтому противопожарная защита является обязанностью каждого члена общества и проводится в общегосударственном масштабе. Решение данной проблемы требует реализации комплекса научных, технических и организационных задач. Формируя актуальную тему для исследовательской работы, о чем пойдет речь в данной статье.

Противопожарная защита представляет собой выбор наиболее эффективных и целесообразных способов и средств предупреждения возгорания и их ликвидации с минимальным ущербом при наиболее рациональном использовании сил и технических средств. Ф

Совокупность сил и средств пожарозащиты, а также социальные, экономические, организационные и научно-технические меры, направленные на борьбу с пожарами, называют системой обеспечения пожарной безопасности. Вопросом ее обеспечения занимаются на всех уровнях власти, а нормативно правовая база постоянно обновляется, подкрепляя борьбу с пожарами на законодательном уровне.

Основными составляющими структуры обеспечения пожарной безопасности в соответствии с законодательством Российской Федерации являются:

1. органы государственной власти;

2. органы субъектов РФ;
3. различные организации;
4. население (добровольные дружины, сотрудники МЧС).

Основные функции системы обеспечения пожарной безопасности:

1. нормативное регулирование и осуществление государственных мер в области пожарной безопасности;
2. учреждение противопожарных организаций в стране и регулирование их деятельности;
3. разработка и осуществление мероприятий по пожарной безопасности;
4. обучение населения мерам пожарной безопасности и противопожарная пропаганда;
5. реализация прав, обязанностей и ответственности в области пожарной безопасности;
6. научно-техническое обеспечение пожарной безопасности;
7. привлечение населения к обеспечению пожарной безопасности — содействие деятельности добровольных пожарных;
8. осуществление государственного пожарного надзора, оказание услуг в области пожарной безопасности и другие контрольные функции по обеспечению пожарной безопасности;
9. информационное обеспечение в области пожарной безопасности;
10. изготовление пожарно-технической продукции;

11. проведение аварийно-спасательных работ и тушение пожаров;
12. установление особого противопожарного режима;
13. подтверждение соответствия услуг и продукции в области пожарной безопасности и лицензирование противопожарной деятельности предприятий и организаций;
14. учет пожаров и их последствий.

Нормативно-правовая база пожарной безопасности в РФ включает в себя различные кодексы, законы, правила, нормы, положения. Которые отражают правовую основу пожарной безопасности в РФ. В эту систему входят:

1. Федеральный закон «О пожарной безопасности»:

Данный Федеральный закон содержит общие положения и описания, которые затрагивают область надзора и исполнения существующих требований пожарной безопасности на всех уровнях власти. Стоит отметить, что закон соответствует общей стратегии о противопожарной безопасности государства, план которой расписан на несколько лет вперед. **Главные направления закона — гарантия пожарной безопасности, а также описание прав и сферы ответственности.** Указанный выше законодательный документ описывает общую систему пожарной безопасности.

2. Федеральный закон «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности»:

«Настоящий Федеральный закон принимается в целях защиты жизни, здоровья, имущества граждан и юридических лиц, государственного и муниципального имущества от пожаров, определяет основные положения технического регулирования в области пожарной безопасности и устанавливает общие требования пожарной безопасности к объектам защиты (продукции), в том числе к зданиям, сооружениям и строениям, промышленным объектам, пожарно-технической продукции и продукции общего назначения. Федеральные законы о технических регламентах, содержащие требования пожарной безопасности к конкретной продукции, не действуют в части, устанавливающей более низкие, чем установленные настоящим Федеральным законом, требования пожарной безопасности» [1]

3. Правила противопожарного режима в РФ:

«Настоящие Правила устанавливают требования пожарной безопасности, определяющие порядок поведения людей, порядок организации производства и (или) содержания территорий, зданий, сооружений, помещений организаций и других объектов защиты (далее — объекты защиты) в целях обеспечения пожарной безопасности». [2]

4. Приказ «Об определении порядка, видов, сроков обучения лиц, осуществляющих трудовую или служебную деятельность в организациях, по программам противопожарного программ в области пожарной безопасности»:

Устанавливают требования пожарной безопасности к организации обучения мерам пожарной безопасности работников организаций. Определяет сроки обучения про-

тивопожарной программы и порядок ведения журналов учета и контроля обучения.

5. Нормы пожарной безопасности «Системы оповещения и управления эвакуацией людей при пожарах в зданиях и сооружениях»:

Настоящие нормы устанавливают требования пожарной безопасности к системам оповещения и управления эвакуацией людей при пожарах в зданиях и сооружениях. Также устанавливают типы систем оповещения и определяют перечень зданий, подлежащих оснащению этими системами.

6. Нормы пожарной безопасности «Перечень объектов, подлежащих защите автоматическими установками пожаротушения и автоматической пожарной сигнализацией»:

Настоящие нормы устанавливают основные требования пожарной безопасности, регламентирующие защиту зданий, сооружений, помещений и оборудования на всех этапах их создания и эксплуатации автоматическими установками пожаротушения и автоматическими установками пожарной сигнализации.

7. Правила оценки соответствия объектов защиты:

Правила устанавливают порядок оценки соответствия объектов защиты требованиям пожарной безопасности, установленными федеральными законами, путем независимой оценки пожарного риска

8. Извлечения из кодекса об административных нарушениях и из уголовного кодекса РФ:

Определяет степень и меру наказания за отступления или нарушения правил норм и порядка противопожарного режима и противопожарной охраны.

Пожарная опасность спортивных объектов обусловлена массовым пребыванием в них людей различного возраста: взрослых и юных воспитанников секций, а также персонала комплекса.

Кроме этого, пожарная опасность спорткомплексов вызвана большим объемом горючей нагрузки, размещенной в разветвленной сети помещений различного назначения. Это спортивные снаряды и инвентарь, одежда, мебель, документация, оргтехника, оборудование, системы инженерно-технического обеспечения, расположенные в спортивных залах, раздевалках, административных кабинетах, кладовых, технических и других помещениях.

Законодательство РФ предъявляет к объектам класса функциональной пожарной опасности Ф 2.1 требования как общего, так и специфического характера. На каждом объекте защиты данного класса должен быть выполнен комплекс мероприятий, направленных на обеспечение его пожарной безопасности. В состав этого комплекса входит ряд локальных нормативных актов и документов, отражающих специфику пожарной опасности здания, помещений, а также процессов деятельности спортивного комплекса.

Номенклатура актов и документов, касающихся вопросов обеспечения пожарной безопасности, как правило, включает в себя следующие документы, перечисленные на таблице 1.

Таблица 1. Документы по обеспечению пожарной безопасности в спортивном комплексе

Наименование документа	Назначение	Содержание
Приказы по пожарной безопасности	Определяет сотрудника, ответственного за пожарную безопасность и контроль исправности работы первичных средств пожаротушения (огнетушители, пожарные рукава), а так же соблюдением пожарной безопасности при проведении опасных работ.	<ol style="list-style-type: none"> 1. приказы о системе проведения противопожарных инструктажей; 2. документы, определяющие порядок уборки горючих отходов и пыли; 3. документ об определении и оборудовании мест для курения 4. документ о порядке осмотра и закрытия помещений; 9. б. документ о порядке действий при возгорании электрооборудования.
Инструкции по пожарной безопасности	Устанавливают обязанности сотрудников по пожарной безопасности и их действия при пожаре. Разрабатываются в отношении каждого объекта — здание, территория, отдельное помещение и прочее. Для складских и производственных строений требуются отдельные инструкции мероприятия по обеспечению пожарной безопасности	<ol style="list-style-type: none"> 1. организация мест курения; 2. определение мест проезда пожарных машин; 3. действия персонала при пожаре; 4. инструкции по эксплуатации противопожарного водопровода.
Документы по обучению сотрудников	Все сотрудники организации проходят противопожарный инструктаж, а так же систематическую проверку знаний.	<ol style="list-style-type: none"> 1. программы первичного, вводного, повторного и других видов противопожарных инструктажей; 2. программы пожарно-технического минимума; 3. организация проведения устной частит обучения и последующая проверка тест-вопросами; 4. графиками обучения и планы, проверки знаний; 5. проведение противопожарных тренировок; 6. удостоверения о прохождении пожарно-технического минимума.
Журналы учета инструктажа по пожарной безопасности	С их помощью можно документально подтвердить, что все сотрудники действительно прошли инструктаж в установленные сроки и поставили свои подписи для регистрации вводного противопожарного инструктажа	<ol style="list-style-type: none"> 1. регистрация противопожарных инструктажей; 2. учета первичных средств пожаротушения; 3. проверка технического состояния огнетушителей; 4. учета пожарных рукавов и кранов; 5. проверки пожарных насосов и щитов, заборных устройств в искусственных и естественных водоемах; 6. проверки, по окончании рабочего дня, производственных и вспомогательных помещений.
Техническая документация	Разрабатывается для всех типов зданий кроме (многоэтажных домов) в которых одновременно способны находиться 50 и более человек	<ol style="list-style-type: none"> 1. планы эвакуации при пожаре; 2. эвакуационные таблички с указанием противопожарных выходов, таблички с телефонами пожарной охраны и мест размещения огнетушителей; 3. техническая документация о материалах и веществах, используемых при строительстве и отделке здания; 4. регламенты технического обслуживания систем пожарной автоматики, оповещения о пожаре, огнетушителей; 5. паспорта огнетушителей; 6. наряды-допуски на выполнение огневых работ. 7. акты и графики проверки заземляющих приборов;
Журнал учета огнетушителей	Для осмотра и обновления огнетушителей	<ol style="list-style-type: none"> 1. параметры огнетушителя — марка, номер, дата введения в эксплуатацию, место установки, дата проведения осмотра; 2. Ф. И. О. и подпись ответственного лица, должность, замечания о состоянии и прочее.

В настоящее время возгорания зданий и сооружений, поджоги и невнимательность людей остаются самым распространенным бедствием. Пожары приводят к гибели людей и большим материальным ущербам. Поэтому большое значение имеет беспрекословное соблюдение норм и правил пожарной безопасности.

Именно поэтому регулирующийся противопожарные нормы, актуализация противопожарных регламентов

и законов имеют огромное значение для создания безопасной среды при строительстве и эксплуатации зданий. В том числе спортивных сооружений. А постоянная боевая готовность противопожарных расчетов и структур МЧС, обучение и обновление профессиональных знаний, помогает быть уверенными в том, что при возникновении ЧС каждый человек будет спасен, а имущество не пострадает.

Литература:

1. Федеральный закон «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности». — Текст: электронный // Консультант Плюс: [сайт]. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_78699/ (дата обращения: 03.02.2023).
2. Постановление Правительства РФ от 16.09.2020 N 1479 (ред. от 21.05.2021) «Об утверждении Правил противопожарного режима в Российской Федерации». — Текст: электронный // Консультант Плюс: [сайт]. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363263/ (дата обращения: 03.02.2023).

