

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe
(Warszawa, Polska)

Czasopismo jest zarejestrowane i publikowane w Polsce. W czasopiśmie publikowane są artykuły ze wszystkich dziedzin naukowych. Czasopismo publikowane jest w języku polskim, angielskim, niemieckim i rosyjskim.

Artykuły przyjmowane są do dnia 30 każdego miesiąca.

Częstotliwość: 12 wydań rocznie.

Format - A4, kolorowy druk

Wszystkie artykuły są recenzowane

Każdy autor otrzymuje jeden bezpłatny egzemplarz czasopisma.

Bezpłatny dostęp do wersji elektronicznej czasopisma.

East European Scientific Journal

(Warsaw, Poland)

The journal is registered and published in Poland.

Articles in all spheres of sciences are published in the journal. Journal is published in **English, German, Polish and Russian.**

Articles are accepted till the 30th day of each month.

Periodicity: 12 issues per year.

Format - A4, color printing

All articles are reviewed

Each author receives one free printed copy of the journal

Free access to the electronic version of journal

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny - Adam Barczuk

Mikołaj Wiśniewski

Szymon Andrzejewski

Dominik Makowski

Paweł Lewandowski

Rada naukowa

Adam Nowicki (Uniwersytet Warszawski)

Michał Adamczyk (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Peter Cohan (Princeton University)

Mateusz Jabłoński (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Piotr Michalak (Uniwersytet Warszawski)

Jerzy Czarnecki (Uniwersytet Jagielloński)

Kolub Frennen (University of Tübingen)

Bartosz Wysocki (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Patrick O'Connell (Paris IV Sorbonne)

Maciej Kaczmarczyk (Uniwersytet Warszawski)

Dawid Kowalik (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Peter Clarkwood (University College London)

Igor Dzedzic (Polska Akademia Nauk)

Alexander Klimek (Polska Akademia Nauk)

Alexander Rogowski (Uniwersytet Jagielloński)

Kehan Schreiner(Hebrew University)

Bartosz Mazurkiewicz (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Anthony Maverick(Bar-Ilan University)

Mikołaj Żukowski (Uniwersytet Warszawski)

Mateusz Marszałek (Uniwersytet Jagielloński)

Szymon Matysiak (Polska Akademia Nauk)

Michał Niewiadomski (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Redaktor naczelny - Adam Barczuk

1000 kopii.

Wydrukowano w «Aleje Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warszawa, Polska»

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe

Aleje Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warszawa, Polska

E-mail: info@eesa-journal.com , <http://eesa-journal.com/>

SPIS TREŚCI

NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU - МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Petya Kasnakova REHABILITATION OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROM IN OVERTENSION RELATED DISEASES	6
Князев О. В., Парфенов А.И., Коноплынный А. Г., Каграманова А. В., Ручкина И. Н., Fadeeva N. A. SAFETY OF MESENHYMAL STEM CELLS THERAY IN INFLAMATORY BOWEL DEASES.....	10
Belousova M.V., Utkuzova M.A. CHILD AND GADGET. INFLUENCE ON THE SPEECH AND COMMUNICATION.....	15
Березина Л. В., Матяш В. И., Холин В.В ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ...	18
Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є. ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	20
Иванова О. В., Касимовская Н. А. ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Г.ПЕРМЬ) И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	27
Кондратюк Н. Ю., Шевченко М. В., Шестак Н. В., Яценко Ю. Б. МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ВИКО-РИСТАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ.....	31
Кошова І. П., Степанський Д. О. ВПЛИВ КОМУНІКАЦІЇ АЕРОКОКІВ З ПАТОГЕННИМИ ТА УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ IN VITRO НА ЇХ БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ.....	35
Stepanskyi D. O., Koshova I. P., Kremenchutskyi G. M. BIOTYPES OF AEROCOCCUS VIRIDANS.....	38
Коцавцев А.Г., Краснощекова Е.И. ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА МОЗГА (ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ) И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭН-ЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....	43
Павлова Т. М., Березка М. І. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕЛЕКТРИЧНОГО ОПОРУ ТА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ЩУРІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ВІДКРИТОГО ПЕРЕЛОМА.....	49
Скорейко Н. Т., Скорейко Р. С., Скорейко С. С. РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ МОНО- ТА КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ	56
Ткаченко В. И. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА И ЭНДОКРИНОЛОГАМИ, В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА.....	60
Фесенко Г. Д. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ	65
Форманчук Т. В. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСПЕЧІНКОВОГО КАРКАСНОГО ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ.....	68

K.V. Solovyova, A.Ya. Goodkova, E.N. Sememin, N.A. Grudinina, A.N. Krutikov, A.A. Poliakova, E.V. Shlyakhto, M.M. Shavlovsky AMYLOIDOGENIC AND NON-AMYLOIDOGENIC TRANSTHYRETIN MUTATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE FROM NORTH-WEST RUSSIA.....	72
Шкиль Е.А. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ.....	82

HISTORIA I ARCHEOLOGIA - ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

Ботонноев Ж. С. ПОЛИТИКА «РАСКУЛАЧИВАНИЯ» СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД (20-30-Х ГГ. XX ВЕКА).....	85
Гуменюк Т. І. ФУНКЦІОНУВАННЯ ІСТОРИЧНИХ КАФЕДР ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У ЗАХІДНИХ ОБЛАСТЯХ УРСР (ДРУГА ПОЛОВИНА 1940-Х – КІНЕЦЬ 1980-х РР.).....	87
Димаева Ф. В. ПРЕСТУПЛЕНИЯ ВЕКА: ДЕПОРТАЦИЯ ЧЕЧЕНЦЕВ 1944 Г. И ВОЙНА 1994Г.....	92
Долженко Ю. В. НАСЕЛЕННЯ МІСТА ВОЇНЬ XII–XIV СТ. ЗА ДАНИМИ КРАНІОЛОГІЇ.....	95
Loginov V. A. THE LIFE PATH OF JOHANN HEINRICH KLEIN (1837 – 1922) THE DEAN OF THE IMPERIAL MOSCOW UNIVERSITY MEDICAL FACULTY.....	103
Маркова С. ФОРМУВАННЯ “НОВОЇ ЛЮДИНИ” ЯК ЗАСІБ ОДЕРЖАВЛЕННЯ ТРАДИЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА В УКРАЇНІ (1920-ТІ – ПОЧАТОК 1930-Х РР.).....	110
Скрипник А. Ю. ПРИЧИНЫ И ОПЫТ ПОДЧИНЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЕДИНИЦ НА ПРАВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЕ РОССИЙСКОМУ ВОЕННОМУ КОМАНДОВАНИЮ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX В.....	113
Gajar C. O., Soltanova N. B., Karayeva L. B., Rahimov N. BRONZE BRACELETS – THE CASH EQUIVALENT OF THE BRONZE AGE.....	118

SOCIOLOGIA - СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Kulakovsky G.P., Alekseeva K.I. MECHANISMS OF REALIZATION OF A REGIONAL CLUSTER OF PATRIOTIC EDUCATION OF YOUTH ON THE EXAMPLE OF YAKUTSK.....	121
Вдовина М. В. РЕГУЛИРОВАНИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКОМ И ПОЛУЧАТЕЛЕМ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.....	124
Лежебоков А.А., Сергодеева Е.А. ПРОБЛЕМЫ УЧАСТИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В МЕСТНОМ САМОУПРАВЛЕНИИ.....	132
Самыгин С. И., Нечипуренко В. Н. ПРОБЛЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.....	136

FILOZOFIA, ETYKA I RELIGIOZNAWSTWO - ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

Зыкин А. В. ЯЗЫК И «ДУХ НАРОДА» КАК ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ В СОЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ В. ГУМБОЛЬДА.....	140
Лещенко А. ЭКСПЛИКАЦИЯ КАТЕГОРИИ «ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ САКРАЛЬНЫЙ СИМВОЛ».....	143
Пищик А. М. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА НИЖЕГОРОДСКОЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ: КОНЦЕПЦИЯ ВОСЬМИ КОМПОНЕНТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	146

Соколов А. С.

РАЦИОНАЛИЗМ И ГУМАНИЗМ: МНИМОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ.....152

NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU - МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

REHABILITATION OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROM IN OVERTENSION RELATED DISEASES

Petya Kasnakova, PhD

*Medical University Medical college Plovdiv
Bulgaria*

ABSTRACT

Myofascial pain syndrome (MPS) is connected with the presence of pain points /trigger points/, combined with trophic changes and functional complaints. MPS includes several diseases, varied in their etiology and clinical symptoms - insertionitis, bursitis, peri-arthritis, tendovaginitis, etc., characterized by pain and damaged joint function, without affecting the joint cavity. Rehabilitation therapy is structured depending on the locality and gravity of the process.

Key words: myofascial pain syndrome, rehabilitation therapy.

Introduction: Myofascial pain syndrome is defined as a chronic localized pain syndrome. The main feature determining MPS are the myofascial trigger points in the muscles, having a typical pattern in which the pain spreads. Trigger points are described as hyperirritable points in taut bands of muscle fibres. The pain in these areas is described as dull, deep and constant. In addition, trigger points contribute to increasing the pain, reducing flexibility in stretching the contracted muscle, and weakening the muscle strength. Peri-arthritis of the shoulder joint is a common clinical syndrome with polyetiological genesis. Strain in the shoulder joint usually results in the development of degenerative processes [5,6]. Of 1700 cases, 38% were cases of insertionitis of the shoulder (W. Becker 1978). Minor ruptures occur mostly in the area of the muscle-tendon attachment to the bone, called insertions. First, insertionitis is observed, and later, in the event of an aseptic inflammation, insertionitis develops. This condition is common in cases of chronic strain, usually work-related. Degenerative changes result. The condition may be complicated and become chronic with the so-called frozen shoulder syndrome. Bursitis is an inflammation of the synovial sacs. Most often it affects the shoulder bursa, the prepatellar bursa and the bursa at the Achilles tendon. When all the soft tissues in the area of the joint are affected, the condition is called peri-arthritis. Peri-arthritis of the shoulder joint is the most common [3,5]. The syndrome is characterized by pain and restricted movements in the shoulder joint.

The rehabilitation therapy of the forms of the myofascial pain syndrome is a complex one – medicamentous treatment, physiotherapy – electro therapy, cryotherapy, medicinal massage – myofascial relief and drainage, kinesiotherapy, ergotherapy and mechanic therapy, depending on the progress of the condition, the stage and the functional insufficiency.

In general, the treatment is not surgical, and in most forms it requires a lot of effort on behalf of the medical rehabilitation team. Physical therapy constitutes the main form of treatment; it consists of a set of exercises, specially selected and adapted to the stage of the condition. These exercises are to be done persistently, competently and regularly. Persistence and cooperation on the part of the patient are essential. The classical methods of therapy include rest, changes to the way of movement, non-steroid anti-inflammatory products and

physiotherapy. The last may involve warming up, cooling, ultra sound, electrostimulation, massage, etc., but therapeutic exercise is the distinctive feature of the effective remedial scheme.

The aim of the observation is to monitor the recovery of the function of the shoulder joint in patients with myofascial pain syndrome who have applied our combined rehabilitation methods, in terms of alleviating the pain, improving the flexibility of the shoulder joint, overcoming the muscle imbalance, overall strengthening of the affected upper limb.

Subjects and methods: The subjects of this research are 20 patients with myofascial pain syndrome of the shoulder joint in the period 2014-2015, treated by students during their practical training at the university training facilities of the Department of Physical and Rehabilitation Therapy at 'St. Panteleymon' Hospital, 'Plovdiv' Hospital, Medical Centre 1, Medical Centre 2 and Medical Centre 5 in Plovdiv. The said patients underwent complex rehabilitation therapy including kinesiotherapy, massage, physical therapy. 11 of the subjects are men, and 9 – women, at an average age of 57.9. The rehabilitation schedule was implemented within 7-10 days, and at the beginning and at the end of the therapy periods the necessary tests and measurements were performed. The procedures were administered once a day, each lasting for 40-50 minutes.

Methodological instructions: Myofascial pain syndrome is connected with the presence of typical trigger points in combination with vegetative-vascular and vegetative trophic changes, as well as functional complaints. The physical therapy complex is structured depending on the location and gravity of the process [5].

Soft tissue disorders are often diagnosed as scapulohumeral peri-arthritis. This, however, is not enough to develop the appropriate treatment and rehabilitation plan. The diagnosis has to be detailed and clearly specified, the rehabilitation potential has to be evaluated, a functional assessment – diagnosis of the dysfunction, has to be made, and kinesiological and pathokinesiological analyses have to be performed, through:

- Examining the flexibility of the shoulder girdle – The overall flexibility and mobility in the shoulder girdle are to be examined, as well as the flexibility of the scapulohumeral joint

itself, with a fixed scapula [8]. For the purpose of assessing the contractures, it is important to differentiate the motions in the shoulder girdle from those in the shoulder joint, since the restrictions in the scapulohumeral joint can be compensated through increased movements in the scapulothoracic joint;

- Goniometry of the shoulder joint: extension and flexion; abduction and adduction; external and internal rotation;
- Manual muscle testing in the Lovett method (0-5) for a quantitative assessment of any motor deficit present. In case of suspected peripheral nerve damage, MMT is to be performed to establish if the muscle function is impaired. In addition to

examining the motions and flexibility of the shoulder joint, the motions of the shoulder blade are also to be examined. [1];

- Local status – presence of pain; the pain arc syndrome - surmountable pain during motion – the so called syndrome of Cyriax, is often observed;
- Hand grip strength test – for measuring muscle strength.

Results and discussion:

The objectives and tasks of the rehabilitation therapy were focused towards overcoming or curbing the dysfunctions and disabilities of the patients.

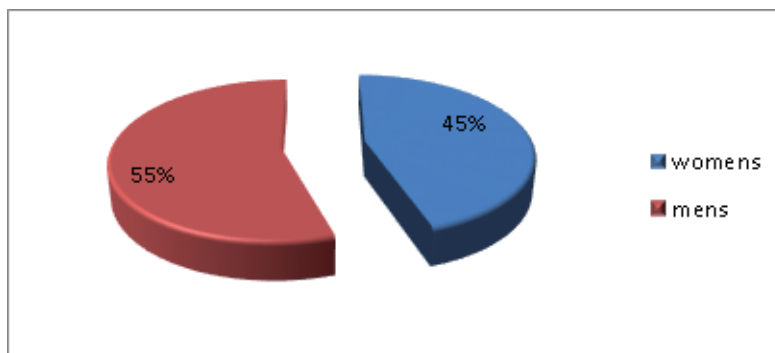


Fig.1 Shows a break-down of the examined patients by gender.

We performed the first measurements and examinations at the beginning of the treatment (x₁), and repeated them at the end of the therapy (x₂) of the twenty patients – n=20.

Table 1 Shows the results from the active range of motion during goniometry of the affected limb at the shoulder girdle.

Table1

Data on the active range of motion

Motion	Number - n	X1	X2	d=X2-X1
Flexion	20	50,60	160,00	100,50
Extension	20	20,00	40,00	20,00
Abduction	20	40,50	140,50	100,00
Adduction	20	10,00	25,00	15,00
Internal rotation	20	35,50	65,50	30,00
External rotation	20	25,00	75,00	50,00

The analysis of the obtained results shows that at the end of the remedial course of therapy the range of motion increased, although it is still not within the physiological normal range of motion. This shows that the therapeutical complex provides a good initial basis for functional recovery, but the time

is insufficient and the shortened period is limited by pain syndromes.

The results from the manual muscle testing are presented in Table 2.

Table2

Changes in MMT of the shoulder girdle

Motion	Number- n	X1	X2	d=X2-X1
Flexion	20	2,00	4,00	2,00
Extension	20	2,00	4,50	2,50
Abduction	20	1,50	3,50	2,00
Adduction	20	2,50	4,50	2,00
Internal rotation	20	3,00	4,50	1,50
External rotation	20	2,00	4,00	2,00

The analysis of the obtained results shows that the pain is considerable and obstructs movements; the muscles are weak,

and at the end of the treatment the patients did not regain their muscle strength to the extent they had expected. They have to

continue their rehabilitation therapy in order to achieve good results.

The results from the hand dynamometry are presented in Table 3.

Table 3

Changes in muscle strength

Number - n =20	X1	X2	d=X2-X1
Affected limb	3,50	14,50	11,00
Unaffected limb	34,00	41,00	7,00

The analysis of the obtained results shows that muscle strength was not restored to its normal values. Continuous rehabilitation therapy is needed so that the limb could be used adequately. At the beginning of the therapy, the grip strength is reduced – a

mere 3,50 kg, whereas that of the healthy limb is 34,00 kg. The strength of the muscles stabilizing the shoulder is inadequate.

Table 4 shows a subjective assessment of the pain in motion.

Table 4

Pain assessment (0-3)

Number - n	Examinations	Degree of pain							
		0		1		2		3	
20	X ₁	Number - %		Number - %		Number - %		Number - %	
		-	-	-	-	2	10	18	90
	X ₂	1	5	3	15	16	80	-	-

The data show that at the beginning of the therapy the patients had 90% of strong pain when moving. At the end of the procedures the level of pain decreased to moderate and mild.

Physical therapy yielded good effect. A combination of cryotherapy, remedial gymnastics and slight myofascial and drainage massage, with IC and LFPEF, is recommended. Intraarticular application of corticosteroids, as well as topical application of corticosteroids, NSAIDs and Procaine (Lidocaine) [5,10], also yields good results.

The remedial results in conditions of the shoulder joint depend on the applied methods and their correct combination in an efficient therapeutical complex: for example, cryotherapy with kinesitherapy, underwater gymnastics with postisometric relaxation, electrostimulation with active muscle contractions, etc. Orthopedic means ensure the functional rest of the kinematic chain, when needed.

In the moderate to severe stage, physiotherapeutic procedures, such as the listed below, are recommended:

Cryotherapy- widely used in shoulder joint conditions, especially those of traumatic or inflammatory nature. It is applied in the form of: cryomassage with an ice cube, diadynamic cruo-electrophoresis [10].

The local application of MF current within inhibiting parameters is also recommended. Ultra sound segmentary application paravertebrally at the level of C4 – C7. Pulse mode, labile methods with small doses - 0,2- 0,4 W per square centimeter, 3-4 minutes per field [5].

When developing individual therapeutic schedules, what should be kept in mind is the functional disturbances of the limb and the location of the problem. Kinesitherapy, with its wide variety and therapeutic methods (analytical gymnastics, postisometric relaxation in the Levit method, therapy from a position, stretching, muscle-inhibiting techniques, proprioceptive neuromuscular facilitation – diagonal and reciprocal inhibition, etc.) has to be included in the rehabilitation process from the very beginning of the

therapy to its completion. Rehabilitation methods have to be applied below the pain threshold, regardless of whether they are active or passive. Kinesitherapy should be preceded by the administration of pain-relieving or myorelaxing procedures, and in a chronic stage – by underwater gymnastics.

Kinesitherapy in the mild to severe stage includes:

- Therapy from position – a slight abduction of the shoulder, the wrist – higher than the elbow, the elbow – higher than the shoulder. Passive kinesitherapeutic techniques are contra-indicated, with the exception of some manual soft-tissue mobilizing techniques. It should be proceeded straight to muscle relaxation:

- Relaxing swinging exercises: fixed shoulder blade, hanging arm – the exercise of the pendulum, taking the arm to the side for swinging and relaxing exercises.

- PIR (postisometric relaxation) for the contracted muscles; PIR for trapezius; PIR for levator scapulae; PIR for the long head of biceps brahii.

- Relaxation techniques of PNF in the method of Cabat [4,7].

- Analytical active exercises are applied against gravity to pain for 10-20 min, twice a day, for the purpose of strengthening the muscles that are prone to inhibiting and extending.

The following are contra-indicated: 1. Pain-causing kinesitherapy; 2. Redressing exercises; 3. Massage on the joint; 4. Local application of an irritating action; 5. Endogenic and exogenic thermal action simultaneously.

Kinesitherapy is allowed when the pain lessens. Exercises are strictly analytical. The patient is to be trained in relaxation techniques.

A good alternative in the treatment of myofascial pain syndrome is reflexive massage. At the beginning of the therapy, transversal massage in the J. Cyrax method is applied (1978) on the tendond of the affected muscles – transversely to the muscle fibres and the tendon. With the tip of his/her thumb and forefinger, the rehabilitation therapist applies pressure to the place 3-4 times, for 2-3 seconds until bearable pain is

experienced [12,13,14].

Findings and conclusions:

As a result of the complex rehabilitation therapy and the efficiency of the treatment program applied by the students, the active mobility and motor habits of the treated patients were restored, though not to their full range to enable the patients to be fit to work. The treatment should continue with subsequent courses of therapy or in home conditions, provided the patients are given clear instructions on the methods and techniques.

An excessively aggressive physio-rehabilitation therapy or an inadequate one are equally unsuitable, and pose an equal risk of consequential complications [2].

Any uncontrolled rehabilitation therapy – which is not under the supervision of a doctor specialized in physical and rehabilitation medicine – is always a precondition for deterioration of the condition of the patient; it may become chronic and lead to complications, regardless of how common or banal the condition of the patient may seem at first sight [2].

In cases of 'humeroscapular periarthritis', refractory to conservative treatment, a rupture of the rotator cuff is to be suspected, and the diagnostics is to be more comprehensive [9], which calls for surgical methods of treatment.

In conclusion, it can be claimed that the complex rehabilitation applied by us yielded good results in accordance with the severity of the motor dysfunctions.

Bibliography:

1. Bank St. V. Krasteva, Y. Vajarov. Manual muscle testing with the fundamentals of kinesiology and patokineziologiyata. II

edition. Medicine and Sports, Sofia, 1991, 120-125

2. Veselinova L. Rehabilitation problems late in the recovery period after reconstruction at the event on the occasion of «PASTA», in the journal. Physical medicine, rehabilitation, health, number 3/2012, p. 22-25

3. Zhelev C. Guide to practical exercises on medical gymnastics, Sofia, and Sports Medicine, 1991, 86-88

5. Koleva I. Algorithms for physical prevention, treatment and rehabilitation of some common and socially significant diseases, Sofia, 2007, p. 50-51

6. Stavrev P., A. Atanasov. Orthopedics and Traumatology, Plovdiv, 2004, p. 129-130

7. Popov N. Introduction to kinesitherapy. Basic tools and methods, NSA Press, 9-10,78,159, 164-165

8. Popov N. Therapy orthopedic diseases and injuries of upper limb, Sofia, NSA Press, 2009, 180-182

9. Rusimov C. Totally passive and rotator cuff - arthroscopic diagnosis and recovery magazine. Physical medicine, rehabilitation, health, number 3/2012, p. 11-15

10. Riazkova M. Practical clinical physiotherapy, «Knowledge» Ltd. 1999, p. 69-72

11. Yakovidis P, V. Zhelev. Massage Therapy in syndrome m. Supraspinatus, Mag. Therapy and Rehabilitation, number 3-4, 2009, 36-38

12. Bentley E. The Essential Massage Book, Gaia Books, 2005

13. Yuksel I. Masaj Teknikleri, Alp Yayınevi, 2007

14. Maranki E., A. Maranki. Profilaktik masajla mucizevi tedaviler, Nozaik, 2007

SAFETY OF MESENHYMAL STEM CELLS THERAY IN INFLAMMATORY BOWEL DEASES

Knyazev Oleg Vladimirovich,

Doctor of science, Head of department of treatment inflammatory bowel diseases,

Parfenov Asfold Ivanovich,

Doctor of Science, professor, Head of intestinal pathology department, asfold@mail.ru

Konoplaynnikov Anatoliy Georgievich

Doctor of science, professor, head of experimental radiotherapy

Kagramanova Anna Valeryevna,

Candidate of science, scientist researcher

Ruchkina Irina Nikolaevna,

Doctor of Science, Head scientist of department of inflammatory bowel diseases,

Fadeeva Nina Aleksandrovna,

junior scientist researcher of department of inflammatory bowel diseases

ABSTRACT

Aim: To compare safety profile of therapy in patients with ulcerative colitis (UC) and Crohn disease (CD), receiving anti-inflammatory therapy, using bone marrow-derived mesenchymal stromal cells (MSC) and standart therapy with 5-aminosalicylic acid (5-ASA), glucocorticosteroids (GCS) and immunosuppressive agents (IS)

Materials and methods. Adverse events were analyzed in 103 patients with inflammatory bowel disease (IBD) after administration MSCs (56 patients UC and 47 patients CD). The findings were compared with data obtained in 208 patients with UC and CD, receiving standard anti-inflammatory therapy. All analyzed patients were similar in demographic characteristics, the duration of disease, the extent of disease, course of disease, phenotype and degree of disease.

The analysed groups did not include patients, treated with anti-TNF therapy. The safety of therapy was evaluated by presense of complications, developed during follow-up period.

Results. We conducted analysis of side effects in 103 IBD patients, treated with mesenchymal stem cells, comparing with 208 UC and CD patients, treated with standard anti-inflammatory therapy and finally we did not reveal any differences in developing acute posttransfusional toxicity, infectious complications, exacerbation of chronic inflammatory diseases, serious infectious complications, malignancy and death in UC and CD patients, besides transitive febrile.

Conclusion. Results of our study show that innovative method of cell therapy is safe in clinical practice.

Key words: safety of cell therapy, mesenchymal stromal cells, Crohn disease, ulcerative colitis, inflammatory bowel diseases

Mesenchymal stromal cells (mesenchymal stem cells; MSC) are a heterogeneous group of cells, that can be isolated from many tissues (bone marrow, adipose tissue, dental pulpe). First described in 1960-years of XX century [1], MSC have recently received attention in a number of different clinical fields for their potential therapeutic effects.

Although often described as «adult stem cells», MSC's have limited cellular differentiation ability. Instead, pre-clinical evidence suggests that MSCs exert their beneficial effects largely through immunomodulatory and paracrine mechanisms. MSCs home to sites of inflammation and secrete bioactive molecules, and thus may be especially effective in different proinflammatory diseases. [2].

There is a growing body of literature demonstrating the efficacy of MSC therapy in a variety of pre-clinical models, including acute lung injury [3,4], septic shock [5], acute myocardial infarction [6]. Several small clinical trials have investigated efficacy and safety of MSCs in diseases including chronic heart failure, acute myocardial infarction, hematological malignancies, Crohn disease [7] and graft-versus-host disease.

However, safety concerns represent a significant barrier to the successful translation of MSCs into an acceptable clinical therapeutic. Potential risk is associated with its proliferative capacity, susceptibility to infectious complications given their immunosuppressive effects, embolism of the cells, zoonoses associated with cell culture reagents, and acute or chronic immunogenicity of the cells themselves [8].

Therefore, we conducted a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials as well as uncontrolled

clinical trials in foreign literature, that examined the safety and efficacy of intravascularly delivered MSCs, and revealed their most frequent adverse events [9]. Adverse events were grouped according to the immediacy of the event -acute infusional toxicity, fever, the occurrence of organ system complications (neurological, pulmonary, cardiovascular, gastrointestinal and renal, and hematologic systems), infection, and the occurrence of longer term adverse effects (death, malignancy).

Included studies were conducted in 14 different countries from Asia, the Middle East, Europe, and North America. There were eight RCTs (n = 369 patients) [10-17], 10 non-RCTs (n = 466 patients) [18-27] and 18 uncontrolled clinical trials (n = 252 patients) [28-45]. Six of 36 studies were multi-centre [12,13,20,23,32,33]. One non-controlled study had a mixed adult-pediatic population [39], all other studies included only adult participants. The follow-up period was reported in all studies and the duration ranged from 0.5 to 60 months.

There were following diseases analyzed: eight randomized controlled studies included patient populations with cardiovascular diseases-acute myocardial infarction [11,12], chronic heart failure [10,16], with neurological disease either ischemic stroke [13], spinal cord injury [17], following stem cell transplantation for hematological malignancies [15]. The 10 non-RCTs included patient populations with old myocardial infarctions [25], stem-cell transplant post renal transplant [27], tem cell transplant for hematological malignancy [18,19,23], graft-versus-host disease [20,26], or healthy volunteers [24].

Sixteen studies used autologous MSC [10,11,13,14,16,17,22,24,25,27,29,31,32,37,43,45], eight used allogenic MSC

[12,18,20,34,35,39,40,41]. Nine of the 36 studies cryopreserved MSCs prior to administration [12,18,20,21,23,29,31,32,44], and one study used both fresh and cryopreserved MSC [33], while the remainder of studies used only fresh MSCs. A meta-analysis revealed no significant differences in the occurrence of acute infusional toxicity, infectious complications, recurrence of chronic inflammatory diseases, serious infectious complications, malignancy and death between patients treated with MSC and control group. Significant association was demonstrated between MSC injection and transient fever.

Further we demonstrate our data for safety profile of allogenic mesenchymal stromal bone marrow cells in patients with inflammatory bowel diseases over a 5-year follow-up period.

Aim of study: to compare safety profile of therapy in patients with ulcerative colitis (UC) and Crohn disease (CD), received combined antiinflammatory therapy including MSC and standart therapy, including 5-ASA, Glucocorticosteroids (GCS) and immunosuppressive therapy.

Materials and methods. Systemic transplantation of allogenic bone marrow MSC was performed in 74 UC and 64 CD patients ranging from 2008 to 2014 years.

First analysed group included 56 UC patients, follow-up period comprised in median 62 ± 4 months. This group consists of 29 (51,78%) man and 27 (48,22%) women (Table 1). Mean age was $35,4 \pm 1,42$ years. The second, control group included 84 UC patients, receiving standart anti-inflammatory therapy with 5-ASA and GCS. This group consists of 46 (54,8%) man and 38 (45,2%) women. Mean age - $34,98 \pm 1,23$ years.

Third group included 47 CD patients, mean follow-up period was 64 ± 4 months. Nineteen (40,4%) man and twenty-eight (59,26%) women were included in the third group. Mean age was $30,4 \pm 1,2$ years. Fourth control group consisted of 124 CD patients, receiving standart anti-inflammatory therapy including 5-ASA, GCS and IS. In this group were 56 (45,2%) man and 68 (54,8%) women. Mean age was - $36,8 \pm 1,5$ years.

We did not include patients, receiving anti-TNF therapy, in analysed groups.

Technique of receiving and cultivation MSC in a appropriate for systemic transplantation amount (150-200 millions of cells) was published [46]. This method is validated by Federal Supervisory Agency for Health Care and Social Development Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation (License 2006/206). Bone marrow cells were isolated by means of flushing the sternum or iliac crest of healthy donor under local anesthesia and aseptic conditions. All donors signed informed consent for using bone marrow samples for scientific purposes. MSC culture was injected intravenous drip-feed in dosage 1,5-2 mln by 1 kg body weight. For systemic transplantation 130-160 mln allogenic MSC, cultivated, were suspended in 200 ml steril isotonic solution, consisting of heparin in concentration 50 U/ml. MSC culture was injected during 40-60 minutes by means of intravenous drip-feed infusion. Mathematical modeling of MSC treatment was performed to assess maximal efficacy and minimal side effects of MSCs. We analysed several trials, in which regimen of MSC administration, frequency and the rationale for the cell dose were examined [13,14,44,45]. All patients signed inform consent for participating in study before MSC injection. Thus, procedure of MSC cultivation was performed according GMP.

Safety of therapy was assessed by presense of complications, occurred during follow-up period, for example acute infusional toxicity, fever; complications (neurological, pulmonary, cardiovascular (arrhythmias e.t.c), urinary, gastrointestinal tract and blood system), infection complications, exacerbation of chronic inflammatory diseases, serious infectious complications (pneumonia, sepsis, abscess), malignancy, death. All persons, monitoring the complications were blinded with the treatment.

Results and discussion. In the first group 3/56 UC patients (5,4%) have acute infusional toxicity—looks like hives immediately or after MSC injection, in the second group allergic reaction like papular urticaria was noticed in 1/84 (1,2%) patient, treated with sulfasalazin. Allergic reaction like hives in first group patients had no statistically significance in compare with second group of patients ($x^2=0,35$; $p=0,87$). In 16/56 (28,6%) patients of first group were noted increasing of temperature around $37,2-37,40$ C during 12 hours after MSC injection or fever around $38,00$ C, in 1/84 (1,2%) patients of second group was reported increasing temperature above $37,70$, caused by intravenous injection of prednisolon. Fever and temperature increasing after MSC injection were statistically significant compared to control group – relative risk (RR) was 24,0 (95% CI 3.27 - 175.89); $x^2=21,12$; $p=0,0000043$. In the first UC group non-serious infectious complications and exacerbation of chronic inflammatory diseases were revealed in 7/56 (12,5%) patients, in second group - in 14/84 (16,7%) patients. There was no significant difference in risk of infectious complications and exacerbation of chronic inflammatory diseases between two groups of UC patient, receiving standart antiinflammatory therapy and MSC (RR-0,75; 95% CI 1.5-23.58; $x^2=0,16$; $p=0,66$). In the first group serious infectious complications (pneumonia, pleurisy, activation of latent tuberculosis) were detected in 1/56 patients (1,8%), in the second – in 5/84 (5,9%). There was no difference in this complications between two groups (RR-0,3; 95%CI 0.04-2.5; $x^2=0,59$; $p=0,44$). Colorectal cancer was documented only in 1/56 (1,8%) patient in the first group. Diagnosis of colon cancer was established in 10 days after MSC injection.

During five-year follow-up period malignancy was found in 4/84 (4,8%) in the second group (RR-0,5, 95%CI 0.05-4.96; $x^2=0,01$; $p=0,97$). In the first and in the second groups during five-year follow-up one lethal case from each group was documented and it was 1,8% и 1,2%, respectively (RR-1,5; 95%CI 0.1-23.49; $x^2=0,19$; $p=0,66$).

In the third group of CD patients acute infusional toxicity like hives and Quincke's edema were detected in 2/47 patients (4,25%) immediately after MSC injection, in the fourth group there were no complications during antiinflammatory therapy, but these manifestations have no statistically significance between groups ($x^2=2,3$, $p=0,07$). Increase in body temperature up to $37,2-37,40$ C during 12 hours after MSC injection or fever up to $38,00$ C was noticed in 22 patients of third group (46,8%), in the fourth group of patients there was no fever, associated with intravenous interventions (medication injection) or per os administration was found in 0/124 (0%). Fever and mild increase of temperature after MSC injection were statistically significant compare to control group – RR – 58,5 (95% CI 8.1 - 422.0), $x^2=58,5$, $p<0,001$. Non-serious infectious complications

and exacerbation of chronic inflammatory diseases during therapy observed in 12 patients of 47 in the third group, that accounts 25,5%, in the fourth group-in 48 (38,7%) patients of 124, that had no significant difference: RR – 0,67 (95% CI 0.39 - 1.15), x2-1,86, p=0.17.

There was no differences between third and fourth groups in risk of serious infectious complications (pneumonia, peurisy, activation of latent tuberculosis) during standart antiinflammatory CD therapy and therapy with MSC. In the third group one patient developed pneumonia 1/47 (2,1%), in the fourth group two cases of pneumonia and one case of latent tuberculosis activation were detected – 3/124 (2,4%) (RR-0,88, 95%CI 0.09-1.85; x2-0,21; p=0.7).

In the third group of CD patients no cases of colorectal cancer were found. In the third group during five-year follow-up period no lethal outcomes were documented, in the fourth group one lethal case (0,8%), unlinked to underlying disease was found (x2-0,26; p=0.61). In the fourth group malignant transformation was noted in 2 patients (1,6%) from 124 (x2-0,01; p=0.93).

In patients with UC and CD, receiving MSC treatment, no cardiovascular, pulmonary, neurological, renal, and hematologic systems complications were detected.

Conclusion

Our study includes comparative analysis of adverse events, associated with MSC treatment and standart antiinflammatory therapy in UC and CD patients. We analysed advanced outcomes in 103 IBD patients, receiving MSC therapy and compared this data with 208 UC and CD patients, who had the same demographic characteristics, disease duration, extent of disease, course of disease, phenotype of disease, type of severity. Thus we did not observe any significant differences in MSC safety, aside from transient fever.

This analysis did not reveal any differences in acute posttransfusional toxicity, infectious complications, exacerbation of chronic inflammatory diseases, serious infectious complications, malignancy and lethal cases in UC and CD patients, treated with standart antiinflammatory therapy.

We have detected significant association between MSC injection and fever. However, fever was transient and not associated with long term sequelae. The mechanisms for

fever are not clear but could be related to acute inflammatory reactions by a subset of patients to particular preparations of MSCs, not unlike similar reactions occasionally observed with red blood cell and fresh frozen plasma administration [47].

Although malignant transformation is a theoretical risk, our own experience and literature analysis, presented in this review found no association between MSCs and tumour formation. Concerns related to tumourgenicity of MSCs were raised by preclinical studies demonstrating increased tumour burden in vivo. [48]. Although recent position papers have suggested low probability of malignant transformation and tumour formation with MSCs [8]. Malignancy occurred only in studies involving participants with ongoing or previous malignancies; no de novo malignancies were observed.

Although MSC immunomodulatory effects may be beneficial in pro-inflammatory diseases, these same effects may leave a patient susceptible to infection. [49]. The question arised-whether immunosuppressive therapy could increase risk of infections? This review did not demonstrate any evidence of increased susceptibility to infections with MSC administration.

In our review, infections were common in already immunosuppressed patients (e.g. following hematopoietic stem cell transplant), however the infection rates were similar to those in control group of patients [47].

Currently obtained data show that despite of strong immunosuppressive effect due to autoimmune aggression, MSC did not hinder the activity of immunocompetent cells, directed against infectious agents [50-56].

Absense of posttransfusional reaction may be explained by low MSC immunogenicity, due to absense HLA class II and low level of expression HLA I class at their surface [57]. The use of fetal bovine serum for culturing MSCs could be one of the reasons for above mentioned posttransfusional toxicity, and another potential concern with MSC therapy application is the use of dimethylsulfoxide as criopreservative, which has toxic side effects and could cause hypersensitivity reactions [58,59]. Thus, greater vigilance may be needed in future studies for reporting cellular viability and monitoring for potential dimethylsulfoxide related adverse events. Results from our study should provide some assurance to investigators and health regulators that, with the present evidence, this innovative therapy appears safe.

Table 1

Demographic characteristics of patients with CD and UC

	Male-to-female ratio (%)	Mean Age, years
1 group (n=56)	29:27 (51:48)	35,4±1,42
2 group (n=84)	46:38 (54:45)	34,98±1,23
3 group (n=47)	19:28 (40:59)	30,4±1,2
4 group (n=124)	56:68 (45:54)	36,8±1,5

Table 2

Summary analysis of side effects in UC patients, receiving MSC and in control group

Side effects in all analysed clinical trials	Frequency in 1 group UC patients	Frequence in 2 group UC patients	95% CI	p
Acute infusion reaction	3/56	1/84	0.48-42.18	0,87
Fever	16/56	1/84	3.27 - 175.89	0.0000043

Serious infectious complications	1/56	5/84	0.04-2.5	0.44
Non-serious infectious complications	7/56	14/84	1.5-23.58	0,66
Malignancy	1/56	4/84	0.05-4.96	0,97
Lethal cases	1/56	1/56	0.1-23.49	0,66

Table 3

Summary analysis of side effects, occurred after MSC injection and in control group of patients with CD

Side effects in all analysed clinical trials	Frequency in 3 group CD patients	Frequency in 4 group CD patients	95% CI	p
Acute infusion reaction	2/47	0	-	0.07
Fever	22/47	0	8.1 - 422.0	<0.001
Serious infectious complications	1/47	3/124	0.09-1.85	0.7
Non-serious infectious complications	12/47	48/124	1.5-23.58	0,66
Malignancy	0	2/124	-	0.93
Lethal cases	0	1	-	0,61

Literature

1. Friedenstein A.J., Piatetzky S., Petrakova K.V. Osteogenesis in transplants of bone marrow cells. *J Embryol Exp Morphol* 1966; 16: 381 -90.

2. Francois S., Bensidhoum M., Mouiseddine M., Mazurier C., Allenet B., Semont A., Frick J., Sache A., Bouchet S., Thierry D., Gourmelon P., Gorin N.-C., Chapel A. Local irradiation not only induces homing of human mesenchymal stem cells at exposed sites but promotes their widespread engraftment to multiple organs: a study of their quantitative distribution after irradiation damage. *Stem Cells*, 2006, v. 24, n. 4, pp. 1020-1029.

3. Matthay MA, Goolaerts A, Howard JP, Lee JW. Mesenchymal stem cells for acute lung injury: preclinical evidence. *Crit Care Med* 2010, 38: S569-573.

4. Mei SH, McCarter SD, Deng Y, Parker CH, Liles WC, et al. Prevention of LPS-induced acute lung injury in mice by mesenchymal stem cells overexpressing angiopoietin. *PLoS Med* 2007, 4: e269.

5. Mei SHJ, Haitsma JJ, Dos Santos CC, Deng Y, Lai PFH, et al. Mesenchymal stem cells reduce inflammation while enhancing bacterial clearance and improving survival in sepsis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2010, 182: 1047-1057.

6. Boyle AJ, McNiece IK, Hare JM. Mesenchymal stem cell therapy for cardiac repair. *Methods Mol Biol* 2010, 660: 65-84.

7. Knyazev O.V., Parfenov A.I., Sherbakov P.L., Homeriki S.G., Ruchkina I.N., Konoplyannikov A.G. Efficacy and safety of mesenchymal stem cells in patients with refractory Crohn disease. *Cell transplantation and tissue engineering*. Volume VIII, №1, 2013, p. 76-84.

8. Prockop DJ, Brenner M, Fibbe WE, Horwitz E, Le Blanc K, et al. Defining the risks of mesenchymal stromal cell therapy. *Cytherapy* 2010, 12: 576-578.

9. Manoj M. Lalu, Lauralyn McIntyre, Christina Pugliese, Dean Fergusson, Brent W. Winston, John C. Marshall, John Granton, Duncan J. Stewart. Safety of Cell Therapy with Mesenchymal Stromal Cells (Safe Cell): A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *PLoS One*. 2012; 7(10): e47559.

10. Chen S, Liu Z, Tian N, Zhang J, Yei F, et al. Intracoronary transplantation of autologous bone marrow mesenchymal stem cells for ischemic cardiomyopathy due to isolated chronic occluded left anterior descending artery. *J Invasive Cardiol* 2006, 18: 552-556.

11. Chen SL, Fang WW, Qian J, Ye F, Liu YH, et al. Improvement of cardiac function after transplantation of autologous bone marrow mesenchymal stem cells in patients with acute myocardial infarction. *Chin Med J (Engl)* 2004, 117: 1443-1448.

12. Hare JM, Traverse JH, Henry TD, Dib N, Strumpf RK, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-escalation study of intravenous adult human mesenchymal stem cells (prochymal) after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2009, 54: 2277-2286.

13. Lee JS, Hong JM, Moon GJ, Lee PH, Ahn YH, et al. A long-term follow-up study of intravenous autologous mesenchymal stem cell transplantation in patients with ischemic stroke. *Stem Cells* 2010, 28: 1099-1106.

14. Lee PH, Kim JW, Bang OY, Ahn YH, Joo IS, et al. Autologous mesenchymal stem cell therapy delays the progression of neurological deficits in patients with multiple system atrophy. *Clin Pharmacol Ther* 2010, 83: 723-730.

15. Ning H, Yang F, Jiang M, Hu L, Feng K, et al. The correlation between cotransplantation of mesenchymal stem cells and higher recurrence rate in hematologic malignancy patients: outcome of a pilot clinical study. *Leukemia* 2008, 22: 593-599.

16. Wang JA, Xie XJ, He H, Sun Y, Jiang J, et al. A prospective, randomized, controlled trial of autologous mesenchymal stem cells transplantation for dilated cardiomyopathy. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi* 2006, 34: 107–110.
17. Xie ZW, Cui GX, Li YZ, Li BW, Zhu SW, et al. Curative effect of autologous mesenchymal stem cell transplantation on spinal cord injury. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research* 2007, 11: 1277–1279.
18. Baron F, Lechanteur C, Willems E, Bruck F, Baudoux E, et al. Cotransplantation of mesenchymal stem cells might prevent death from graft-versus-host disease (GVHD) without abrogating graft-versus-tumor effects after HLA-mismatched allogeneic transplantation following nonmyeloablative conditioning. *Biol Blood Marrow Transplant* 2010, 16: 838–847.
19. Gonzalo-Daganzo R, Regidor C, Martin-Donaire T, Rico MA, Bautista G, et al. Results of a pilot study on the use of third-party donor mesenchymal stromal cells in cord blood transplantation in adults. *Cytotherapy* 2009, 11: 278–288.
20. Kebriaei P, Isola L, Bahceci E, Holland K, Rowley S, et al. Adult human mesenchymal stem cells added to corticosteroid therapy for the treatment of acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant* 2009, 15: 804–811.
21. Koc ON, Day J, Nieder M, Gerson SL, Lazarus HM, et al. Allogeneic mesenchymal stem cell infusion for treatment of metachromatic leukodystrophy (MLD) and Hurler syndrome (MPS-IIH). *Bone Marrow Transplant* 2008, 30: 215–222.
22. Lazarus HM, Haynesworth SE, Gerson SL, Rosenthal NS, Caplan AI Ex vivo expansion and subsequent infusion of human bone marrow-derived stromal progenitor cells (mesenchymal progenitor cells): implications for therapeutic use. *Bone Marrow Transplant* 1995, 16: 557–564.
23. Lazarus HM, Koc ON, Devine SM, Curtin P, Maziarz RT, et al. Cotransplantation of HLA-identical sibling culture-expanded mesenchymal stem cells and hematopoietic stem cells in hematologic malignancy patients. *Biol Blood Marrow Transplant* 2005, 11: 389–398.
24. Liu L, Sun Z, Chen B, Han Q, Liao L, et al. Ex vivo expansion and in vivo infusion of bone marrow-derived Flk-1+CD31-CD34- mesenchymal stem cells: feasibility and safety from monkey to human. *Stem Cells Dev* 2006, 15: 349–357.
25. Mohyeddin-Bonab M, Mohamad-Hassani MR, Alimoghaddam K, Sanatkar M, Gasemi M, et al. Autologous in vitro expanded mesenchymal stem cell therapy for human old myocardial infarction. *Arch Iran Med* 2007, 10: 467–473.
26. Ringden O, Uzunel M, Rasmusson I, Remberger M, Sundberg B, et al. Mesenchymal stem cells for treatment of therapy-resistant graft-versus-host disease. *Transplantation* 2006, 81: 1390–1397.
27. Vanikar AV, Trivedi HL, Feroze A, Kanodia KV, Dave SD, et al. Effect of co-transplantation of mesenchymal stem cells and hematopoietic stem cells as compared to hematopoietic stem cell transplantation alone in renal transplantation to achieve donor hypo-responsiveness. *Int Urol Nephrol* 2011, 43: 225–232.
28. Arima N, Nakamura F, Fukunaga A, Hirata H, Machida H, et al. Single intra-arterial injection of mesenchymal stromal cells for treatment of steroid-refractory acute graft-versus-host disease: a pilot study. *Cytotherapy* 2010, 12: 265–268.
29. Duijvestein M, Vos AC, Roelofs H, Wildenberg ME, Wendrich BB, et al. Autologous bone marrow-derived mesenchymal stromal cell treatment for refractory luminal Crohn's disease: results of a phase I study. *Gut* 2010, 59: 1662–1669.
30. Fang B, Song Y, Liao L, Zhang Y, Zhao RC. Favorable response to human adipose tissue-derived mesenchymal stem cells in steroid-refractory acute graft-versus-host disease. *Transplant Proc* 2007, 39: 3358–3362.
31. Honmou O, Houkin K, Matsunaga T, Niitsu Y, Ishiai S, et al. Intravenous administration of auto serum-expanded autologous mesenchymal stem cells in stroke. *Brain* 2011, 134: 1790–1807.
32. Karussis D, Karageorgiou C, Vaknin-Dembinsky A, Gowda-Kurkalli B, Gomori JM, et al. Safety and immunological effects of mesenchymal stem cell transplantation in patients with multiple sclerosis and amyotrophic lateral sclerosis. *Arch Neurol* 2010, 67: 1187–1194.
33. Le Blanc K, Frassoni F, Ball L, Locatelli F, Roelofs H, et al. Mesenchymal stem cells for treatment of steroid-resistant, severe, acute graft-versus-host disease: a phase II study. *Lancet* 2008, 371: 1579–1586.
34. Liang J, Zhang H, Hua B, Wang H, Lu L, et al. Allogeneic mesenchymal stem cells transplantation in refractory systemic lupus erythematosus: a pilot clinical study. *Ann Rheum Dis* 2010, 69: 1423–1429.
35. Liang J, Zhang H, Wang D, Feng X, Wang H, Hua B, Liu B, Sun L: Allogeneic mesenchymal stem cell transplantation in seven patients with refractory inflammatory bowel disease. *Gut* 2012, 61:468–469.
36. Meuleman N, Tondreau T, Ahmad I, Kwan J, Crockaert F, et al. Infusion of mesenchymal stromal cells can aid hematopoietic recovery following allogeneic hematopoietic stem cell myeloablative transplant: a pilot study. *Stem Cells Dev* 2009, 18: 1247–1252.
37. Mohamadnejad M, Alimoghaddam K, Mohyeddin-Bonab M, Bagheri M, Bashtar M, et al. Phase I trial of autologous bone marrow mesenchymal stem cell transplantation in patients with decompensated liver cirrhosis. *Arch Iran Med* 2007, 10: 459–466.
38. Ringden O, Uzunel M, Sundberg B, Lonnie L, Nava S, et al. Tissue repair using allogeneic mesenchymal stem cells for hemorrhagic cystitis, pneumomediastinum and perforated colon. *Leukemia* 2007, 21: 2271–2276.
39. Sun L, Akiyama K, Zhang H, Yamaza T, Hou Y, et al. Mesenchymal stem cell transplantation reverses multiorgan dysfunction in systemic lupus erythematosus mice and humans. *Stem Cells* 2009, 27: 1421–1432.
40. Sun L, Wang D, Liang J, Zhang H, Feng X, et al. Umbilical cord mesenchymal stem cell transplantation in severe and refractory systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2010, 62: 2467–2475.
41. Wang D, Zhang H, Cao M, Tang Y, Liang J, et al. Efficacy of allogeneic mesenchymal stem cell transplantation in patients with drug-resistant polymyositis and dermatomyositis. *Ann Rheum Dis* 2011, 70: 1285–1288.
42. Weng JY, Du X, Geng SX, Peng YW, Wang Z, et al. Mesenchymal stem cell as salvage treatment for refractory chronic GVHD. *Bone Marrow Transplant* 2010, 45: 1732–1740.

43. Yang Z, Zhang F, Ma W, Chen B, Zhou F, et al. A novel approach to transplanting bone marrow stem cells to repair human myocardial infarction: delivery via a noninfarct-related artery. *Cardiovasc Ther* 2010, 28: 380–385.
44. Zhang X, Li JY, Cao K, Lu H, Hong M, et al. Cotransplantation of HLA-identical mesenchymal stem cells and hematopoietic stem cells in Chinese patients with hematologic diseases. *Int J Lab Hematol* 2010, 32: 256–264.
45. Zhang ZX, Guan LX, Zhang K, Zhang Q, Dai LJ. A combined procedure to deliver autologous mesenchymal stromal cells to patients with traumatic brain injury. *Cytotherapy* 2008, 10: 134–139.
46. Zib A.F., Konoplyannikov A.G., Kolesnikova A.I., Pavlov V.V. Application of cell cultures in medicine from mesenchymal stem cells of human bone marrow. *News of Russian Academy of science* 2004; 59(9): 71-76.
47. Hendrickson JE, Hillyer CD. Noninfectious serious hazards of transfusion. *Anesth Analg* 2009, 108: 759–769.
48. Djouad F, Plence P, Bony C, Tropel P, Apparailly F, et al. Immunosuppressive effect of mesenchymal stem cells favors tumor growth in allogeneic animals. *Blood* 2003, 102: 3837–3844.
49. Uccelli A, Moretta L, Pistoia V. Mesenchymal stem cells in health and disease. *Nat Rev Immunol* 2008, 8: 726–736.
50. Karlsson, H.; Samarasinghe, S.; Ball, L.M.; Sundberg, B.; Lankester, A.C.; Dazzi, F.; Uzunel, M.; Rao, K.; Veys, P.; Le Blanc, K.; Ringden, O.; Amrolia, P.J. Mesenchymal stem cells exert differential effects on alloantigen and virus-specific T-cell responses. *Blood*, 2008, 112, 532–541.
51. Majumdar M.X., Keane-Moore M., Buyaner D. et al. Characterization and functionality of cells surface molecules on human mesenchymal stem cell. *Journal of Biomedical Science*, vol. 10, no. 2, pp. 228–241, 2003.

CHILD AND GADGET. INFLUENCE ON THE SPEECH AND COMMUNICATION

Belousova M.V.

*MD, PhD, associate professor, department of pediatric neurology
Kazan State Medical Academy*

Utkuzova M.A.

*MD, PhD, associate professor, department of pediatric neurology
Kazan State Medical Academy*

DAS KIND UND DIE ELEKTRONISCHEN MEDIEN. AUSWIRKUNGEN AUF SPRACHE UND KOMMUNIKATION

Belousova Marina Dr. med., Dozentin der Kasaner staatliche medizinische Akademie des Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation.

Utkuzova Marina Chefexpertin in Fragen der Kinderrehabilitation des Gesundheitsministeriums der Republik Tatarstan, Kinderneurologe, Dr. med., Dozentin der Kasaner staatliche medizinische Akademie des Gesundheitsministeriums der Russischen Föderation.

ABSTRACT

In research 130 children (1-5 years), which parents too early began to use electronic devices (smartphones, tablets) were examined. Influence on the child parental relations, communication, socialization and development of the speech was revealed.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Studie untersuchte 130 Kinder (1-5 Jahre), deren Eltern zu früh sind, um elektronische Geräte (Smartphones, Tabletten) verwendet werden. Es zeigte die Auswirkungen auf die Kind-Eltern-Beziehungen, Kommunikation, Sozialisation und Sprachentwicklung.

Schlüsselwörter: Kind-Eltern-Beziehungen, Kommunikation, Sozialisation Sprachentwicklung, autistische Störung, die elektronischen Medien

Key words: speech, verbal communication, autistic disorders, gadgets.

In den letzten Jahren hat die Zahl der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) unter den Kindern in Russland bedeutend zugenommen, diese entwickeln sich nach und nach in die „Epidemie“ des XXI [1]. Jahrhunderts. Die Autismus-Spektrum-Störungen stellen eine heterogene Gruppe der Krankheiten mit unterschiedlicher Ätiologie und pathogenetischem Mechanismus dar. ASS sind komplexe psychische Entwicklungsstörungen, die durch die fehlende oder gestörte Fähigkeit zur sozialen Interaktion, Kommunikation und durch Verhaltensstereotypie gekennzeichnet sind [2].

Als einer der Gründe, die die Bildung der kommunikativen Kompetenzen und die Sozialisierung von Kindern negativ beeinflussen, sollen die Verbreitung und unbegründet frühe Bekanntschaft des Kindes mit elektronischen Medien (Tabletten, Spielkonsolen, Handys, MP3-Playern) in Betracht gezogen werden, was zu einem ernsthaften Problem wird. Die Eltern, die modische Geräte für beste Mittel zur

Tröstung, Ablenkung und Entwicklung halten, erkennen keine Gefahr des Ersetzens und der Auswechslung von der menschlichen Kommunikationsart durch die elektronischen Geräte. Allmählich verlieren die Erwachsenen ihre führende Rolle in Bezug auf die psychische, sprachliche, emotionale, kommunikative, soziale Entwicklung des Kindes und auch ihre Kraft, auf das Kind Einfluss auszuüben.

In den Jahren 2010-2013 wurde von uns eine Befragung von 130 Familien durchgeführt, die die Klein- und Vorschulkinder (im Alter von 1 bis 5 Jahren) haben. Alle Kinder wurden in 2 Gruppen geteilt: in der 1. Gruppe (n=80) sind Kinder ohne Sprachstörungen, in der 2. Gruppe (n=50) sind Kinder mit Zeichen der systemischen Sprachhemmung in Verbindung mit Autismus-Syndrom. Die statistische Datenverarbeitung wurde mit Verwendung des Softwarepakets STATISTICA 6.0.durchgeführt. Zur Beurteilung der in Form von Kontingenztafeln dargestellten Attributmerkmale wurden für

die Analyse Chiquadratstest (χ^2), Student-t-Test für Bruchteile verwendet. Die Unterschiede galten als sichere bei $P < 0,05$.

„Die Kinder des 21. Jahrhunderts und ihre Eltern, die nach dem Jahr 1980 geboren sind, sind die Generation der Multimediarevolution...“ [3]. Nach den Befragungsangaben haben 96 (74%) der befragten Familien regelmäßig Gadgets (Computer, Tablett-Geräte, Handys) für die Frühentwicklung des Kindes (Computerspiele für Kinder, Präsentationen, Graphikprogramme) benutzt, sowie auch zur Ablenkung und Tröstung des Kindes, im Falle der Verhaltensstörungen (Marotten, Hysterien), um das lange Warten wegen der Fahrt, der Schlange oder in der Sprechstunde zu versüßen, damit das Kind dem Gespräch mit dem Facharzt nicht stört; zum Aufkommen der eigenen Zeit (Zeit für Telefongespräche, fürs Erledigen dringender Arbeit, für Einzelstellung), wobei die Gadgets sicher häufiger in der zweiten Gruppe benutzt wurden (1.Gr. 67,5%; 2. Gr. 84%; $P=0,03$).

Nach den Befragungsangaben von Eltern beginnt das Kind mit der Bekanntschaft und aktiver Wechselwirkung mit Gadgets schon im ersten Lebensjahr, so haben den Zugang zum Handy:

im ersten Lebensjahr - 4 (15,3%) Kinder – alle aus der Gruppe №2;

im zweiten Lebensjahr - 6 (23,1%) Kinder – (1. Gr. 2 (2,5%) und 2. Gr. 4(8%));

im dritten Lebensjahr – 16 (61,5%) Kinder – (1. Gr. 12(15%) und 2. Gr. 4(8%)).

Das Fernsehen ist ständig im Leben der 125 (96,2%) Familien dabei. 110 (84,6%) der Kinder wurden bekannt mit Fernsehsendungen und schauen sich sie regelmäßig seit 6. Lebensmonat bis 3 Jahre an, wobei 85 (65,4%) der Kinder ohne Eltern fernsehen und 18,5% von ihnen selbstständig oft zappen. Das Gesehene besprechen 81(62,3%) Kinder (1. Gr. - 60(75%); 2. Gr. - 21(42%); $P=0,000$) mit den Eltern.

75 (57,7%) Kinder benutzen Gadgets selbstständig (sie können Spiele abzulaufen starten, Musik und Zeichentrickfilme abspielen lassen, Fotos anschauen). 35 (40,7%) der Kinder spielen jeden Tag am Computer (1. Gr.- 21 (26,3%) und 2. Gr. - 14 (28%); $P=0,1$). Die Mehrzahl der Kinder (88,4%) wenden für Spiele von 30 Minuten bis zur 1 Stunde Zeit auf, 4,7% der Kinder spielten mehr als 1 Stunde pro Tag (1. Gr. - 2(2,5%) und 2. Gr. 2(4%); $P=0,014$).

72% der Eltern machten sich darüber Sorgen, dass es kompliziert war, die Aufmerksamkeit der Kinder vom Spiel abzulenken (1. Gr. 33(41,3%), 2. Gr. 29(58%); $P=0,074$); 36 Kinder (41,2%) weisen während des Spiels viele Emotionen auf und können reizbar, zornig, aggressiv sein, fühlen sich beleidigt und zeigen Wut, wenn etwas im Spiel ihnen nicht gelingt (1. Gr. 19(23,8%), 2. Gr.17(34%), $P=0,230$).

Das Alter von 0 bis 3 Jahren ist die Periode der intensiven Sprachbildung und des Mutterspracherwerbs, der Gedächtnisentwicklung, der Aufmerksamkeit, des anschaulich-handelnden Denkens[4, 5]. Das ist die Zeit, wenn das Selbstbewusstsein entsteht und die primäre Selbsteinschätzung auftritt. In diesem Alter entwickeln sich besondere emotionelle Beziehungen mit den näheren Leuten. Das Kind macht sich mit Regeln und Grenzen der Umwelt bekannt und versucht, sein Verhalten ihnen zu unterwerfen. Das ist die Zeit, wenn die Rolle der liebevollen Eltern unersetzbar ist

und wenn jede „elektronische Ersatzbabysitter“ dem Kind unrückgängig schaden kann, während sie autistisch-ähnliche Verhaltensmuster prägt.

Die dominierende seelische Höchstleistung des Kindes unter 3 Jahren ist die Wahrnehmung – visuelle, akustische, kinästhetische. Die Kinder lockt multimodale Sinneserfahrung an, die sie mühelos von technogenen Geräten bekommen (lebendige, unter den Fingern verwandelte Bilder, Vielfältigkeit von Farben, Formen, graphischen Gestaltungen, von Illusion der Dreidimensionalität und der Tiefe des Raumes, voller Begleitton, Vibrationsgefühl). Die Tastenbetätigung, das Berühren des Tablett-Bildschirms wird durch eine Inhaltsänderung begleitet, die bei den Kleinkindern oft als gewünschter Spielausgang auftritt. Also, entstehen im Leben des Kindes stereotyp eingebaute Bewegungs- und Sprachprogramme, repetitive primitive musikalische Fragmente statt der interaktiven Kommunikation, des Rollenspiels. Die Manipulationen mit dem Tablet ersetzen emotional reiche Erkenntnis der Welt und der menschlichen Beziehungen. Deswegen verwandeln sich die Kleinkinder, die zur leichten Beute von Tablets und Handys werden, in Homo Ludens - den spielenden Menschen (Paskal Weyl).

Der Computer und die Kommunikation.

Eines der häufigsten und der frühesten Zeichen von ASS ist die Sprachentwicklungsstörung. Die Sprach- und Kommunikationsstörungen haben negative Auswirkungen auf die Bildung von Denken, auf den Erwerb der sozialen Kompetenzen, auf die Erkenntnisaktivität des Kindes und auf sein Verhalten.

Dank der Evolution ist der Sprachbildungsapparat des Kindes von der Geburt zur Aussprache bereit, aber für die Sprecherziehung (d.h. für die Fähigkeit, mittels der Wörter seine Gedanken mündlich und schriftlich auszudrücken) braucht man Zeit. Die Sprecherziehung, die in den ersten drei Lebensjahren aktiv ist, ist ohne Eltern-Kind-Kommunikation unmöglich. Ausschließlich die Motivation, die Welt der Erwachsenen zu verstehen, regt das Kind zur Erweiterung aktiven Wortschatzes, zum Verschleifen richtiger Aussprache an. Der Wunsch, Verständnis und Gehör zu finden, über seine Bedürfnisse zu berichten, Phantasien und Überlegungen zu teilen, also, eine sinnvolle Kommunikation mit einem bedeutsamen Erwachsenen, ist die treibende Kraft der Sprecherziehung [6]. Positiv gefärbte Reaktion der Eltern, ihre interessierte Aufmerksamkeit zur Rede des Kindes, tägliche gefühlsvolle verbale Kommunikation, Lesen der Bücher, Auswendiglernen von Gedichten und Liedern, Bemerkungen, die von den Eltern an das Kind adressiert sind darüber, was draußen oder zu Hause passiert, - das alles sind unentbehrliche Komponente für eine hohe Motivation zur verbalen Kommunikation bei dem Kind und zur Entwicklung seiner Rede.

Nach den Befragungsangaben von Eltern wurden folgende familiäre Risikofaktoren der Kommunikationsverhaltensstörung festgestellt:

1) Sprechdeprivation in der Familie (müde Eltern, die nach der Arbeit kommen, einander ein paar Phrasen werfen und danach den Fernseher anschalten und wortkarg, mit einzelnen Kommentaren anschauen) in 78 (60%);

2) in 74 Familien (56,9%) ist ständige Hintergrundbelastung

auf den akustischen Analysator zu vermerken (in dem Zimmer, wo sich das Kind befindet, arbeitet Radio oder Fernseher als Begleitton für sein Essen oder Spiel);

3) in 67 Familien (51,5%) ist die Funktion der Sprachkommunikation an technologische Mittel delegiert, die kein Erstellen interaktiver Kommunikation erfordern (man schaltet für das Kind einen Zeichentrickfilm an, mit der Hoffnung, dass es die Satzrede („sprachliche Klischees“) übernimmt, während es sie von den Lieblingstrickfiguren hört);

4) in 59 Familien (45,4%) schlägt man dem Kind jene Spieltätigkeit vor, für die man keine Rede braucht (Gadgets). Tablet- und Handyspiele erfordern vom Kind keine Mühe, die mit der Notwendigkeit der Sprachbeherrschung verbunden sind. Stereotype motorische Grundfähigkeiten und Reaktionsvermögen genügen vollaus.

Nach der Ansicht der meisten Eltern förderte der Umgang mit Gadgets die dialogische Sprachentwicklung nicht, sondern erschwerte nur die Kommunikationsprobleme des Kindes. So bemerkt man Kommunikationsschwierigkeiten bei 62 (47,7%) Kindern (20(25%) und 42(84%)), darunter auch beim Viertel der Gesamtzahl der gesunden Kinder.

Die Einführung von Gadgets in den Lebensraum hat nicht nur eine besondere Wirkung auf die Bildung der mündlichen Sprache und des Denkens von einem modernen Kind, sondern führte auch zum Entstehen einer besonderen Art schriftlicher Sprache (SMS) ohne Rechtschreibregel und Höflichkeitsformen, deren Hauptmerkmale Kürze und Mindeststastendruck sind. Die Kinder von heute hören zunehmend „mittels der Augen“ beim Lesen von SMS-Nachrichten und beim Briefverkehr im Chat-Room und „sprechen mittels der Finger“.

Der Computer und das Sozium.

Die unbedingte Voraussetzung der normativen frühkindlichen Entwicklung ist die Bildung eines Befestigungssystems im ersten Lebensjahr, das durch eine zuverlässige stabile Beziehung zwischen dem Kind und dem betreuenden Erwachsenen gekennzeichnet ist [7]. Dieses System wird aktiviert, wenn das Kind auf etwas Neues und Unbekanntes stößt, und beinhaltet zwei gegenseitige Verhaltenstendenzen: Bestrebung zum Neuen und Suche nach der Unterstützung. Die Erschließung des Hausraumes, die Begegnung der Welt menschlicher Beziehungen und dem Gegenstandsreich geschieht im Hintergrund der aktivierten Kind-Mutter-Bindung. Die Rolle des bedeutenden Erwachsenen ist es, die Unterstützung und emotionale Akzeptanz des Kindes zu gewähren, was die Entwicklung vom basalen Vertrauen des Kindes zur Welt ermöglichen wird.

Nach den Befragungsergebnissen mögen 95 (73,1%) Kinder (68(85%) und 27(54%))(P=0,000) auf das Lesen von Büchern hören. Jedoch gelingt es nur den Eltern aus 53(40,8%) Familien (28(35%) und 25(50%))(P=0,084) täglich die Zeit dem gemeinsamen Lesen zu widmen, für 25 (19,2%) Kinder (10(12,5%) und 15(30%)) (P=0,014) schaltet man die Hörbücher an, während der gemeinsame Zeitvertreib ersetzt wird.

Das Verbringen der Mußestunden von einem Kleinkind mit dem Tablet oder Computerspiel setzt keine emotionale Beteiligung der Eltern an diesem Prozess voraus, keine Hilfe oder Unterstützung, was sich auf die Qualität der Eltern-Kind-Bindung auswirkt.