Пополнение резерва российской армии путем отмены верхнего возрастного предела для заключения первого контракта о прохождении военной службы

Кочеткова Жанна Анатольевна, студент магистратуры
Международный инновационный университет (г. Сочи)

В статье отражен правовой анализ Федерального Закона от 28 мая 2022 года «О внесении изменений в статью 34 Федерального Закона «О воинской обязанности и военной службе», предусматривающей отмену верхнего возрастного предела для заключения первого контракта о прохождении военной службы.

Ключевые слова: граждане Российской Федерации, военная служба по контракту, возрастные ограничения, предельный возраст.

Replenishment of the reserve of the Russian army by abolishing the upper age limit for the conclusion of the first contract of military service

Kochetkova Zhanna Anatolyevna, student master's degree
International Innovation University (Sochi)

The article reflects the legal analysis of the Federal Law of May 28, 2022 «On Amendments to Article 34 of the Federal Law «On Military Duty and Military Service», which provides for the abolition of the upper age limit for the conclusion of the first contract on military service.

Актуальность.

Настоящее исследование обусловлено процессом совершенствования законодательства по основам прохождения военной службы, как одной важной составляющей процесса прохождения военной службы, укрепления обороноспособности страны и комплектования армии военными кадрами.

Военная служба — один из важных видов деятельности граждан России по защите своего Отечества, закрепленных в статье 59 Конституции Российской Федерации.

Сегодня главные события в мире, которые несут угрозу нарушения целостности территориальных границ, безопасности граждан Российской Федерации, приближение военной структуры НАТО к границе России, происходят рядом с нами, на Украине.

Как никогда необходимо усиление обороноспособности страны для защиты от политической агрессии недружественных стран.

Одним из первостепенных факторов усиления обороноспособности страны в условиях обострившейся геополитической обстановки, является качественный и количе-

ственный состав кадров Российской Армии, а именно его пополнение.

России необходимо укреплять свои Вооруженные Силы.

В настоящее время правовой основой прохождения военной службы в Вооруженных Силах Российской Федерации являются: Конституция Российской Федерации, Федеральные законы «О воинской обязанности и военной службе», «О статусе военнослужащих», «Об обороне», Положение о порядке прохождения военной службы и иные нормативно-правовые акты Российской Федерации в области обороны, а также международные договоры Российской Федерации, Указ Президента Российской Федерации «О создании Вооруженных Сил Российской Федерации», нормативно-правовые акты по качественному и количественному составу кадрового состава.

В целях совершенствования законодательных актов по вопросу комплектования Российской Армии, приведения законодательных актов в соответствие с федеральными законами, устранения множественности правовых норм по одним и тем же вопросам готовятся предложения о приведении законодательства в соответствие с вновь принимаемыми законодательными актами путем внесения изменений и поправок в таковые.

Зачисление граждан на военную службу для комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации, и других силовых ведомств, регламентируется Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе» на основании обязательного призыва и добровольного поступления граждан на военную службу по контракту.

В целях совершенствования законодательства по вопросу пополнения кадрового состава Вооруженных Сил Российской Федерации, 25 мая 2022 года Государственной Думой принят Федеральный Закон № 147-ФЗ «О внесении изменений в статью 34 Федерального Закона «О воинской обязанности и военной службе», предусматривающий отмену верхнего возрастного предела возраста граждан, поступающих на военную службу по контракту, для заключения первого контракта о прохождении военной службы.

Теперь, первый контракт о прохождении военной службы вправе заключать россияне и иностранцы в возрасте от восемнадцати до пятидесяти лет.

То есть теперь сорокавосемилетние граждане могут поступить на военную службу и служить до пятидесяти лет, а затем заключить новый контракт до наступления пре-

дельного возраста пребывания на военной службе, что составляет шестьдесят пять лет, если позволяет медицинское освидетельствование военно-врачебной комиссии.

До принятия вышеуказанного Закона, первый контракт о прохождении военной службы с гражданами Российской Федерации в возрасте до сорока лет, с иностранными гражданами до тридцати лет.

С гражданами, заключающими контракт о прохождении военной службы, заключается первый контракт сроком на пять лет.

Вышеуказанное законодательное нововведение позволяет решить несколько актуальных вопросов: пополнить кадровый состав армии без массового призыва, привлечь высококвалифицированных специалистов, заключить контракты о прохождении военной службы с военнослужащими, достигшими предельного возраста пребывания на военной службе.

Комплектование Армии России прапорщиками и мичманами осуществляется в добровольном порядке.

Офицерский состав комплектуется за счет лиц, окончивших высшие военные учебные заведения.

Следует также отметить, что в связи с развитием армии и флота, усложнением, использованием и обслуживанием современной военной техники, сокращением сроков ее освоения, применения высокоточного оружия и вооружения, необходимо укомплектование Вооруженных Сил Российской Федерации высокопрофессиональными специалистами, которыми обычно являются профессионалы, которые относятся к старшей возрастной группе, то есть за сорок — сорок пять лет. Воинские звания как правило таких специалистов — старшины, сержанты, матросы, прапорщики и офицерский состав.

Дополнительное укомплектование армии может обеспечить поступление граждан на военную службу по контракту без возрастного прежнего ограничения возраста.

Действующие нововведения касаются только заключения первого контракта для тех, кто раньше не служил на профессиональной основе.

По мнению авторов законопроекта, такая мера позволит привлечь на службу специалистов, чьи профессии родственны военным, но которые не востребованы «на гражданке». К этим специалистам относятся медицинские работники, инженерного и технического обслуживания, эксплуатации и связи, кадровые и финансовые сотрудники.

Литература:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // СЗ РФ. 2014. № 31. Ст. 4398.
2. Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе» № от 28.03.1998 № 53-ФЗ // СЗ РФ. 1998. № 13. Ст. 1475.
3. Федеральный закон «О внесении изменений в статью 34 Федерального Закона «О воинской обязанности и военной службе» от 28.05.2022 № 147-ФЗ // СЗ РФ. 2022. № 22. Ст. 3540.
4. Федеральный закон «О статусе военнослужащих» от 27.05.1998 № 76-ФЗ // СЗ РФ. 1998. № 22. Ст. 2331.
5. Федеральный закон «Об обороне» от 31.05.1996 № 61-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 23. Ст. 2750.

6. Указ Президента РФ «Вопросы прохождения военной службы» от 16.09.1999 № 1237 // СЗ РФ. 1999. № 38. Ст. 4534.
7. Приказ Министра обороны Российской Федерации «Об утверждении Руководства по комплектованию Вооруженных Сил Российской Федерации солдатами, матросами, сержантами и старшинами» от 16.01.2001 № 30 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 2001, № 10.
8. Основы прохождения военной службы: учебник / В. Ю. Микрюков, В. Г. Шамаев, 2021 г. 2-е изд.
9. Московский комсомолец. Пополнить резерв армии без массового призыва // Дата публикации 26 мая 2022 г. № 28790.
10. Ведомости. Госдума откроет новые возможности службы в российской армии // Дата публикации 22 мая 2022 г.

Проблемные вопросы нормирования расхода горючего и смазочных материалов в войсках национальной гвардии

Старостин Михаил Сергеевич, слушатель;

Овчинников Сергей Викторович, кандидат военных наук, доцент;

Захаров Михаил Юрьевич, кандидат военных наук, доцент;

Кретов Иван Александрович, слушатель

Военная академия материально-технического обеспечения имени генерала армии А. В. Хрулева (г. Санкт-Петербург)

Горючее и смазочные материалы расходуются на эксплуатацию, техническое обслуживание, ремонт вооружения и военной техники в соответствии с установленными постоянными нормами расхода. Данные величины введены в действие соответствующими приказами Федеральной службы войск национальной гвардии, либо в соответствии с временными нормами расхода ГСМ, введенными в действие ДТиНИД Росгвардии.

Ключевые слова: служба горючего, расход горючего, нормы расхода, нормирование, ГСМ.

Один из основных факторов рационального применения горюче-смазочных материалов в войсках национальной гвардии — это установление обоснованных норм расхода ГСМ на ВВСТ. Как же регулируются эти важные процессы?

Порядок нормирования расхода ГСМ в войсках национальной гвардии Российской Федерации регламентирован требованиями ГОСТ РВ 9100–002 «Топлива, масла, смазки и специальные жидкости. Порядок разработки, согласования и утверждения норм расхода для военной техники. Общие требования» (далее — ГОСТ РВ 9100–002) и «Инструкцией по нормированию горючего, масел, смазок и специальных жидкостей в войсках национальной гвардии Российской Федерации». Положения указанных документов определяют должностных лиц, на которых возложены функции по организации и проведению работ по нормированию расхода ГСМ, устанавливают порядок проведения этих работ, по согласованию, утверждению и доведению норм расхода ГСМ. В свою очередь, нормы расхода ГСМ подразделяются на разрабатываемые (вновь создаваемые) и модернизируемые образцы ВВСТ, а также серийные, несерийные, зарубежные и другие, поступающие на обеспечение объединений, соединений и воинских частей, военных образовательных организаций высшего образования, учебных центров, баз, складов, arsenалов и других организаций войск национальной гвардии, на которые постоянные или временные нормы не установлены ранее. Также имеются образцы

вооружений и военной техники, на которые временные нормы разработаны и введены в действие, но исходя из опыта эксплуатации требуют уточнения (в случае если фактический расход ГСМ не соответствует значениям, указанным в норме).

Хотелось бы подчеркнуть, что существующая система нормирования расхода ГСМ при эксплуатации, техническом обслуживании и консервации (расконсервации) ВВСТ базируется прежде всего на изучении и анализе эксплуатационных, технических, экономических, организационных и других факторов, влияющих на величину расхода горючего, и включает в себя разработку, согласование, утверждение, учет и доведение до организаций и подразделений эксплуатирующих ВВСТ норм расхода ГСМ, а также контроль за применением.

Определение и введение в действие норм расхода ГСМ в войсках национальной гвардии осуществляется отделом горючего и смазочных материалов АБТУ ДТиНИД Росгвардии. Работы по нормированию выполняются в соответствии с методиками по видам техники. В них включены основные положения по нормированию расхода ГСМ при эксплуатации техники и регламент порядка и способов расчета индивидуальных норм расхода, а также порядок их согласования, утверждения и применения. В методиках представлены методы определения норм расхода, приведены расчетные зависимости, формы документов и примеры расчетов. В войсках национальной гвардии поступают и принимаются на вооружение (снабжение) но-

вые перспективные ВВСТ, в том числе те, которые ранее не применялись.

Вместе с тем в настоящее время не на все образцы разработаны методики нормирования ГСМ. Здесь речь может идти, например, о снегоходах, мотовездеходах, подвижном составе железнодорожных войск, роботизированных комплексах и т. д. Однако разработанные и введенные в действие методики нормирования расхода на отдельные виды ВВСТ со временем утрачивают свою актуальность. Анализ поступающих на согласование разработанных норм расхода ГСМ выявил ряд недостатков методик нормирования, влияющих на достоверность результатов нормирования расхода ГСМ.