Die Klein- und Vorschulkinder neigen dazu, die Welt durch Tätigkeitsimitation, diese des Verhaltens von Familienmitgliedern und von Mitgliedern der mikrosozialen Umwelt zu entdecken [8, 9]. Nach den Befragungsangaben verbringen die Eltern aus 86 (66,2%) Familien ihre Freizeit vor dem Computer oder mit einem anderen elektronischen Gerät. Die Lebensweise der Eltern, die den ganzen Tagesrest mit dem Tablet oder vor dem Computer verbringen (während sie die am Tage angefangene Arbeit erledigen, Bücher lesen, im virtuellen Raum kämpfen oder den Film genießen), kann die Überzeugung der Kinder in der Bedeutung und Wichtigkeit dieser Tätigkeitsart und auch die Nachahmung auswirken. Vor dem Hintergrund der mangelnden Reife willkürlicher Verhaltens- und Handlungssteuerung (deren Reifung auf jüngeres Schulalter fällt) macht die Annahme der ähnlichen Verhaltensmuster später für das Vorschulkind die Tagesregimeplanung und die Freizeitgestaltung schwierig („der Vater ist nach der Arbeit gekommen und spielt, ich bin aus der Schule gekommen und spiele“).

In der „Vor-Computer-Epoche“ konnte das Kind mit den Eltern nicht gleichstehen, während er körperlich und geistig arbeitete. Er wusste, um „wie Vater“ zu werden, musste er aufwachsen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben. In den modernen Bedingungen wird für das Kind, das sich im Computer ebenso gut wie Familienmitglieder auskennt, das Elternrecht auf Dominanz nichtoffensichtlich. „Ich spiele in diesem Spiel besser, als mein Vater, so bin ich genauso klug wie er, warum befiehlt er mir?“. Gesetzmäßig sind Probleme der Verweigerung von Befehlen der Erwachsenen und die Verringerung von der Autorität der Eltern, was sich in der Veränderung der Familiengliederung widerspiegelt.

Aber welche Rolle spielt der Computer in der modernen Familie? Nur solche, die ihm die Familie zudiktieren, nur solche Funktionen wird er übernehmen, die die Eltern bereit sind an ihn zu delegieren.

Wenn ein Klein- oder Vorschulkind unkontrolliert und dauerhaft mit dem Tablett „hängen bleibt“, wenn der Computer für ihn zum besten Freund wird, zum Lieblings- oder einzigen Weg, sich zu beschäftigen oder die Freizeit zu füllen, wenn die Lebensweise der Familie dem Computer ermöglicht, in sie als ständiger Begleiter des Familiensystems integriert zu sein, wenn die Zeit am Computer für das Kind größeren Wert hat, als die gemeinsame Kommunikation mit den Eltern, Lesen der Bücher, Spaziergänge, Sporttreiben, dann müssen wir zugeben, dass Computer-Freizeit nur diese Leere gefüllt hat, die schon früher in der Familie existierte. „Die Kinder des Prozessors“. Das sind die Kinder, die eben wir mit dem Computer bekannt gemacht und ihm in Pflege gegeben haben.

Die Liste der Literatur

- 1) The site materials www.autisminrussia.ru (in Russ.)
- 2) Autism spectrum disorders in practice pediatrician. Belousova M.V., Prusakov V.F., Utkuzova M.A. «Practical Medicine» №6 (38) / 2009, p.36-41, <http://mfvt.ru> (in Russ.)
- 3) Kerdellan K. Greziyon G. Children- processor as the Internet and video games form tomorrow's adults. Lane. with fr. A.Luschanova. - Yekaterinburg: U-Factors 2006 – 272p. (in Russ.)
- 4) Razvitie lichnosti rebenka. Pod red. Golovej L.A. – Ekaterinburg: Rama Publishing, 2010. – 576s.

5) Vygotskij L. S. Psihologija razvitija rebenka. — M: Izd-vo Smysl, Izd-vo Jeksmo, 2004. — 512s.

6) Samohvalova A.G. Kommunikativnye trudnosti rebenka: problemy, diagnostika, korekcija. — SPb.: Rech', 2011. — 432s.

7) Mikirtumov B.E., Koshhavcev A.G., Grechanyj S.V. Klinicheskaja psihiatrija rannego detskogo vozrasta. — SPb:

Piter, 2001. 256 s.

8) Jel'konin D.B. Psihologija igry. 2 izd. M.: Gumanit. Izd. Centr VLADOS, 1999. — 360s.

9) Jel'konin D.B. Detskaja psihologija: posobie dlja studentov vyssh.ucheb. zavedenij.-4-e izd., ster., — M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2007. — 384 s.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Березина Лариса Вячеславовна

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела интенсивной терапии и детоксикации ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины», г. Киев

Матяш Виктор Иванович

доктор медицинских наук, заведующий отделом интенсивной терапии и детоксикации ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины», г. Киев

Холин Владимир Викторович

Директор ПМВП «Фотоника Плюс», г. Харьков

STUDY OF IN VITRO LASER IRRADIATION OF BLOOD ON IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH NERVOUS SYSTEM VIRAL

Berezina L.V. Candidate of Medical Sciences, senior fellow of the department of intensive care and detoxication, SI «The Lev Gromashevsky Institute of Epidemiology and Infectious Disease NAMS of Ukraine», Kiev

Matyash V.I. Doctor of Medical Sciences, head of the department of intensive care and detoxication, SI «The Lev Gromashevsky Institute of Epidemiology and Infectious Disease NAMS of Ukraine», Kiev

Choline V.V. Director PMVP «Photonics Plus», Kharkiv

АННОТАЦИЯ

Представлена сравнительная характеристика вариантов лечения с использованием экстракорпорального лазерного облучения крови длиной волны 405нм и 635нм для оценки их влияния на иммунологические показатели в комплексной терапии больных с поражениями нервной системы вирусной этиологии.

ABSTRACT

The comparative characteristic of treatment options using the extracorporeal blood irradiation laser wavelength of 405nm and 635nm to assess their impact on immunological parameters in the treatment of patients with lesions of the nervous system viral etiology.

Ключевые слова: экстракорпоральное лазерное облучение крови, вирусные поражения нервной системы, иммунологические показатели.

Key words: vitro laser irradiation of blood, viral infection of the nervous system, immunological parameters.

Поражения нервной системы – нейроинфекции относятся к наиболее тяжелой патологии. В последние годы в мире наблюдается увеличение случаев инфекционных поражений нервной системы у иммунокомпетентных пациентов. Учитывая, что инфекционные поражения нервной системы чаще наблюдаются у больных молодого и среднего возраста, данную патологию можно отнести не только к медицинской проблеме, а и к социальной.

Клинические проявления нейроинфекций варьируют от легких, субклинических форм, до тяжелых, хронически рецидивирующих энцефалитов, менингитов, миелитов, с развитием полиорганной недостаточности, сопровождающихся высокой летальностью и инвалидизацией больных [6, с. 448]. Патогенез нейроинфекционного процесса полисистемный с особенностями характерными для каждого возбудителя, но общими патофизиологическими механизмами являются: прямое действие вирусов на нервные клетки, подавление иммунного ответа, индукция аутоиммунных реакций, патогенное действие на клетки крови, на факторы свертывания крови [3, с. 160], на сосудистую стенку [1, с. 36]. Все вышеперечисленные особенности

отображают сложность и актуальность проблемы их лечения.

Терапия больных с нейроинфекциями предусматривает комплексный подход, целью которого является не только подавление репликативной активности инфекционных агентов, а и коррекцию различных вирус индуцированных патофизиологических и иммунологических нарушений.

В этом аспекте, по нашему мнению, перспективным методом лечения, доступным для большого количества больных, может стать использование в лечении фотонов света [7, с. 26-30], которые имеют многогранное действие [5, с. 608], как на вирусы [2, с. 256], так и на организм человека в целом [4, с. 52].

В связи с развитием полупроводниковых лазеров, лазерные установки стали компактными, удобными для использования. В результате использования импульсных режимов работы, а также лазеров ультрафиолетового диапазона было установлено, что низкоинтенсивное лазерное облучение имеет значительный дезинтоксикационный эффект, бактериостатическое и бактерицидное действие за счет активации перекисного окисления липидов, кото-

рое приводит к разрыву и деструкции оболочек инфекционных агентов [8, с. 80-87]. Это открыло путь к изучению возможности использования лазерной терапии в инфектологии. Проведение таких исследований на сегодняшний день является актуальным.

Цель исследования. Сравнение трех вариантов лечения с использованием экстракорпорального лазерного облучения крови длиной волны 405 нм и 635 нм для сравнительной оценки их влияния на иммунологические показатели в комплексной терапии больных с вирусными поражениями нервной системы.

В исследовании использовали гелий-неоновый лазер «Лика-терапевт» «ПМВП «Фотоника Плюс»» Украина (длина волны: 405 нм и 635 нм). Методика: облучение крови в магистральной системе ПК интенсивностью 25-40 мВт при заборе крови в пакет и при реинфузии; длительность процедуры 55 минут. Курс: 6-8 сеансов в течении 3-х недель.

Исследование проведено на базе отделения интенсивной терапии и детоксикации ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины».

Под наблюдением находились 120 больных с вирусными поражениями нервной системы разной степени тяжести и течения. Больные были разделены на три группы методом случайной выборки. Пациенты первой группы (1-я группа исследования, n=30) в качестве дополнительной к базисной терапии получали экстракорпоральное облучение крови длиной волны 405 нм, второй (2-я группа исследования, n=30) - в качестве дополнительной к базисной терапии получали экстракорпоральное облучение крови длиной волны 635 нм, третьей (группа сравнения, n=60) – базисную терапию. Длительность лечения в группах составила 21 день (3 недели). Базисная терапия включала этиотропные препараты, 25% раствор магния сульфата, глюкокортикоиды, дезинтоксикационные средства (растворы 5% глюкозы и 0,9% NaCl, Рингера, реособилакт и др.), спазмолитики, нестероидные противовоспалительные, другие препараты – по показаниям.

Больные трех групп существенно не отличались по возрасту, полу, тяжестью заболевания. Возраст пациентов – от 18 до 55 лет.

У пациентов всех групп по результатам ИФА, ПЦР обследования крови и ликвора преимущественно выявлены поражения нервной системы EBV этиологии (53,3%, 43% и 36,6% случаев соответственно), на втором месте по частоте выявлен HSV I – у 20%, 23,4% и 20% больных соответственно, в незначительном количестве выявлена CMV, HHV 6, VZV, коревая, краснушная, ассоциированная этиология.

По поражению нервной системы во всех группах преобладали арахноэнцефалиты (53,3%, 56,7% и 60% случаев соответственно).

Критериями эффективности лечения были: динамика параметров клеточного и гуморального иммунитета, уровней циркулирующих иммунных комплексов и аутоиммунных антител к органам и тканям, показателей функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов до и после лечения в группах исследования и в

группе сравнения.

У пациентов трех групп для оценки динамики параметров клеточного звена иммунной системы определялись абсолютные показатели Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических лимфоцитов, NK-лимфоцитов, В-лимфоцитов в крови. Динамика лабораторных показателей клеточного звена иммунитета, таких как Т-хелперы, Т-цитотоксические лимфоциты, В-лимфоциты у всех обследованных пациентов (до и после лечения) показала, что у больных трех групп существенных изменений не выявлено, после лечения абсолютные показатели увеличились. Что касается Т-лимфоцитов и NK-лимфоцитов, то увеличение абсолютных показателей в группах исследования достоверно больше, чем в группе сравнения, в динамике до и после окончания лечения эти показатели составили в первой группе $1280 \pm 90,5$ и $1680 \pm 79,6$ ($p < 0,01$), во второй - $1420 \pm 85,5$ и $1660 \pm 59,2$ ($p < 0,01$), в группе сравнения $1360 \pm 88,6$ и $1366 \pm 89,8$; в первой группе $125,5 \pm 15,2$ и $190,5 \pm 21,6$ ($p < 0,01$), во второй - $125,5 \pm 15,3$ и $185,0 \pm 20,5$ ($p < 0,01$), в группе сравнения $130,5 \pm 25,2$ и $154,3 \pm 30,1$ соответственно. При сравнении полученных абсолютных показателей клеточного звена иммунитета в группах исследования, достоверных изменений не выявлено.

При исследовании уровней показателей гуморального звена иммунитета в крови больных до и после лечения, таких как IgG, IgM, IgA, изменений и разницы во всех группах не выявлено.

Больше показательной была динамика уровней циркулирующих иммунных комплексов в группах исследования по сравнению с группой сравнения: до лечения в первой группе $54,5 \pm 6,5$, во второй - $55,5 \pm 5,5$, в группе сравнения $55,5 \pm 5,5$ единиц оптической плотности, а в динамике после лечения эти показатели составили в первой группе $35,0 \pm 1,5$, во второй - $40,0 \pm 1,5$, что достоверно ($p < 0,01$) меньше, чем в группе сравнения $50,5 \pm 5,5$. При этом в первой группе исследования уменьшение уровня циркулирующих иммунных комплексов было достоверно ($p < 0,01$) значительней, чем у пациентов другой группы.

У пациентов всех групп в крови определялись аутоиммунные антитела к суставам, щитовидной железе, миокарду, почкам, печени, общему белку миелина разной степени выраженности, наиболее высокие уровни отмечены к суставам и общему белку миелина. Динамика уровней аутоиммунных антител в крови больных к таким органам и системам, как: суставы, щитовидная железа, миокард, печень, почки, общий белок миелина, у обследованных пациентов (до и после лечения) показала, что во всех группах уровни уменьшались, но достоверно значительней ($p < 0,01$) у больных первой группы исследования. Во второй группе исследования не выявлено достоверных изменений в снижении уровней аутоиммунных антител к миокарду и почкам, при этом показатели уровней аутоиммунных антител к общему белку миелина до и после лечения составили $30,0 \pm 1,5$ и $20,5 \pm 0,5$ ($p < 0,01$) условных единиц соответственно, а показатели уровней аутоиммунных антител к суставам, щитовидной железе, печени достоверно ($p < 0,05$) снижались после окончания лечения. В группе сравнения выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение уровней аутоиммунных антител ко всем исследуемым органам

ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є.

Доктор медичних наук, професор

кандидат медичних наук, старший науковий співробітник,

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»

FEATURES COMBINED FLOW GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HYPERTENSION DEPENDING ON THE FORM GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Fadieienco G., Gridniev O., Doctor medical science, professor PhD, Senior Researcher, SE «National Institute for Therapy them. LT Malaya NAMS of Ukraine»

АННОТАЦІЯ

В статті розглянуті особливості біохімічних показателів, суточного профіля артеріального тиску, ехокардіоскопії, а також внутрішньоводної рН-метрії у пацієнтів з поєднанням гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та гіпертонічної хвороби в залежності від форми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Приведені результати суточного моніторингу артеріального тиску, а також представлені дані про ступінь ремоделювання лівого шлуночка в групах хворих з поєднаною патологією. Проведено оцінку вираженості порушень моторної функції шлунка в групі осіб з неерозивною та ерозивною формою гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби за даними суточної внутрішньоводної рН-метрії. Представлено опис особливостей ліпідного профіля, а також концентрації апеліну в крові при поєднаному теченні гіпертонічної хвороби та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Удєлено увагу дисбалансу в системі «перекисне окислення ліпідів-антиоксидантна захиста» у осіб з коморбідною патологією.

ABSTRACT

The article describes the features of biochemical parameters, a daily profile of blood pressure, echocardiography and intraesophageal pH-metry in patients with a combination of gastroesophageal reflux disease and arterial hypertension depending on the form of gastroesophageal reflux disease. The results of daily monitoring of blood pressure and information about the degree of left ventricular remodeling in patients with comorbidity are represented. The estimation of the severity of disorders of oesophageal motor function in the group with nonerosive and erosive form of gastroesophageal reflux disease according to the daily intraesophageal pH meter is demonstrated. The description of features of the lipid profile and apelin concentration in the blood in patients with combination of arterial hypertension and gastroesophageal reflux disease is presented. Attention is paid to an imbalance in the system of «lipid peroxidation-antioxidant protection» in individuals with comorbid disorders.

Ключевые слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, гіпертонічна хвороба, суточне моніторування артеріального тиску, ехокардіоскопія, рН-метрія шлунка, апелін, ліпідний профіль, перекисне окислення ліпідів.

Key words: gastroesophageal reflux disease, arterial hypertension, ambulatory blood pressure monitoring, echocardiography, esophageal pH-monitoring, apelin, lipid profile, lipid peroxidation.

Сочетание нескольких хронических неинфекционных заболеваний у одного больного приобретает все большую актуальность в виду высокой частоты встречаемости и возникающих сложностей диагностики и лечения. Многообразие клинических проявлений как патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, так и заболеваний желудочно-кишечного тракта, в большинстве случаев требует особого внимания с целью дифференцировки имеющих нарушений, оценки возможных патогенетических механизмов и правильного подбора терапевтического воздействия.

Гипертоническая болезнь (ГБ) рассматривается в качестве одного из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний в странах с высоким экономическим уровнем и одним из основных факторов риска сердечно-сосудистой патологии [3]. Уровень адекватного контроля АД не превышает 25-27 % даже в высокоразвитых странах, что подтверждают отсутствие адекватного контроля артериального давления (АД) в популяции.

Разнообразие клинических проявлений, в том числе включающих экстраэзофагеальные признаки, обуславли-

вает особое внимание к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В 1998 году ГЭРБ была включена в «пятерку» заболеваний, в наибольшей степени снижающих качество жизни больных. Частота симптомов ГЭРБ стремительно возрастает [4]. По недавним данным El-Serag H.V. (2014) от основного симптома ГЭРБ – изжоги – страдают до 40% взрослого населения США и до 10-25% - Европы [9]. Согласно многочисленным популяционным исследованиям, ГЭРБ охватывает широкие масштабы с преобладанием в развитых странах [10]. Так, в США ежегодно количество больных с частотой проявлений ГЭРБ один раз в неделю ежегодно возрастает на 4% [8]. Более того, увеличением массы тела, влиянием триггерных факторов образа жизни, как в популяции европейских стран, так и в Северной Америке, особенно в урбанизированных регионах, непосредственно влияет на тяжесть эзофагеального рефлюкса.

Общие факторы риска: психоэмоциональный стресс, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание с увеличением потребления насыщенных жиров, рафинированных углеводов, недостаточным употреблением

микронутриентов, ожирение, гиподинамию и др. обуславливают частое сочетанное течение ГБ и ГЭРБ [2,7]. Так, по данным Moraes-Filho J.P. (2014) артериальная гипертензия выявляется у 29% лиц группы неэрозивной рефлюксной болезни и у 20,6% пациентов группы ГЭРБ [11]. У пациентов с сочетанием ГБ и ГЭРБ чаще наблюдались отклонения при оценке суточного профиля АД (О.В. Хлынова и соавт.) [6]. Так, у данной группы больных установлены частые нарушения суточного биоритма АД, а величина утреннего подъёма систолического и диастолического АД оказалась выше, чем при изолированной ГБ. С другой стороны, у лиц с ГБ на фоне ГЭРБ наблюдались более низкие значения индекса гипертензивной нагрузки и вариабельности АД в течение суток. Сочетание ГБ с неэрозивной ГЭРБ ассоциировалось с более тяжёлым течением артериальной гипертензии за счет большей частоты аритмий и повышения величины гипертензивной нагрузки. Наличие эндоскопически позитивной ГЭРБ у лиц с ГБ способствовало более благоприятному течению ГБ из-за значимо низкой гипертензивной нагрузки.

Еще одним важным аспектом практически любого патологического процесса является дисбаланс в системе «перекисное окисление липидов-антиоксидантная защита» (ПОЛ-АОЗ), сопровождающийся избыточной активацией ПОЛ, на фоне недостаточной активации АОЗ или даже ее снижении. На сегодняшний день роль окислительного стресса не вызывает сомнений как в патогенезе ГБ, так и ГЭРБ. Накопленные данные свидетельствуют о роли избыточного свободнорадикального окисления липидов в механизмах развития и становления ГБ. Доказано участие АОЗ в поддержании функции нижнего пищеводного сфинктера у животных и повышение продуктов перекисного окисления липидов у пациентов с рефлюкс-эзофагитом.

Таким образом, полученные в результате проведенных исследований данные являются противоречивыми, что только усиливает интерес к изучению данной проблемы. Безусловно, коморбидность заболеваний не может не отразиться на их течение и требует индивидуального подхода в каждом отдельном случае.

Цель исследования – изучить особенности суточного профиля АД, данных эхокардиографии, рН-метрии пищевода, показателей липидного спектра, уровня апелина и состояния системы «перекисное окисление липидов-антиоксидантная защита» у лиц с сочетанием ГБ и ГЭРБ в зависимости от формы ГЭРБ.

Работа выполнена в ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины» и является фрагментом НИР «Разработать способы прогнозирования течения и развития осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на основе изучения уровня гормонов адипоцитарного происхождения», № гос.регистрации 0111U001127.

Методы исследования

В исследование были включены 126 пациентов с ГЭРБ и гипертензивной болезнью II стадии 1-3 степеней. Среди них пациенты мужского пола составили 55,56 %, женского - 44,44 %, средний возраст больных - (56,84±1,17) лет, средняя длительность ГБ – (11,42±0,73) лет. Контрольную

группу составили 20 практически здоровых лиц.

Определение стадии и степени артериальной гипертензии и стратификация риска для оценки прогноза проводились согласно клиническим рекомендациям по артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) 2013 года [3]. Диагноз ГЭРБ устанавливался согласно Монреальскому консенсусу (2006 г.) [12]. В исследование отбирались пациенты, имеющие проявления изжоги 2 раза в неделю и более.

Антропометрические исследования включали измерение роста и массы тела пациента с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по общепринятой методике. Согласно рекомендациям международной группы по ожирению ВОЗ (IOTF WHO, 1997) при значениях ИМТ 18,5 - 24,9 кг/м² массу тела оценивали как нормальную, при ИМТ 16,0 - 18,4 кг/м² - дефицит массы тела, при ИМТ меньше 16,0 кг/м² - выраженный дефицит массы тела. Показатели ИМТ 25,0 - 29,9 кг/м² соответствуют повышенной массе тела (предожирение), при ИМТ 30,0 - 34,9 кг/м² диагностировали ожирение I-ой степени, при ИМТ 35,0 - 39,9 кг/м² - ожирение II-й степени и при ИМТ более 40,0 кг/м² - ожирение III степени.

Для оценки процессов липопероксидации и антиоксидантной системы крови использовали определение в сыворотке крови малонового диальдегида и SH-групп, в гемолизате крови - глутатионпероксидазы по стандартным методикам.

Для изучения метаболизма оксида азота определяли содержание его стабильных метаболитов – нитритов и нитратов – в плазме крови и суточную экскрецию с мочой (дневная и ночная) с использованием спектрофотометрического метода с помощью реакции Гриса после восстановления нитрата до нитрита цинковой пылью.

Содержание апелина-12 в плазме крови определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов «Apelin-12 (Human, Rat, Mouse, Bovine) EIA Kit» производства Phoenix Pharmaceuticals (США).

Для оценки липидограммы использовали определение в сыворотке крови общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов по стандартным методикам, с последующим расчетом холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Суточное мониторирование АД проводили с использованием портативного аппарата АВРМ-04 (Meditech, Венгрия) по стандартной методике. Средняя продолжительность исследования составила (24,2±1,6) часа. Измерение АД выполнялись с интервалом 15 мин в период бодрствования и 30 мин во время сна [5]. Критерием верификации повышения АД при СМАД было среднесуточное АД ≥ 130/80 мм рт.ст. (днем - ≥ 135/85 мм рт.ст., в ночное время ≥ 120/70 мм рт.ст.) согласно рекомендациям ESC/ESH (2013).

Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на аппарате Vivid 3. По результатам ультразвукового исследования оценивались конечно-диастолический и конечно-систолический размеры левого желудочка (КДР и КСР), толщина его задней стенки (ТЗ-СЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в систо-

лу и диастолу, фракция выброса левого желудочка, передне-задние размеры правого желудочка.

Суточную внутрипищеводную рН-метрию проводили с использованием ацидогастромониторатора АГМ-24МП ТУ9441-002-13306657-2003 по стандартной методике с определением процента времени в течении которого рН был менее 4 (ПВрНм4) (в норме менее 4,5), общего числа рефлюксов с рН менее 4 за сутки (общЧРрНм4) (в норме менее 47), числа рефлюксов с рН менее 4 и продолжительностью более 5 мин за сутки (ЧРрНм4б5) (в норме менее 3,5), длительности наиболее продолжительного рефлюкса с рН менее 4 (длНПРрНм4) (в норме менее 20) и последующим расчетом индекса Де-Меестера (в норме до 14,7). Все пациенты заполняли дневники самоконтроля на протяжении всего исследования с целью выявления взаимосвязи появления клинической симптоматики с выявленными изменениями рН-грамм.

Анализ результатов производили с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics 21.0 для Windows XP. С целью математической обработки данных использовались следующие методы: первичной описательной статистики, t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок, корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от формы ГЭРБ все больные ГБ были распределены на две группы: пациенты с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) – 77 (61,1 %) пациентов (1-я группа) и лица, страдающие эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ) – 49 (38,9 %) больных (2-я группа). Пациенты групп достоверно отличались по возрасту. Так, в группе НЭРБ обследованные лица были достоверно моложе (средний возраст составил $(54,2 \pm 1,4)$ лет), по сравнению с больными в группе ЭРБ – $(58,7 \pm 1,4)$ лет, $p=0,024$. Средний возраст пациентов контрольной группы – $(22,8 \pm 0,2)$ лет.

Пациенты сравниваемых групп не отличались по ИМТ ($(27,8 \pm 0,3)$ кг/м² – для первой группы и $(26,9 \pm 0,4)$ кг/м² – для второй, $p>0,05$) и по длительности ГЭРБ ($(8,3 \pm 0,4)$ и $(9,3 \pm 0,8)$ лет, соответственно, $p>0,05$).

С целью оценки профиля артериального давления (АД) у обследуемых больных проводилось СМАД. В группе лиц с НЭРБ среднесуточные показатели систолического АД (САД) за период мониторингирования в целом состави-

ли – $(173,8 \pm 1,9)$ мм рт.ст.; для диастолического АД (ДАД) – $(106,1 \pm 1,0)$ мм рт.ст. Подобная картина была характерна и для пациентов с эрозивной формой ГЭРБ, а именно: среднесуточные показатели САД – $(172,8 \pm 2,4)$, для ДАД – $(106,1 \pm 1,2)$ мм рт.ст., $p>0,05$. В контрольной группе среднесуточные уровни САД составили $(114,40 \pm 1,29)$ мм рт.ст., ДАД – $(66,30 \pm 0,95)$ мм рт.ст.

При анализе результатов СМАД выявлены высокие показатели вариабельности АД в течение суток в обеих группах ($p>0,05$). Для группы больных НЭРБ вариабельность АД днем – $(65,5 \pm 2,0)$ мм рт.ст., ночью – $(37,8 \pm 2,1)$ мм рт.ст. В группе пациентов с ЭРБ вариабельность АД днем составила $(62,6 \pm 3,2)$ мм рт.ст., ночью – $(35,4 \pm 2,7)$ мм рт.ст. Достоверных отличий между сравниваемыми показателями не выявлено ($p>0,05$). Выраженность отклонений вариабельности АД подтверждается данными в группе контроля, для которой вариабельность АД днем – $(12,8 \pm 0,6)$, ночью – $(10,3 \pm 0,6)$ мм рт.ст. ($p<0,001$), при этом суммарный процент лиц с нормальной вариабельностью АД у здоровых составил 60 %.

В процессе оценки суточного профиля АД в группе больных с сочетанием ГЭРБ и ГБ были выявлены особенности суточного биоритма АД, оцениваемого по суточному индексу (СИ) АД, в зависимости от формы ГЭРБ (рис. 1). Так, преобладали лица с оптимальным ночным снижением как САД, так и ДАД («dipper») (СИ в пределах 10-22 %): в группе НЭРБ количество «dipper» по САД и ДАД – 79,2 % больных, в группе ЭРБ количество «dipper» было ниже – 65,3 %. Лица с недостаточным ночным снижением САД («non-dipper», СИ менее 10 %) в группах НЭРБ и ЭРБ составили соответственно 15,6 % и 16,3 %, по данным ДАД – 20,8 % и 32,7 %, т.е. в группе ЭРБ таких пациентов было больше. Следует отметить, что лица с повышением САД в ночное время («night peaker», т.е. СИ имел отрицательное значение) также преобладали в группе ЭРБ (18,4 %), нежели в НЭРБ (5,2 %). Таким образом, у больных с эрозивной формой ГЭРБ на фоне ГБ наблюдался более высокий процент нарушений суточного биоритма как САД, так и ДАД. В группе практически здоровых лиц процент лиц с суточным биоритмом АД «dipper» для САД – 75 %, для ДАД – 55 %. Лиц с повышением цифр АД в ночное время («night peaker») в группе контроля не было.

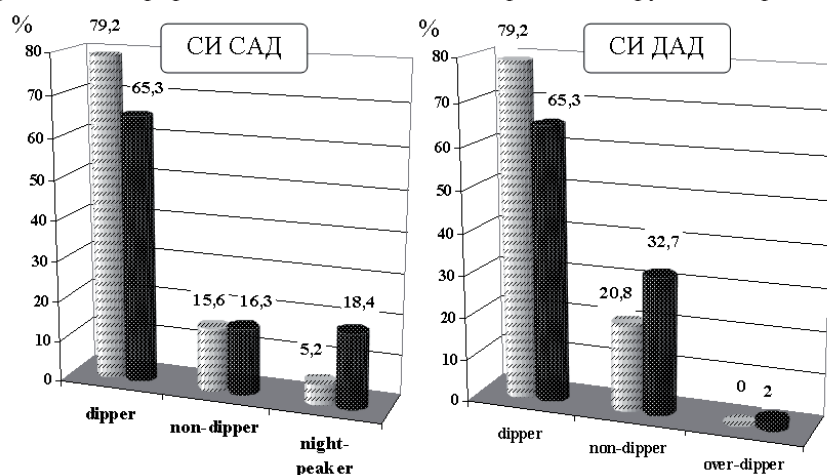


Рис. 1. Распределение больных с сочетанием ГБ и ГЭРБ по типу суточного биоритма АД в зависимости от формы ГЭРБ

Данные, полученные в результате УЗИ, которое проводилось всем больным с сочетанием ГБ и ГЭРБ, позволили судить о выраженности ремоделирования ЛЖ. В таблице

1 представленные основные изучаемые характеристики УЗИ сердца.

Таблица 1.

Данные УЗИ сердца у пациентов с различной формой ГЭРБ на фоне ГБ

Оцениваемые показатели	ГБ+НЭРБ (n=77)	ГБ+ЭРБ (n=49)	Уровень значимости, p	Референтные значения
Диаметр аорты, см	3,36±0,03	3,42±0,05	>0,05	до 3,7
КДРЛЖ, см	4,90±0,04	5,07±0,04	0,008	4,6 – 5,7
ММЛЖ, г	265,27±3,91	287,87±4,26	0,001	(135-182) - для мужчин (95-141) - для женщин
ИММЛЖ, г/м ²	155,63±2,40	167,25±2,26	0,001	до 125 - для мужчин до 110 - для женщин
ФВ, %	60,21±0,54	58,71±0,76	>0,05	более 45
ОТС	0,49±0,01	0,48±0,01	>0,05	менее 0,45

Исходя из выше представленных данных, особое внимание обращают увеличенные масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), а также индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). При этом в группе больных ЭРБ данные изменения более выражены. Вышеприведенное в сочетании с повышенными значениями относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ (более 0,45), показывает формирование концентрической гипертрофии на фоне ГБ у обследованных больных. Это объясняет нормальную величину КДРЛЖ, хотя он и оказался несколько выше в группе с эрозивной формой ГЭРБ (p=0,008).

Достоверно отличались данные суточной рН-метрии пищевода в сравниваемых группах пациентов (рис. 2). Процент времени, в течение которого рН был менее 4 (ПВрН4) у больных НЭРБ составил (20,99±0,37) %, в группе лиц с эрозивной формой ГЭРБ – (38,49±0,88) %, p=0,001. Значительно отличалось общее число рефлюксов с рН менее 4 (общЧРрН4) – (76,96±0,73) и (143,96±2,76) со-

ответственно, p=0,001. Так, число рефлюксов с рН менее 4 и продолжительностью более 5 мин в группе НЭРБ – (22,96±0,35), в группе ЭРБ – (38,31±0,70), а длительность наиболее продолжительного рефлюкса с рН менее 4 за сутки – (22,56±0,33) и (37,86±0,62) соответственно, p=0,001. То есть выраженность нарушений показателей ЧРрН465 и длНПРрН4, характеризующих способность пищевода к самоочищению, была достоверно выше у пациентов с ЭРБ в сочетании с ГБ. Также рассчитывался обобщенный индекс DeMeester, позволяющий количественно определить степень отклонения показателей рН у конкретного больного от показателей здоровых людей. Полученные данные подтверждают наличие ГЭРБ у обследованных больных (индекс DeMeester более 14,7, а именно: в группе НЭРБ – (42,92±0,43), ЭРБ – (75,38±1,07), p=0,001) и позволяют классифицировать имеющиеся нарушения как выраженный гастроэзофагеальный рефлюкс для пациентов с сопутствующей ГБ.

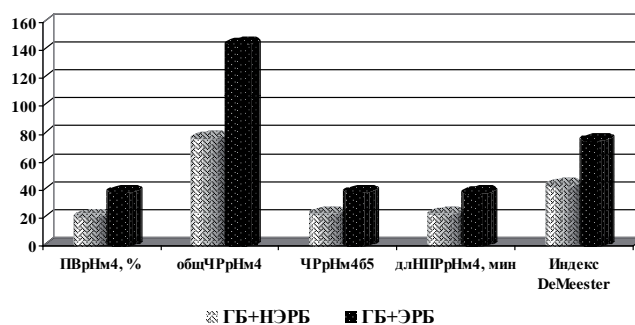


Рис. 2. Данные внутрипищеводной рН-метрии у больных ГЭРБ на фоне ГБ

В то же время, интересные данные получены при оценке липидного профиля у пациентов с сопутствующей ГБ в зависимости от формы ГЭРБ. У больных с неэрозивной формой ГЭРБ выявлен значимо более высокий уровень общего холестерина (ОХ), главным образом, за счет повышения холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП), по сравнению с данными у больных

эрозивной формой ГЭРБ. Так, в группе НЭРБ уровень ОХ составил (5,45±0,09) ммоль/л, в группе ЭРБ – (5,17±0,10) ммоль/л, p=0,041 (при норме – (3,9 - 5,2) ммоль/л). ХСЛПОНП в сравниваемых группах: (0,74±0,03) и (0,62±0,04) ммоль/л, соответственно, p=0,018 (при норме – (0,25 – 0,72) ммоль/л). Что касается остальных показателей липидного спектра (уровень триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов

низкой плотности (ХСЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), коэффициент атерогенности (КА)), то достоверных отличий в зависимости от формы ГЭРБ не установлено. Однако обращает внимание повышение уровня ТГ у лиц группы НЭРБ – (1,63±0,07) ммоль/л (норма – (0,55 – 1,60) ммоль/л) и в группе с ЭРБ – (1,56±0,89) ммоль/л ($p>0,05$). ХСЛПНП в сравниваемых

группах больных составил (3,09±0,72) и (2,99±0,12) ммоль/л, соответственно ($p>0,05$), ХСЛПВП – (1,35±0,02) и (1,29±0,03) ммоль/л ($p>0,05$). Коэффициент атерогенности превышал нормальные значения (был более 3,0) в обеих группах: НЭРБ – (3,08±0,08) и ЭРБ – (3,10±0,12), $p>0,05$ (рис. 3).

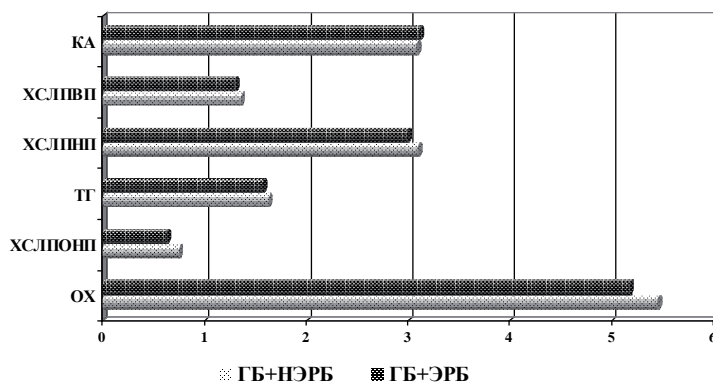


Рис. 3. Данные липидного профиля у больных ГЭРБ на фоне ГБ

Результаты изучения концентрации метаболитов оксида азота в крови у обследуемых пациентов показали, что уровень нитритов плазмы у пациентов как с сочетанием НЭРБ и ГБ (24,77±0,08) мкмоль/л, так и с сочетанием ЭРБ и ГБ (24,97±0,09) мкмоль/л, был достоверно ($p>0,05$) выше чем в группе контроля – (23,72±0,65) мкмоль/л.

Аналогичная картина наблюдалась и с уровнем суточной экскреции нитритов и нитратов, который был достоверно ($p<0,001$) повышен у пациентов как с сочетанием НЭРБ и ГБ, так и с сочетанием ЭРБ и ГБ по сравнению с контрольной группой. При этом также выявлено, что в группе с коморбидностью НЭРБ и ГБ концентрация нитритов в моче за сутки составила (88,69±0,22) мкмоль/л и была достоверно ($p<0,05$) ниже сравнительно с группой пациентов с эрозивной формой ГЭРБ (89,36±0,23) мкмоль/л. Так же показано, что у пациентов с сочетанием НЭРБ и ГБ уровни экскреции нитритов за ночной период (57,38±0,20) мкмоль/л достоверно ($p=0,008$) отличались от показателей пациентов с сочетанием ЭРБ и ГБ (58,19±0,22) мкмоль/л и от группы контроля (40,70±0,12) мкмоль/л ($p<0,001$). В период бодрствования концентрация нитритов мочи не зависела от формы ГЭРБ: НЭРБ – (31,32±0,10) мкмоль/л, ЭРБ – (31,17±0,11) мкмоль/л ($p>0,05$), но все равно была выше по сравнению с контролем – (25,68±0,04) мкмоль/л ($p<0,001$).

В программу обследования больных также входило определение концентрации малонового диальдегида (МДА) в

сыворотке крови, указывающего на интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). МДА образуется в результате метаболизма полиненасыщенных жирных кислот и является маркером оксидативного стресса. Играя существенную роль в формировании эндотелиальной дисфункции, оксидативный стресс рассматривается в качестве весомым патогенетическим звеном развития, как ГБ, так и ГЭРБ. Увеличение концентрации активных форм кислорода объясняет активацию тканевого ангиотензинпревращающего фермента и стимуляцию синтеза эндотеина-1, что, в свою очередь, обуславливает невозможность эндотелия адаптироваться к меняющимся условиям гемодинамики и приводит к вазоконстрикции. Вышеперечисленное реализуется в снижении синтеза мощного вазодилатационного фактора, оксида азота. Ситуация усугубляется сопутствующим подавлением эндотелиальной синтазы оксида азота, дополнительным окислительным разрушением оксида азота и его захватом свободными радикалами. Активность оксидативного стресса непосредственно влияет на выраженность воспаления при ГЭРБ, возникает дисбаланс между конститутивным и индуцибельным звеньями синтеза оксида азота, что создает условия для реализации его цитотоксических свойств с последующим повреждением тканей.

Основные параметры системы «перекисное окисление липидов-антиоксидантная защита» (ПОЛ-АОЗ) представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Показатели активности перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных ГБ в сочетании с ГЭРБ

Показатель	НЭРБ +ГБ (n=77)	ЭРБ+ГБ (n=49)	Контроль (n=20)
МДА, мкмоль/л	4,40±0,10	4,40±0,13	2,71±0,06**
SH-группы, мкмоль/л	476,09±6,78	525,24±7,14*	676,92±21,75**
ГПО, мкмоль/мин/гHb	160,52±6,15	164,19±6,95	261,88±5,79**

* - достоверные отличия при сравнении с пациентами НЭРБ +ГБ (p=0,001)

** - достоверные отличия группы контроля (p<0,05)

Полученные данные подтверждают усиление прооксидантных процессов на фоне сочетания ГБ и ГЭРБ, о чем свидетельствует увеличение концентрации МДА. В то же время наблюдается снижение уровня SH-групп в сыворотке крови и концентрации глутатионпероксидазы (ГПО) в гемолизате – маркеров антиоксидантной защиты. Обращают внимание значимо более высокие уровни SH-групп у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ по сравнению с группой НЭРБ (p=0,001), что может обуславливать напряжение компенсаторных механизмов системы антиоксидации на фоне интенсивного ПОЛ.

Одним из биохимических факторов, представляющих определенный интерес при проведении исследования, был уровень апелина в крови. Являясь лигандом для ангиотензинподобных рецепторов-1 (АР1), он секретируется эндотелиальными клетками и адипоцитами. Наряду с большим разнообразием изоформ апелину присущи множество точек приложения: стимуляция пролиферации клеток слизистой оболочки желудка, секреции холецистокинина, снижение секреции инсулина, гистамина, соляной кислоты париетальными клетками и др. Все выше перечисленное подтверждает ценность апелина в качестве регулятора в желудочно-кишечном тракте. Апелин способствует восстановлению слизистой оболочки, участвует в регуляции работы гладкой мускулатуры, а также обмену веществ. Установлен вазодилатирующий эффект апелина посредством NO-зависимых механизмов стимуляции АР1-рецепторов [1]. Получены данные о том, что апелин является функциональным антагонистом периферических эффектов ангиотензина II. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью циркулирующий уровень апелина достоверно ниже, чем у здоровых лиц, что позволяет использовать содержание апелина в качестве маркера дисфункции миокарда. Предотвращая деградацию супероксиддисмутазы, апелин способен подавлять продукцию свободных радикалов.

У обследованных пациентов с сочетанной патологией (ГБ+ГЭРБ) наблюдалось значимое снижение концентрации апелина в крови по сравнению с группой контроля, в которой апелин крови составил (1133,42±17,85) пг/мл (p<0,001). При этом в группе больных эрозивной формой ГЭРБ на фоне ГБ концентрация апелина была достоверно ниже ((700,91±22,86) пг/мл), чем в группе с неэрозивной ГЭРБ - (789,87±19,81) пг/мл, p=0,005.

Выводы

1. У пациентов с сочетанием ГЭРБ и ГБ среднесуточные показатели САД/ДАД и вариабельности АД не имели связи с формой ГЭРБ. Однако, у лиц с эрозивной формой

ГЭРБ по сравнению с неэрозивной формой чаще выявлялся суточный биоритм САД и ДАД по типу «non-dipper» и «night-peaker».

2. Для пациентов с сочетанием ЭРБ и ГБ характерна значимо более выраженная степень ремоделирования ЛЖ по сравнению с группой ГБ+НЭРБ (p=0,001), с преобладанием концентрической гипертрофии, о чем свидетельствуют увеличенные индекс массы миокарда ЛЖ и относительная толщина стенки ЛЖ.

3. У пациентов с сочетанием ЭРБ и ГБ, в сравнении с пациентами с сочетанием НЭРБ и ГБ, выявлены более выраженные отклонения показателей суточной внутрипищеводной рН-метрии, свидетельствующие о повышении агрессивности рефлюксата и его более длительной экспозиции на слизистой пищевода, наряду со снижением способности пищевода к самоочищению.

4. У пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ и ГБ выявлен значимо более высокий уровень ОХ (p=0,04), главным образом, за счет повышения ХСЛПОНП (p=0,018), в сравнении с данными пациентов с эрозивной формой ГЭРБ и ГБ

5. Наличие сочетанной патологии у обследованных больных сопровождалось достоверным (p<0,05) повышением концентрации нитритов как в плазме крови, так и в в суточной моче по сравнению с контрольной группой. При этом у пациентов с сочетанием НЭРБ и ГБ уровень нитритов моче за сутки был достоверно ниже сравнительно с пациентами с эрозивной формой ГЭРБ и ГБ (p<0,05).

6. На фоне сочетания ГБ и ГЭРБ выявлено усиление процессов ПОЛ, о чем свидетельствует увеличение концентрации МДА, и снижение активности антиоксидантной защиты (снижение уровня SH-групп в сыворотке крови и концентрации ГПО в гемолизате). Значимо более высокие уровни SH-групп у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ по сравнению с группой НЭРБ (p=0,001) обуславливают напряжение компенсаторных механизмов системы антиоксидации на фоне интенсивного ПОЛ.

7. В группе больных эрозивной формой ГЭРБ на фоне ГБ выявлена достоверно более низкая концентрация апелина ((700,91±22,86) пг/мл), чем в группе с неэрозивной ГЭРБ - (789,87±19,81) пг/мл, p=0,005, что подтверждает данные о протективном воздействии апелина на слизистую оболочку пищеварительного тракта.

Перспективы исследования:

В виду высокой частоты встречаемости сочетания ГБ и ГЭРБ, выраженного влияния данных расстройств на качество жизни пациентов, общности этиологических триггерных факторов и патогенеза необходимо дальнейшее изучение особенностей взаимного влияния данных заболеваний на характер клинических проявлений и процессы прогрессирования. Проблема разработки адекватных

методов коррекции и эффективных профилактических мероприятий ГБ и ГЭРБ является актуальной и должна послужить темой для последующих работ.

Список литературы

1. Березин А.Е. Апельин – новый биологический маркер сердечно-сосудистого и метаболического риска // Український кардіологічний журнал. – 2012. - № 5. – С. 105 – 110.
2. Біловол О.М., Боброннікова Л.Р. Патогенетичні взаємозв'язки метаболічних розладів та вільно радикального окиснення ліпідів при поєднаному перебігу хронічного холецистити та гіпертонічної хвороби // Сучасна гастроентерологія. -2011. - №1 (57). - С. 12 - 17.
3. Клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року (Переклад Сіренко Ю.М.) // «Артериальная гипертензия». - 2013. - №4(30).
4. Ситникова, У.Б. Клинико-патогенетическое значение гастроэзофагеального рефлюкса у больных ИБС / У.Б. Ситникова, Н.М. Балабина // Сибирский мед. журн. –2010. –№5. – С. 20–23.
5. Суточное мониторирование артериального давления / Пособие для врачей – СПб. : Питер, 2010 г. – 17с.
6. Хлынова О.В. Проблема коморбидности с учетом состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов с артериальной гипертензией и кислотозависимыми заболеваниями / О.В. Хлынова, А.В. Туев, Л.Н. Береснева // Казанский медицинский журнал. — 2013. — Т. 94, №1. — С. 80–85.
7. Chou P.H., Lin CC2, Lin CH. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in major depressive disorder: a population-based study / P.H. Chou, C.C. Lin, C.H. Lin [et al.] // Psychosomatics. – 2014. – Vol. 55(2). – P. 155-162.
8. El-Serag H.B. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / H.B. El-Serag, S. Sweet, C.C. Winchester // Gut. – 2014. – Vol. 63(6). – P. 871–880.
9. Ford AC. The natural history of gastro-oesophageal reflux symptoms in the community and its effects on survival: a longitudinal 10-year follow-up study/ A.C. Ford, D. Forman, A.G. Bailey [et al.] // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. - № 37(3). – P. 323-31.
10. Hunt R. WGO Global Guideline – Coping with common GI symptoms in the community / R. Hunt, E. Quigley [et al.] // World Gastroenterology Organization. - 2013. – P. 1-37.
11. Mendes-Filho A.M. Influence of exercise testing in gastroesophageal reflux in patients with gastroesophageal reflux disease / A.M. Mendes-Filho, J.P. Moraes-Filho, A. Nasi [et al.] // Arq Bras Cir Dig. – 2014. – Vol. 27(1) - P. 3-8.
12. Vakil N. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // Am. J.Gastroenterol. – 2006. – V. 101. – P. 1900–1920.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОПЕРАЦИЮ НА СЕРДЦЕ В ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Г.ПЕРМЬ) И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Иванова Ольга Вячеславовна

главная медицинская сестра,

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь)

Касимовская Наталия Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко, декан факультета ВСО и ПСР,

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ASSESSMENT OF SATISFACTION WITH MEDICAL CARE BY THE PATIENTS WHO UNDERWENT A OPERATION ON HEART IN THE FGBU "FEDERAL CENTRE FOR CARDIOVASCULAR SURGERY" OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION (PERM) AND WAYS OF IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE

Ivanova O. V., home nurse, FGBU «Federal centre for cardiovascular surgery» of the Ministry of health of the Russian Federation (Perm)

Kasimovskaya N.A., candidate of medical sciences, reader First Moscow state medical University named after I. M. Sechenov of Ministry of healthcare of the Russian Federation

АННОТАЦИЯ

Эффективная организация высокотехнологичной медицинской помощи по профилю сердечно-сосудистая хирургия играет важную роль в увеличении качества и продолжительности жизни больных с болезнями системы кровообращения. Кардиологическая реабилитация в послеоперационном периоде позволяет более быстро и качественно адаптировать пациента к физическим нагрузкам и определить максимально возможный уровень физической активности, уменьшить вероятность рецидива сердечно-сосудистых событий, а также снизить риск ухудшения функциональных показателей сердечной деятельности. В статье проанализировано современное состояние организации ухода и реабилитации в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пермь), в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Анализ представленных данных свидетельствует о необходимости оптимизации реабилитации пациентов после высокотехнологичных операций на сердце и сосудах в Пермском крае с целью увеличения доступности всем категориям граждан.

ABSTRACT

Effective organization of high-tech medical care on the profile of cardiovascular surgery plays an important role in increasing the quality and length of life of patients with diseases of the circulatory system. Cardiac Rehabilitation in the postoperative period allows more quickly and efficiently adapt to the patient's physical activity and to determine the maximum possible level of physical activity, to reduce the likelihood of recurrence of cardiovascular events, as well as reduce the risk of deterioration of the functional parameters of the heart. The article analyzes the current state of the care and rehabilitation FGBI «FTSSSKH» the Ministry of Health of Russia (Perm), in the provision of high-tech medical care. Analysis of the data indicates the need to optimize the rehabilitation of patients after high-tech operations on the heart and blood vessels in the Perm region in order to increase the availability of all categories of citizens.

Ключевые слова: кардиологическая реабилитация, оценка качества медицинской помощи, сердечно-сосудистая хирургия.

Key words: cardiac rehabilitation, assessment of quality of care, cardiovascular surgery.

Постановка проблемы. Высокая летальность, инвалидизация, большие трудопотери при болезнях системы кровообращения и рост финансовых затрат на их лечение требуют разработки системы, основанной на современных технологиях, обеспечивающей высокое качество и эффективность медицинской реабилитации [3, с. 2-7; 13, с. 33-37; 14, с. 128-134]. Организация высокотехнологичной медицинской помощи по профилю сердечно-сосудистая хирургия играет важную роль в увеличении качества и продолжительности жизни больных с болезнями системы кровообращения. Кардиологическая реабилитация в послеоперационном периоде позволяет более быстро и качественно адаптировать пациента к физическим нагрузкам и

определить максимально возможный уровень физической активности, уменьшить вероятность рецидива сердечно-сосудистых событий, а также снизить риск ухудшения функциональных показателей сердечной деятельности. В статье будет проанализировано современное состояние организации ухода и реабилитации в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пермь), в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Анализ последних исследований и публикаций. Ввод в эксплуатацию ряда кардиохирургических центров в различных регионах Российской Федерации позволило сделать специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) по профилю сердечно

- сосудистая хирургия более доступной населению [1, с. 21-26; 10, с. 5-8]. Важным этапом оказания ВМП являются реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде. (Гусев Е.И., Скворуба В.И., Чекнева Н.С. и др., 1997, Бураковский В.И. с соавт., 1988, Погосова Г.В., 1998, Князева Т.А. с соавт., 2002, Оганов Р.Г., Гольдблат Ю.В., 2006, Ковальчук В.В., Скоромец А.А., 2007, Погосова Г.В., 2007, Щегольков А.М., 2007, Аронов Д.М., Бубнова М.Г., 2009, Акчурин Р.С., Власова Э.Е., 2010, Аверин Е.Е., 2010, Сулова Г.И., Королев А.А., 2010; Вишняков Н.И., Рейнштейн Д.И., 2010, Гусев О.А., 2014, Попов В.С., 2014).

В настоящее время процесс восстановительного лечения пациентов после кардиохирургических вмешательств в организационном плане представляет собой многоэтапную систему (Данилов, Ю. А., 2002., Кремнев Ю. А., 2002., М. Higgins, 2000, W. Vlasic, 2001, A. Vom Orde, 2002, Н.К. Yip, 2003, Будко А.А., Белякин Ю. А., 2004, Щегольков А.М., 2005, Макарова А. Г., 2008, Суджаева С. Г., Губич Т. С., Казаева Н. А., 2010). В связи с этим особую актуальность приобретает вопрос преемственности этапов реабилитации, индивидуальный подход к восстановлению каждого больного, с использованием методов психокоррекции и применения обучающих программ [7;9, с. 66–78].

Реабилитация – это комплекс скоординированных мероприятий медицинского, обучающего, социального и профессионального характера, направленный на адаптацию пациента к новым условиям жизни путем выявления и развития его резервных возможностей.

Кардиологическая реабилитация позволяет более быстро и качественно адаптировать пациента к физическим нагрузкам и определить максимально возможный уровень физической активности, уменьшить вероятность рецидива сердечно-сосудистых событий, а также снизить риск ухудшения функциональных показателей сердечной деятельности [12, с. 5 - 6, с. 49 - 51].

Эффективность кардиологической реабилитации обусловлена, прежде всего, тем, что операция рассматривается в качестве этапа лечения, направленного на устранение анатомической основы патологии, что ведет к нормализации или существенному улучшению кровообращения. Однако длительное существование болезни приводит к нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, детренированности вследствие гиподинамии и изменениям психологического статуса пациента. На устранение этих нарушений, мобилизацию резервов и поддержание оптимального функционального уровня направлен комплекс мер, формирующий программу реабилитации кардиохирургических больных [4,5].

В настоящее время медициной накоплен опыт реабилитации пациентов после хирургического лечения различной патологии, в том числе при ишемической болезни сердца, осложненной инфарктом миокарда. Но потребность в реабилитации кардиологических пациентов, которым произведена операция на сердце, неуклонно растет.

Известно, что в странах с развитой экономикой, в течение последних трех десятков лет, отмечается положительная динамика в виде снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 2,5-3% в год или на 50-60% за весь указанный период. Внедрение среди населения

комплексных программ реабилитации, первичной и вторичной профилактики позволили достичь такого успеха. По данным R.S. Teylor et al., применение программ восстановительного лечения привело к статистически значимому снижению показателей общей смертности на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний – на 26% [15, с. 682-692].

Накоплен опыт проведения реабилитационных мероприятий пациентам после кардиохирургических вмешательств [2, с. 176-241; 6, с. 152-175; 8, с. 31-33]. Согласно результатам исследования, проведенного в Российском научном центре хирургии РАМН, 74% пациентов, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования, могут вернуться к труду, в том числе за счет проведенной реабилитации. Кроме того, уменьшаются расходы бюджета за счет снижения инвалидизации.

Показано [2;8, с. 31-33], что операции по реваскуляризации миокарда с последующей реабилитацией, в том числе у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, не только улучшают качество их жизни, но и дают экономический эффект. Исходя из выполненных авторами расчетов, средний прирост годового национального дохода в результате восстановления трудоспособности больных составляет 50 млн. рублей, причем 40% из них оценены как следствие реабилитации.

Совершенствование системы реабилитации больных после кардиохирургических операций, развитие стационаров восстановительного лечения, как необходимого звена в системе стационарной медицинской помощи населению, является крайне важной медико-социальной задачей. Клиническими исследованиями установлено, что ранняя активная реабилитация больных в условиях стационара, мультидисциплинарный подход дают возможность существенно улучшить результаты лечения, снизить количество осложнений, инвалидизацию и летальность, улучшить качество жизни больных и их семей.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. В соответствии с программой Пермского края «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства Пермского края от 3 октября 2013 г. № 1319-п «Об утверждении государственной программы Пермского края «Развитие здравоохранения» (в ред. Постановлений Правительства Пермского края от 22.05.2014 № 381-п, от 25.07.2014 № 684-п, от 30.09.2014 № 1094-п, от 11.12.2014 № 1446-п, от 10.04.2015 № 194-п, с изм., внесенными Постановлением Правительства Пермского края от 18.12.2014 № 1475-п) больным после операций на сердце и магистральных сосудах предоставляются бесплатные путевки сроком до 24 дней в санатории, расположенном на территории Пермского края, обеспечивающем наиболее полный комплекс лечебных мероприятий, а также соответствующие условия проживания, питания [11, с. 2-7]. Однако, действие данного Постановления распространяется только на работающих граждан и проживающих в Пермском крае. В тоже время 40% пациентов оперированных в ФГБУ «ФЦС-СХ» Минздрава России (г.Пермь) проживают в других регионах Российской Федерации.

Кроме того, порядок перевода пациентов на реабилитационный этап в медицинские организации общегородской сети нуждается в дополнительной проработке. В

настоящее время структура ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь) не предусматривает наличия отделения восстановительного лечения, что может снижать эффект реабилитации пациентов после операции на сердце.

Таким образом, организация восстановительного этапа лечения в рамках оказания ВМП по профилю сердечно - сосудистая хирургия нуждается в дополнительном изучении и поиске путей совершенствования, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Целью настоящего исследования является изучение современного состояния вопросов организации ухода и реабилитации в федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь) (далее ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Пермь)), в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. А так же оценка доступности реабилитационной помощи больным после кардиохирургических операций.

Изложение основного материала. Проведен социологический опрос 250 пациентов, пролеченных в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь) после проведенной высокотехнологичной операции по профилю сердечно-сосудистая хирургия.

В социологическом исследовании приняли участие 60% мужчин, 40% женщин, в возрасте от 35 до 70 лет. Среди опрошенных 35% работающих граждан. 80% респондентов не имеют льгот на лекарственное обслуживание. 33,2% опрошенных – жители г. Перми, 57,2% - жители других городов и населенных пунктов Пермского края, 9,6% - жители других регионов РФ. У 40% респондентов возникли трудности при ожидании госпитализации (длительное ожидание направления на госпитализацию, очереди на консультацию в поликлинике по месту жительства к кардиологу). Абсолютное большинство респондентов (93,7%) считают отношение врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала внимательным и доброжелательным. На вопрос «Достаточно ли Вам полученной информации по поводу Вашего заболевания?», 61,4% ответили положительно, 38,6% не смогли ответить на этот вопрос. Большинство респондентов (94,1%) отметили, что они получили достаточно информации по поводу реабилитации и профилактики после оперативного вмешательства от врачебного и среднего медицинского персонала, 4,9% - оценили полученную информацию не достаточной, 1% не смогли ответить на этот вопрос.

Из общего числа респондентов 89,1% удовлетворены информацией о предоставляемых услугах в данном учреждении (наличие стенда, справочной информации, консультанта, буклетов и других рекламных материалов), практически каждый десятый (9,8%) – удовлетворен частично, 1,1% опрошенных не удовлетворен полученной информацией. Большинство опрошенных 94,5% полностью устраивает оформление помещений, санитарно-гигиеническое состояние палат и отделения, информационные указатели и таблички на дверях помещений, оформление мест ожидания для посетителей. Каждый восьмой (13,1%) респондент не удовлетворен возможностью получить информацию об услугах данного учреждения по интернету.

Из общего числа опрошенных 2/3 (64,7%) полностью удовлетворены качеством питания, при этом процессом организации питания удовлетворены большинство (98,1%). Это связано с новой системой организации питания для пациентов – таблет-питание, что повышает качество услуги и эстетичность. Так же большинство респондентов (91,0%) удовлетворены внешним видом медицинского персонала, вежливостью, тактичностью, доброжелательностью сотрудников учреждения, компетентностью и уровнем профессионализма специалистов Центра.

Нами была изучена удовлетворенность пациентов качеством лечения, обследования, процессом организации ухода и ранней реабилитации после операции на сердце. Полностью удовлетворены качеством лечения, обследования, организации ухода и ранней реабилитации оказались 90,2% респондента, еще 8,8% - были удовлетворены частично и 1,0% - остались неудовлетворенными.

79,8% респондентов отметили, что времени для полноценной реабилитации в отделении ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь) крайне не достаточно, и высказали пожелание об открытии службы физиотерапии и лечебной физкультуры при стационаре. Кроме того, больше половины опрошенных пациентов (65,4%) хотели бы проходить курс реабилитации в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь), без выписки в другие кардиологические отделения города, и отправиться на восстановительное лечение в санаторий-профилакторий.

Одним из критериев качества медицинской помощи является ее доступность для населения. По мнению 2/3 пациентов с болезнями системы кровообращения (63,3%), которым была оказана высокотехнологичная помощь по профилю сердечно-сосудистая хирургия в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь), амбулаторная и стационарная помощь кардиологического профиля на современном этапе вполне доступна. 25% полагают, что амбулаторная кардиологическая помощь мало доступна, 7% считают, что стационарная помощь по данной специальности является малодоступной.

74,1% респондентов в анкету вписали свои пожелания и предложения по улучшению организации работы отделений ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь). Среди них: открытие отделения физиотерапии, увеличения штата различных специалистов по физическим методам лечения, удлинения сроков пребывания в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь) с целью полноценной реабилитации. Соответственно, чуть менее 1/3 (25,9%) всех пожелание и предложений касаются бытовых условий пациентов в отделениях ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь). Это предложения направлены на оптимизацию досуга пациентов (ТВ в палатах, вай-фай) и чисто бытовых условий пребывания в стационаре, улучшению питания больных.

Выводы.

1. Определен социальный портрет пациента, находящегося на лечении в ФГБУ «ФЦССХ» в послеоперационном периоде.

2. Медицинский персонал в корректно общается с пациентами, соблюдаются этические и деонтологические нормы. Пациентам своевременно и в полном объеме

предоставляется информация о течении и лечении их заболевания, в доступной форме, но также выявлена потребность в получении информации об услугах ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь) по интернету.

3. Из общего числа опрошенных 2/3 (64,7%) полностью удовлетворены качеством питания, при этом процессом организации питания удовлетворены большинство (98,1%). Это связано с новой системой организации питания для пациентов – таблет-питание, что повышает качество услуги и эстетичность.

4. Полностью удовлетворенными качеством лечения, обследования, организации ухода и ранней реабилитации оказались 90,2% респондентов, еще 8,8% - были удовлетворены частично и 1,0% - остались неудовлетворенными.

5. 74,1% респондентов отметили, что времени для полноценной реабилитации в отделении ФЦССХ крайне недостаточно, и высказали пожелание об открытии службы физиотерапии и лечебной физкультуры при стационаре. Кроме того больше половины опрошенных пациентов (65,4%) хотели бы проходить курс реабилитации в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь), без выписки в другие кардиологические отделения города и отправиться на восстановительное лечение в санаторий-профилакторий.

Заключение. Система реабилитации пациентов после высокотехнологичных операций на сердце и сосудах в Пермском крае нуждается в оптимизации с целью увеличения доступности всем категориям граждан. Одним из путей решения данного вопроса является организация реабилитационного центра на базе ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Пермь).

Список литературы:

1. Аверин Е.Е. Медицинские и социальные возможности реабилитации кардиохирургических пациентов: Автореф. дис. докт. мед. наук; Волгоград; 2010; 34 с.
2. Аретинский В.Б., Антюфьев В.Ф., Щегольков А.М. Восстановительное лечение больных ишемической болезнью сердца после хирургической реваскуляризации миокарда. М.: Изд-во Урал. гос. ун-та; Екатеринбург; 2007; 373 с.
3. Аронов Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца: рецепт для России/Д.М.Аронов//Лечащий врач. – 2007. – №3. – С.2-7.
4. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия - 2013. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения /Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2013; 152 с.
5. Бюллетень Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». XX Всероссийский съезд сердечно-сосу-

дистых хирургов / Рецензируемый научно-практический журнал. 2014. Т. 15, № 6. 1 – 326 с.

6. Гусев А.О. Научное обоснование организации отделений восстановительного лечения больных с заболеваниями системы кровообращения в крупном многопрофильном стационаре. Дис. докт. мед. наук: 14.02.03 / Гусев А.О. – Санкт - Петербург, 2014. - 339 с.

7. Кардиореабилитация / под ред. Г. П. Арутюнова. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 336 с. : ил.

8. Константинов Б.А. Медицинские и социально-экономические аспекты реабилитации кардиохирургических больных. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2000; № 4; 31-33 с.

9. Погосова Г. В. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. Кардиология. 2010; № 4; 66–78 с.

10. Попов В. С. Научное обоснование организации высокотехнологичной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в Республике Саха (Якутия). Дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Попов В. С. – Москва, 2014. - 164 с.

11. Постановление Правительства Пермского края от 03.10.2013 г. № 1319-п «Об утверждении государственной программы Пермского края «Развитие здравоохранения» (в ред. Постановлений Правительства Пермского края от 22.05.2014 № 381-п, от 25.07.2014 № 684-п, от 30.09.2014 № 1094-п, от 11.12.2014 № 1446-п, от 10.04.2015 № 194-п, с изм., внесенными Постановлением Правительства Пермского края от 18.12.2014 № 1475-п).

12. Реабилитация больных кардиологического и кардиохирургического профиля (кардиологическая реабилитация): национальные рекомендации / С. Г. Суджаева, Т. С. Губич, Н. А. Казаевой и др. – Минск, 2010. – 118 с.

13. Самородская И.В. Об организации хирургической помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (социологическое исследование) /И.В. Самородская, Ю.В. Батрова //Здравоохранение. – 2010. - №9. - С.33-37.

14. Dzavik V. Outcome of patients aged or 75 years in the Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock (SHOCK) trial: do elderly patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock respond differently to emergent revascularization / V.Dzavik, L.A.Sleeper, M.H.Picard et al. Am Heart J 2005; P. 128-134.

15. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S., Jolliffe J., Noorani H., Rees K. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials //Am. J. Med. - 2004. - Vol. 116, № 10. - P. 682-692 с.

МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ВИКО-РИСТАННЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ

Кондратюк Наталія Юріївна

науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги
Державна наукова установа «Науково-практичний фактор профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

Шевченко Марина Вікторівна

кандидат медичних наук, старший науковий співробітник
старший науковий співробітник наукового
відділу організації медичної допомоги
Державна наукова установа «Науково-практичний фактор профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

Шестак Наталія Вікторівна

науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги
Державна наукова установа «Науково-практичний фактор профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

Яценко Юрій Борисович

доктор медичних наук, професор,
завідувач наукового відділу організації медичної допомоги
Державна наукова установа «Науково-практичний фактор профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

MEDICAL-SOCIOLOGICAL MONITORING OF RISK FACTORS CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN CONDITIONS OF USE MEDICAL INFORMATION SYSTEM

Kondratiuk N.Iu. Researcher scientific department of medical care State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department

Shevchenko M. V. PhD, Senior Researcher Senior Researcher scientific department of medical care State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department

Shestak N.V. Researcher scientific department of medical care State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department

Iashchenko Iu. B. MD, Professor, Head of the scientific department of medical care

State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department

АННОТАЦІЯ

У статті висвітлено основні принципи технології прийняття діагностичних і управлінських рішень з профілактики найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань серед населення на основі даних моніторингу факторів ризику їх розвитку в умовах запровадження медичної інформаційної системи.

ABSTRACT

In the article the basic principles of diagnostic technology decision-making and the prevention of the most common chronic non-communicable diseases among the population on the basis of the monitoring of risk factors for their development in terms of the introduction of medical information system.

Ключевые слова: медико-соціологічний моніторинг, хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), фактори ризику (ФР), медична інформаційна система.

Key words: medical-sociological monitoring, chronic non-communicable diseases (NCD), risk factors (RF), medical information system.