Какие же недостатки мы отмечаем у существующих методик нормирования? Прежде всего это необходимость постоянного уточнения наработки (ресурса испытаний), условий проведения испытаний и величины нагрузки (режимов работ). Кроме того, в методиках нормирования расхода ГСМ на проведение технического обслуживания не определен порядок комиссионного подтверждения результатов испытаний. А ввиду того, что нормирование расхода горючего должно проводиться в первые 6 месяцев с момента ввода ВВСТ в эксплуатацию, имеются определенные затруднения при выполнении требований методик в части, касающейся использования при проведении работ по нормированию ВВСТ с различным ресурсом (наработкой).

И еще несколько слов о действующих методиках нормирования расхода ГСМ. Они подразделяются на две группы. В первой — нормирование расхода топлив на эксплуатацию образца ВВСТ (нормирование расхода топлив на пробег либо расход топлива на выполняемую работу в соответствии с предназначением образца), а во второй — нормирование расхода горюче-смазочных материалов (масел, смазок и специальных жидкостей) при проведении технического обслуживания (ремонта, консервации и т. д.).

Таким образом, нормирование расхода ГСМ на один образец ВВСТ осуществляется по двум методикам, соответственно, оформляется отдельно (утверждение и введение в действие норм) и, как показывает анализ наличия утвержденных норм расхода, в разное время. Вследствие этого на отдельные образцы разработаны нормы расхода топлив, но не разработаны нормы расхода ГСМ на проведение технического обслуживания, что значительно затрудняет его эксплуатацию. Указанный недостаток характерен, в частности, для образцов ВВСТ, поступающих на обеспечение войск национальной гвардии без разработанных установленным порядком предприятием-разработчиком.

Важным направлением является переработка действующих методик нормирования расхода ГСМ. На основе анализа существующей системы нормирования расхода ГСМ в войсках национальной гвардии спланированы и проводятся мероприятия по внесению изменений (дополнений) в действующую нормативно-правовую базу. Это необходимо для обеспечения законности расходования ГСМ при эксплуатации ВВСТ, принятых на вооружение после 1992 года. Если же говорить более предметно, то здесь разрабатывается автоматизированная система контроля за наличием, движением и расходованием ГСМ в войсках национальной гвардии, применение которой позволит достоверно определять фактический расход горючего, вести его учет, снизить риски нарушений законности расходования горючего, связанные с человеческим фактором, а в последующем исключить необходимость разработки норм расхода горючего.

Таким образом, выполнение вышеуказанных мероприятий, направленных на совершенствование системы нормирования расхода ГСМ, непременно повысит эффективность расходования горючего и смазочных материалов в войсках национальной гвардии.

НАУЧНАЯ ПУБЛИЦИСТИКА

Совместимы ли мораль и политика? Чьи идеи — Макиавелли или Канта — более необходимы современному миру

Мигалина Татьяна Сергеевна, студент магистратуры

Тульский институт (филиал) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России)

Это эссе — попытка понять совместимость морали и политики у двух самых влиятельных философов Никколо Макиавелли («Государь») и Иммануила Канта («К вечному миру», «Критика чистого разума»). Выбраны они, как самые уважаемые философы в своих областях.

Ключевые слова: Кант, вечный мир, мораль, Макиавелли, государь, политика

Имя Макиавелли ассоциируется с реализмом, хитростью, убийством, предательством, получившим такую славу из-за своих якобы жестоких советов по поддержанию государства. Кант является основоположником идеализма в политике. Его сосредоточенность на категорическом императиве и человеческих возможностях для достижения высших моральных целей сделала его одним из самых известных философов идеализма. По моему мнению, и Макиавелли, и Кант имели дело с разными контекстами и обстоятельствами, и мораль для них имела разное значение. Однако изречение «цель оправдывает средства» — не лучший способ понять Макиавелли в вопросах морали. Самое важное заключается в том, что никто из философов не отверг идею морали или того, что считается добром. Кант отдавал предпочтение категорическому императиву и личному достоинству, Макиавелли никогда не отрицал значения морали в политике. Оценивая влияние моральных идей на современный мир с точки зрения обычного человека, я считаю, что правильно говорить правду, даже если она неприятна и неправильно обманывать, даже если мы считаем, что это во благо. А вот цель политики состоит, по моему мнению, не столько в выявлении реальности, которая есть на данный момент, а в рассуждениях о том, что должно быть и почему это должно быть. Отвечая на вопрос, как сделать правильно, мы сталкиваемся с двумя видами оценки поступка и его важности. Одни политики расценивают поступки, как результат действий, инструмент для достижения нужных целей. Другие одержимы максимизацией полезности или всеобщего счастья, и для них то, что делает действие моральным или аморальным, — это результат.

Кант отдает приоритет достоинству и способности людей использовать свой разум. Для Канта моральный аспект поступка не может быть оправдан его результатом; средства должны быть такими же этическими, как и результат: «в человеке еще имеются значительные, хотя временами и дремлющие, моральные задатки того, чтобы справиться

когда-нибудь со злым принципом в себе (отрицать который он не может) и чтобы ждать того же от других. Ведь иначе государства, намеревающиеся воевать друг с другом, никогда не произносили бы слова право или произносили бы только для того, чтобы осмеять его» [1, с. 14].

Как во внутренней, так и внешней политики участники не могут убежать от своих этических обстоятельств, поэтому мы всегда видим те или иные действия со стороны государственных деятелей. Например, современные вторжения и интервенции — все эти случаи вызывали обеспокоенность, но политики смогли оправдать свои поступки. Однако аргументация их оправдания была иной. Эти рассуждения варьировались от макиавеллистской логики необходимости до либеральной концепции продвижения демократии.

Моральные вопросы связаны с людьми и их действиями. Я часто задаю вопросы: почему одни люди считают что-то моральным, а другие нет? Почему, немногие соблюдают закон? Когда они это делают, что для них выступает решающим фактором действия? В трудах Макиавелли и Канта человеческая природа играет решающую роль. Оба они согласны с тем, что человеческая природа испорчена. Если Макиавелли считает людей эгоцентричными, лжецами, неблагодарными, обманщиками и избегающими опасности, то Кант также считает их обладающими содержанием животной природы. Эта животная природа является корнем желаний и удовольствий. Оба философа признают основные элементы человеческой природы и тем самым формулируют свои теории. Признание животного начала является сходством их теорий. Они также согласны с тем, что люди признают некоторые основные моральные принципы справедливыми и несправедливыми, но по-разному их соблюдают.

Однако дальше теории ученых расходятся. Макиавелли, считает, что человеческая природа ненадежна, вы никогда не должны доверять людям.

Макиавелли пессимистично оценивает возможности человеческой природы. Более того, поскольку человеческая природа не является доброй, вы также должны уметь быть плохим. В главе 15 «Государь», он советует: «государь, если он хочет сохранить власть, должен приобрести умение отступать от добра и пользоваться этим умением смотря по надобности» [2, с. 23]. Он против идеи сдерживать обещания, ведь нет уверенности и гарантий, что их сдержат другие: «Излишне говорить, сколь похвальна в государе верность данному слову, прямоту и неуклонная честность. Однако мы знаем по опыту, что в наше время великие дела удавались лишь тем, кто не старался сдерживать данное слово и умел, кого нужно, обвести вокруг пальца; такие государи в конечном счете преуспели куда больше, чем те, кто ставил на честность» [2, с. 26].

Кант не пессимист, как Макиавелли, и считает, что люди обладают способностью быть хорошими, и эта способность мыслить рационально и автономно придает им ценность и достоинство.

В «Приложении I «О разногласиях между моралью и политикой в отношении вечного мира» Кант говорит: «Мораль уже сама по себе есть практика ... совокупность безусловно повелевающих законов, в соответствии с которыми мы должны вести себя; явно нелепо утверждать, что это невозможно, после того как признан авторитет этого понятия... не может быть, следовательно, спора между политикой как практическим учением о праве и моралью как теоретическим учением о нем» [1, с. 28].

Одна из самых ярких цитат Канта: «Политика говорит: «будьте хитроумны, как змеи», мораль прибавляет (как ограничивающее условие): «и чисты, как голуби»... Хотя положение: Честность — лучшая политика содержит в себе идею, которой практика, к сожалению, очень часто противоречит, однако точно так же теоретическое положение: Честность лучше всякой политики, будучи бесконечно выше всяких возражений, есть даже неперемное условие последней. Бог — хранитель морали не уступает Юпитеру (богу — хранителю силы)» [1, с. 28]. В своем труде к «Вечному миру» Кант считает необходимым возникновение гражданского общества, свободы и основанного на ней морального закона, что, пожалуй, актуально как никогда сейчас для нас. Кант дает четкое и современное по нынешним меркам определение «морального политика». И это определение по моему мнению стоило бы прочитать и переосмыслить современным политикам, особенно в российском государстве: «Я могу представить себе, конечно, морального политика, т. е. такого, который устанавливает

принципы государственной мудрости, совмещающиеся с моралью, но не политического моралиста, который выковывает мораль, устремленную к выгоде государственного деятеля. Моральный политик будет исходить из следующего принципа: если в государственном устройстве или в отношениях между государствами обнаружены какие-либо недостатки, предотвратить которые было невозможно, то необходимо — и это долг прежде всего глав государств — как можно скорее их устранить и привести дела в соответствие с естественным правом как идеей разума, являющейся образцом, сколько бы жертв эгоизму это ни стоило. До того, как появится возможность заменить лучшим устройством узы государственного и всемирно-гражданского объединения, было бы нелепым и противоречащим государственной мудрости, сопряженной с моралью, требовать решительного и немедленного устранения этих недостатков. Но можно по крайней мере потребовать от власти имущего, чтобы он глубоко понимал необходимость изменений такого рода и постоянно стремился приблизиться к цели (к лучшему по своим правовым законам устройству)» [1, с. 29].

Из приведенного сравнения можно сделать следующие выводы. Во-первых, Макиавелли — это тот, для кого мораль имеет значение только на бытовом уровне. Для него не может быть никакого сравнения между внутренней и международной политикой. Международная политика — ещё «джунгли». Мужчины, как и государство, всегда руководствуются своим желанием получить все больше и больше. Следовательно, никогда и никому нельзя доверять. Выживание государства — самый нравственный поступок. Для выживания и безопасности государства все нравственно. На этом строится мораль государства. Человеческой природе нельзя доверять любой ценой, так же и в случае с государствами, потому что ими управляют люди. Эту природу нельзя изменить, и мы должны жить в постоянном страхе, и единственный ответ — обрести силу противостоять любой угрозе.