В основу написання статті покладено результати виконання одного з етапів науково-дослідної роботи «Розробка моделі організації багатофакторної профілактики та управління якістю медичної допомоги при окремих хронічних неінфекційних захворюваннях прикріпленого населення» (термін виконання – 2014-2018 рр. № держреєстрації 011U002118), яка виконується на базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС.

Постановка проблеми. ХНІЗ в світовому масштабі викликають понад 35 млн випадків смертей в рік, що становить більше ніж половина випадків смерті в кожному з регіонів світу. Смертність і захворюваність від цих хвороб має не-

гативний вплив як на розвиток суспільства, так і навантаження на системи охорони здоров'я, а також несе значний економічний тягар [4,11].

Особливістю, яка об'єднує хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ), є їх залежність від факторів ризику (ФР), на які можна впливати з метою корекції та зменшення їх негативного впливу на організм людини. З точки зору профілактики ХНІЗ, інструментом запобігання їх розвитку може стати комплексна система виявлення та моніторингу основних ФЗ серед населення. Перспективним напрямком у вирішенні проблеми виявлення і моніторингу ФР є створення у закладі охорони здоров'я автоматизованої системи моніторингу ФР ХНІЗ.

Моніторинг та аналіз основних ФР, на частку яких припадає значна частка майбутнього тягаря ХНІЗ, дає можливість визначити ефективність прийнятих рішень. Наприклад, щонайменше 75% випадків серцево-судинних захворювань пов'язано з неправильним харчуванням і відсутністю фізичної активності, що веде до вищого індексу маси тіла, підвищеного тиску і несприятливим показниками ліпідів крові, а також з тютюнокурінням.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Важливість впливу на ФР виникнення ХНІЗ підтверджується даними низки досліджень. Якщо впливати на ФР, то ймовірність померти від ішемічної хвороби серця (ІХС) у віці від 30 років до 69 років може скоротитися на 22% у чоловіків і 19% у жінок в період між 2010–2025 рр, тобто можна попередити від 5 до 6,2 млн смертей від ІХС; 1,5 млн смертей від інсульту; 2 млн смертей від діабету. В цілому вплив на ФР може запобігти на глобальному рівні більш ніж 37 млн смертей від основних ХНІЗ (у 16 млн осіб віком 30–69 років та 21 млн осіб віком 70 років і старших) [5-10].

Як зазначають автори, основою профілактики ХНІЗ є визначення най-більш істотних ФР, їх профілактика, моніторинг і контроль на основі поетапного здійснення моніторингу (STEPS) рекомендований ВООЗ як інструмент контролю за поширенням неінфекційних захворювань [1-3].

Визначення невирішених частин загальної проблеми. Перспективним напрямком у вирішенні проведеного моніторингу є створення автоматизованої системи моніторингу ФР ХНІЗ. Однак на шляху його створення для широкого класу захворювань виникає ряд питань, одним з яких є створення універсальної медичної інформаційної системи.

Мета: полягає у розробці єдиного підходу до вибору базових змінних для вивчення при проведенні досліджень, аналізу, моніторингу та контролю поширеності факторів ризику розвитку та поширення ХНІЗ.

Методи дослідження, що використано в роботі відповідали поставленим завданням, а саме: метод бібліосемантичного аналізу, контент-аналіз, спостереження, організаційного проектування, структурно-логічний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення.

ВООЗ рекомендовано обирати для моніторингу і контролю наступні ФР, які:

- мають найбільший вплив на показники захворюваності та смертності;
- піддаються впливу ефективних заходів первинної профілактики;
- дали позитивний досвід їх моніторингу та контролю.

Створення інформаційного простору вимагає проведення певної роботи з кадрами, а саме внесення змін до функціональних обов'язків медичного персоналу підрозділів усіх рівнів допомоги, проведення хронометражу тривалих операцій і робочого часу, перегляду нормативів навантаження. Велике значення в роботі з кадрами відводиться підбору і навчанню персоналу. Досвід запровадження такої системи є у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

Першим кроком у наповненні даними медичної інфор-

маційної системи стало створення електронного реєстру пацієнтів. Дані про пацієнта, що входять до реєстру, складають основу паспортної частини його електронної медичної картки. Електронна медична картка пацієнта є «ядром» інформаційної системи, яка містить повну інформацію про його здоров'я та історію звернень за медичною допомогою. Дані про здоров'я всіх осіб із амбулаторної карти на паперовому носії були перенесені медичним персоналом в електронну медичну картку пацієнта, після їх оформлення у вигляді етапного епікризу і сформульованого комплексного діагнозу. Це дозволило перейти на пріоритетне заповнення медичної документації в електронному вигляді. При цьому обіг амбулаторних карт пацієнта на паперових носіях, відповідно до чинного законодавства відбувається паралельно не дивлячись на впровадження цифрового підпису.

Що стосується цифрового підпису, то на сьогодні більше 500 співробітників пройшли реєстрацію у відповідних інстанціях і отримали електронні ключі з правом на використання свого цифрового підпису. Впровадження цифрового підпису здійснюється поетапно, відповідно до певного переліку документів, які підлягають переведенню на електронний документообіг і планується завершити одночасно з процедурою сертифікації медичної інформаційної системи на безпеку.

Медична інформаційна система – автоматизована система комплексно-го моніторингу ФР ХНІЗ яка призначена для безперервного їх обліку у електронній медичній карті пацієнта, моніторингу та оцінки серед прикріпленого населення (на індивідуальному та популяційному рівнях); аналізу та підготовки стратегічних, організаційних, тактичних і оперативних заходів, прийняття управлінських рішень, спрямованих на усунення або зменшення негативних наслідків їх впливу з метою мінімізації необхідних ресурсних затрат.

Об'єктом медико-соціологічного моніторингу є пацієнти, серед яких проводиться вивчення стану здоров'я за таких умов: під час прикріплення до закладу охорони здоров'я для медичного обслуговування, проходження планового профілактичного медичного огляду, звернення до лікаря первинної ланки за довідкою про стан здоров'я.

На етапі звернення пацієнта до закладу охорони здоров'я (кабіне-ту/відділення профілактики) фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою (далі – середній медичний персонал) проводиться:

- долікарське опитування щодо наявності найпоширеніших ФР розвитку ХНІЗ, пов'язаних зі способом життя, нездоровим харчуванням, низькою фізичною активністю, тютюнопалінням тощо;
- долікарське обстеження: антропометричні вимірювання (визначення маси тіла, росту, окружності талії), розрахунок індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску.

Забезпечення якості процесу виявлення та реєстрації відомостей про пацієнта досягається шляхом внутрішнього і зовнішнього контролю техно-логії збору даних. Підвищення компетентності середнього медичного персоналу досягається шляхом навчання і постійного підвищення кваліфікації (переважно шляхом дистанційної освіти).

Медична інформаційна система дає можливість здійснювати облік ознак на основі використання стандартизованих анкет-опитувальників і метрологічно атестованих приладів для збору даних, а також забезпечує контроль достовірності включених до неї показників (характеристик), зокрема перевірку типу характеристик і належності їх значень до номінального діапазону стандартизованих індикаторів (наприклад, застосування метричної системи для вимірювання антропометричних показників).

В основу медико-соціологічного моніторингу покладені наступні базові підходи:

- аналіз стану здоров'я пацієнта на момент звернення за наявними у нього основним ФР ХНІЗ;
- оцінка індивідуального сумарного ризику розвитку ХНІЗ для кожного пацієнта індивідуально;
- визначення індивідуальних ФР щодо нераціонального харчування;
- віднесення пацієнта до тієї чи іншої групи здоров'я
- індивідуальний підхід у виборі рекомендованих рекомендацій зі зміни стилю життя.
- індивідуальний підхід у виборі рекомендованого складу раціону (який полягає у формуванні індивідуальної норми енергетичних витрат і споживання харчових речовин у складі раціону в залежності від особливостей людини, звичок і способу життя тощо);

- прогноз майбутнього стану пацієнта за наявними у нього основними ФР ХНІЗ (які входять до переліку тих ФР, що підлягають обов'язковому обліку).

Головною і унікальною особливістю медичної інформаційної системи для проведення медико-соціального моніторингу ФР ХНІЗ є можливість адекватної оцінки стану здоров'я пацієнта «тут і зараз», за допомогою моніторингу здоров'я пацієнта з використанням індивідуальних нормативів та прийняття адекватних діагностичних та управлінських рішень. При цьому враховуються не тільки зріст, вага, вік, стать, належна вага, статура, фізичне навантаження, але і спосіб життя пацієнта, включаючи наявність артеріальної гіпертензії і порушення ліпідного спектру.

Інша особливість медичної інформаційної системи для проведення медико-соціального моніторингу ФР ХНІЗ полягає в тому, що оцінюється сумарний ризик розвитку ХНІЗ за наявними у пацієнта факторами.

Характерною відмінністю медичної інформаційної системи для проведення медико-соціального моніторингу ФР ХНІЗ є спостереження за пацієнтом в різні часові інтервали (у динаміці). При подальших обстеженнях пацієнта лікар може порівнювати нові результати з попередніми, оцінити ефективність і коригувати профілактичні заходи (рис 1.).

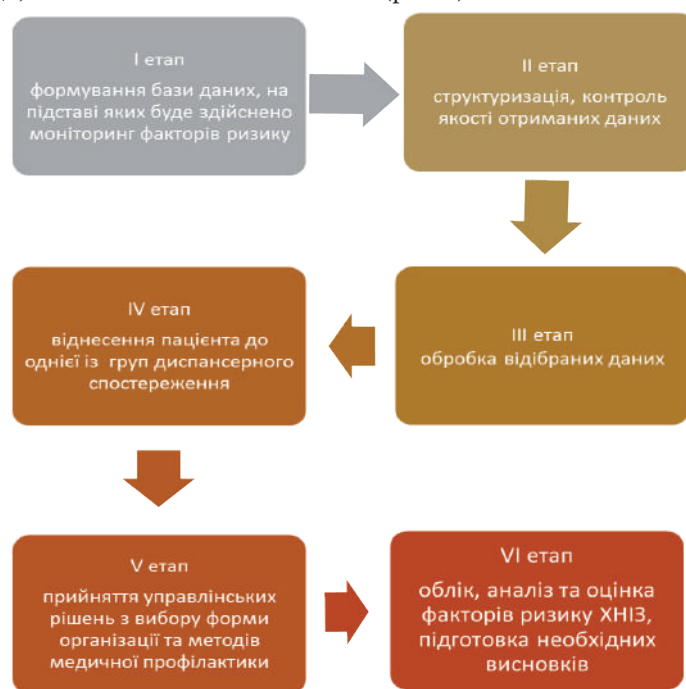


Рисунок 1 Етапність здійснення медико-соціологічного моніторингу.

1 етап – формування бази даних, на підставі яких буде здійснено моніторинг факторів ризику на індивідуальному рівні та в цілому серед прикріпленого населення; розрахунок інтегральних показників, у разі наявності одного чи декількох факторів ризику;

2 етап – структуризація, контроль якості отриманих даних (використовуються не всі дані, а лише перевірені «якісні»);

3 етап – обробка відібраних даних, перетворення їх у стандартизовану форму діагностичних ознак;

4 етап – віднесення пацієнта до однієї із груп диспансерного спостереження (I,II,III групи здоров'я) з врахуванням наявності факторів ризику розвитку ХНІЗ; прогнозування перебігу захворювання;

5 етап – прогнозування несприятливих наслідків щодо стану здоров'я пацієнта, прийняття управлінських рішень з вибору форми організації та методів медичної профілактики;

6 етап – облік, аналіз та оцінка факторів ризику ХНІЗ, підготовка необхідних висновків, інформування та вико-

нання рекомендацій для пацієнтів та медичного персоналу закладу охорони здоров'я.

Висновок.

Визначено основні аспекти медико-соціологічного моніторингу факто-рів ризику хронічних неінфекційних захворювань в умовах використання медичної інформаційної системи.

Запропоновано примірні етапи моніторингу для вирішення завдань з раннього виявлення, обліку, прогнозу факторів ризику ХНІЗ як на індивідуальному рівні, так і серед прикріпленого населення в цілому та формування звітності.

Список літератури:

1. Блум Дэйвид И. Состояние здравоохранения в мировом масштабе / Д. И. Блум // Мировое здравоохранение. – 2014. – №12. – С. 6–11
2. Глобальный план борьбы с диабетом 2011–2021. Международная Федерация диабета. – Брюссель, 2010. – С.7
3. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, предложенный ВОЗ. Краткий обзор / Р. Бо-нита, М. де Куэртен, Т. Дуайер и др. – Женева: ВОЗ, 2001
4. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study / V. Kontis, C. D. Mathers, J. Rehm [et al.] // The Lancet.

– 2014. – Vol. 384. – P. 427–437

5. Di Cesare M. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries / M. Di Cesare, J.E. Bennett, N. Best [et al.] // International Journal of Epidemiology. – 2013. – № 42. – P. 838–848

6. Ezzati M. Behavioral and dietary risk factors for non-communicable diseases / M. Ezzati, E. Riboli // New England Journal of Medicine: Research & Review. – 2013. – Vol. 369. – P. 954–964

7. Ezzati M. Can non-communicable diseases be prevented? Lessons from studies of populations and individuals / M. Ezzati, E. Riboli // Science. – 2012. – Vol. 337. – P. 1482–1487

8. Ford E. S. Proportion of the decline in cardiovascular mortality disease due to prevention versus treatment: public health versus clinical care / E. S. Ford, S. Capewell // Annual Review of Public Health. – 2011. – № 32. – P. 5–22

9. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease. Study 2010 / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380. – P. 2095–128

10. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses / M. Di Cesare, Y. H. Khang, P. Asaria [et al.] // Lancet. – 2013. – № 381. – P. 585–597

11. Policy dialogue on China's changing burden of disease / L. Yuanli, Y. Gonghuan, Z. Yixin [et al.] // The Lancet. – 2013. – Vol. 381 (9882). – P. 1961–1962

ВПЛИВ КОМУНІКАЦІЇ АЕРОКОКІВ З ПАТОГЕННИМИ ТА УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ IN VITRO НА ЇХ БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ

Степанський Дмитро Олександрович

ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», завідувач кафедри мікробіології,
вірусології, імунології та епідеміології

Кошова Ірина Петрівна,

ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України» викладач
кафедри загальної та клінічної фармації

INFLUENCE OF COMBINATION OF AEROCOCCUSES WITH PATHOGENIC AND CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROORGANISMS IN VITRO ON THEIR BIOLOGICAL PROPERTIES

Stepanskyi Dmytro Oleksandrovitch SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine», associate manager by a Department Microbiology, Virology, Immunology and Epidemiology

Koshova Irina Petrivna SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine», teacher General and Clinical Pharmacy Department

АНОТАЦІЯ

Нормальна мікрофлора організму людини являє собою сукупність різних біоценозів, що займають численні екологічні ніші на шкірі і слизових оболонках всіх порожнин, сполучених із зовнішнім середовищем. *Aerococcus viridans* володіють цілим рядом корисних властивостей. Була проведена серія експериментів з вивчення впливу аутоштамів аерококів на Gr + і Gr - бактерії. При вивченні відстроченого антагонізму показано, що тест-мікроби по-різному реагують на присутність у середовищі продуктів метаболізму аутоштамів аерококів. Крім того, навіть усередині одного і того ж виду спостерігаються коливання. Аутоштами аерококів на відміну від стафілококів, кишкової палички та вібріона не проявляють чутливості до дії активного початку псевдомонад. Аерококи володіють вираженими антагоністичними властивостями по відношенню до псевдомонад. Колонії псевдомонад які виростають, як правило, не мають пігменту.

ABSTRACT

Normal microflora of the human body is a combination of different biocenoses, occupying numerous ecological niches on the skin and mucous membranes of cavities connected with the environment. *Aerococcus viridans* has a number of useful properties. Series of experiments on the effects on autostrains aerococcuses Gr + and Gr - bacteria was conducted. In studying of deferred antagonism is shown that test microbes react differently to the presence metabolic products of aerococcuses autostrains in the environment of growing. Moreover, even within the same species there are differences. Autostrains of aerococcuses unlike *Staphylococci*, *E. coli* and *vibrio* show no sensitivity to the action of *Pseudomonas*. *Aerococcuses* have expressed antagonistic properties to *Pseudomonas*. Growing colonies of *Pseudomonas* typically do not have pigment.

Ключові слова: нормальна флора, аерококи, псевдомонади, антагоністичні властивості.

Keywords: normal flora, aerococcuses, *Pseudomonas*, antagonistic properties.

Постановка проблеми. Розлад захисної функції мікрофлори під впливом різних чинників призводить до шлунково-кишкових захворювань інфекційної і аліментарної етіології, знижується здатність нормальної мікрофлори кишечника ефективно пригнічувати ріст патогенних мікроорганізмів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Нормальна мікрофлора організму людини являє собою сукупність різних біоценозів, що займають численні екологічні ніші на шкірі і слизових оболонках всіх порожнин, сполучених із зовнішнім середовищем [6,8]. Зменшення кількості нормальної кишкової мікрофлори веде до ослаблення конкуренції з патогенами за рецептори слизової оболонки кишечника, знижується місцевий імунітет - продукція лізоциму, імуноглобуліну А [2].

Сформована ситуація, вимагає пошуку нових антибактеріальних засобів і підходів до лікування. Одним з найбільш обговорюваних в останні роки підходів до профілактики та лікування кишкових інфекцій є застосування пробіотиків [2,5,6]

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Багатьма дослідниками встановлено важливу роль

нормальної мікрофлори організму людини у підтримці його фізіологічного стану, забезпеченні гомеостазу і життєдіяльності. Особливу цікавість викликають представники нормальної мікрофлори людини - пробіотичні мікроорганізми [7].

Однак є невелика кількість фундаментальних досліджень, присвячених *Aerococcus*, *Acetovibrio*, *Butyrivibrio*, *Centipeda*, *Eutactarrium*, *Leptotrichia*, *Ruminobacteria*, *Solenomonas*, *Succinivibrio*. *Aerococcus viridans* володіють цілим рядом корисних властивостей, вироблених у процесі динамічної взаємодії як з макроорганізмом, так і з мікробіоасоціантами [2]. Наприклад, виявлена здатність аерококів окисляти молочну кислоту призводить до зниження рівня гіпоксії в кишечнику; виділення пероксиду водню, який розщеплюється каталазою епітелію кишечника і також призводить до оксигенації тканин [1,5].

Глутатіонредуктазна активність, утворення кон'югатів глутатіону з ксенобіотиками та інші корисні властивості становлять інтерес для подальшого вивчення їх впливу на гомеостаз макроорганізму [4].

Метою дослідження було розширене вивчення взаємин аерококів з

Gr + i Gr - бактеріями, що мають значення у визначенні біоценотичних взаємин між патогенними бактеріями і нормальною мікрофлорою шкіри і слизових поверхонь організму людини.

Виклад основного матеріалу.

У 1 -й серії експериментів вивчені взаємини аерококів з Gr + i Gr - бактеріями. Для цього використовувався метод відстроченого антагонізму[3]. Тест - культурою служив аутоштам *A. viridans* №15, виділений від людини.

На МПА засівалась штрихом звійс добової культури аутоштаму

A. viridans в ізотонічному розчині натрію хлориду (2x10⁸ мікробних клітин).

Для визначення оптичної щільності мікробної звійс використовувався прилад Densi-La-Meter. Оптична щільність за шкалою Mc Farlanda дорівнювала 0,7 ОД. Посів проводився по діаметру чашки Петрі.

Посіви інкубували 24 години при 37°C. Після інкубації до культури

A. viridans, що виросла на чашці, перпендикулярно штрихом підсівали взвійс свіжовиділених добових культур тест - штамів. У наших дослідженнях був розширений спектр умовно-патогенних і патогенних бактерій. Оптична щільність вимірювалась для кожної культури окремо і була ідентичною до щільності аутоштаму *A. viridans*.

У табл.1 представлені результати проведеного дослідження.

Отримані дані (табл.1) свідчать про те, що при вивченні відстроченого антагонізму тест-мікроби по різному реагують на присутність у середовищі вирощування продуктів метаболізму аутоштамів аерококів. Крім того, навіть у середині одного і того ж виду спостерігаються коливання. Це особливо чітко видно при вивченні як тест-мікроба холерного вібріона. Причому, чим більше вірулентний вібріон, тим більше він стійкий до антагоністичній дії аерококів. Відзначені значні зони затримки росту відносно вібріонів, стафілококів, дифтерійної палички, псевдомонад, бактерій групи кишкової палички, баціл.

Таблиця 1

Спектр антагоністичної активності аутоштамів *A. viridans*

Види тест-культур	Кількість культур	Діаметр зон затримки росту (мм) тест-культур аерококами; M ± m
<i>S. aureus</i> (№ 209) Госпітальні штами	1	15,0 ± 1,0
	50	12,3 ± 0,9
<i>V. eltor</i> (№ 5879), вірулентний, холерогенний <i>V. nag</i> (№ 5459), вірулентний, холерогенний <i>V. nag</i> (№ 5454), вірулентний, ентєропатогенний <i>V. nag</i> (P-6078), авірулентний НАГ- вібріони, виділені з водоймищ	1	7,2 ± 0,4
	1	10,0 ± 0,6
	1	12,3 ± 0,9
	1	37,0 ± 4,0
	19	21,6 ± 1,4
<i>P. vulgaris</i> (OX 19 221) Госпітальні штами	1	7,0 ± 1,0
	4	5,1 ± 0,4
<i>P. mirabilis</i> ("H" № 2091) <i>P. rettgeri</i> (Титов № 1)	1	6,0 ± 1,0
	1	7,0 ± 1,0
<i>P. aeruginosa</i> (№ 501) Госпітальні штами	1	5,5 ± 0,3
	26	5,22 ± 0,25
<i>E. faecalis</i> (№ 6783) Госпітальні штами <i>E. coli</i>	1	4,0 ± 1,0
	8	5,7 ± 0,8
<i>P. alcalifaciens</i> (№ 26240)	1	11,0 ± 2,0
<i>B. subtilis</i> (CCM 2216 ATCC 6051)	1	4,0 ± 1,0
<i>C. diphteriae</i> (штамм PW-8), вірулентний	1	25,0 ± 0,6
<i>C. perfringens</i> (музейний) <i>C. sporogenes</i> (музейний)	1	12,0 ± 2,0
	2	13,0 ± 2,0
<i>S. flexneri</i> (музейний)	1	9,0 ± 1,0
<i>S. typhimurium</i> (№ 5710) <i>S. sonnei</i> (№ 4997)	1	8,0 ± 1,0
	1	9,0 ± 1,0

Наступна серія дослідів показала вплив аерококів на 26 госпітальних штамів *P. aeruginosa*, виділених від хворих Дніпропетровського обласного опікового центру, що охоплюють усі серогрупові і серотипові варіанти цього виду мікроорганізмів. Облік результатів експерименту прово-

дився шляхом вимірювання діаметру зони пригнічення росту в мм. Антагоністичні властивості аутоштамів аерококів проти псевдомонад було досліджено також іншому варіанті експериментів.

На м'ясо-пептони агар в чашках Петрі засівали газоном

0,1 мл 1 млрд / мл суспензії *A. viridans* 167, а через добу інкубації при 37° агар перевертали догори дном і на його поверхню засівали також газonom різну кількість клітин псевдомонад: 10⁹, 10⁸, 10⁷ мікробних тіл. Після повторної добової інкубації при 37° С враховували наявність та інтенсивність росту псевдомонад.

Для статистичного аналізу використовували пакет прикладних програм Statistica v6.1°. Кількісні ознаки представлені у вигляді середнього значення та його стандартної похибки (M±m). Для порівняння застосовували однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA (F), критерій Стьюдента (t) або критерій Манна-Уїтні (для малих вибірок). Статистично значущими вважали відмінності при p < 0,05.

Одним з найбільш стійких мікроорганізмів до антагоністичній дії аерококів виявилася синьогнійна паличка. Псевдомонади, є дуже пластичними бактеріями, самі мо-

жуть надавати антагоністичну дію на багато видів мікроорганізмів.

Вивчалась антагоністична активність псевдомонад, заздалегідь вирощених на МПА, щодо тест - культур: вібріона, штаму р- +6078; *S. aureus* 209; *E. coli* 675 і *A. viridans*. Аутоштами аерококів на відміну від стафілококів, кишкової палички та вібріона - не проявляють чутливості до дії активного початку псевдомонад.

Наступна серія дослідів наочно демонструє вплив аерококів на 26 госпітальних штамів *P. aeruginosa*, виділених від хворих Дніпропетровського обласного опікового центру, що охоплюють всі серогрупові і серотипові варіанти цього виду мікроорганізмів.

Поведінку псевдомонад в зоні антагоністичної дії аерококів в умовах відстроченого антагонізму представлено в табл.2.

Таблиця 2

Середні розміри зон (мм) затримки росту псевдомонад у зоні антагоністичної дії аерококів; M ± m; n = 5

Штам аерококів №15	Кількість клітин псевдомонад в 1 мл посівного матеріалу				Зони затримки росту вібріону
	1 · 10 ⁹	1 · 10 ⁸	1 · 10 ⁷	1 · 10 ⁶	
	5,22 ± 0,25	14,02 ± 0,3	15,87 ± 0,28	18,36 ± 0,34	

З табл.2 видно, що всі культури псевдомонад проявляють чутливість до аерококів - антагоністів і продуктів їх метаболізму. При цьому зони пригнічення знаходяться в прямій залежності від кількості підсіяних мікробів (силу антагоністичної дії оцінювали величиною площі пригнічення росту вібріона).

Звертає увагу характер росту псевдомонад в зоні антагоністичної дії ауто штамів аерококів. По-перше, ріст псевдомонад менш інтенсивний і часто складається з окремих колоній. По-друге, він має суху поверхню і, що особливо цікаво, не має пігменту. Пігмент з'являється лише на 4-5-у добу зберігання культур при 20° С - 22° С. Крім того, при перегляді культур в світлі, яке має кут нахилу 43°, вони частіше блакитного, червоного або сірого, а не типового солом'яно - жовтого світіння, що спостерігається при переході

P. aeruginosa з S в R - форми. Поява R- та перехідних від

S- до R- форм серед залишених життєздатними псевдомонад в зоні антагоністичної дії аерококів свідчить про те, що вони потрапляють у несприятливі для життєдіяльності умови.

Аналогічні результати були отримані і в іншому варіанті експериментів. На м'ясо-пептоні агар в чашках Петрі засівали газonom 0,1 мл 1 млрд / мл суспензії *A. viridans* 167, а через добу інкубації при 37° агар перевертали догори дном і на його поверхню засівали також газonom різну кількість клітин псевдомонад: 10⁹, 10⁸, 10⁷ мікробних тіл. Після повторної добової інкубації при 37° С враховували наявність та інтенсивність росту псевдомонад. У табл.3 наведені отримані результати, з яких видно, що аерококи володіють вираженими антагоністичними властивостями, колонії псевдомонад які виростають, як правило, не мають пігменту.

Таблиця 3

Інтенсивність росту *P. aeruginosa* (штам № 463) на МПА, який містить продукти метаболізму аерококів; n = 10

Кількість підсіяних клітин псевдомонад	Інтенсивність росту псевдомонад
1 · 10 ⁹	+++
1 · 10 ⁸	315,1 ± 23,3 колоній
1 · 10 ⁷	-

Висновки та пропозиції.

При вивченні відстроченого антагонізму показано, що тест-мікроби по різному реагують на присутність у середовищі вирощування продуктів метаболізму аутоштамів аерококів. Крім того, навіть усередині одного і того ж виду спостерігаються коливання. Це особливо чітко видно при вивченні як тест-мікроба холерного вібріона. Причому, чим більше вірулентний вібріон, тим більше він стійкий до антагоністичній дії аерококів.

Аутоштами аерококів на відміну від стафілококів, киш-

кової палички та вібріона не проявляють чутливості до дії активного початку псевдомонад.

Всі культури псевдомонад проявляють чутливість до аерококів - антагоністів і продуктів їх метаболізму.

Аерококи володіють вираженими антагоністичними властивостями, по відношенню до псевдомонад. Колонії псевдомонад які виростають, як правило, не мають пігменту.

Досліди показали, що аерококи є сильними антагоністами та отримані дані можуть служити підставою для подальшого вивчення застосування аутоштамів аерококів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Кременчуцкий Г.Н., Рыженко С.А., Вальчук С.И. Роль микроэкологии организма человека и принципы ее коррекции. - Днепропетровск, 2003. - С. 58-59.
 2. Коррекция дисбиотических нарушений при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени биологически активными добавками с пробиотическим действием / Соловьева Н.В., Лейхтер С.Н., Бажукова Т.А. [и др.] // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. — 2013. — Т. 8. — С. 48—57.
 3. Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. Приказ № 535 МЗ СССР от 22.04.1985. М., 1985. 56 с.
 4. Рыженко С.А., Вальчук С.И. Вплив живої культури *Aerococcus viridans* на фактори імунологічної реактивності організму людини *in vitro* // Одес. мед. журн. – 2003. - № 5

(79). – С.108-111.
 5. Рыженко С.А. Влияние А-бактерии на гомеостаз организма человека при различных патологических состояниях // Сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. памяти Г.И. Гончаровой «Пробиотические микроорганизмы – современное состояние вопроса и перспективы использования» / Под ред. В.А. Алешкина. – М., 2002. – С. 41-42.
 6. Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children / S. Michail, F. Sylvester, G. Fuchs, R. Issenman // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2006. - Vol. 43, N4. – P. 550–557.
 7. Michail S, Sylvester F, Fuchs G, Issenman R. Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2006;43(4):550-557.
 8. Steinhoff U. 2005. Who controls the crowd? New findings and old questions about the intestinal microflora. Immunology Letters, Volume 99, Issue 1, 15 June, Pages 12–16.

BIOTYPES OF AEROCOCCUS VIRIDANS

Stepanskyi Dmytro Oleksandrovitch

SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine»,

associate manager by a Department Microbiology, Virology, Immunology and Epidemiology

Koshova Irina Petrivna

SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine»,

teacher General and Clinical Pharmacy Department

Kremenchutskyi Gennady Mykolayovitch,

SE «Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of Health of Ukraine» professor Department

Microbiology, Virology, Immunology and Epidemiology

Xeniya Fedoryak

Medical University of Lodz, Poland English division, 2nd year

ABSTRACT

A. viridans microorganisms are widespread in nature, they are representatives of the macro-microbiocenosis. There is evidence in the literature on the allocation of *A. viridans* during various diseases without an analysis of the immune status and the study of other possible pathogens that are the main cause of the disease. The presented in the literature genetic analysis of *A. viridans* took from the pathological focus does not give us an opportunity to associate it with certain characteristics of *aerococcus*. We conducted the research of excretion *A. viridans* from healthy macroorganisms and from the environment to study their biological characteristics (for antibacterial compounds, the ability to produce reactive oxygen species, antioxidant system activity and antagonist activity). Based on these characteristics *A. viridans* were divided into three biotypes with strict compliance with scientists' features.

Key words: *aerococcus*, biotypes, biochemical activity, antioxidant protection.

Formulation of the problem. Despite the fact that it is long time since the discovery and identification of *aerococcus* there is still no information about dissemination and characteristics of *aerococcus* takes part in the composition of microbial associations of endothermal animals. For the first time *aerococcus* was sorted out in 1953 [42, 43], by the inoculation of the air, the air from the hospitals [33], soil [34].

Analysis of recent research and publications. Right after it was reported that *aerococcus* found in pathological material in the infectious process. *A. viridans* were isolated from the blood of patients with endocarditis [25, 28], from the urine of patients

with urinary tract infection [31], from the blood of patients with hypogranulocytosis [24, 40].

Aerococcus is prevalent in the animal microflora. The hemocultures of *aerococcus* were obtained from mice with bacteremia [29]. It has been found that *A. viridans* is sensitive to penicilline, macrolide and chloramphenicol and resistant to aminoglycoside [26]. Were described the incidents of diseases in animals: pigs [36], cows' mastitis [39], amphibious – turtles [40].

The discovery of *A. viridans* in the focus of inflammation may not be indicative of their aetiological role without detailed

bacteriological and virologic research of pathological material (disclosure or absence of Chlamydia or viruses). No study indicated the discovery of pathogenicity factors in aerococcus and attempts to simulate an experimental animal model of infection has not been successful [32].

At the same time it was shown the wide representation of aerococcus in microbiocenosis of macroorganisms [18].

Biological treatment and prevention drugs, developed on the basis of *A. viridans* 167 [2, 7, 11, 19, 20] were separated from the human milk by the professor Gorbunova M. L. (1965) have demonstrated clinical efficacy in various pathological processes [21].

It has shown effectiveness for bacterial infection of the nasopharynx [4], increased immunoresponsiveness body [3, 15, 20] for preventing and treating salmonellosis [21], staphylococcal infection [13, 14, 16, 19] for control and normalization of the vaginal flora [18], the correction of dysbiosis and homeostasis of the organism [12], pulmonary tuberculosis [5], urologic complications of pathological processes [8], an antagonistic effect on the meningococcus [1].

Bold unsolved aspects of the problem. It has showed the intraspecific difference between aerococcus [17]. During studies at the molecular level in aerococcus (genetic characteristics, distribution of cell wall proteins during electrophoresis) have emerged a large number of aerococcus cultures with slight differences in characteristics assigned. This distribution is separated cultures do not allow to make the correlation between the molecular differences and their biological characteristics.

The aim of the study. The object of our work is to try to spread the culture divided into two fundamental characteristics of *A. viridans* (the ability to oxidize lactate production of hydrogen peroxide and selenium reduction of its salt).

Presenting main material. We studied gram-positive, catalase-negative cocci taken from biological material from healthy people, animals and birds, and delivered a comparative study to their taxonomic characteristics.

It has been studied 118 aerococcus crops; taken from the human body, 16 cultural objects taken from the environment (water, wash vegetables), 21 cultures taken from animals (mice - 10 aerococcus crops, pigs - 3 cultures, cows- 5 crops, chicken - 6 of Culture), a strain of sample preparation and bacterial-bacterine N and 4 links aerococcus cultures. As reference cultures were used strains *A. viridans* from the collection SSM: №1911 [28, 32, and 41].