Напротив, Кант верит в способности рациональной стороны человека. По его мнению, в демократическом государстве люди могут осознать пагубность войны и конфликтов и преодолеть это с помощью образования. Все, что является препятствием Вечному миру является аморальным поступком.

Обдумав и описав соотношение морали и политики двух великих философов, лично я считаю, что следует возвращаться, перечитывать, переосмысливать их труды и брать «лучшую максимуму» из данных нам нетленных уроков.

Литература:

1. Кант И. К вечному миру. — сайт. — URL: http://www.civisbook.ru/files/File/Kant.K_vechnomu_miru.pdf (дата обращения: 11.11.2022). — Текст: электронный.
2. Макиавелли Н. Государь. — сайт. — URL: <https://www.100bestbooks.ru> (дата обращения: 11.11.2022). — Текст: электронный.

МОЛОДОЙ УЧЕНЫЙ ҚАЗАҚСТАН

Бастауыш сынып оқушыларының әмбебап оқу әрекеттерін кіріктірілген сабақтарда қалыптастыру (4-сынып)

Жумадуллаева Айгүл Аязбаевна, педагогика ғылымдарының кандидаты, доцент;

Шылмырзаева Мақпал, магистратура студенті

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті (Қазақстан, Түркістан қ.)

Кіріктіріп оқыту — әмбебап оқу әрекеттерін қалыптастырудың бірден бір көзі негізінде. Бастауыш сынып білім алушыларының бойында табылатын жоғары дәрежедегі сапаларға зерттеу жүргізілді. 19 бастауыш сынып мұғалімінен кіріктірілген сабақты қанишалықты жиі өткізіп тұратындығы жөнінде сауалнама алынды. Зерттеу жұмыстың қорытынды бөлімінде 4-сынып баласының әмбебап оқу әрекеттерін қалыптастыру маңызы ашылды.

Кілт сөздер: бастауыш сынып, әмбебап оқу әрекеті, кіріктірілген сабақ, функционалдық сауаттылық, пән.

Формирование универсальных учебных действий младших школьников на интегрированных уроках (4-й класс)

Жумадуллаева Айгул Аязбаевна, кандидат педагогических наук, доцент;

Шылмырзаева Макпал Кайратқызы, студент магистратуры

Международный казахско-турецкий университет имени Х. А. Ясауи (г. Туркестан, Казахстан)

Интегрированное обучение — на основе единого источника формирования универсальных учебных действий. Проведено исследование высокого уровня качества обучающихся начальных классов. Были опрошены 19 учителей начальных классов о том, как часто они проводят интегрированные занятия. В заключительной части исследовательской работы раскрыто значение формирования универсальных учебных действий у школьников 4-го класса.

Ключевые слова: начальная школа, универсальные учебные действия, интегрированный урок, функциональная грамотность, предмет.

Кіріспе. Білім — жаңа ғасырдың басты құндылығы. Қай елдің де әр салада нәтижелі болып, тәуелсіз саясат құруы ғылыми жетістіктерге тәуелді. Сондықтан қазіргі қоғам заманауи өзгерістерге бейімделе алатын сапалы білім, саналы оқушыға мұқтаж. Ел Президенті Қасым-Жомарт Тоқаев 2019 жылғы республикалық Тамыз кеңесінде жоғарыда аталған талап үддесінен «Жеті түрлі ілім білетін» ұрпақ тәрбиелеу арқылы шыға алатынымызды қадап айтты. Мұндай негізгі міндет сөзсіз ұстаздарға жүктеледі. Ал мұғалімдер қауымы білімнің қайнар бастауы «бастауыш сыныпта» екенін жақсы түйсінеді.

2022 жылғы «Бастауыш білім берудің мемлекеттік жалпыға міндетті стандартында» 1–4 сынып оқушылары білім алу барысында мынадай ауқымды тұлғалық дағдыларды қалыптастырып, дамыту қажет делінген:

— Алған білімін функционалдық және шығармашылық бағытта қолдана алу;

- Сын тұрғысынан ойлау;
- Зерттеу жұмыстарын өз бетінше жүргізе білу;
- Ақпараттық-коммуникациялық технологияларды қолдана білу;
- Коммуникацияның түрлі дағдыларын, оның ішінде тілдік дағдыларды меңгеру;
- Топпен және жеке жұмыс істеу дағдылары. [1]

Яғни, стандартқа сәйкес бастауыш сынып оқушылары білім алудың алғашқы сатысынан-ақ әмбебап оқу әрекеттерін игеруге қадам басуы көзделеді. Соңғы жылдары аталған критерилердің үддесінен шығып, оқушының жан-жақты сауат ашуында кіріктірілген сабақ тиімділігін көрсетіп жатыр. Отандық білім беру саласында осындай мақсатта біршама пәндер бойынша кіріктірілген оқу бағдарламалары іске асырылуда. Атап айтқанда, «Пәндік-тілдік кіріктірілген оқыту», «Өзін-өзі тану рухани-адамгершілік білім беру пәнін басқа пәндермен кіріктіру», «Оқушылар-

дың функционалдық сауаттылығын қалыптастыруда жаратылыстану пәндерін кіріктіру», «Қазақ тілі және әдебиеті», «Жаратылыстану», «Дүниетану» «Көркем еңбек» пәндерінің бағдарламалары өз ішінде бірнеше пәндердің мазмұнын кіріктіріп отыр.

Кіріктіру ұғымына философиялық және энциклопедиялық сөздіктерде мынадай анықтама береді: «*кіріктіру* — әртүрлі бөліктер мен элементтердің бүтінге бірігу үрдісінің қыры» [3, 84] делінсе, Қазақ тілі терминдерінің түсіндірме сөздігінде «*кіріктіру* — педагогикалық тұтастықты қалыптастырып, білімді жүйелеу мен жинақтауда әр түрлі ғылымдарды біріктіру» деген анықтама берілген. [2, 7]

Әмбебап оқу әрекеті — оқушының оқу қабілетін көрсетеді. Бағдарламалық пәндер бойынша жан жақты іздену, жаңа материалдарды саналы, белсенді түрде меңгере отырып өзіндегі тұлғалық қабілеттерді дамыту, өзін-өзі жетілдіру. Осы тұрғыда педагог-ғалымдар Юрий Бабанский, Исаак Лернер, Нелли Лошкарева: «Әмбебап оқу әрекетін-шеберлік ұғымына теңестіреді. Ал шеберлік барлық іс-әрекетті саналы түрде игеру». Ғалымдар ұсынған интерпретация бойынша әрекеттер дағдыға айналады. Мәселен, бала алдымен цифрларды жаттаса, оның дағдысы еркін санай білу. [4, 25]

Негізгі бөлім. «Бастауыш сыныптардағы «ортақ тақырыптар» әр сыныпқа сегіз, әр оқу тоқсанына 2 тақырыптан бөлінген». Бастауыш білім беру деңгейінде 4 сынып қорытынды жасап, оқытудың негізгі сатысына даярлайтын маңызды саты. 4 сыныпта оқу мазмұны да спиральділік ұстанымына сай күрделенеді. Мәселен, кіріктірілген сабақ жүйесіне қазақ тілі мен ағылшын тілі пәндерін таңдасақ. Тақырып екі тілге ортақ: сөйлем мүшелері. Балалардан екі тілді не байланыстыруы мүмкін екендігі сұралады. Оқушылар сауалға жауап беру арқылы өз болжамдарын ұсынады. Осындай түрткі сұрақ арқылы балалардың ойын еркін жеткізу, сөйлеу дағдысы дамиды. Сабақтың мақсаты балаларға сөйлем мүшелерін үйрету, тұрлаулы, тұрлаусыз сөйлем мүшелерін ажыратуға дағдыландыру. Оқу барысында балалар сөйлем мүшелерінің екі тілдегі қызметін қатар ұғына отырып, таңдалған тілдердегі ұқсастықтары мен айырмашылықтарын талдай алады. Бұл әдісті тәжірибеде іске асыру үшін мынадай әдіс қолдана аламыз:

Қазақтан және ағылшыннан шыққан екі атақты суретші Әбілхан Қастеев пен Уильям Тернердің картиналары бойынша 5 сөйлемнен тұратын мәтін құрастыру тапсырылады. (Қатар отырған екі оқушының бірі қазақ, екіншісі ағылшын тілінде мәтін құрауы тиіс. Мәтін 2 тұрлаулы сөйлем, 3 тұрлаусыз сөйлем мүшесінен құралу керек). Тапсырманы оқушылар түгел орындап шыққаны тексерілгеннен кейін мәтіндермен алмасып, қарама-қарсы тілге аудару талап етіледі.

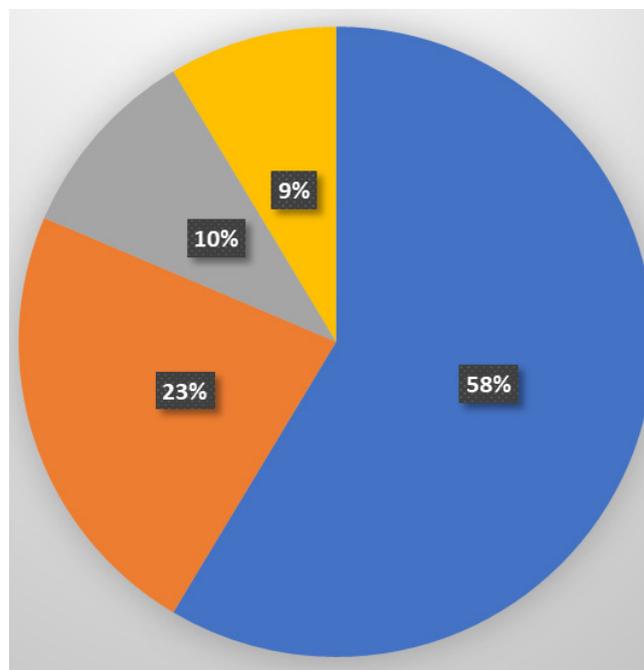
Мұнда оқушының көргенін құрастыру, ойлау деңгейі дамып, білу, түсіну әрекеттері қалыптасады. Сондай-ақ, терминдердің ағылшын тілінде айтылуын қазақ тіліндегі мағынасымен салыстыра отырып тез жаттайды.

Сөздікпен жұмыс жасау машығын жетілдіреді. Демек, сабақ барысында балаларда ассоциация құру дағдысы актив күйге көшеді.

Ал орыстан шыққан атақты лингвист, аудармашы Яков Монсеевич Колкер бір рет тыңдағаннан кейін, екінші рет қосқан кезде әр жерінен тоқтатып қойып сұрақ қою арқылы есте сақтау, тез ойлану, жылдам шешім шығару сынды әрекеттерді дамытуға болатын айтады.