Separation and identification of aerococcus cultures was held in the agreements methods offered by GN Kremenchutskiy et al (2009) [7].

For separation (gram+, gram-) cocci was used fluid from the oral cavity of healthy people and faeces of animals and birds as biological material. Intake and held crop material and identifying microbial culture were made in accordance with [10].

To distinguish aerococcus forms on biochemical activity was developed an indicated medium, that includes sodium selenite. The following composition: 1 l of distilled water: potassium iodide - 26 g, soluble starch - 10 g, sodium selenite - 0, 4 g, dry nutrient medium - 32 g. The incorporation into the potassium iodide and soluble starch in medium makes it possible to evaluate the activity of oxidase aerococcus resulting color of the colonies in the culture medium as deep blue color. Aerococcus colonies that reduce sodium selenite in the selenium initial stain appear red.

Sensitivity to antibiotics are evaluated by agar diffusion method using discs [10]. Aerococcus antagonistic action to the test cultures of microorganisms has been studied by the methods of deferred antagonism.

Glutathione peroxidase activity was determined by the method of [9]. The protein was identified using the method of [34]. Superoxide was determined by the method of [36]. The activity of superoxide was identified by the method of [6]. SOD activity was expressed in micromoles / min. mg protein.

During sowing crops aerococcus cultures separated on indicated media was noticed another color of the colonies and of the medium depending on the biochemical activity aerococcus. Culture, which oxidize potassium iodide sprouted colony with an intense dark color with dark coloring of the growth medium, the cultures were evaluated among 1 biotype aerococcus. Cultures that reduce selenium from sodium selenite colony sprouted, painted in red. These cultures were assessed as two biotypes aerococcus. Furthermore, it was observed that the growth of the colonies colored red with fade out within the area around the medium indicates the oxidation of potassium iodide and at the same time reducing selenium from sodium selenite about.

These cultures were rated as 3 biotype of aerococcus. (Pic.1) Distribution of separated cultures from different sources by biotypes is shown in Tab. 1



Pic. 1. Three biotypes *Aerococcus viridans*:
 a) Black colonies – 1 biotype, red – 2 biotype of aerococcus;
 b) Red colonies with black zones – 3 biotype.

Table 1

The distribution of crops on the forms of biochemical activity, depending on the emission source

Source of the release	Quantity of examined aerococcus cultures	Distrobution of cultures on forms of biochemical activity		
		Oxidation KJ (1 type)	Reduce of Na ₂ SeO ₃ (2 type)	Both types of activity (3 type)
Reference Laboratory Reference Strains:	1911	+	-	-
	1914	-	+	-
	2439	+		
	2440,	-	+	-
	2452	+	-	-
human	Strain for production A-bacterine № 167	1	0	0
human	30	17	6	7
birds	23	22	3	10
cows	6	1	0	1
sheep	5	2	4	1
pigs	7	4	3	0
mice	10	6	2	2
air	5	4	2	1
water	23	19	2	2

A study of sensitivity of aerococcus strains to antibiotics of penicillin row and lysozyme was conducted on the samples, which aim is the cell walls of aerococcus. Details of these experiments in Table. 2

From the data of Table 2 can be seen the clear difference in the effect of antibiotics penicillin and lysozyme row, which shows the existence of the characteristic in the structure of cell walls 2, 1 and 3 biotypes.

Tab.2

Sensitivity of aerococcus strains to penicillin and lysozyme

Biotypes	Minimum abscopal concentration of antibiotics, microgram/ ml			
	penicillin	oxacillin	methicillin	lysozyme
1 biotype	60-125	120-500	1,92-3,84	15-61,44
2 biotype	0,06-0,12	0,06-0,12	0,06-0,12	2000-2500
3 biotype	62,5-125	62,5-125	0,06-0,12	1,92-3,84

Previously we have seen that aerococcus ROS production is a result of the oxidation of lactic acid, glycerol phosphate, glycine. To account for the production of ROS aerococcus antagonize as for pathogenic and opportunistic microorganisms. Table 3 shows the results of experiments on the detection of superoxide anion production and hydrogen peroxide bio. A. viridans.

Antioxidant protection of aerococcus cells comes true by functioning superoxide dismutase, glutathione peroxidase, also chemical reaction between hydrogen peroxide with

pyruvic acid, that form lactic acid. In the tab. 4 are showed the characteristics of superoxide dismutase and GSH-peroxidase activity of biotypes A. viridans.

Antioxidant protection of aerococcus cells exist by functioning of superoxide dismutase, glutathione peroxidase, and a chemical reaction between the hydrogen peroxide with pyruvate to produce lactic acid. Table. 4 shows the characteristics of SOD and GSH-peroxidase activity biotypes A. viridans.

Tab. 3

Production of superoxide anion and hydrogen peroxide in the course of oxidation by biotypes A. viridans 0,045 M sodium lactate

Biotypes	Specific activity of production superoxide (O ₂) on 1 mg of protein FK by 1 min	Influence on the production O ₂ Superoxide dismutase (1EД/1ml)	Accumulation of hydrogen peroxide in broth, mM
1 type	13,8 ± 0,97	1,7 ± 0, 3	4,2±0,8
2 type	1,35 ± 0,02	0,95±0,23	0,08±0,001

3 type	8,1± 0,9	5,6 ± 0,26	2,3,3±0,06
--------	----------	------------	------------

Tab.4

Superoxide dismutase and GSN-peroxide activity of biotypes A. viridans

Biotypes	Specific activity of superoxide dismutase ED 1 mg of protein for 1 min	Specific activity GSH-peroxide ED on 1 mg of protein for 1 min
1 type	5,45±0,7	0,44±0,04
2 type	8,35 ± 1,02	0,95±0,23
3 type	12,1 ± 0,9	5,6± 0,26

Antagonistic activity of representatives of different biotypes A. viridans for catalase-negative strain of Vibrio NAG and catalase-positive E. coli with lactate oxidase activity and the accumulation of hydrogen peroxide at the time of growth medium were compared. (tab. 5)

These data show the production of biologically active substances of different biotypes A. viridans: hydrogen peroxide, superoxide, lactate oxidase, superoxide dismutase and GSH-peroxidase.

Tab. 5

Comparison of antagonistic and oxydase activity in different types of aerococcus

Biotypes	Biological activity of aerococcus strains			
	Diameter of zone of the suppression the growth of Vibrio NAG (mm)	Diameter of zone of the suppression the growth of E. coli, (mm)	Activity of LDG on 1 mg of prot.	Accumulation of hydrogen peroxide in broth (mM)
1 type	37,2±3,4	12,1±1,2	1112±87	4,2±0,8
2 type	18,2±5,1	5,0±1,2	231±211	0,08±0,001
3 type	47,5±5,6	15,7±4,3	714±15	2,3,3±0,06

Information in the tables indicate that biotypes 1 and 3 of A. viridans at the time of equimolar production of adenosine phosphosphoric acid have a stronger antagonistic effect than catalase-negative strains of Vibrio NAG and catalase-positive E.coli. The antagonistic effect of biotype 2 Aerococcus viridans for catalase-negative strain Vibrio AG and catalase-positive E.coli during decreased activity of lactate oxidase and virtually zero production of hydrogen peroxide can be explained by the additional substances such antagonistic microsin, produced by aerococcus,

Despite the significant concentration of adenosine phosphoric acid produced by aerococcus is grows on ordinary nutrient media, and they are ubiquitous representatives of the normal microflora and microorganisms. These facts suggest about the balanced intracellular redox regulation of aerococcus.

Conclusions and suggestions. Microorganisms of the genera Aerococcus, A.viridans species are widely distributed in biotype and healthy macroorganisms, in the environment, and can be divided into three biotypes whose members differ in their sensitivity to penicillin and lysozyme by their ability to oxidize the lactic acid production APA reduce selenium from selenite sodium. Activities of A.viridans antioxidant system (catalase, superoxide dismutase and glutathione peroxidase) biotypes differ depending on the intensity of production of APA.

There is a correlation between oxidative activity A. viridans and antagonistic activity of representatives of three biotypes for catalase-negative Vibrio NAB and catalase-positive E.coli.

Taking into account the antagonistic effect of A. viridans type 2 catalase positive E. coli it may be assumed that there is an additional mechanism for the production of antibacterial factor

LITERATURE

1. Антагоністична активність пробіотиків А-бактерину та біоспорину у відношенні N.meningitidis / Риженко С.А., Прядко Л.О., Дікленко Т.М., Хейлік О.Г. // Мед. перспективи. - 2003. - Т. 8, № 3. - С. 84-86.)
2. А-бактерин – пробіотик нового покоління / Риженко С.А., Кременчуцький С.Г., Ісаєв А.В., Юргель Л.Г., Кулішенко С.Г.// Буков. мед. вісн. - 2002. - Т. 6, № 3. - С. 232-234
3. Біологічні властивості А-бактерину / Риженко С.А., Кременчуцький С.Г., Черняєв С.А., Кулішенко С.Г. // Вісн. Сум. держ. ун-ту. -2001.- № 11(32) - С. 159-168.
4. Влияние живой культуры Aerococcus viridans на факторы иммунологической реактивности организма человека in vitro / Кременчуцький Г.Н., Кулішенко С.Г., Рыженко С.А., Вальчук С.И., Юргель Л.Г., Бицкий В.В., Лахтионова Н.Г., Шарун О.В. // Материалы XI мед. конф. «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии, экологии». – Гурзуф, 2003. – С. 370-374
5. Изучение влияния профилактического приема А-бактерина детям раннего возраста с персистирующей бактериальной инфекцией носоглотки / Шарун И.Э., Шарун А.В., Мединская О.Н., Рыженко С.А. // Междунар. конф. «Новые информационные технологи в клинической нейрофизиологии неврологии и хирургии». – Гурзуф, 2001. – С. 202-201.
6. Кожушко М.Ю., Риженко С.А. Антитоксична дія А-бактерина у хворих на туберкульоз легень // Мед. перспективи. - 2003. – Т.8, № 2. - С. 69-71.
7. Костюк В. А., Потапович А.И., Ковалева Ж.В. Простой и чувствительный метод определения активности супероксиддисмутазы, основанный на реакции окисления

кверцетина // Вопр. мед. химии. - 1990. - № 2. - С. 88-91.

7. Кременчуцкий Г.Н., Юргель Л.Г., Шарун О.В., Степанский Д.А., Вальчук С.І., Кошева І.П., Парусов А.В.- Методичні рекомендації.-Київ. - 2009.-19 с.

8. Кутувий А.Б., Риженко С.А., Молчанов Р.М., Вальчук С.І. // Урология. - 2003. - Т.7, № 1 - С. 23-25 Антагоністична активність пробіотиків А-бактерину та біоспорину у відношенні *N.meningitidis* / Риженко С.А., Прядко Л.О., Дікленко Т.М., Хейлік О.Г. // Мед. перспективи. - 2003. - Т. 8, № 3. - С. 84-86.

9. Моин.В.И. Простой и чувствительный метод определения глутатионпероксидазы в эритроцитах // Лаб. Дело.-1986.-№12-С. 724-727

10. Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. Приказ № 535 МЗ СССР от 22.04.1985. М., 1985. 56 с

11. Риженко С.А. Вплив А-бактерину при пероральному прийомі на показники білкового і ліпідного обміну організму людини // Вісн. Вінниц. держ. мед. ун-ту. - 2002. - Т. 6, № 1. - С. 83-84.

12. Риженко С.А. Корекція мікробіоценозу кишечника пробіотиком А-бактерин у хворих на дизбактеріоз // Мед. перспективи. - 2001. - Т.6, № 4. - С. 75-77.

13. Риженко С.А. Особливості антагоністичної дії *Aerococcus viridans* на *Staphylococcus aureus* in vitro при повторному контакті // Укр. мед. альманах. - 2003. - № 1. - С. 101-103

14. Риженко С.А. Про зміну чутливості до пеніциліну *Staphylococcus aureus* при спільному культивуванні з *Aerococcus viridans* in vitro // Дерматология, косметология, сексопатология. - 2002. - № 3-4(5). - С. 58-60

15. Риженко С.А., Вальчук С.І. Вплив живої культури *Aerococcus viridans* на фактори імунологічної реактивності організму людини in vitro // Одес. мед. журн. - 2003. - № 5 (79). - С.108-111.

16. Риженко С.А., Вальчук С.І., Шарун О.В. Активність каталази *Staphylococcus aureus* при спільному культивуванні з *Aerococcus viridans* in vitro // Медицина сьогодні і завтра. - 2003. - № 1. - С. 40-42

17. Риженко С.А., Черняев С.А., Кременчуцький С.Г. Зміна біологічних властивостей усередині популяції *Aerococcus viridans* // Мед. перспективи. - 2002. - Т.7, № 2. - С. 18-21...). Методи виділення та ідентифікації грам позитивних каталазо негативних коків.

18. Риженко С.А., Юргель Л.Г., Шарун О.В. Динаміка показників мікробіоценозу піхви у вагітних і породілей // Мед. перспективи. - 2004. -Т.9, № 2. - С.79-81.

19. Риженко С.А., Вальчук С.І., Шарун О.В. Дослідження лікувальної дії *Aerococcus viridans* на моделі стафілококової інфекції // Мед. перспективи. - 2003. - Т.8, № 1. - С.34-36.

20. Риженко С.А., Кулішенко С.Г., Журило О.А. Імунні реакції організму людини на пробіотик А-бактерин // Вісн. фармації. - 2002. - № 4. - С. 78-80.

21. Рыженко С.А. Влияние А-бактерина на гомеостаз организма человека при различных патологических состояниях // Сб. материалов междунар. науч.-практ. конф. памяти Г.И. Гончаровой «Пробиотические микроорганизмы

- современное состояние вопроса и перспективы использования» / Под ред. В.А. Алешкина. - М., 2002. - С. 41-42.

22. Рыженко С.А. Влияние пробиотика А-бактерина на повторное бактериовыделение, выраженность интоксикации и течение сальмонеллезов // Вестн. гигиены и эпидемиологии. - 2002. - № 1. - С. 63-66.

23. Рыженко С.А., Кременчуцкий Г.Н. Эффективность А-бактерина при пероральном и наружном применении // Междунар. конф. «Новые информационные технологии в клинической нейрофизиологии, неврологии и хирургии». - Гурзуф, 2001. - С. 99-100.

24. Battison AL, Cawthorn RJ, Horney B Response of American lobsters *Homarus americanus* to infection with field isolate of *Aerococcus viridans* var. *homari* (Gaffkemia): survival and hematology. *Dis Aquat Organ.*-2004.-61,№3.-P. 263-268.

25. Bru, P., C. Manuel, C. Iacnann, A. Vaillant, C. Malmejac, and J. Houel. 1986. Indications and result of surgery in native valve infectious endocarditis. Apropos of 104 surgically-treated cases. *Arch. Mai. Coeur Vaiss.* 79:47-51.

26. Buu-Hoi, A. C., C. Le Bouguenec, and T. Horaud. 1989. Genetic basis of antibiotic resistance in *Aerococcus viridans*. *Antimicrob. Agents Che-mother.* 33:529-534. Public Health Agency of Canada. (2004).

27. Cetin M, Ocak S, Ertunc D. a case report unusual case of urinary tract infection caused by *Aerococcus viridans*.. *Med. Sci. Monit.* - 2007;21:65-67

28. Clausen, O.G. 1964. The discovery, isolation, and classification of various alpha-haemolytic micrococci which resemble aerococci sp. nov. *J. Gen. Microbiol.* 35 : 1-8.

29. Dagnaes-Hansen F, Kilian M, Fuursted K (2004) Septicaemia associated with an *Aerococcus viridans* infection in immunodeficient mice. *Lab Anim* 38: 321-325

30. Gopalachar A, Akins RL, Davis WR, Siddiqui AA (2004) Urinary tract infection caused by *Aerococcus viridans*.

31. In Best M., Graham M. L., Leitner R., Ouellette M. and Ugwu K. (Eds.), *The Laboratory Biosafety Guidelines* (3rd ed.). Canada Stewart JE, Cornick JW, Zwicker BM, Arie B (2004) Studies on the virulence of *Aerococcus viridans* (var.) *homari*, the causative agent of gaffkemia, a fatal disease of homarid lobsters. *Dis Aquat Organ* 60: 149-155.

32. Kerbaugh, M. A., and J. B. Evans. *Aerococcus viridans* in the hospital environment. *Appl. Microbiol.* 1968.- 16:519-523.

33. Kontehou, C. Y., and R. Blondeau. 1990. Isolation and characterization of hydrogen peroxide producing *Aerococcus* sp. from soil samples. *FEMS Microbiol. Lett.* 68:323-328.

34. Lowry O.H. Protein measurement with the folin phenol reagent / O.H. Lowry // *Biol. Chem.* - 1951. - Vol. 193, № 1. - P. 265-275.

35. Martin V, Vela AI, Gilbert M, Cebolla J, Goyache J, Dominguez L, Fernandez-Garayzabal JF (2007) Characterization of *Aerococcus viridans* Isolates from Swine Clinical Specimens. *J Clin Microbiol* 45: 3053-3057.

36. Pigeolet E., Corbisier P., Houbion A., Lambert D. et al. Glutathione peroxidase, superoxide dismutase, and catalase inactivation by peroxides and oxygen derived free radicals // *Mech Ageing Dev.* - 1990- Vol..51, No 3. - P. 283-297.).

37. Popescu GA, Benea E, Mitache E, Piper C, Horstkotte D (2005) An unusual bacterium, *Aerococcus viridans*, and four

cases of infective endocarditis. J Heart Valve Dis 14: 317-319.
38. Spakovar T., Elecko J., Vasil M., Legarth J., Pristas P., Javorskyr P. Limited genetic diversity of *Aerococcus viridans* strains isolated from clinical and subclinical cases of bovine mastitis in Slovakia Polish Journal of Veterinary Sciences Vol. 15, No. 2 (2012), 329-335
39. Torrent A, Deniz S, Ruiz A, Calabuig P, Sicilia J, Oros J (2002) Esophageal diverticulum associated with *Aerococcus viridans* infection in a loggerhead sea turtle (*Caretta caretta*). J

Wildl Dis 38: 221-223.
40. Uh, Y., Son, J. S., Jang, I. H., Yoon, K. J., & Hong, S. K. Penicillin-resistant *Aerococcus viridans* bacteremia associated with granulocytopenia. Journal of Korean Medical Science.-2002.- 17(1), 113-115
41. Williams, R.E.O., Hirsch, A., and Cowan, S.T. *Aerococcus*, a new bacterial genus. J.Gen. Microbiol., 1953, Vol. 79, №8, 475-480

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА МОЗГА (ПО ДАННЫМ НЕЙРОСОНОГРАФИИ) И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭН-ЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Коцавцев А.Г.

доцент кафедры психиатрии,

Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет

Краснощечкова Е.И.

доктор биологических наук, профессор кафедры психофизиологии

Санкт-Петербургский Университет

ANATOMY OF THE CORPUS CALLOSUM OF THE BRAIN (AC-CORDING NEUROSONOGRAPHY) AND DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY

Koshchavtcev A.G., docent of the department of psychiatry Saint-Petersburg Pediatric Medical University

Krasnoshchekova E.I., doctor of biology, professor Saint-Petersburg University

АННОТАЦИЯ

Исследование на протяжении первого года жизни младенцев указывает, что на неврозоподобные и резидуальные нарушения у детей в возрасте 12-14 месяцев влияют как особенности течения беременности, так и родов. Для доношенных и переношенных детей большее значение имеет течение родов. Для недоношенных в возрасте до 33 недель и в возрасте 34-35 недель гестации решающая роль принадлежит сосудистым нарушениям и уровню морфологической зрелости мозга. А у недоношенных в возрасте 36-37 недель исходы зависят от большего количества факторов, кроме перечисленных для других гестационных групп, в том числе и от показателей качества брачных отношений, возраста матери. Результаты срезового исследования большой группы детей до месяца находятся в контексте меньшего по количеству детей исследования детей первого года жизни. Вместе тем, «косой» размер клюва мозолистого тела органично «включается» в данную систему координат, являясь, наряду с другими показателями, маркером гестации и гипоксического поражения мозга.

ABSTRACT

Research during the first year of infant data confirms that the residual and neurotic disorders in children aged 12-14 months are associated with hypoxia during pregnancy and childbirth. During the act of birth is important for full-term infants. For premature babies under the age of 33-35 weeks of gestation decisive role belongs to vascular disorders and morphological level of maturity of the brain. Premature infants aged 36-37 weeks, the outcome depends on many factors, including the quality indicators of marital relations, maternal age. Size «beak» of the corpus callosum is a marker of gestation and hypoxic brain damage.

Ключевые слова: Нервно-психическое развитие младенца, недоношенные дети, доношенные дети, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, (ГИЭ), мозолистое тело головного мозга (МТ).

Key words: infant development, premature babies, full-term infants, hypoxia, hypoxic-ischemic encephalopathy, corpus callosum of brain.

Интегративную работу головного мозга выполняют ассоциативные тракты, связывающие различные области коры. Мозолистое тело (МТ) осуществляет взаимодействие полушарий, объединяя их ассоциативные системы. Топографическая приуроченность межполушарных проекций к отделам МТ позволяет судить о состоянии областей коры. Известно, что поражение коры головного мозга присутствует у 35-85% новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ)[6]. Парциальные инсульты как следствие ГИЭ в коре отмечаются чаще в области пограничного кровоснабжения из бассейнов различных сосудов.

Гипоксия и ишемия приводят к нейрональным потерям

и появлению неорганизованных миелоновых волокон белого вещества, что сопровождается появлением гребней и борозд, известных как «грибовидные» извилины [6]. В лобных долях двусторонние острые инфаркты «водораздельного» типа между передней и средней мозговой артериями являются следствием нарушения мозгового кровообращения в первые 24 часа жизни. Результатом потерь нейронов является гипермиелинизация и замена паренхимы мозга спинномозговой жидкостью [5].

Задачей исследования было сравнить нервно-психическое развитие недоношенных и доношенных младенцев с гипоксически-ишемической энцефалопатией со стандартными нейросонографическими данными и данными

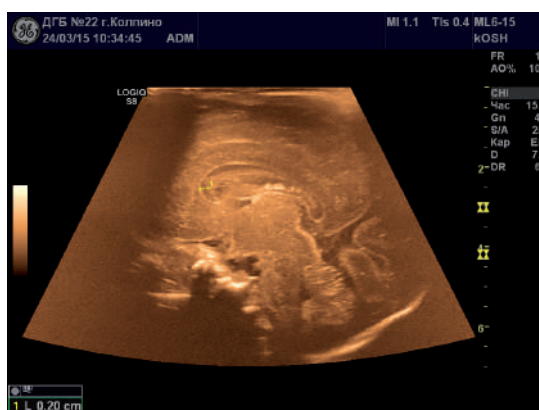
строения мозолистого тела.

В обследовании приняли участие 350 детей с ГИЭ первого месяца жизни, оказавшихся на отделении патологии новорожденных Детской городской больницы № 22 Санкт-Петербурга вследствие гипоксии и асфиксии из которых 6 детей имели гестацию менее 29 недель, 14 детей - 29-31 недель, 87 детей - 32-34 недель, 113 младенцев были недоношенными на 35-37 неделе, 118 детей были доношенными (38-40 недель) и 12 детей были переношенными (41-43 недели).

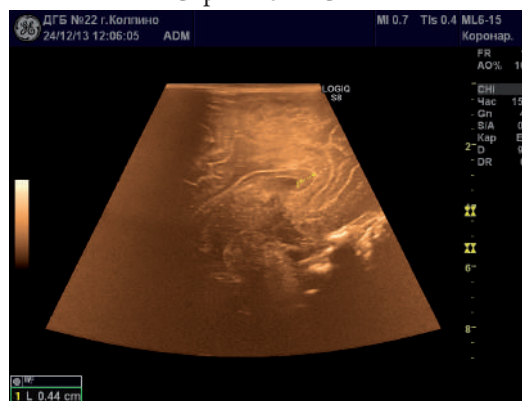
Топографически мозолистое тело разделяют на «клюв» (CC1), «ко-лено» (CC2), ростральное тело (CC3), среднее тело в составе переднего (CC4) и заднего (CC5), «перешеек» (CC6) и «валик» (CC7) [3]. Проводилась нейросонография на приборе LOGIQ S8 в саггитальной плоскости и определялся «косой» размер клюва (Скриншот 1 НСГ ре-

бенка на 32 неделе гестации, Скриншот 2 НСГ ребенка на 40 неделе гестации) в см. Очевидно, что «клюв» мозолистого тела топографически «привязан» к ассоциативным связям лобной доли, которые влияют на мотивацию к деятельности, характерологические особенности, успешность, математические способности ребенка.

Учитывались степень тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии, определяемая при клиническом осмотре по Якунину, Ямпольской [4], данные рутинной нейросонографии (дилатация желудочков, дилатация межполушарной щели и субарахноидальных пространств, наличие повышенной эхогенности перивентрикулярных зон и перивентрикулярная лейкомаляция, перивентрикулярные кровоизлияния по степеням, наличие субэпидимальных кист, нарушение визуализации борозд и извилин).



Скриншот НСГ 1



Скриншот НСГ 2

Эмпирически мы выделили некую иерархию в размерах клюва МТ от самого малого размера (0,09-0,19 см), через средние его размеры (0,2-0,29 см; 0,3-0,39 см), к большому (свыше 0,4 см). Данная последовательность понятна при наличии глубокой недоношенности и органического поражения мозга (например, гидроцефалия), при которых мозолистое тело, по-видимому, истончено.

Показателями исхода ГИЭ мы считали степень тяжести перинатальной энцефалопатии (показано, что средняя и тяжелые степени тяжести всегда отражаются на последующем развитии), данные нейросонографии (вентрикуломегалия и внутрижелудочковые кровоизлияния приводят к развитию Минимальной мозговой дисфункции и более

тяжелым нарушениям ЦНС) и мы оценивали наличие невротических, неврозоподобных и резидуальных нарушений в возрасте 12-14 месяцев (нарушения сна; гиперкинезы в виде тиков, яктации; дефицит внимания; доречевые нарушения в данном возрасте; детский церебральный паралич).

При однофакторном дисперсионном анализе отмечаются различия с высокой степенью достоверности между группами детей с минимальными значениями величины «клюва» МТ и его значениями - 0,2-0,29 см по большинству показателей с четкой приуроченностью к гестации. То есть при «косом» размере «клюва» МТ 0,09-0,19 см чаще отмечается максимальная недоношенность (33,9+2,96 неделя

гестации), средняя степень ГИЭ, расширение боковых желудочков 0,7-1,0 см, гиперэхогенность ПВ зон и нарушения визуализации борозд. Иными словами минимальный показатель косоугольного размера «клюва» МТ встраивает-

ся в структуру показателей вследствие ишемии-гипоксии средней степени и II степени недоношенности, что подтверждают данные кластерного анализа (рис.1).

Таблица 1

Среднее и стандартное отклонение для неврологического диагноза, гестации и анатомических показателей

	"Косой" размер "клюва" 0,09-0,19 см	"Косой" размер "клюва" 0,2-0,29 см	«Косой» размер «клюва» 0,3-0,39 см	«Косой» размер «клюва» свыше 0,4 см
Гестация в неделях	33,9+2,96***	35,9+2,98**	37,34+2,48	38,7+2,7
Неврологический диагноз	2,94+0,7***	2,57+0,66***	2,48+0,63	2,59+0,57
Дилатация желудочков	1,75+0,93***	1,25+0,47***	1,22+0,44	1,07+0,26
Дилатация МПЩ и САП	1,02+0,14	1,02+0,197	1	1,03+0,19
Повышенная эхогенность ПВ зон и перивентрикулярная лейкомаляция	1,83+1,03 ***	1,25+0,53***	1,11+0,44	1,11+0,31
Перивентрикулярные кровоизлияния (ПВК)	1,2+0,68	1,04+0,25	1	1
Субэпидимальные кисты	1,42+0,74	1,34+0,57	1,24+0,45	1,27+0,45
Нарушение визуализации циркулярной борозды	2,04+0,71 ***	1,54+0,66 ***	1,23+0,52	1,14+0,44
Нарушение визуализации лобных борозд	1,76+0,77 ***	1,33+0,63	1,19+0,33	1,13+0,42
Нарушение визуализации затылочных борозд	1,75+0,78 ***	1,32+0,66***	1,18+0,34	1,14+0,44
Относительный индекс желудочков	1,07+0,16	1,11+0,19	1,13+0,19	1,17+0,24
Максимальный размер полушария во фронтальной плоскости в см.	3,7+0,31	3,8+0,52	4,06+0,45	4,2+0,35

Неврологический диагноз (1 балл - отсутствие патологии, 2 - легкая степень ГИЭ; 3 - средняя степень ГИЭ; 4 - тяжелая степень ГИЭ); дилатация желудочков (1 балл - «ко-сой» размер желудочков до 0,4 см, 2 - «косой» размер желудочков 0,5-0,7 см; 3 - «косой» размер желудочков 0,7-1,0 см; 4 - «косой» размер желудочков свыше 1,0 см); дилатация МПЩ и САП (1 балл - наибольший размер просвета МПЩ и САП до 0,5 см; 2 балла - наибольший размер просвета МПЩ и САП от 0,6 до 0,7 см; 3 балла - наибольший размер просвета МПЩ и САП от 0,7 до 1,0 см; 4 балла - наибольший размер просвета МПЩ и САП свыше 1,0 см); повышенная эхогенность ПВ зон и перивентрикулярная лейкомаляция (1 балл - отсутствует; 2 балла - гиперэхогенность ПВ зон; 3 балла - «лучистость» ПВ зон; 4 балла - кисты ПВ зон); перивентрикулярные кровоизлияния (ПВК) (1 балл - отсутствуют; 2 балла - повы-

шенная эхогенность на уровне герминального матрикса; 3 балла - прорыв кровоизлияния в полость желудочка без его расширения; 4 балла - внутрижелудочковое кровоизлияние с расширением желудочковой системы); субэпидимальные кисты (1 балл - отсутствуют; 2 балла - диаметр от 0,3 до 0,7 см; 3 балла - диаметр от 0,7 до 1,0 см; 4 балла - свыше 1,0 см); нарушение визуализации циркулярной борозды (1 балл - отсутствует; 2 балла - «подчеркнутость» рисунка борозды; 3 балла - «сглаженность», отсутствие «грибовидности»; 4 балла - борозда почти не визуализируется); нарушение визуализации лобных борозд (1 балл - отсутствует; 2 балла - «подчеркнутость» рисунка борозд; 3 балла - «сглаженность», отсутствие «грибовидности»; 4 балла - борозды почти не визуализируются); относительный индекс желудочков (отношение полушарного размера к размеру максимального «разброса» желудочка); ** -

статистические различия при $p < 0,05$ при однофакторном дисперсионном анализе программы STATISTICA 10; *** - статистические различия при $p < 0,005$ при однофакторном дисперсионном анализе программы STATISTICA 10.

Вместе с тем, кластерный анализ показывает общее отдаленное влияние гестации на все показатели, как бы «преломляясь» под влиянием гипоксического фактора.

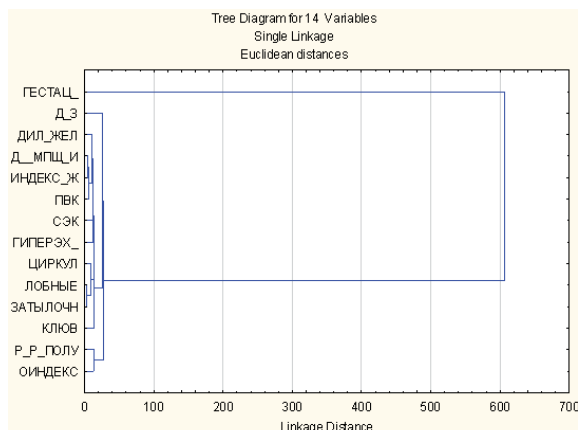


Рис.1 Кластерный анализ выборки

Это также иллюстрирует иерархический анализ при факторном анализе (Таблица 2), где, однако, показатель размера клюва МТ располагается в одной группе с гестацией и показателями визуализации борозд, а показатель

неврологического диагноза расположен в одной группе с показателями расширения ликворопроводящих путей, гиперэхогенностью ПВ зон и показателем внутрижелудочковых кровоизлияний.

Таблица 2

Факторный анализ выборки

Variable	Factor Loadings (Varimax normalized) (NSG) Clusters of loadings are marked; those clusters determine the oblique factors for hierarchical analysis			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
ГЕСТАЦ_	0,661721	-0,209542	-0,381472	-0,307632
Д_З	0,028515	-0,080511	0,590919	0,173661
ДИЛ_ЖЕЛ	-0,213370	-0,104102	0,689430	-0,209397
Д_МПЦ_И	0,053735	-0,019497	0,535921	0,093007
ГИПЕРЭХ_	-0,273120	0,058575	0,599632	-0,150772
ПВК	-0,182559	0,050061	0,510704	-0,452395
СЭК	0,120662	-0,023062	-0,017672	0,622885
ЦИРКУЛ	0,835733	-0,029288	-0,184322	0,131831
ЛОБНЫЕ	0,906020	0,109667	0,047366	0,185697
ЗАТЫЛОЧН	0,913573	0,112960	0,034168	0,180931
КЛЮВ	0,409730	-0,155186	-0,380412	-0,036276
ИНДЕКС_Ж	-0,182381	0,938491	0,056065	0,142928
Р_Р_ПОЛУ	0,592390	-0,032526	-0,290228	-0,505344
ОИНДЕКС	0,250217	0,878175	-0,181555	-0,226034

Следовательно, срезовое исследование большой группы детей до месяца подтверждает «традиционные» представления о влиянии гипоксии, асфиксии, недоношенности на созревание мозга. С другой стороны, особенности анатомии мозолистого тела органично «включаются» в данную систему координат, являясь существенным фактором для анализа.

Нами ранее было проведено лонгитюдное исследование исходов ГИЭ у недоношенных и доношенных на той же базе. В работе оценивались исходы ГИЭ у 39 детей к 12-14 месячному возрасту в виде невротических, неврозо-

подобных и резидуальных нарушений. К ним мы относили: нарушения сна; гиперкинезы в виде тиков, яктации; дефицит внимания; доречевые нарушения в данном возрасте; детский церебральный паралич. Психологический профиль младенцев в лонгитюдном исследовании характеризовался показателями теста развития детей первого года жизни О.В.Баженовой (1986)[1], показателями теста «Оценка уровня психомоторного развития ребенка», разработанного Л.Т.Журбой, Е.М.Мастюковой совместно с Е.Д.Айнгорн (1981)[2]. Кроме того, мы учитывали некоторые анамнестические показатели: возраст матери; ее се-

мей-ное положение (замужем, гражданский брак, мать-одинок); количество предшествующих беременностей и родов; течение трех триместров беременности; течение родов; показатели шкалы Апгар при рождении; если ребенок находился в реанимации, то количество проведенных там дней; если ребенок получал пособие с искусственной вентиляцией легких, то количество дней ИВЛ.

Если условно разделить выборку лонгитюдного исследования на две группы – I группу доношенных детей и примыкающих к ним недоношенных (36 – 42 недели) и II группу глубоко недоношенных детей (35 недель гестации и ниже), то при корреляционном анализе во второй группе больше достоверных связей между гестацией, баллами тестов, тяжестью энцефалопатии, НСГ и показатели их выше. Например, чем ниже гестация, тем ниже показатели теста Журбы при рождении (I группа, $r=0,42$; II группа, $r=0,62$); чем ниже гестация, тем ниже показатели двигательной сферы шкалы Баженовой в 6 месяцев (I группа, $r= -0,55$; II группа, $r= -0,63$); чем ниже гестация, тем ниже показатели сферы сенсорного развития шкалы Баженовой в 2-3,5 месяца (I группа, $r= -0,47$; II группа, $r= -0,63$), в 6 месяцев (I группа, $r= -0,57$; II группа, $r= -0,86$); чем ниже гестация, тем ниже показатели сферы действий с предметами шкалы Баженовой в 6 месяцев (I группа, $r= -0,45$; II группа, $r= -0,72$). Тяжесть перинатальной энцефалопатии достоверно коррелирует с показателями нейросонографии (I группа, $r= 0,72$; II группа, $r=0,81$). Показатели нейросонографии в большей степени коррелируют с баллами теста Журбы при рождении у глубоко недоношенных детей (I группа, $r= 0,38$; II группа, $r= 0,56$); также с показателями сферы сенсорного развития шкалы Баженовой в 2-3,5 месяца (I группа, $r= 0,43$; II группа, $r= 0,52$).

Результаты лонгитюдного исследования соответствуют литературным данным о более тяжелом прогнозе неврологических нарушений у недоношенных детей. Известно, что основными причинами, вызывающими недостаток кислородного обеспечения мозга, являются плацентарная недостаточность, попадание в дыхательные пути ребенка при рождении околоплодных вод, воспаление легких и остановки дыхания.

Существенным механизмом развития гипоксически-ишемических энцефалопатий (ГИЭ) является нарушение мозгового кровотока, который зависит от артериального давления у ребенка. Первоначально происходит централизация кровообращения (обеспечение жизненно важных органов, прежде всего мозга). Дальнейшее понижение давления ведет уже к непосредственному снижению мозгового кровотока и поражению клеток коры и подкорковых образований. Причем имеется зависимость очага сосудистого поражения от возраста гестации. У доношенных детей преимущественно поражаются корковые образования, у недоношенных – подкорковые образования и белое вещество мозга, которое содержит ассоциативные и проводящие пути. Этот механизм объясняет наличие более тяжелых исходов ГИЭ у недоношенных младенцев. Особое значение в условиях изменяющегося артериального давления имеет сохранность или нарушение механизма ауторегуляции, при котором расширение или сужение сосудов мозга происходит относительно автономно, что

обеспечивает кровоснабжение мозгового вещества при колебаниях давления. Благодаря этому механизму осуществляется «самозащита» мозга ребенка, способствующая сохранению наиболее жизненно важных структур его мозга. Однако разные отделы мозга имеют различные темпы созревания, в связи с чем сцепленность кровотока и обмена веществ у новорожденных изменяется в зависимости от зоны мозга. Так, продолговатый мозг обладает высокой чувствительностью и при недостатке кислорода реагирует сразу же увеличением обеспечивающего его кровотока. В то же время белое вещество мозговых полушарий и кора обладают низкой сосудистой чувствительностью, что при значительном нарушении кровообращения приводит к поражению этих отделов мозга.

Недостаток кислородного обеспечения мозга и родовая травма, многочисленные нейрхимические нарушения у доношенных детей приводят к гибели мозгового вещества преимущественно в корково-подкорковых образованиях. Эти отделы мозга принимают участие в последующем в организации высших психических функций. Следовательно, легкие поражения мозга ведут к избирательным повреждениям соответствующих функций в старшем возрасте, а более тяжелые нарушения – к большей тотальности их повреждения.

У недоношенных детей дело обстоит иначе, так как повреждение мозга приводит к кровоизлияниям преимущественно в подкорковые образования, содержащие проводящие пути, связывающие разные отделы мозга. Такая локализация повреждений ведет к двум видам нарушений. С одной стороны страдает работа мозга в целом, с другой – нарушается колонковый принцип организации анатомии и функции, то есть выпадает целая система восходящих стволово-подкорково-корковых взаимодействий. Поэтому понятна большая распространенность тяжелых психических и неврологических нарушений, таких как психическое недоразвитие (олигофрения), детский церебральный паралич, эпилепсия в группе недоношенных детей.

Следующие результаты получены, если разделить выборку детей при лонгитюдном исследовании по гестационному возрасту на пять групп. Первая группа – 33 недели гестации и ниже; вторая – 34-35 недель гестации; третья – 36-37 недель гестации; четвертая – 38-40 недель; пятая – 41-42 недели гестации. Центральное положение занимают дети с гестацией 36-37 недель. При корреляционном анализе в этой группе отмечается значительное число связей. Так, тяжесть невроподобных/резидуальных нарушений связана с возрастом матери ($r= 0,6$), с количеством предшествующих беременностей ($r= 0,91$) и родов ($r= 0,59$), с гестозами первого триместра беременности ($r= 0,59$). Данный показатель коррелирует с тяжестью ПЭП ($r= 0,82$), с показателями теста Журбы в 4,5-6 месяцев ($r= 0,76$), с показателями двигательной сферы шкалы Баженовой в 6 месяцев ($r= -0,59$), с показателями сферы действий с предметами шкалы Баженовой в 6 месяцев ($r= -0,83$). То есть у детей с гестацией 36-37 недель невроподобные/резидуальные нарушения в 12-14 месяцев зависят как от акушерско-гинекологического статуса матери (который с возрастом для рождения детей ухудшается), так и от гипоксического поражения мозга ребенка во время родов.

Подобное положение отмечается и для тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии, которая зависит, как от особенностей течения беременности (и подготовленности к ней), так, собственно, и от течения самих родов. Тяжесть ГИЭ коррелирует с количеством предшествующих беременностей ($r = 0,64$); с течением второго триместра беременности ($r = 0,7$); с показателями шкалы Апгар во время родов ($r = -0,57$); с количеством дней, проведенных ребенком в отделении реанимации ($r = 0,77$); с данными УЗИ мозга после рождения ($r = 0,89$), с максимально выраженными изменениями анатомии мозга при УЗИ ($r = 0,78$). Достоверные различия получены также для показателя тяжести ПЭП и сферы действий с предметами, взаимодействия со взрослыми в 6 месяцев теста Баженовой ($r = -0,73$; $r = -0,79$).

Отмеченная тенденция зависимости результирующих показателей как от акушерско-гинекологического состояния матери, так и от течения родов сохраняется и для показателя максимально выраженных изменений анатомии мозга при УЗИ. Новыми являются связи этого показателя для детей в 36-37 недель гестации с семейным положением матери. Чем чаще женщина состоит в гражданском браке или воспитывает ребенка одна, тем хуже у него данные УЗИ мозга ($r = 0,61$). Иные корреляции показателя: с возрастом матери ($r = 0,72$), с токсикозом второго триместра беременности ($r = 0,96$), с показателями шкалы Апгар ($r = 0,64$), с количеством дней в реанимации ($r = 0,69$), с тяжестью ПЭП ($r = 0,79$), с баллами сферы движений в 2-3,5 месяца и эмоциональной сферы в 8-12 месяцев теста Баженовой ($r = -0,94$; $r = -0,6$).

Для переношенных и доношенных детей в лонгитюдном исследовании отмечается в целом уменьшение корреляций. Причем для нейросонографии их почти нет. Неврозоподобные и резидуальные нарушения у переношенных связаны с показателем шкалы Апгар во время родов ($r = 0,61$), с показателями ряда шкал теста Баженовой в 2-3 и 6 месяцев. Показатель тяжести энцефалопатии для этих детей зависит от количества предшествующих беременностей и родов ($r = -0,58$; $r = -0,58$), то есть матери имели чаще первую беременность и роды. Показатель тяжести энцефалопатии у них связан также с показателями ряда шкал теста Баженовой в 6 и 8-12 месяцев. Аналогичная картина наблюдается у доношенных детей. Показатель тяжести энцефалопатии для этих детей зависит от тяжести родов ($r = 0,64$), тяжести гипоксии во время родов ($r = 0,56$) и связан с показателями ряда шкал теста Баженовой в 2,6 и 8-12 месяцев.

Следовательно, показатели исхода при лонгитюдном исследовании (неврозоподобные и резидуальные нарушения, ГИЭ) для переношенных и доношенных детей больше зависят от течения родов, а показатель тяжести анатомических изменений на УЗИ мозга для них не работает.

Для недоношенных в возрасте до 33 недель и в возрасте 34-35 недель гестации отмечается увеличение количества корреляций по сравнению с доношенными/переношенными, но меньше, чем у детей с гестацией 36-37 недель. Неврозоподобные и резидуальные нарушения у самых незрелых связаны с показателями УЗИ как после рождения, так и максимальными изменениями на УЗИ ($r = 0,51$;

$r = 0,66$). У детей с гестацией 34-35 недель тот же показатель коррелирует с особенностями течения беременности в первом и втором триместрах ($r = -0,7$; $r = -0,64$), то есть у них отмечается больше токсикозов. Показатель тяжести энцефалопатии для самых незрелых детей зависит от данных УЗИ мозга максимальных ($r = 0,91$), от возраста матери ($r = -0,67$), связан с баллами теста Журбы при рождении ($r = 0,86$) и с показателями ряда шкал теста Баженовой в 6 и 8-12 месяцев. Показатель тяжести энцефалопатии для детей с гестацией 34-35 недель также зависит от данных УЗИ мозга максимальных ($r = 0,69$), связан с токсикозами третьего триместра беременности ($r = -0,68$).

Показатель максимальных анатомических изменений на УЗИ мозга у самых незрелых в нашем исследовании детей зависит от баллов шкалы Апгар через 5 минут после рождения ($r = -0,62$), связан с баллами теста Журбы при рождении ($r = 0,96$) и с показателями ряда шкал теста Баженовой в 6 и 8-12 месяцев. Показатель максимальных анатомических изменений на УЗИ мозга для детей с гестацией 34-35 недель также зависит от баллов шкалы Апгар через 5 минут после рождения ($r = -0,64$), связан с баллами теста Журбы в 4,5-6 месяцев ($r = 0,64$), и с показателями ряда шкал теста Баженовой в 6 месяцев.

Итак, искомые результирующие показатели (неврозоподобные и резидуальные нарушения) для недоношенных в возрасте до 33 недель и в возрасте 34-35 недель гестации больше зависят от течения беременности, связаны с наличием угнетения после родов, его длительностью, патологических движений (показатели теста Журбы) и, особенно, зависят от сосудистых нарушений и уровня морфологической зрелости мозга.

Таким образом, лонгитюдное исследование на протяжении первого года жизни младенцев, в целом подтверждает данные о том, что на неврозоподобные и резидуальные нарушения у детей в возрасте 12-14 месяцев влияют как особенности течения беременности, так и родов. Для доношенных и переношенных детей большее значение имеет течение родов. Для недоношенных в возрасте до 33 недель и в возрасте 34-35 недель гестации решающая роль принадлежит сосудистым нарушениям и уровню морфологической зрелости мозга. А у недоношенных в возрасте 36-37 недель исходы зависят от большего количества факторов, кроме перечисленных для других гестационных групп, в том числе и от показателей качества брачных отношений, возраста матери. Результаты срезового исследования большой группы детей до месяца находятся в контексте меньшего по количеству детей исследования детей первого года жизни. Вместе с тем, «ко-сой» размер клюва мозолистого тела органично «включается» в данную систему координат, являясь, наряду с другими показателями, маркером гестации и гипоксического поражения мозга.

Список литературы:

1. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. – М., 1986.
2. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушения психомоторного развития у детей первого года жизни. – М.: 1981.
3. Краснощекова Е.И., Торонова Н.О., Зыкин П.А., Иов-

лева Н.Н., Александров Т.А., Ялфимов А.Н., Кошавцев А.Г. Особенности меж-полушарных связей и биоэлектрической активности мозга доношенных и недоношенных детей. / Пятая международная конференция по когнитивной науке. – Калининград, 2012 – С.467-468.

4. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Кипнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных детей и

детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1979.

5. Fenichel GM. Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2005.

6. Zanelli SA, Naylor M, Dobbins N, et al. Implementation of a 'Hypo-thermia for HIE' program: 2-year experience in a single NICU. J Perinatol. 2008;28(3):171-175

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕЛЕКТРИЧНОГО ОПОРУ ТА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ЩУРІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ВІДКРИТОГО ПЕРЕЛОМА (експериментальне дослідження)

Павлова Тетяна Михайлівна

*аспірант кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії і травматології
Харківського національного медичного університету*

Березка Микола Іванович

*доктор медичних наук, професор завідувач кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги,
ортопедії і травматології*

Харківського національного медичного університету

RELATIONSHIP OF ELECTRICAL RESISTANCE AND MORPHOLOGICAL CHANGES THIGH RATS AFTER MODELING OF OPEN FRACTURE (experimental study)

Pavlova T.M. graduate student emergency and emergency care, orthopedics and traumatology of Kharkiv National Medical University

Berezka N.I. MD, Professor Head of the Department of Emergency and emergency medicine, orthopedics and traumatology of Kharkiv National Medical University

АНОТАЦІЯ

Проведено гістологічне, електронно-мікроскопічне дослідження та вивчений електричний опір відламків стегнової кістки на білих щурах після моделювання відкритого перелому різної тяжкості. Виявлені гістологічні, ультраструктурні зміни в трьох досліджених точках дистального і проксимального відділу уламків кістки. Встановлено кореляційний взаємозв'язок електрогенеза кісткової тканини і станом остеоцитів, з використанням приладу мультиметра цифрового UT70B. Метод електричного опору може бути використаний для оцінки життєздатності кісткової тканини в клінічних умовах при відкритих діафізарних переломах кісток кінцівок при госпіталізації постраждалих.

ABSTRACT

A histological, electron microscopic examination and study of electrical resistance femur fracture in white rats after an open fracture simulations of varying severity. Identified histological, ultrastructural changes in the three studied locations proximal and distal bone fragments. Established correlation between electrogenesis osteocytes and bone, using a digital multimeter device UT70B. Electrical resistance method can be used to assess the viability of bone in a clinical setting with open diaphyseal fractures of limbs affected during hospitalization.

Ключові слова: перелом кістки, електричний опір, остеоцити, гістологічний аналіз

Key words: bone fracture, electric resistance, osteocytes, histological analysis.

Постановка проблеми. У всіх країнах світу у зв'язку з розвитком промисловості, збільшення кількості транспортних засобів на шляхах спостерігається зріст травматизму дорослого населення внаслідок ДТП, виробничого травматизму, техногенних катастроф та кататравми, який досягає 50 – 70 % основних причин інвалідності та смертності. Щорічно в Україні травмується приблизно від 1,5 до 2 мільйонів людей, смертність від травм складає 8,14 % (132,8 випадків на 100 тис. населення та має тенденцію до збільшення. Кількість травмованих внаслідок високоенергетичної травми складає контингент постраждалих у віковій групі від 20 до 55 років [1,2,3].

Серед усіх переломів довгих кісток кінцівок питома вага відкритих діафізарних переломів становить від 28% до 53% [4]. При цьому великою проблемою в лікуванні таких потерпілих являються різного роду ускладнення, такі як порушення процесу репаративної регенерації - до 20%, гнійні ускладнення - 57,4 [5]. Важливе значення для кон-

солідації перелому має життєздатність кісткової тканини після впливу травми різної інтенсивності [6,7].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В даний час під електрогенезом кісткової тканини розуміють здатність генерувати електричні потенціали, що визначається її активними біоелектричними властивостями. В основі концепції полягає мембранно-іонна теорія, а саме: місцем електрогенеза є поверхнева мембрана клітини, різниця потенціалів, що виникає має іонну природу і обумовлена асиметрією розподілу електричних зарядів по обидві сторони мембрани [8].

При переломі на кісткову тканину впливає напруга, що виникає у кістці, та залишкова кінетична енергія, яка поширюється вздовж тканин сегмента у вигляді хвильових коливань. Руйнування мембрани клітин відбувається в момент, коли напруги, що у кістки, перевищують допустимі для мембрани значення. При пошкодженні кісткової тканини, викликаному травмою різної інтенсивності

відбувається зміна електричних потенціалів, порушується їх стереометрія, утворюється електронегативний та електропозитивний заряд, порушується організація кісткової тканини [6,9,10].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. При проведенні ретроспективного аналізу існуючих методів дослідження життєздатності кісткової тканини та м'яких тканин при відкритих переломах кісток та їх ускладненнях ми прийшли до висновку, що, безумовно, всі методи діагностики хороші, проте базуються на виявленні вторинно структурних або анатомічних змінах в кістковій тканині, або певною мірою є запізненими і не можуть дати оцінку структурно-функціонального стану кісткової тканини при відкритих переломах кісток кінцівок під впливом травми різної інтенсивності на ранніх термінах (1-6 годин з моменту травми) госпіталізації.

У зв'язку з цим нами був запропонований метод оцінки структурно-функціонального стану кісткової тканини на основі взаємозв'язку електрогенеза, гістологічних та електронно-мікроскопічних особливостей кісткових клітин під впливом травми різної інтенсивності, так як поширеність цих порушень потребує поглибленого дослідження.

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язок електричного опору та морфологічних особливостей стегнової кістки білих щурів-самців після моделювання відкритого перелому і провести кореляційний аналіз використаних методів для оцінки життєздатності кісткової тканини.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проведені на статевозрілих білих лабораторних щурах-самцях віком 3-х місяців (200-250г) [11]. Експерименти виконані відповідно до вимог про гуманне ставлення до експериментальних

тварин, згідно з «Європейської конвенції захисту хребетних тварин, які використовуються в експериментальних та інших цілях» і закону України [14, 15].

План експерименту і тактика його виконання заслухані та затверджені Комітетом з питань біоетики (протокол №6 від 03.06.2015 р.).

Була відтворена модель порушення структурної організації відламків стегнової кістки у щурів шляхом відкритого перелому і після перелому з коагуляцією відламків (для посилювання порушень). В якості контролю використані тварини без перелому. Проведена гістологічна оцінка стану остеоцитів і електричного опору в різних областях стегнової кістки після перелому.

При оперативному втручанні використовували загальне знеболювання. Препарати вводили внутрішньом'язово, аміназин - 10 мг / кг живої маси, кетамін - 50 мг / кг живої маси. Після занурення тварин у наркоз та обробки області оперативного втручання, по латеральній поверхні стегна здійснювали поздовжній розріз шкіри і підшкірної жирової клітковини. Роз'єднували глибокі шари м'язів, оголюючи середню третину діафіза. За допомогою пилки Джиглі проводили поперечну остеотомию в середині діафіза стегнової кістки. Для посилення деструктивних порушень у кістки проводили електрокоагуляцію крайових відламків стегнової кістки. В якості контролю використовували тварин аналогічного віку та статі без перелому.

Щурів виводили з експерименту шляхом інгаляційного передозування ефіру для наркозу через 1 і 3 години після початку експерименту.

За допомогою приладу мультиметра цифрового UT70B рис.1



Рисунок 1. Загальний вигляд мультиметр цифровий UT70B.

вимірювали електричний опір кістки в діапазоні від 0 до 4000 МОм у трьох областях кістки (вище і нижче області перелому) 6, 12 і 18 мм у дослідних тварин (далі по тексту позначені як 1,2 і 3 точки відповідно) через 1 і 3 години рис.2. У контрольних тварин в стегнової кістки обрані аналогічні точки.

Для визначення омичного опору досліджуваної ділянки кісткової тканини до терміналу «VΩHz» підключали позитивний електрод (червоний щуп), до терміналу «COM» підключали негативний електрод (чорний щуп). У подальшому встановлювали поворотний перемикач на шкалі приладу в положенні « Ω » (вимірювання електричного опору) і натискали вмикач « Ω » для вибору режиму вимірювання електричного опору (Ω). Далі встановлюємо вищевказані вимірювальні щупи паралельно один до одного в кортикальний шар досліджуваних ділянок кожного кісткового фрагмента (рис.2, 4) (А і В) при експозиції 60 - 120 секунд, а саме: на кордоні перелому (1 і 1'), на середині фрагментів (2 і 2') і на протилежних кінцях фрагментів (3 і 3'). При цьому на дисплеї пристрою рееструються показники електричного опору (МОм) в кожному фрагменті. Завдяки з'єднанню мультиметра цифрового UT70B з комп'ютером, зображення на дисплеї комп'ютера також відображає цифрові показання мультиметра в точках вимірювання, з додатковим записом електричного опору у вигляді гістограм.

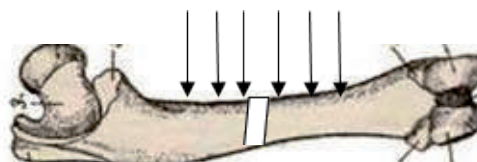


Рисунок 2. Точки вимірювання електричного опору (1, 2, 3 та 1', 2', 3').

Статистична обробка цифрових показників проведена за Стьюдентом з обчисленням середньоарифметичних значень і середньоквадратичних помилок із застосуванням програмного пакету Microsoft Excel XP.

Перша дослідна серія. Перелом. 1 година після коагуляції.

Проведено вимірювання електричного опору і гістологічний аналіз відламків стегнової кістки після перелому.

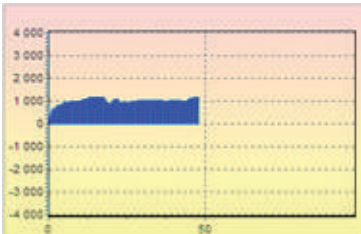
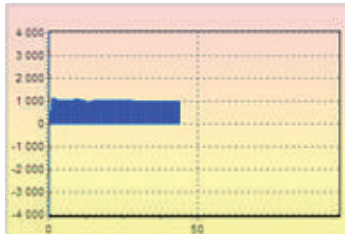
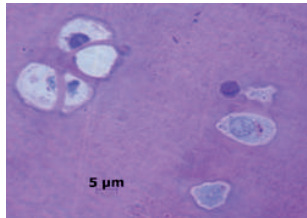
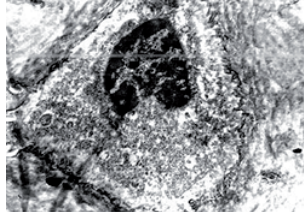
Кортекс. Мікроскопічно крайовий відділ кортекса стегнової кістки, точка 1 і 1' - остецити відносно рівномірно розподілені по міжклітинній речовині, мали округлі або подовжені ядра. Клітини оточені лакунами, які відрізнялися формою і розмірами. Виявлено поодинокі порожні лакуни або лакуни заповнені клітинним детритом.

Виразених відмітних особливостей між фрагментами кістки в точці 2 і 2', 3 і 3' не виявлено. У області дослідження були присутні як порожні лакуни і лакуни заповнені клітинним детритом, так і остецити зі збереженням нормальної структурної організації.

При електронно-мікроскопічному дослідженні фрагментів, в точці 1 і 1' дослідження стегнової кістки, було знайдено підвищення кількості остецитів з гранулярним розпадом структур цитоплазми, лізисом плазматичної мембрани і фрагментацією ядра. Виявлено лакуни з клітинним детритом. Поряд із зруйнованими клітинами, були присутні остецити, зі збереженням характерної структурної організації. При цьому показники електричного опору були підвищеними в точках 1 і 1' та мали тенденцію до зниження в точках 2 і 2', 3 і 3'. Взаємозв'язок досліджень представлений в таблиці 1.

Таблиця 1.

Перша дослідна серія. Перелом. 1 година після коагуляції.

Показники діапазону електричного опору кісткової тканини та гістограми в досліджуваних фрагментах (А та В) МегаОм (1x10 ⁶ Ом)		Морфологічні методи дослідження: 1. Гістологічне дослідження 2. Електронно-мікроскопічне дослідження
Фрагмент А	Фрагмент В	
 <p style="text-align: center;">а</p> <p>1 точка. 1285 – 1305 МОм – 6 мм 2 точка. 1100 – 1120 МОм – 12 мм 3 точка. 960 – 985 МОм – 18 мм</p> <p style="text-align: center;">в</p>	 <p style="text-align: center;">б</p> <p>1 точка. 1295 – 1315 МОм – 6 мм 2 точка. 1105 – 1110 МОм – 12 мм 3 точка. 965 – 995 МОм – 18 мм</p> <p style="text-align: center;">г</p>	 <p>1. Нерівномірне забарвлення матриксу. Остецити. Базофілія стінок судинних каналів. Поодинокі порожні лакуни.</p>  <p>2. Некроз остеочита. Гранулярний розпад структур цитоплазми, лізис плазматичної мембрани. Фрагментація ядра.</p>

Таблиця 1. Гістограма фрагмента А (а), гістограма фрагмента Б (б), діапазон електричного опору (в,г), напівтонкий зріз фрагмента стегнової кістки, забарвлення по Арагісіо [12]. Зб. 1000, контрастування по Рейнольдсу [13].

Зб. 15600. (д,е).

Гістологічна оцінка фрагментів стегнової кістки в точках 2 і 2', 3 і 3' дослідження показала, що, поряд з лакунами, що містять остецити з округлими або видовженими ядрами,

виявлені одиничні порожні лакуни або лакуни заповнені клітинним детритом. Збережені остецити мали відносно рівномірне забарвлення ядер, були оточені слабо еозинофільною цитоплазмою, відзначалася нерівномірна базофілія матриксу, але виражена в меншій мірі в порівнянні з точками 1 і 1' стегнової кістки. Кісткові канали, що містять судини, без патологічних порушень.

При електронно-мікроскопічному дослідженні в точках 2 і 2', 3 і 3' стегнової кістки шурів виявлено поодинокі остецити з ознаками деструктивних порушень, проте перева-

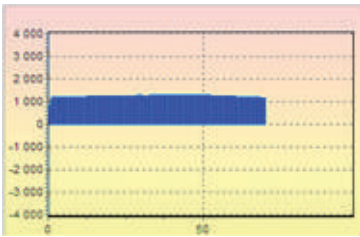
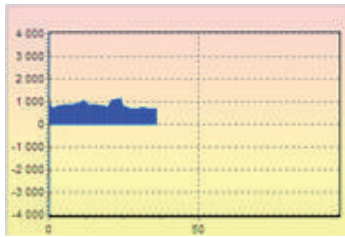
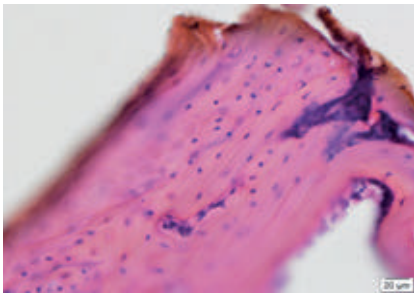
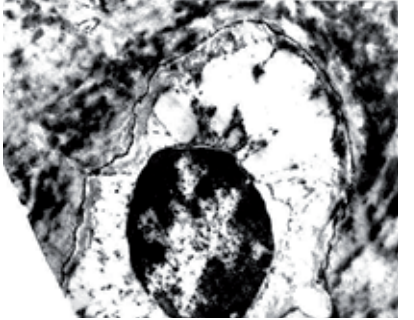
жали клітини з організацією, характерної для остецитів в нормі.

Друга дослідна серія. Перелом. 3 години після коагуляції.

Також, як і на попередній термін дослідження, через 3 години після коагуляції найбільша щільність лакун без остецитів була розташована в точках 1 і 1'. У точках 2 і 2', 3 і 3' були присутні лише поодинокі пусті лакуни або лакуни з клітинним детритом. Взаємозв'язок досліджень представлений в таблиці 2.

Таблиця 2.

Друга дослідна серія. Перелом. 3 години після коагуляції.

Показники діапазону електричного опору кісткової тканини та гістограми в досліджуваних фрагментах (А та В) МегаОм (1x10 ⁶ Ом)		Морфологічні методи дослідження: 3. Гістологічне дослідження 4. Електронно-мікроскопічне дослідження
Фрагмент А	Фрагмент В	
 <p>а</p> <p>1 точка. 1305 – 1355 МОм – 6 мм</p> <p>2 точка. 1260 – 1270 МОм – 12 мм</p> <p>3 точка. 1110 – 1120 МОм – 18 м</p> <p>в</p>	 <p>б</p> <p>1 точка. 1295 – 1305 МОм – 6 мм</p> <p>2 точка. 1265 – 1280 МОм – 12 мм</p> <p>3 точка. 1115 – 1128 МОм – 18 мм</p> <p>г</p>	 <p>д</p> <p>Нерівномірне забарвлення матриксу. Порушення організації судинних каналів в крайовому відділі кісткового уламка. Остецити з різною щільністю ядер. Порожні лакуни.</p>  <p>Некротизовані остецити. Гранулярний розпад структур цитоплазми, лізис плазматичної мембрани. Фрагментація ядра.</p>

Таблиця 2. Гістограма фрагмента А (а), гістограма фрагмента В (б), діапазон електричного опору (в, г), напівтонкий зріз фрагмента стегнової кістки, забарвлення по Арацісіо [12]. Зб. 1000, контрастування по Рейнольдсу [13]. Зб. 15600. (д, е).

При проведенні електронно-мікроскопічного дослідження виявлено, що основна маса остецитів зберігала життєздатність, тобто, клітини мали гіпохромні ядра із збереженою ядерною мембраною, були оточені вузьким обідком цитоплазми з невеликою кількістю мембранних органел. Були присутні одиничні мітохондрії і невеликі профілі ендоплазматичної сітки. Плазматична мембрана

остецитів зберігала чіткі контури.

Третя дослідна серія. Перелом.

Наступною моделлю, на якій було проведено вивчення стану остецитів, була модель перелому, виконана на шурі в діафізарній області стегнової кістки. Вивчення остецитів також проводили в трьох позначених точках.



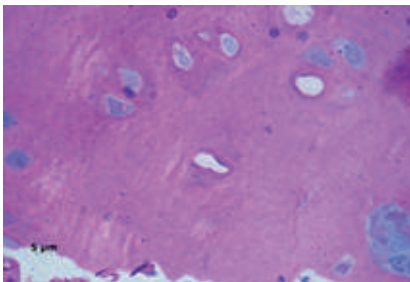
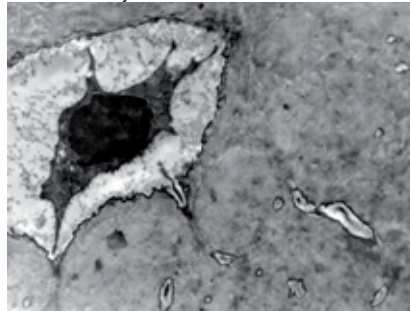
У порівнянні з попередньою серією експерименту, в третій дослідній групі не виявлено особливостей в гістологічній організації остецитів в трьох досліджених точках. Відмінності встановлені лише в кількості порожніх лакун, що не містять клітин. У цій серії експерименту в першій галузі дослідження кортекса порожніх лакун або

лакун заповнених детритом було значно менше, порівняно зі станом кортекса після перелому з коагуляцією. Порожні лакуни або лакуни, що містять клітинний детрит, перебували в проксимально та дистально розташованих уламках

кістки поблизу області перелому, однак такі лакуни були поодинокі. Взаємозв'язок досліджень представлений в таблиці 3.

Таблиця 3.

Третя дослідна серія. Перелом.

Показники діапазону електричного опору кісткової тканини та гістограми в досліджуваних фрагментах (А та В) МегаОм (1x10 ⁶ Ом)		Морфологічні методи дослідження: 5. Гістологічне дослідження 6. Електронно-мікроскопічне дослідження
Фрагмент А	Фрагмент В	
 <p>а</p> <p>1 точка. 520 – 650 МОм – 6 мм 2 точка. 390 – 420 МОм – 12 мм 3 точка. 360 – 380 МОм - 18 мм б</p>	 <p>б</p> <p>1 точка. 525 – 657 МОм – 6 мм 2 точка. 398 – 426 МОм – 12 мм 3 точка. 364 – 386 МОм - 18 мм г</p>	 <p>д</p> <p>Лакуни без остеоцитів.</p>  <p>е</p> <p>Остеоцит з нерівними контурами плазматичної мембрани. Підвищена гетерохроматизація ядра. Нерівні зигзагоподібні контури лакуни.</p>

Таблиця 3. Гістограма фрагмента А (а), гістограма фрагмента Б (б), діапазон електричного опору (в, г), напівтонкий зріз фрагмента стегнової кістки, забарвлення по Араціо [12]. Зб. 1000, контрастування по Рейнольдсу [13]. Зб. 15600. (д, е).

У точках 2 і 2', 3 і 3' - остеоцити зберігали будову, характерну для норми, мали базофільні ядра, оточені слабо еозинофільною цитоплазмою. Виявлені лише поодинокі лакуни без остеоцитів або лакуни, що містять клітинний детрит. Матрикс кортекса мав відносно рівномірне забарвлення.