Оқушы бойында әмбебап әрекеттер қалыптастырудың, проблемамен бетпе-бет келіп, өз бетімен шешіп шығарып, тығырықтан шығуды көздейтін — ситуациялық жаттығулар. Жағдаят: Алпамыстың ата-анасы тосын сый жасап баласының туған күніне достарын, сыныптастарын үйіне шақырды. Алпамыс туған күнімен құттықтап, тілек білдірген достарына «рақмет, thank you» дей берді. Сен Алпамыстың орнында болғанда достарыңа ризашылығыңды тағы қандай сөздермен жеткізер едің? (Ризашылығыңды қазақ тілінде 3 түрлі сөйлеммен, ағылшын тілінде 3 түрлі сөйлеммен жеткіз).

Қорытынды. Кіріктірілген сабақ оқушы мен қатар пән мұғалімдерінің де технология, методологиялық тұрғыдан тізе қосуы. Бұл жаңартылған білім мазмұнының педагогтар үшін де тың жаңашылдығы. Осыған байланысты біз әлеуметтік желіде 19 бастауыш сынып мұғалімінен кіріктірілген сабақты қаншалықты жиі өткізіп тұратынын сұрадық. Сауалнама қорытындысындағы нәтиже мынадай:



- 1) 11 мұғалім жиі әріптестерімен бірігіп кіріктірілген сабақ өткізетінін айтты. (1 аптада бір рет, 2 аптада бір рет)
- 2) 4 мұғалім айына 1 рет әріптестерімен кіріктірілген сабақ өткізуге тырысатынын жеткізді.
- 3) 3 бастауыш мұғалімі 1 тоқсанда 1 рет өткізу жеткілікті деп санаған.
- 4) 2 мұғалім өз тәжірибесінде кіріктірілген сабақ өтпегенін айтты.

Қорыта айтқанда бастауыш мектеп пәндерін кіріктіру — балаларға толыққанды білім берудің ерекше жолы.. Кіріктірілген сабақта таңдалған тақырыптар аясында ақпа-

рат беру, тапсырма орындату, жеке, топпен жұмыс істетудің түпкі миссиясы оқушыларды әмбебап әрекеттерге баулу.

Әдебиет:

1. ҚР Білім және ғылым министрлігі «Бастауыш білім берудің мемлекеттік жалпыға міндетті стандарты» 2022ж
2. ҚР Білім және ғылым министрлігі Ы. Алтынсарин атындағы ұлттық ғылыми академиясы «Білім-Образование» № 2 (101) — Нұр-сұлтан, 2022. — 107 б
3. Философский словарь|под ред. И.Г. Фролова. — Москва, 1986. — 589 б
4. Қоянбаев Ж.Б., Қоянбаев Р.М. Педагогика. Алматы, 2002. — 245 бет

Сөйлеу тілі жалпы дамымаған (2–3 деңгей) мектеп жасына дейінгі (4–5 жас) балалардың ұсақ моторикасын дәстүрден тыс әдістер арқылы дамыту

Сақып Гүлзинат Мамырбайқызы, магистратура студенті

Ғылыми жетекші: Сатова Акмарал Кулмагамбетовна, психология ғылымдарының докторы, профессор

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті (Алматы, Қазақстан)

Бұл мақалада сөйлеу тілі жалпы дамымаған мектеп жасына дейінгі балалардың ұсақ моторикасын дамытуда дәстүрден тыс түзету әдістерін қолдану өзекті болып табылады. Ұсақ моториканы қалыптастыру үшін әр түрлі материалдар пайдаланылған саусақ гимнастика жаттығулары, көркем шығармашылық (апликация, сурет салу, модельдеу) оның ішінде дәстүрден тыс формалар және графикалық жаттығуларды қолдану, дәстүрден тыс сурет салу секілді дамыту ойындары жатады.

Кілтті сөздер: сөйлеу тілі жалпы дамымаған балалар, дәстүрден тыс ойындар, саусақ жаттығулары.

Развитие мелкой моторики у детей дошкольного возраста (4–5 лет) с общим недоразвитием речи (2–3 уровень) с помощью нетрадиционных методов

Сақып Гульзинат Мамырбаевна, студент магистратуры

Научный руководитель: Сатова Акмарал Кулмагамбетовна, доктор психологических наук, профессор

Казахский национальный педагогический университет имени Абая (г. Алматы, Казахстан)

В данной статье актуальным является применение нетрадиционных коррекционных методов в развитии мелкой моторики дошкольников с общим недоразвитием речи. Для формирования мелкой моторики используются различные материалы, такие как пальчиковые гимнастические упражнения, художественное творчество (апликация, рисование, лепка), в том числе нетрадиционные формы и развивающие игры, такие как использование графических упражнений, рисование вне традиции.

Ключевые слова: дети с общим недоразвитием речи, нетрадиционные игры, пальчиковые упражнения.

Development of fine motor skills of children of preschool age (4–5 years) with general underdevelopment of speech (level 2–3) through unconventional methods

Sakyp Gulzinat Mamyrbayevna, student master's degree

Scientific adviser: Satova Akmaral Kulmagambetovna, doctor of psychological sciences, professor

Kazakh National Pedagogical University named after Abay (Almaty, Kazakhstan)

In this article, the problem of using unconventional correction methods in the development of fine motor skills of preschoolers with general underdevelopment of speech is relevant. Finger gymnastics exercises, where various materials are used to form fine motor skills,

artistic creativity (applique, drawing, modeling), including the use of unconventional forms and graphic exercises, and developmental games such as unconventional drawing.

Keywords: *children with general underdevelopment of speech, unconventional games, finger exercises.*

Қолдың ұсақ моторикасы- саусақтардың үйлестірілген әрекеттерді орындау мүмкіндігі. Ұсақ моторика дағдылары күнделікті өмірде ғана емес, сонымен қатар олар баланың оқу процесі, дұрыс сөйлеуге үлкен әсер етеді. Сондықтан мектепке дайындықты диагностикалау кезінде мектеп жасына дейінгі балалардың ұсақ моторикасы қалай дамығанына көп көңіл бөлінеді. Сөйлеу мен ұсақ моториканың өзара байланысын И. П. Павлов, Л. А. Леонтьев, А. Р. Лурия сияқты көптеген ірі ғалымдардың зерттеулерінен дәлелденді. Бала қозғалыс дағдыларын игерген кезде қозғалыстарды үйлестіру дамиды, ал, қозғалыстардың қалыптасуы сөйлеудің қатысуымен жүреді.

Баланың саусақтары мен қолдарының қозғалысы ерекше дамушы әсерге ие. Жаңа туған нәресте қолдарын әрқашан жұдырық қылып қысады, ал егер ересек адам сұқ саусақтарын баланың алақанына салса, ол оларды мықтап ұстайды. Баланы тіпті сәл көтеруге болады. Алайда, бала бұл қимылдарды рефлекторлық деңгейде жасайды, яғни оның әрекеттері әлі де жоғары бақылауға жеткен жоқ, бұл кейіннен саналы түрде қозғалыстар жасауға мүмкіндік береді. [1]

Ұсақ моторика бойынша жұмыс жасағанда бәріміз білетін дәстүрлі әдіс- саусақ гимнастикасы. Алайда, қазіргі уақытта балалармен жұмыс істеудің дәстүрлі емес формалары мен құралдары көбірек назарға ілігеді. Солардың бірі- су-джок терапиясы.

Су-джок-бұл организмнің қорғаныс функцияларын белсендіру мақсатында биоэнергетикалық нүктелерге тұрақты және жанама әсер ету терапиясы. Біз су-джокты саусақтардың қимыл-қозғалысын белсендіру үшін қолданамыз. Су-джокты қолдану барысында қолдың ұсақ моторикасы едәуір жақсарады, баланың көңіл-күйін көтеріледі.

Біз су-джокты массаж шарлары түрінде қолданамыз. Сонымен қатар, сөйлеуді түзету жаттығуларымен бірге массаж металл сақиналары бар. Су-джок добымен алақандағы аймақтарды белсендіруге болады, ал массаж сақиналары саусақтарға қойылады. Сондай-ақ, үлкен көлемді кірпі массажерлерін бүкіл денеге қолдануға болады [2].

Кірпі доптары мен серіппелі сақиналар арқылы өзін-өзі массаж жасау әдістері бір уақытта бірнеше маңызды мәселелерді шешуге мүмкіндік береді:

- саусақтардың ұсақ моторикасын дамыту;
- бұлшықет тонусын реттеу;
- сөздік қорды байыту;
- сөйлеудің грамматикалық құрылымын дамыту;
- психоэмоционалды жағдайды түзету;
- дыбыстарды автоматтандыру;
- зейінді, есте сақтауды дамыту;
- бағдарлау және нұсқауларды орындау мүмкіндігі.

Су-джок терапиясының әдістері денені жалпы нығайту үшін, түзету — логопедиялық жұмыста дизартриялық бұзылуларға массаж ретінде, балалардың психоэмоционалды

жағдайын жақсарту үшін, ритмді қалыптастыру үшін, және саусақтардың ұсақ моторикасын дамыту үшін қолданылады.

Доптың сақинасымен жаттығулар:

«Кірпі»

Біздің ғажап ақылды кірпі

(Сол қолымызбен айналдырамыз)

Орманда жолдар таппады.

(Оң қолымызбен айналдырамыз)

Кірпі алақанымызды қасып жатыр,

(Алақан арасында тігінен айналдырамыз)

Онымен аздап ойнайық,

Онымен бірге ойнайтын болсақ,

(Алақан арасында көлденеңнен айналдырамыз)

Біз қолдарымызды дамытамыз.

Саусақтарымыз ептілікке ұмтылар,

(Алақанның арасына шеңбер бойымен, оң қолды жоғарғы жағына айналдырамыз)

Ақылды қыздар мен ұлдар.

Кетіңіз, тікенді кірпі,

(Кірпі үстелдің шетіне қойылады)

Мекенін сенің қараңғы орман!

Бұл түзету жұмыстарының әртүрлі кезеңдерінде су-джок массажерлерін қолданудың кейбір мысалдары, жаттығулар арқылы мектеп жасына дейінгі балалардың түзету әрекетіне деген қызығушылығын оятып қана қоймай, бұлшықет тонусын қалыпқа келтіруге, ми қыртысындағы сөйлеу аймақтарын ынталандыруға, моторлық және эмоционалды дезинфекцияны төмендетуге, кеңістіктік бағдарлау дағдыларын жетілдіруге, есте сақтау қабілетін, зейінін дамытуға мүмкіндік береді. [3]

«Балаларға арналған ең жақсы ойыншық — құм» — деп К. Д. Ушинский айтқандай құм терапиясы бала қолының ұсақ моторикасын дамытуда дәстүрден тыс әдістердің бірі.

Педагогикалық іс-әрекет тәжірибесі көрсеткендей, мектеп жасына дейінгі балалардың сөйлеуін дамытудың дәстүрлі әдісін қолдану әрдайым жоғары нәтижелерге әкелмейді.

Мектеп жасына дейінгі балаларына сөйлеу ойындары, ертегі терапиясы әсіресе құм терапиясы ерекше қызығушылық тудырады. Қай бала құмда ойнағанды ұнатпайды? Құмның құрылымына келетін болсақ оның кішкентай дәндері адамның автономиясын, ғаламдағы өмірді бейнелейді.

Психотерапия әдісі ретінде құм терапиясын швейцариялық балалар психотерапевті Дора Кальф жасаған. Құм терапиясының негізгі идеясын Кальф былай тұжырымдады: «құммен ойнау баланың психологиялық жарақаттардан қиялдар мен байланыс сезімі және ішкі импульстарын бақылау арқылы құтылу мүмкіндігін білдіреді».

Терапияның маңызды құралы әртүрлі ойыншықтар мен түймелер, қиыршық тастар, конустар, моншақтар — бір

сөзбен айтқанда, ойында қолдануға болатын кез-келген заттар.

Құм терапиясы сабақтарының пайдасы төмендегідей:

- ұсақ моториканы дамытады;
- қиялдың көрінісі үшін кең орын ашады;
- ойлау механизмдерін реттеуге көмектеседі;
- құмды туындыларды түсіндіру арқылы өз ойларын білдіруге үйретеді;
- өзін-өзі бағалауды үйретеді;
- психологиялық жарақаттардың салдарын жеңу.

Құммен айналысу әрқашан логопед мен балалардың бірлескен жұмысы болып табылады. Қазіргі таңда түзету қызметтерінде кинетикалық құм пайдаланылады. Кинетикалық құмның өзіндік қасиеттер бар. Мысалы, жақсы жабысады, кез келген пішінді оңай қабылдайды және оны ұзақ уақыт сақтайды, бөлек құм түйірлеріне ыдырамайды, қолға және басқа заттарға жабыспайды.

Құм ойындары әртүрлі:

- құм үстелдерінде сурет салу (құммен сурет салу, құм анимациясы)
- оқыту ойындары (оқу, жазу, санау, сауаттылыққа үйрету);
- танымдық ойындар (қоршаған әлемнің алуан түрлілігі туралы);
- проективті ойындар (шығармашылық пен қиялды дамыту).

«Сиқырлы құм» жаттығуы

Мақсаты: тактильді-кинетикалық сезімталдықты дамыту, эмоционалды шиеленісті жеңілдету.

Елестетші, сенің алдыңда құм бар. Оған қолыңды батырғың келе ме? (баланың жауабы). Қолыңды құмға батыра ғой; өз сезімдерің туралы айтыңыз (жылы, құрғақ, сынған, саусақтарыңыздан ағып кетеді). Жағымды естеліктер (сезімдер) сізді қамтиды: өзен, күн, жаз, әлемнің шексіздігін сезіну және ғажайыпты күту.

«Айырмашылықты тап» ойыны

Бала мен педагог арасында ойналатын бұл ойын баланың есте сақтау қабілетін жақсартып қана қоймай, сөйлеу тілі жалпы дамымаған балалармен әңгімелесуге өте тиімді.

Бала құмның бетіне кез-келген қарапайым суретті салады, содан кейін оны ересек адамға көрсетеді, ал өзі осы уақытта артқа бұрылады. Ересек адам кейбір бөлшектерді аяқтайды және алынған суретті балаға көрсетеді. Бала суретте не өзгергенін байқауы керек. Ересек адам мен бала ойын барысында рөлдерді өзгерте алады.

Сөйлеу-психиканың маңызды функциясы. Баланың ойы қаншалықты дамыған, бай және дұрыс сөйлеуі оның өз ойын оңай, ашық және еркін айта алатындығына, әлемді танып, айналасындағы балалармен және ересектермен толық сөйлесе алатындығына байланысты [4].

Сурет салу әлемді танудың және эстетикалық қабылдауды дамытудың маңызды құралдарының бірі болып табылады, өйткені ол баланың тәуелсіз, практикалық және шығармашылық қызметімен байланысты. Шығармашылық қызмет-эстетикалық тәрбиенің жетекші тәсілі, бала-

лардың көркемдік дамуының негізгі құралы. Дәстүрлі емес сурет салу әдістері-кішкентай шедеврлерді жасаудың тамаша тәсілі.

Т. Н. Доронovanың зерттеулерінде сурет салудың дәстүрлі емес әдістері-бұл әртүрлі материалдармен сурет салу әдістері яғни көбік, мыжылған қағаз, түтіктер, жіптер, парафинді шам, құрғақ жапырақтар; алақанмен, саусақтармен, қарындаштардың ұштарымен, мақта тампондары және т. б.

Е. Г. Солдатованың пікірінше, дәстүрден тыс сурет салу-бұл өзін-өзі көрсету, өзімен қарым-қатынас жасау тәсілі. Сурет салудың дәстүрден тыс әдістері «еркін бірлестіктер» әдісіне сәйкес келеді. Сабақты ұйымдастырудың стандартты емес тәсілдері балалардың сурет салуға деген құштарлығын тудырады, олардың жұмысы ең жақсы екеніне сенімді болады.

Менің ойымша, дәстүрден тыс сурет салу — бұл қиялдың, шығармашылықтың дамуына әсер ететін техниканың бірі. Сонымен қатар балаға қуаныш, жағымды эмоциялар сыйлайтын кішкентай ойын. Сурет салу барысында балалар шаршамайды, сурет салу кезінде жоғары белсенділік пен өнімділікті сақтайды [5].

Назарларыңызға дәстүрден тыс сурет салудың бірнеше ойын-жаттығуларын ұсынамын.

«Алақандар сурет салады» ойыны

Түрлі-түсті алақандармен сурет салу өте қызықты және қызықты. Қаламдарыңызды ашық түстермен бояу және қағаз парағында өз іздеріңізді қалдыру өте жағымды және ерекше. Алақанмен сурет салу-кішкентай суретшілер үшін қызықты ойын.

Қажетті құрал-жабдықтар: 1. Саусақ бояулары; 2. Қағаз; 3. Қылқалам; 4. Су құтысы.

«Саусақтарымызбен сурет саламыз» ойыны

Сіз қағазға түрлі-түсті басып шығарулар қалдырып, саусақтарыңызбен сурет сала аласыз.

Қажетті құрал-жабдықтар: 1. Саусақ бояулары; 2. Қағаз; 3. Қарындаш 4. Су құтысы.

Сабын көпіршіктерімен сурет салу

Сабын көпіршіктерімен стакан суға кез-келген сабын ерітіндісі мен бояуды қосу керек. Түтіктің көмегімен көбікті көп толтырыңыз. Қағазды көпіршіктерге сүйеніңіз. Алғашқы өрнектер пайда бола бастағанда, сіз қағазды көтере аласыз. Көпіршікті өрнектер дайын.

Қажетті құрал-жабдықтар: 1. Бір стакан су; 2. Бояу; 3. Сабын ерітіндісі; 4. Түтік; 5. Қағаз.

Тұзбен сурет салу

Тұз сызбаға қызықты өрнектер береді. Кез-келген пейзажды немесе жарқын фонды бейнелеу кезінде суреттің фонына әдемі құрылым беру үшін тұзды қолдануға болады. Бояу әлі құрғағанша фонға тұз себу керек. Бояу құрғаған кезде, қалған тұзды шайқаңыз. Олардың орнында ерекше жарық дақтары қалады.

Құрал-жабдықтар: 1. Тұз; 2. Бояу; 3. Қылқалам; 4. Қағаз; 5. Су құтысы.

«Сиқырлы жіппен сурет салу әдісі

Бояумен жақсы сіңіп кетуі үшін жіптерді бояуға батыру керек. Содан кейін оларды қағаз парағының екі жағында 5–10 см жіптің ұштары шығып тұратындай етіп қағазға салу керек. жіптер басқа қағаз парағымен жабылған. Жоғарғы парақ қолмен ұсталады. Жіптер әртүрлі бағытта өсіріледі. Жоғарғы жапырақ көтеріледі. Ерекше сурет дайын.

Құрал-жабдықтар: 1. Жіп; 2. Бояу; 3. Қағаз; 4. Су құтысы [6].

Әдебиет:

1. Нетрадиционные методы развития мелкой моторики у дошкольников мақаласы, авторы Юркина Ирина Геннадьевна, 2017
2. Консультация для воспитателей «Песочная терапия как метод развития мелкой моторики рук детей», 2011
3. Бельгибаева Г. К., Қазангапова С. О. Развитие мелкой моторики рук детей дошкольного возраста методом проведения су-джок терапии, Международный журнал экспериментального образования. — 2015. — № 2–3. — С. 322–324;
4. Развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с помощью СУ-ДЖОК терапии автор Комарова Юлия Валерьевна
5. Шанина, Л. Ю. Развитие мелкой моторики у детей с общим недоразвитием речи / Л. Ю. Шанина, Ю. В. Хамидулина. — Пермь: Меркурий, 2013. — С. 66–68.
6. С. Е. Большакова «Формирование мелкой моторики рук»// изд. «Сфера», 2008 г.// 2.

Қорытындылай келе, сөйлеу тілі жалпы дамымаған мектеп жасына дейінгі балалардың ұсақ моторикасын дамытуда дәстүрден тыс түзету әдістерін қолдану қазіргі таңда ең өзекті әдістің бірі. Балалармен жұмыс жасау барысында жақсы көңіл-күйде орындалатын ойындар сөйлеу тілін қалыптастыруда жоғары нәтижеге жеткізеді.

МОЛОДОЙ УЧЕНЫЙ О'ЗБЕКISTON

Перитонит билан хасталанган беморларнинг операциядан кейинги даврида Мангейм перитонеал индекси билан баҳолаш

Эргашев Улугбек Юсуфжанович, профессор;

Маликов Нодирбек Музаффар угли, ассистент;

Ортикбоев Фарход Дилшод угли, ассистент;

Минавархужаев Равшанхужа Рахматхужа угли, ассистент

Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

Тадқиқот мақсади — перитонит билан хасталанган беморларнинг операциядан кейинги даврида кузатиладиган махаллий ва систематик асоратларни мангейм перитонеал индекси (МПИ) билан баҳолаш. **Материаллар ва усуллар.** Материал учун турли хил этиологияли перитонит билан хасталанган беморларнинг 2000–2010 йиллардаги касаллик тарихи ўрганилди. Бунда панкреатоген хасталик кўзда тутилмади. Ретроспектив тахлил давомида турли хилдаги асоратларни ҳисобга олиб беморлар 3 гуруҳга бўлинди. Махаллий ва системали асоратлар Костюченко А. Л ва бошқ. автор бўйича бўлинди. R. S. Vone ва бошқ. (1992) олимларнинг сепсис бўйича тузилган классификацияси асосида икки ва ундан ортиқ тизимли яллигланиш жавоб синдроми (ТЯЖС) белгилари бор беморларга системали асорат сифатида қаралди ва уларга «Абдоминал сепсис» таъхиси қўйилди. Операциядан кейинги давр мобайнида ҳар бир бемор учун кузатилиши мумкин бўлган орган дисфункцияси динамикада кузатилди. Жумладан операциядан кейинги давр 1-суткада мангейм перитонеал индекси балл ҳисобида кўрсатилиб ўтилди. Ўлим кўрсаткичи МПИ асосида тахминий баҳоланди. **Натижалар.** Тарқалган перитонит билан операция қилинган беморларнинг 84.6% да махаллий асоратларсиз сепсис кузатилган. МПИ ва органлар дисфункцияси кўрсаткичлари ўртасида тўғридан-тўғри корреляцион боғлиқлик аниқланди ($r=0.64$; $p=0.001$). МПИ кўрсаткичи операциядан кейинги махаллий асорат ривожланганда юқори бўлиб ($p < 0,05$) асоратсиз бу кўрсаткич паст ҳисобланади. Ўлим кўрсаткичи МПИ орқали тахлил қилинганда (16.3%) ва реалъ (15.2%) деярли мувофиқ келади. **Хулоса.** Перитонит билан хасталанган беморларда операциядан кейинги даврда кузатиладиган махаллий ва тизимли асоратлар МПИ нинг диагностик ҳамда прогностик аҳамияти исботланган. Операциядан кейинги даврда 1-сутка давомида МПИ кўрсаткичини ҳисоблаш ва кейинги давр динамикаси давомидаги биргаликдаги баҳолаш обектив тахлил қилиш имконини беради. МПИ кўрсаткичининг асосий ютуғи шундаки- бунда барча клиникаларда қўллашнинг ва ҳисоб китобнинг осонлиги ва қулайлигидир.

Калит сўзлар: перитонит, прогноз, асорат, сепсис, Мангейм перитонеал индекси.

Перитониальный индекс Мангейма в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с перитонитом

Эргашев Улугбек Юсуфжанович, профессор;

Маликов Нодирбек Музаффар угли, ассистент;

Ортикбоев Фарход Дилшод угли, ассистент;

Минавархужаев Равшанхужа Рахматхужа угли, ассистент

Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

Цель: изучить диагностические и прогностические значения перитонеального индекса Мангейма (MPI) в развитии послеоперационных местных и системных осложнений у больных перитонитом. **Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 92 больных распространенным перитонитом различной этиологии (кроме панкреатогенного). Пациенты ретроспективно разделены на 3 группы в зависимости от исходов и частоты послеоперационных местных

осложнений. Послеоперационные осложнения классифицировали по методике, разработанной А. Л. Костюченко с соавторами. Как местные, так и системные. При наличии у больных двух и более признаков синдрома системной воспалительной реакции констатировали системные осложнения и диагностировали абдоминальный сепсис с описанием картины органной дисфункции в соответствии с классификацией сепсиса, предложенной R. S. Bone (1992). У каждого больного ежедневно подсчитывали количество органных дисфункций в динамике в послеоперационном периоде. В первые послеоперационные сутки для каждого пациента рассчитывали MPI в баллах; среднее значение MPI рассчитывалось для всех групп пациентов. Прогнозируемая смертность рассчитывалась с использованием графика MPI. **Результаты.** У всех больных с распространенным перитонитом при развитии местных послеоперационных осложнений наблюдался сепсис в послеоперационном периоде, без развития местного осложнения у 84,6% больных. Выявлена прямая корреляция между MPI и количеством органных дисфункций ($r=0,6$; $p=0,001$). У больных с развившимися локальными послеоперационными осложнениями значения MPI были выше ($p<0,05$), чем у лиц без них. Показатели смертности, предсказанные с помощью MPI (16,3%) и фактические (15,2%), практически совпадают. **Заключение.** Имеются данные о диагностическом и прогностическом значении MPI в развитии местных и системных послеоперационных осложнений у больных с перитонитом. Расчет MPI с 1-х суток послеоперационного периода с последующей динамической оценкой количества органных дисфункций позволяет объективно оценить не только прогноз, но и характер послеоперационного перитонита. Основным преимуществом MPI является простота расчета, что позволяет использовать его в клиниках.

Ключевые слова: перитонит, прогноз, осложнения, сепсис, перитониальный индекс Мангейма.

К и р и ш
Перитонитнинг кечиши ва натижаларини тахлил қилиш муаммоси етакчи жарроҳлик марказларининг диққатида қолмоқда [1–5, 13]. Прогнозлаш учун турли хил индекслар ва шкалалар қўлланилиб, улар фойдаланилганда ўз навбатида афзалликлари ва камчиликлари эга [3, 6–11]. Кенг қўлланиладиган APACHE II шкаласи маълум (Acute Physiological Chronic Health Evaluation) бўлиб ўз навбатида перитонитда ўлим хавфини аниқлаш имконини беради [3, 12]. Лекин уни ҳисоблаш амалий ишда вақт талаб қиладиган ва ҳисоблаш анчагина мураккаблик тўғрисида фақатгина йирик тиббиёт марказлари учун қулайликга эга [3, 5, 7, 17, 19].

Перитонитни прогнозлашда энг ахамиятлиси ва тан олинган сифатида Mannheim peritoneal index (МПИ) [3, 4, 12], ни кўрсатиш мумкин. 1987 йилда Германияда M. Linder ва бошқ. томонидан таклиф етилган [17], бўлиб тобора перитонит билан хасталанган беморларнинг ахволи ва ўлим курсаткичини башорат қилиб бормоқда. МПИ нинг APACHE II шкаласидан устунлиги шундаки, у перитонитли беморлар учун махсус ишлаб чиқилган ва макроскопик кўринадиган яллиғланишли белгиларни кўришни ўз ичига олади. Индексга киритилган хавф омиллари ва уларнинг баллари математик усуллар ёрдамида аниқланади [17, 18, 20]. МПИ юқори сезувчанликга эга бўлиб, турли муаллифларнинг фикрига кўра APACHE II билан солиштирилганда 83% дан 98% гача аниқликга эга [16, 17, 18]. Ушбу индекс хар бир бемор учун ёки алоҳида прогнозни баҳолаш имконини беради, перитонитнинг даражасига қараб таснифлаш гуруҳларга ажратиш даволаш самарадорлигини оширади. [6, 16–19]. МПИ нинг афзаллиги ҳисоблашдаги соддаликдир бўлиб, турли даражадаги клиникаларда ишлатишга имкон беради [1, 16–19]. Аммо биз МПИ ни динамик кузтув учун ҳисобга олмаймиз, чунки операциядан кейинги чунки у операциядан кейин бир марта ҳисоблаш ушун мулжалланган [14–18]. Бироқ, операциядан кейинги даврда перитонит билан хасталанган беморларда ҳам маҳаллий, ҳам

тизимли асоратлар ривожланиши мумкин. Ушбу асоратлар беморларнинг ахволини янада ёмонлашишига олиб келади ва баъзи ҳолларда маҳаллий асоратларни бартараф етиш учун такрорий жарроҳлик аралашуви талаб қилинади.

Кўплаб муаллифларнинг фикрига кўра [1, 2, 4, 11, 12] перитонит абдоминал сепсиснинг классик вариантыдир ва у тизимли белгилар билан юзага келади ҳамда кўпинча тизимли яллиғланишли жавоб синдроми (ТЯЖС) юзага келиб полиорган етишмовчилиги синдроми (ПОЕС) билан яқунланади. Ва кейин, перитонитли беморнинг динамик кузатуви учун, МОДС (Multiple Organ Dysfunction Score — полиорган етишмовчилиги синдроми даражаси баҳолаш), SOFA (Sepsis — related Organ Failure Assessment — сепсис билан боғлиқ полиорган етишмовчилиги синдроми даражаси баҳолаш шкаласи) шунингдек ПОЕС мезонлари сепсис таснифи учун киритилган Bone R. S ва бошқ. (1992). Юқоридаги рўйхатга олинган мезонлар бизга динамикада полиорган етишмовчилигини баҳолашга имкон беради, аммо перитонитнинг пировард натижасини баҳолаш учун етарли эмас [1, 11, 12].

Биз таклиф қиламизки МПИ нинг фойдаланилиши нафақат перитонитнинг пировард тахлилини билишга, балким операциядан кейинги даврда беморларда кузатилиши мумкин бўлган маҳаллий ва тизимли асоратларни прогнозлашга қулайлик туғдиради.

Тадқиқотнинг мақсади — перитонитда операциядан кейинги даврда маҳаллий ва тизимли асоратларнинг диагностика ва прогностик аҳамиятини МПИ ни қўллаш орқали ўрганиш.

Материаллар ва усуллар

Тахлилимиз турли этиологияли тарқалган перитонит билан хасталанган беморларнинг 2000–2010 йиллардаги касаллик тарихи асосида анализ қилинди ва бунда панкреатоген генезли перитонит кузда тутилмади, чунки МПИ панкреатоген генезли перитонит анализи учун мўлжалланмаган. 67 ерак ва 25 аёл бор еди. Перитонитнинг сабаблари қуйидагилар еди: 22 та (23,9%) беморларда — ошқозон ичак

тракти перфорацияси, 20 та (17%) беморларда — ўткир аппендицит, 19 та (20.7%) — қорин жароҳати, 13 та (14.1%) — уткир ичак тутилиши, 5 та (5.4%) — гинекологик касалликлар, 4 та (4.3%) — ут тош касаллиги, 4 та (4.3%) — ўсмалар, 1 та (1.1%) — мезадениит, 1 та (1.1%) — кичик чарви абсцесси, 1 та (1.1%) — Миккел дивертикули, 1 та (1.1%) — паранефрит, 1 та (1.1%) крон касаллиги беморлари еди. Беморларни гуруҳларга бўлиш операциядан кейинги кечишга ва табиатига қараб ретроспектив равишда қилинди. 1- гуруҳга операциядан кейин маҳаллий асоратларсиз кечган 48 та бемор, 2 — гуруҳга операциядан кейин маҳаллий асоратлар билан кечган аммо енгил даражадаги 30 та бемор, 3 — гуруҳга операциядан кейин маҳаллий асоратлар билан кечган оғир куринишдаги 14 та бемор олинди. Операциядан кейинги маҳаллий ва тизимли асоратлар Костюченко А. Л. [6] га кўра бўлинган. 2 ва 3 гуруҳли беморларда операциядан кейинги даврда қуйидаги маҳаллий асоратлар кузатилди: жароҳатни йиринглаши-14 та (28%), қорин бўшлиғи абсцесси — 9 та (20%), ошқозон-ичак тракти ўткир яраси перфорацияси — 10 (18%), битишмали ичак тутилиши-7 (14%), ретроперитонеал флегмона — 4 (8%), евентрация-3 (6%), аррозив қон кетиши — 1 (2%), ингичка ичак оқмаси-1 (2%), йўғон ичак оқмаси-1 (2%) ҳолатда.

Икки ва ундан ортиқ тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (ТЯЖС) белгилари бор беморларга системали асорат сифатида қаралди ва уларга «Абдоминал сепсис» ташхиси қўйилди R. S. Bone ва бошқ. (1992) [11, 13].

Динамикада операциядан кейинги даврда беморлар гуруҳлари учун органлар дисфуецияси таҳлил қилинди. Қуйидаги критериялар бўйича харкунлик ва мақсадли равишда органлар дисфункцияси бўйича диагностика ўтказилди: гемостаз тизимидаги дисфункция (ПДФ>1:40, D-димер>2-нормал, тромбоцитлар<150,0x10⁹/л, фибриноген < 2 г/л), ўткир респиратор дистресс-синдром (рО₂ артериал қонда<71 мм см. ут., рО₂/FiO₂ < 175, буйрақлар дисфункцияси (қондаги креатинин>176 мкмоль/л, сийдикдаги натрий<40 ммоль/л, диурез < 30 мл/соат); жигар дисфункцияси (қондаги билирубин>34 мкмоль/л, АСТ, АЛТ ёки ишқорий фосфотазанинг норма чегарасидан 2 марта активлигининг ошиши); МНС дисфункцияси (< 15 балл Глазго шкаласи бўйича); гастроинтестинал етишмовчилик (ўткир ярадан қон кетиш, ичак тутилишининг давомийлиги 3 суткадан ошиқлиги, диарея).

Барча беморларга традицион интенсив терапия ўтказилган (антибактериал инфузион терапия, парентерал ва энтерал овқатлантириш). Хирургик операция ўз ичига перитонит ўчоғини ликвидация қилиш, операциядан кейинги маҳаллий ва тизимли асоратларни бартараф этишни олди.

Опреациядан кейинги 1-суткада МПИ харбир бемор учун умумий баллда ҳисобланди (1-жадв).

Статик таҳлил Microsoft Excel 2000 ва BIOSTAT тизими билан амалга оширилди. Ишончлилик фарқини ҳисоблаш Стьюдент, Ньюмен-Кейлс критериялари орқали амалга оширилди. Юқори ва пастки курсаткичлар мос равишда

$p=0,05$; $p<0,05$ сифатида верификация қилинди. Пирсон Корреляцион таҳлили ўтказилди.

1-жадвал. Мангейм перитонеал индекси билан баҳолаш

Хавф фаторлари	Умумий балл
Ёш ≥ 50	5
Аёл жинси	5
Орган етишмовчилик	7
Ёмон сифатли ўсма	4
Операциядан олдинги перитонит давомийлиги >24 соат	4
Перитонит манбаси йўғон ичак эмас	4
Диффуз перитонит	6
Экссудат характери (фақат 1 жавоб):	
Сероз	0
Хира-йирингли	6
Ахлат-чирикли	12

Натижалар ва муҳокама

Операциядан кейинги даврда аниқланган ТЯЖС белгилари бор харбир бемор 1-гуруҳ учун 84.6% ҳолатда, 2–3 гуруҳнинг барча беморларида сепсис аниқланди. Барча гуруҳларда органлар дисфункцияси аниқланди ва ўртача сони ҳисобланди. 1-гуруҳда (0,9 \pm 0,2) пастроқ, 2-гуруҳга (3,0 \pm 0,3) ва 3-гуруҳга (3,9 \pm 0,4) қараганда. Барча гуруҳлардаги статик фарқ ($p<0,05$). МПИ нинг ўртача аҳамияти 1-гуруҳда (21,4 \pm 0,9 балл) пастроқ ($p<0,05$), 2-гуруҳ (28,2 \pm 1,1 балл) ва 3-гуруҳ (31,3 \pm 1,2) га қараганда. 3- гуруҳда МПИ нинг ўсиш тенденцияси аниқланади 2-гуруҳга қараганда. Шундан келиб чиқиб МПИ курсаткичи асорат бўлмаган ҳолатда операциядан кейинги кузатилган маҳаллий асоратларга қараганда паст даражада аниқланади. Бундан ташқари МПИ курсаткичи ва орган дисфункцияси сони ўртасида тўғри корреляцион боғланиш аниқланади. Шундан келиб чиқиб қанча юқори МПИ курсаткичи аниқланса, шунча полиорган етишмовчилик ҳамда септик шок кузатилади.

Орган етишмовчилигини аниқлаш жуда долзарб ҳисобланади [2]. Бунда ўлим курсаткичи албатта қанча органнинг зарарланишига боғлиқлиги [2, 7, 10, 12], бизнинг текширувимиз орқали исботланди. Перитонитда МПИ курсаткичи 21,4 \pm 0,9 балл бўлганда, операциядан кейинги давр 20,5 \pm 1,1 кун бўлиб маҳаллий асоратлар кузатилмасда аммо тизимли асоратлар кузатилди. 84.6% беморларда клиник-лаборатор тасдиқланган сепсис аниқланиб 0,9 \pm 0,2 орган дисфункцияси билан ёнма-ён келди. Бунда септик шок ривожланмаган. Перитонитда МПИ курсаткичи 31,3 \pm 1,2 балл бўлганда, операциядан кейинги давр 23,8 \pm 8,2 кун бўлиб, ёмон сифат билан кечади ва бунда албатта маҳаллий ва тизимли асоратлар кузатилади, клиник-лаборатор тасдиқланган сепсис аниқланади ҳамда 3,9 \pm 0,4 ҳолатда орган дисфункцияси кузатилади. Бунда барча беморларда септик шок кузатилади.

Хулоса

1. Перитонитда операциядан кейинги махаллий ва тизимли асоратларни диагностик ахамияти учун МПИ курсаткичи муҳимлиги тасдиқланди.

2. Операциядан кейинги 1-суткада МПИ ни аниқлаш нафақат беморнинг умумий ахvoli балким ўлим курсаткичини эрта босқичда аниқлаш имконини беради.

3. Қанча юқори курсаткичли МПИ аниқланса, шунча кўп орган етишмовчилиги ва септик шок кузатилади.

4. МПИ курсаткичини ҳисоблашнинг осонлиги бу таҳлил билан барча клиник шифохоналарда беморларда кузатиладиган махаллий ва тизимли асоратларни эрта босқичда аниқлаб, даволаш самарадорлигини ошириш имконини беради.

Адабиёт:

1. Агзамова М. Н. и др. Эффективность комплексного лечения больных острым перитонитом // Молодой ученый. — 2018. — №. 18. — С. 135–137.
2. Ватазин А. В. (ред.) Фильтрационные и комбинированные методы экстракорпоральной детоксикации при перитоните. М.: М ОКО; 1998.
3. Гостищев В. К., Сажин В. П., Авдовенко А. Л. Перитонит. М.: ГЭОТАР Мед; 2002.
4. Гридчик И. Е., Закиров Д. Б., Пар В. И. К прогнозу течения абдоминального сепсиса. Вестн. интенс. терапии 2004; 1: 32–36.
5. Завада Н. В., Гаин Ю. М., Алексеев С. А. Хирургический сепсис: Учебное пособие. Мн.: Новое знание; 2003.
6. Костюченко А. Л., Гуревич К. Я., Лыткин М. И. Интенсивная терапия послеоперационных осложнений. Руководство для врачей. СПб.: СпецЛит; 2000.
7. Мальцева Л. А., Усенко Л. В., Мосенцев Н. Ф. Сепсис: этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия. М.: МЕДпресс'информ; 2005.
8. Моминов А. Т. и др. Проблемы обезболивания в амбулаторной хирургии // European Journal of Interdisciplinary Research and Development. — 2022. — Т. 10. — С. 81–89.
9. Мороз В. В., Закс И. О., Мещеряков Г. Н. Шкалы оценки тяжести и прогноза в клинике интенсивной терапии. Вестн. интенс. терапии 2004; 4: 3–6.
10. Мороз В. В., Лукач В. Н., Шифман Е. М. и соавт. Сепсис: клиникопатофизиологические аспекты интенсивной терапии: Руководство для врачей. Петрозаводск: ИнтелТек; 2004.
11. Назаренко Г. И., Кишкун А. А. Лабораторные методы диагностики неотложных состояний. М.: Медицина; 2002.
12. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И. (ред.) Перитонит: Практическое руководство. М.: Литтерра; 2006.
13. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клиникодиагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика. Практическое руководство. М.: НИЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН; 2004.
14. Эргашев У. Ю., Маликов Н. М., Якубов Д. Р. Клинический опыт хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением // Proceedings of Scientific Conference on Multidisciplinary Studies. — 2022. — Т. 1. — №. 3. — С. 1–2.
15. Altaca G., Sayek I., Onat D. et al. Risk factors in perforated peptic ulcer disease: comparison of a new score system with the Mannheim Peritonitis Index. Eur. J. Surg. 1992; 158: 217–221.
16. Függer R., Rogy M., Herbst F., Schulz F. Validierungsstudie zum Mannheimer Peritonitis Index. Chirurg 1988; 59: 598–601.
17. Linder M. M., Wacha H., Feldmann U. et al. Der Mannheimer Peritonitis Index. Ein Instrument zur intraoperativen Prognose der Peritonitis. Chirurg 1987; 58: 84–91.
18. Linder M. M., Wacha H., Feldmann U. Kommentar auf an Forderung der Schriftleitung. Chirurg 1988; 59: 601.
19. Nespoli A., Ravizzini C., Trivella M., Segallo M. The choice of surgical procedure for peritonitis due to colonic perforation. Arch. Surg. 1993; 128: 814–818.
20. Teshaeв O. R., Khodjibekov M. K., Rakhmonova G. E. 262P MRI and MDCT for the diagnosis of pancreatoduodenal zone tumors // Annals of Oncology. — 2016. — Т. 27. — С. ix81.

5

Молодой ученый

Международный научный журнал
№ 5 (452) / 2023

Выпускающий редактор Г. А. Кайнова
Ответственные редакторы Е. И. Осянина, О. А. Шульга, З. А. Огурцова
Художник Е. А. Шишков
Подготовка оригинал-макета П. Я. Бурьянов, М. В. Голубцов, О. В. Майер

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.
Материалы публикуются в авторской редакции.

Журнал размещается и индексируется на портале eLIBRARY.RU, на момент выхода номера в свет журнал не входит в РИНЦ.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77–38059 от 11 ноября 2009 г.,
выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
ISSN-L 2072-0297
ISSN 2077-8295 (Online)

Учредитель и издатель: ООО «Издательство Молодой ученый». 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.
Номер подписан в печать 15.02.2023. Дата выхода в свет: 22.02.2023.
Формат 60 × 90/8. Тираж 500 экз. Цена свободная.

Почтовый адрес редакции: 420140, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, д. 94А, а/я 121.
Фактический адрес редакции: 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.
E-mail: info@moluch.ru; <https://moluch.ru/>
Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый», г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.