При електронно-мікроскопічному дослідженні в точках 1 і 1' - більшість остеоцитів мали нормальну організацію. Цитоплазматична мембрана була непорушена. Вузька цитоплазма містила поодинокі профілі мембранних органел. Ядра містили еухроматин. Гетерохроматин у вигляді грудочок був локалізований по внутрішній поверхні ядерної

мембрани у вигляді невеликих щільних утворень, розташовувався по території ядра. Лише в поодиноких клітинах в ядрі було відзначено збільшення конденсації хроматину, що займає велику площу ядра. Ядерна мембрана зберігала двоконтурність, перинуклеарний простір було чітко окреслено, однак на її ділянках виявлено розширення, що свідчить про порушення ядерно-цитоплазматичного транспорту. В цілому, збереження ядерної мембрани свідчить про оборотність виявлених змін. Окремі остеоцити мали звивисту поверхню цитоплазматичної мембрани. За даними літератури такі зміни, як конденсація ядерного хроматину, нерівна поверхня клітини, обумовлена дезорганізацією цитоскелету, описані в науковій літературі які відносяться до оборотної фази ішемії.

У точках 2 і 2', 3 і 3' - остеоцити зберігали характерну для норми будову рис. 3а, 3б.

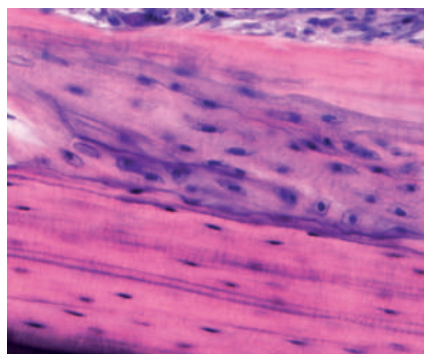
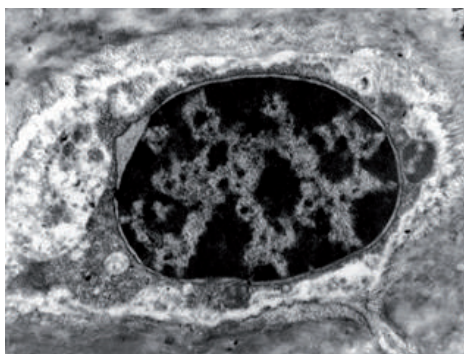


Рисунок 3.а Остеоцит. Вузький обідок цитоплазми з поодинокими мембранними оргanelами. Ядро з відносно рівномірним перінуклеарним простором. Контрастували по Рейнольдсу [13]. 36. 19500

Рисунок 3.б Поодинокі пусті лакуни або лакуни з клітинним детритом. Нерівномірне забарвлення матриксу. Гематоксилін і еозин [12]. 36. 200.

В контрольній серії експерименту через 1 і 3 години відмінних особливостей в клітинному складі матриксу стегнової кістки щурів не виявлено. Незважаючи на те, що після трьох годин дослідження, відсоток зруйнованих клітин і порожніх лакун мав тенденцію до підвищення, однак не виходив за 5%, що не відображається на функціонуванні біологічної системи.

При порівняльній оцінці показників представлених серій експерименту, виявлено, що найбільш високі показники порушень остеоцитів зафіксовані в області, прилеглій до перелому. У точках 1 і 1' дослідження відсоток порушень остеоцитів в кортексі перевищував аналогічні показники в точках 2 і 2', 3 і 3'. У точках 1 і 1' виявлено достовірне

підвищення порожніх лакун і лакун, заповнених клітинним детритом, порівняно з контролем, а також з точками 2 і 2', 3 і 3' дослідження.

Для оцінки кореляції між показниками структурної організації остеоцитів і електричного опору кістки був проведений аналіз за Пірсоном. Для порівняння показники гістологічного дослідження та електричного опору, присутні в трьох точках, були об'єднані, оскільки виявлена однотипна спрямованість змін в досліджених точках. Встановлена висока кореляційна залежність між використаними двома методами дослідження, дані представлені в таблиці 4 та на рис. 4,5,6,7.

Таблиця 4.

Кореляційний аналіз за Пірсоном показників порожніх лакун або заповнених детритом з показниками електричного опору

Групи	r	P
Перелом 1 година	0,77	0,003
Перелом 3 години	0,71	0,009
Перелом + коагуляція 1 година	0,93	0,0001
Перелом + коагуляція 3 години	0,73	0,007

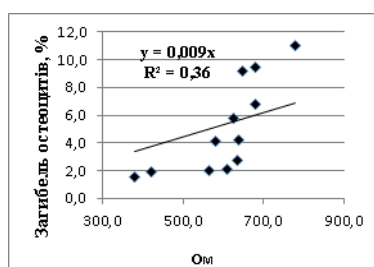


Рисунок 4. Кореляційно-регресійний аналіз. Перелом 1 година

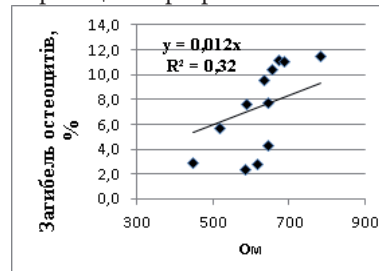


Рисунок 5. Кореляційно-регресійний аналіз. Перелом 3 години

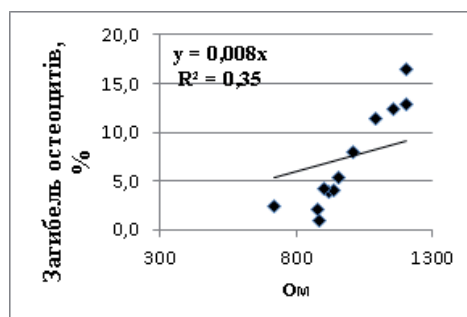


Рисунок 6. Кореляційно-регресійний аналіз. Перелом + коагуляція 1 година.

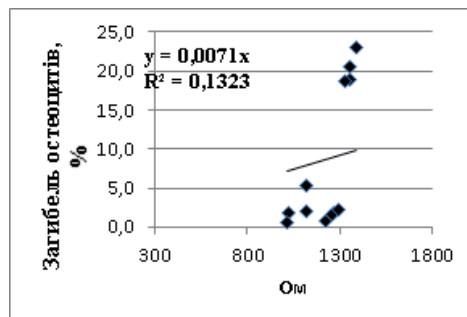


Рисунок 7. Кореляційно-регресійний аналіз. Перелом + коагуляція 3 години.

Висновки та пропозиції.

1. Дані гістологічного дослідження та вивчення електричного опору уламків кістки після відтвореного перелому (з коагуляцією відламків або без) свідчать про схожу спрямованість змін у кістці, що підтверджено даними кореляційного аналізу.
2. Метод електричного опору кістки може бути використаний для оцінки життєздатності клітин.
3. Дані електричного опору після апробування в клінічних умовах можуть бути використані для тестування стану уламків кістки після відкритого перелому для оцінки життєздатності.
4. Розроблена нами методика дослідження електричного опору дає можливість в клінічних умовах прогнозувати життєздатність кісткової тканини при відкритих діафізарних переломах кісток кінцівок на ранніх термінах (1-6 годин з моменту травми) госпіталізації.

Список використаної літератури:

1. Корж Н. А., Танькут В. А., Шишук В. Д., Донцов В. В. Дорожно-транспортний травматизм – основний фактор роста політравми в Україні. Медичинские проблемы догоспитального этапа / А.Н.Корж//Травма. – 2005. – Т.6, № 1. – 9-12 с.
2. Гур'єв С.О., Березка М. І., Соловийов О. С., Сацук С.П. Політравма як медико-соціальна проблема (ризикорієнтований підхід) / С.О. Гур'єв//МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ І ЗАВТРА. – 2012., № 1 (54). – 28-31 с.
3. Гайко Г. В., Страфун С. С., Калашніков А. В., Деркач Р. В. Шляхи удосконалення травматологічної допомоги в Україні / Г. В.Гайко//XVI з'їзд ортопедів-травматологів України: Зб.наук.праць. Харків, 2013. – 4 с.
4. Бусоедов А. В., Сизоненко В. А. Определение жизнеспособности кожного лоскута при открытых переломах костей /А. В. Бусоедов// Забайкальский медицинский вестник. – 2006. – №4. – 9-11 с.

5. Миханов В. А., Полякова В. С., Копылов В. А. и соавт. Репаративный гистогенез костной ткани в условиях открытого перелома диафиза длинной трубчатой кости у крыс при использовании препарата «Винфар» / А. В. Миханов//Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2015– №3.
6. Омеляненко Н. П., Миронов С. П., Денисов-Никольский Ю. И. и др. Современные возможности оптимизации репаративной регенерации костной ткани / Н.П. Омеляненко//Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 4. – 85–88 с.
7. Гринь В. К., Оксимец В. М., Климовицкий В. Г. и соавт. Клинические возможности клеточно-тканевых технологий при нарушении репаративного остеогенеза / В. К. Гринь //«Журнал НАМН України». – 2013. Т. 19, №3. – 331-338 с.
8. Левашов М. И., Сафонов С. Л., Лахин П. В. Влияние гипоксии и гипоксии на статический электрогенез кости / М. И. Левашов// Физиологический журнал. – 2010. Т. 56, №3. – 62-69 с.
9. Попандопуло А. Г., Буше В. В., Оксимец В. М. Морфологическое исследование костной ткани при действии травмирующей силы различной интенсивности / А. Г. Попандопуло//Таврический медико-биологический вестник. – 2013, том 16, №1, ч. 1 (61). – 194-196 с.
10. Григор'єва Л. І., Томілін Ю. А. Основи біофізики і біомеханіки: навчальний посібник / Л. І. Григор'єва//Чорномор. держ. ун-т ім. Петра Могили. - Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили. – 2011. – 194 – 198 с.
11. Саркисов Д. С., Перов Ю. Л. Микроскопическая техника / Д. С. Саркисов//Руководство – М.: Медицина, 1996. – 544 с.
12. Aparicio S.R., Marsden P. Rapid metilen blue basic stain for semi-thin section of periferial neval tissue / S.R.Aparicio//J. Microscopic. – 1968. – Vol. 89. – P. 139 – 141.
13. Reynolds E.S. The use of lead citrate at high Ph as an

electron-opaque stain in electron microscopy/ E.S. Reynolds // J. Cell. Biol. – 1963. – Vol. 17. – P. 208 – 212.

14. Європейська конвенція про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей. Страсбург, 18 березня 1986 року: офіційний переклад [Електронний ресурс] / Верховна Рада України.

– Офіц. веб-сайт. – (Міжнародний документ Ради Європи). – Режим доступу до документа: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=994_137.

15. Закон України №3447-IV від 21.02.2006 «Про захист тварин від жорстокого поводження» (Стаття 26).

ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ЯК НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА ДОСЛІДЖЕННЯ

Скорейко Наталія Теофілівна,

обласний геріатр, лікар-кардіолог,

Комунальний Заклад Рівненська обласна клінічна лікарня

Скорейко Роман Сергійович,

викладач Рівненського базового медичного коледжу,

лікар –гінеколог пологового будинку Рівненської міської ради

Скорейко Світлана Сергіївна,

студентка,

Буковинський державний медичний університет

THE RESULTS OF THE USE OF MONO – AND COMBINATION GIPOLIPIDS THERAPY WITH THE PURPOSE OF CORRECTION OF DISORDERS OF LIPID METABOLISM

Skoreiko N. T., region heryatr, doctor-cardiologist of Community Institution “Rivne region Clinical Hospital

Skoreiko R. S., teacher of the Rivne basic medical college, doctor-gynecologist, Rivne city hospital;

Skoreiko S. S., student, Bucovinian State Medical University

АНОТАЦІЯ

Наведені результати використання моногіполіпідемічної терапії, зокрема ома кору та комбінованої терапії у вигляді комбінації статину (розарт) і -3 поліненасичених жирних кислот (омакор) у хворих з патологією серцево-судинної системи. Доведено аддитивний ефект дії комбінованої гіполіпідемічної терапії, а також виявлені додаткові ефекти впливу на такі показники: артеріальний тиск, порушення серцевого ритму.

ABSTRACT

The results of the use of monogipolipids therapy, including omakor and combination therapy in the form of a combination of statin (rozart) and -3 polyunsaturated fatty acids (omakor) in patients with pathology of cardio-vascular system. It was proved an additive effect of the actions of the combined lipid-lowering therapy and also discovered additional effects of impact on the following indicators: blood pressure, violations of heart rhythm.

Ключові слова: моногіполіпідемічна терапія, статини, -3 поліненасичені жирні кислоти, патологія серцево-судинної системи.

Key words: monohypolipidemic therapy, statins, -3 polyunsaturated fatty acids, pathology of the cardiovascular system.

Постановка проблеми. Важливим аспектом медикаментозного лікування хворих з патологією серцево-судинної системи являється використання препаратів, які знижують вміст ліпідів в крові. Корекція порушень ліпідного профілю займає важливе місце в кардіопротекторній терапії і забезпечує значне покращення прогнозу для кардіологічних пацієнтів високого ризику.

Сьогодні поняття дисліпідемії, крім підвищення загального холестерину (ЗХС) і ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) включає багато інших варіантів порушень ліпідного спектру крові: низький рівень ХС ЛПВЩ, гіпертригліцеридемія, порушення співвідношення рівнів аполіпопротеїнів А і В, та інші [1-4].

Виділення раніше невирішених частин загальної проблеми. На протязі декількох років ведеться пошук шляхів посилення ефективності гіполіпідемічної терапії, вибір якої базується на результатах оцінки величини загального серцево-судинного ризику, цільовому рівні ХС ЛПНЩ, ТГ. Активних профілактичних втручань потребують майже 40% чоловіків і 50% жінок України в плані зниження ЗХС. Визнано високим середній рівень ЗХС в крові в українсь-

кій популяції 5,2ммоль/л у чоловіків і 5,6ммоль/л у жінок. Підвищення ЗХС супроводжується втричі вищою смертністю від ішемічної хвороби серця (ІХС). Для громадян України характерне прогресування атерогенності ліпідного обміну.

Дисліпідемія асоційована із самим високим ризиком серцево-судинних захворювань. Корекція порушень ліпідного обміну заслуговує особливої уваги з точки зору патогенетичного лікування атеросклерозу. Частково її можна досягнути шляхом зміни способу життя, але основний метод корекції – прийом гіполіпідемічних препаратів. Згідно даних метааналізу, рандомізованих досліджень (CARE, ASCOT- LLA, HPS)[1] зниження ЗХС на 25% і ХС ЛПНЩ на 30% призводить до зменшення серцево-судинних подій і смертності в середньому на 30%.

В зв'язку з цим, пріоритетним завданням охорони здоров'я являється раннє виявлення, оцінка ступеня кардіоваскулярного ризику та адекватне лікування пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком [1-4].

Для сьогоденної клінічної практики великий інтерес представляє можливість комбінованої гіполіпідемічної

терапії для певної категорії пацієнтів високого серцево-судинного ризику при неможливості корекції деяких показників ліпідного спектру крові. В таких випадках одним із варіантів такої комбінації може бути поєднання використання статинів із -3 поліненасиченими жирними кислотами (ПНЖК). Сьогодні вони широко використовуються в медицині для комплексної терапії ІХС та інфаркту міокарда (ІМ), аритмій серця, атеросклерозу, дисліпідемій. Дані препарати багатосторонньо впливають на фактори ризику і механізм розвитку кардіоваскулярних ускладнень у пацієнтів з серцево-судинною патологією.

В рекомендаціях Американської Асоціації серця і Американського Коледжу кардіологів рекомендується використання двох -3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) – ейкозопентаєнової (ЕПК) і декозагексаєнової (ДГК) в дозі 1000мг/добу з метою первинної і вторинної профілактики серцево-судинних захворювань [3].

Згідно досліджень GISSI Prevenzioni (1999рік) [5] препарат -3 ПНЖК, призначений в якості допоміжної терапії до 3 місяців після інфаркту міокарду, значно зменшив ризик первинної комбінованої кінцевої крапки (загальна смертність, нефатальний ІМ та інсульт) і вторинних кінцевих крапок (смертність від усіх причин, раптова коронарна, серцево-судинна смерть) із зниженням загальної смертності на 28% і ризику раптової смерті на 47%. Міжнародні керівництва включили використання препаратів -3 ПНЖК в рекомендації по профілактиці серцево-судинних захворювань (ССЗ), профілактиці і лікуванню інфаркту міокарду, шлуночкових аритмій, раптової серцевої смерті [1,4].

Одним із механізмів реалізації позитивних ефектів -3ПНЖК являється їх вплив на ендотеліальну функцію, який реалізується через зниження рівня молекул адгезії і протизапальних цитокінів, зміни рівня циркулюючих вільних жирних кислот, зменшення активності утворення вільних радикалів в клітинах ендотелію, а також через включення -3ПНЖК в клітинні мембрани із зміною їх текучості, модуляції білкових комплексів і активізації ендотеліальних іонних каналів. Крім того, ці препарати впливають на агрегацію тромбоцитів, що сприяє зниженню тромботичних ризиків. Це особливо важливо для пацієнтів із групи високо-серцево-судинного ризику. Ця дія не залежить від дози і може проявлятися через тиждень після прийому препаратів -3 ПНЖК [3].

Мета дослідження: вивчити особливості дії препарату Омакор (Abbott Products GmbH, Німеччина) на стан ліпідного профілю в комбінації із статинами у хворих з патологією серцево-судинної системи, та його вплив при дис-

ліпипротеїнемії у здорових людей. Представником класу статинів був обраний розарт (Актавіс Лтд, Мальта).

Виклад основного матеріалу. У дослідженні брали участь 36 осіб, серед яких 12-жінок періоду менопаузи (45-50років). Перша група хворих з ІХС: стенокардія напруги ФКІІ. Післяінфарктний кардіосклероз. СН І ФКІІ. Друга група: 6 чоловіків і 6 жінок з ІХС: стенокардія напруги ФК ІІ. Гіпертонічна хвороба ІІ, ступінь 2, ризик 3. СН І. ФК ІІ.

Третя – контрольна, включала також 6 чоловіків та 6 жінок без патології серцево-судинної системи з дисліпипротеїнемією.

Лікування хворих першої групи відбувалось згідно стандартів з призначенням терапії, яка включала: антиагреганти (кардіомагніл 75мг), -адреноблокатори (коріол в дозі 6,25мг/добу), статини (препарат розарт -20мг/добу).

Омакор – лікарський препарат, що складається із суміші етилових естерів -3 поліненасичених незамінних жирних кислот (84-90%): ейкозопентаєнової (ЕПК) і докозагексаєнової (ДГК) кислот, і бере участь в процесах тканинного метаболізму. Цей препарат має гіполіпідемічні властивості: знижує переважно рівень тригліцеридів за рахунок збільшення кількості пероксисом -окиснення жирних кислот в печінці, оскільки ЕПК і ДГК інгібують активність ферментів, які відповідають за їх синтез; зменшує вміст холестерину ліпопротеїдів дуже низької і низької щільності за рахунок прискорення їх катаболізму, а також кількість вільних жирних кислот, які необхідні для синтезу тригліцеридів [4, 5].

За результатами попереднього лікування у пацієнтів другої групи не вдалося досягти цільового значення артеріального тиску (АТ) менше 140/90. Усі хворі страждали на дисліпипротеїнемію, тобто мали рівень ЗХС у плазмі крові більше 5 ммоль/л, ХСЛПНЩ більше 3 ммоль/л, ТГ більше 1,7ммоль/л. Учасників дослідження першої та другої груп було віднесено до хворих з високим рівнем кардіоваскулярного ризику [6-7].

Перед проведенням дослідження визначався ліпідний спектр крові, а також через 1 та 3 місяці від початку досліджень. Оцінка результату проводилась на підставі лабораторних, клінічних та інструментальних досліджень. Відбувався моніторинг артеріального тиску, печінкових проб (АсТ, АлТ), проводилась оцінка кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE, холтерівське моніторування. Гіполіпідемічний ефект [2-4] оцінювали як відсоток змін середніх рівнів у групах до лікування і в процесі лікування.

В таблиці 1 наведені антропометричні дані на початку дослідження. Кількість учасників -36 чоловік

Таблиця 1

Антропометричні дані на початку дослідження

Параметри	Перша група (n=12)	Друга група (n=12)		група (n=12)	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Вік, років	45,5	46,2	47,3	48,1	46,5
Зріст, см	168,5	169,3	165,5	167,2	152,4
Маса тіла, кг	82,5	84,2	81,7	85,2	83,4
Окружність талії, см	97,6	98,2	92,5	94,3	96,6

Таблиця 2

Показники ліпідного профілю на початку дослідження

Параметри	Перша група (n=12)	Друга група (n=12)		група (n=12)	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
ЗХС, ммоль/л	6,2	6,4	6,2	5,6	5,4
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,7	4,7	3,6	3,1	3,4
ТГ, ммоль/л	2,3	2,3	2,1	1,9	1,8
ХС ЛВВЩ, ммоль/л	1,1	0,9	1,1	1,1	1,2

Результати за період 1, 3 місяці дослідження подані в таблицях 3,4

Таблиця 3.

Динаміка показників ліпідного профілю через 1 місяць лікування

Параметри	Перша група (n=12)	Друга група (n=12)		група (n=12)	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
ЗХС, ммоль/л	5,9	6,1	6,4	5,1	5,0
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,1	3,8	3,6	3,0	3,2
ТГ, ммоль/л	1,8	2,1	1,9	1,8	1,7
ХС ЛВВЩ, ммоль/л	1,2	1,0	1,2	1,1	1,2

Таблиця 4.

Динаміка показників ліпідного профілю через 3 місяці лікування

Параметри	Перша група (n=12)	Друга група (n=12)		група (n=12)	
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
ЗХС, ммоль/л	3,5	5,6	5,9	4,9	4,5
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5
ТГ, ммоль/л	1,5	1,9	1,8	1,7	1,5
ХС ЛВВЩ, ммоль/л	1,3	1,0	1,3	1,2	1,2

Згідно результатів дослідження використання омакору сумісно із статинами підсилює їх гіполіпідемічний ефект, особливо при гіпертригліцеридемії. Середній рівень ЗХС знизився в першій групі на 44% в другій – на 13%. В першій групі спостерігалось зниження ТГ на 34,8% після 3місяців використання препаратів. У чоловіків 2 групи не вдалося досягти цільового рівня ТГ, який знизився лише на 17,4% , а у жінок – на 14%. Окрім того, по даних холтеровського моніторингування у пацієнтів другої групи зменшилась частота шлуночкових аритмій.

У пацієнтів з помірною гіпертригліцеридемією додавання до статину -3ПНЖК в дозі 2г на добу може змінити рівні ТГ і допомогти досягнути цільового співвідношення ТГ/ ХСЛПВЩ, що підтверджується рекомендаціями Канадського кардіоваскулярного товариства по діагностиці і лікуванню дисліпідемій, профілактиці серцево-судинних захворювань в дорослих.

Комбінована гіполіпідемічна терапія не супроводжувалась підвищенням рівнів печінкових проб (АсТ, АлТ) і була безпечною в плані розвитку інших побічних дій (міалгії та ін.)

Висновки: Комбінація розарту з омакормом довела свою ефективність в плані зниження ТГ. Крім того у пацієнтів з АГ спостерігалось зниження артеріального тиску. Частка пацієнтів, які досягли цільового рівня через 3 місяці становила 78,4%. У пацієнтів 3 групи при використанні омакору також спостерігалась стабілізація показників, особливо ХС ЛПНЩ і ТГ та ЗХС без додавання статинів. Омакор входить в Європейські та Американські стандарти вторинної профактики серцево-судинних захворювань[8-10].

Використання його можливе також і для первинної профілактики серцево-судинних захворювань при наявності таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, ожиріння, шлуночкові аритмії, дисліпідемії, що доведено багаточисельними клінічними дослідженнями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Томсон Г.Р. Руководство по гиперлипидемии / Г.Р. Томсон // MSD.–1991. – С.255.
2. Т.В. Талаева, В.В. Братусь // Український кардіологічний журнал. –2010. –№3. – С. 7–26.
3. Аронов Н. Сердечно-сосудистая система и омега-3 по-

- линенасыщенные жирные кислоты /Д.Н. Аронов // Русский медицинский журнал. –2006.–Т14. – №4.– С.192–197.
4. Мітченко О.І. Дисліпідемія: діагностика, профілактика та лікування /О.І. Мітченко, М.І. Лутай // Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України. –Київ.–2010.–48с.
5. Hu F, Grodstein F, Hennekens C. et al. Age at natural menopause and risk of cardiovascular disease/ Hu F. //Arc Intern. / Med. –1999 159 –P.1061–1066
6. Рекомендації Канадського кардіоваскулярного товариства по діагностиці і лікуванню дисліпідів // Здоров'я України –2011. – №1 –С. 34-45.
7. О.І. Мітченко. Високий кардіоваскулярний ризик: реальність проблеми дисліпідемії і можливості її вирішення./ О.І. Мітченко // Здоров'я України. – 2013. – №2. – С.28– 29.
8. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (The European Society of Cardiology's, ESC) – 2011. – P.35–38.
9. Taggu W., Lloyd G., Treating cardiovascular disease in women. / Taggu W. // Menopause Int/ –2007 –13(4) –P. 159–164
10. А.Ф. Лисенко, О.І. Мойсеєнко. Статини для лікування кардіологічних пацієнтів високого ризику./ А.Ф. Лисенко // Здоров'я України .– 2013 – №1(26) –С. 54–55.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА И ЭНДОКРИНОЛОГАМИ, В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

Ткаченко В. И.

Доцент кафедры семейной медицины

Национальной медицинской академии последипломного образования имени

П.Л. Шупика,

к.мед.н., доцент

CLINICAL INDEXES OF QUALITY OF DIABETES CARE PROVIDED BY PRIMARY CARE PHYSICIANS AND ENDOCRINOLOGISTS IN THE CONDITIONS OF THE NEW CLINICAL PROTOCOL IMPLEMENTATION

Skoreiko N. T., region heryatr, doctor-cardiologist of Community Institution "Rivne region Clinical Hospital

Skoreiko R. S., teacher of the Rivne basic medical college, doctor-gynecologist, Rivne city hospital;

Skoreiko S. S., student, Bucovinian State Medical University

АНОТАЦІЯ

В Украине с конца 2012 года внедрен клинический протокол диабетологической помощи, который произвел распределение объемов медицинской помощи между первичным и вторичным уровнями. Цель исследования – провести сравнительную характеристику качества диабетологической помощи врачами первичной помощи (ПМП) и эндокринологами в условиях внедрения нового клинического протокола по клиническим данным. Материалы и методы: обследовано 173 пациентов с СД 2 типа: 45 – пациенты врача ПМП и 128 – врача эндокринолога, и 40 пациентов без СД 2 типа соответствующего возраста, в качестве группы сравнения. С целью анализа качества диабетологической помощи проводился сравнительный анализ ретроспективных данных пациентов, опрос пациентов об объеме проводимых им медицинских услуг, а также клиничко-лабораторное обследование согласно рекомендованному УКП перечню основных обязательных показателей контроля диабета. Статистический анализ проводился с помощью программ Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0. Результаты. С внедрением нового клинического протокола и подключением врачей ПМП по данным медицинских записей достоверно возрос процент пациентов, которым определялся уровень HbA1c с 16,76% до 24,28% пациентов (прирост 44,87%, $p > 0,05$), уровень общего холестерина с 14,45% до 24,28% ($p < 0,05$, прирост 68,03%), исследование функции почек с 5,78% до 12,72% ($p < 0,05$, прирост 120,07%), осуществлен осмотр нижних конечностей - с 15,61% до 25,43% ($p < 0,05$), осмотр глазного дна окулистом - с 16,18 до 26,01%, ($p < 0,05$). Но обследование пациентов не определило улучшения контроля диабета и достижения рекомендованных целевых уровней в первые годы внедрения протокола. Достоверных различий между пациентами врачей ПМП и эндокринологов не выявлено. Вывод. Улучшилось качество процесса диабетологической помощи, а качество результата в первые годы внедрения протокола остается прежним. Отсутствие достоверных отличий между показателями ежегодного мониторинга пациентов врачей ПМП и эндокринологов свидетельствует о достаточном уровне качества диабетологической помощи врачей ПМП.

ABSTRACT

In Ukraine a new clinical protocol of diabetes care was implemented since the end of 2012, it distributed the volumes of medical care between the primary and secondary levels. The aim of the study - to compare the quality of diabetes care provided by primary care physicians and endocrinologists during implementation of new clinical protocol. Materials and Methods: The study involved 173 patients with type 2 diabetes: 45 - patients of PC physicians and 128- of endocrinologist, and 40 patients of appropriate age without diabetes, as a comparison group. A comparative analysis of patients medical records, a survey of patients about the volume of ongoing health services, as well as clinical and laboratory examination of patients according to the recommended list of obligatory indicators of diabetes control were carried out. Statistical analysis was performed using Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0. Results. During the new clinical protocol implementation with involvement of PC doctors, we noted significant increase in the percentage of patients with determined HbA1c levels from 16.76% to 24.28% (increase on 44,87%, $p > 0,05$), total cholesterol - from 14,45% to 24,28% ($p < 0,05$, increase on 68.03%), carried out the inspection of kidney function - from 5.78% to 12,72% ($p < 0,05$, increase on 120.07%), limbs - from 15,61% to 25,43% ($p < 0,05$), eye fundus examination - from 16.18 to 26,01%, ($p < 0,05$) according to medical records. But when the diabetes monitoring and follow up was improved the diabetes control and achievement of the recommended target levels remained the same in the first years of implementation of the protocol. No significant differences between indexes of the patients of PC doctors and endocrinologists have been identified. Conclusion. The quality of process of diabetes care was improved when the quality of the result is still the same. The lack of significant differences between the results of annual monitoring of patients by PC doctors and endocrinologists indicates a sufficient level of quality of diabetes care provided by PC physicians.

Ключві слова: качество помощи, диабет, внедрение протокола, клинические показатели

Key words: quality of care, diabetes, implementation of the protocol, clinical parameters

Постановка проблемы. Ежегодно увеличивающаяся распространенность сахарного диабета 2 типа (СД 2) и его осложнений во всем мире и в Украине обуславливает поиск более эффективных методов его первичной, вторичной профилактики и контроля. С этой целью ВОЗ, IDF, EASD

разрабатывают и внедряют международные программы и рекомендации, с активным привлечением в процесс оказания медицинской помощи врачей первичного звена. Международный опыт показывает, что семейные врачи во многих странах самостоятельно проводят лечебно-про-

филактические мероприятия и ежегодный мониторинг состояния здоровья пациентов с СД 2 типа, назначают и корректируют терапию антидиабетическими препаратами, что предусмотрено международными и национальными клиническими рекомендациями [1-5].

В Украине медицинская помощь больным СД 2 типа ранее осуществлялась в основном врачами-эндокринологами. Врачи первичной медицинской помощи (ПМП) стали активно подключаться к ведению СД 2 типа в 2012 году после внедрения разработанных с нашим участием медико-технологических документов - адаптированных клинических рекомендаций и унифицированного клинического протокола (УКП) оказания медицинской помощи при СД 2 типа, утвержденных приказом Министерства Здравоохранения Украины от 21.12.2012 № 1118. Данные медико-технологические документы впервые в Украине произвели распределение объемов медицинской помощи при СД 2 типа между первичным и вторичным уровнями и определили индикаторы качества диабетологической помощи. Среди индикаторов основными являются процент пациентов, которым произведена оценка медицинского состояния путем проведения перечня обязательных ежегодных процедур, и процент пациентов, которому проведено исследование гликозилированного гемоглобина - HbA1c, т.е. показатели качества процесса диабетологической помощи [6].

Анализ последних исследований и публикаций по данной проблеме показывает, что качество диабетологической помощи активно изучается в странах мира, с учетом общеизвестной концепции А. Донабедиана (1980), которая описывает оценку качества медицинской помощи по трем ее компонентам: качество структуры, процесса и результата. Так, проводятся многочисленные сравнительные исследования качества диабетической помощи по индикаторам качества, как на национальном, так и на межнациональном уровнях, но их сравнительный анализ достаточно сложен в связи с тем, что количество и суть индикаторов зависит от особенностей здравоохранения конкретной страны и национальных руководств [7-12]. Чаще исследования концентрируют внимание на оценке индикаторов процесса и результата диабетологической помощи, т.е. на клинических показателях, которые оцениваются на первичном и вторичном звене. Например, исследование OECD оценивало качество диабетологической помощи в 5 странах - Австралии, Канаде, Новой Зеландии, США и Великобритании по 6 индикаторам (ежегодное измерение HbA1c, липидов, скрининг функции почек, исследование глаз, достижение целевых уровней HbA1c и липидов) и показало относительно широкий разброс результатов. Например, ежегодное исследование HbA1c и липидов проводилось в Новой Зеландии та Австралии у 50-60% пациентов, а в США и Великобритании - у 70-80% пациентов, но контроль диабета был в США и Великобритании хуже: HbA1c \leq 7% достигли только 30-50% пациентов [7]. Исследование GUIDANCE оценивало качество диабетологической помощи на первичном и вторичном этапах после внедрения национальных руководств в 8 европейских странах (Бельгия, Франция, Германия, Италия, Ирландия, Швеция, Нидерланды, Великобритания) по

следующим индикаторам качества процесса и результата: уровень HbA1c, артериального давления, показатели липидов, индекса массы тела, процент пациентов, которым определены данные показатели, назначены сахароснижающие, гипотензивные, гиполипидемические препараты. В данном исследовании установлено, что вариация показателей между странами была значительной по всем показателям, уровень HbA1c ежегодно в среднем определялся у 97,6% пациентов первичного звена, но целевого HbA1c \leq 7% достигли только в среднем 53,6% пациентов [8, 11]. В Таиланде, Kanchanaphibool I. и соавт. (2009 г.) показали, что на вторичном звене HbA1c был определен ежегодно у 56,5-67,2% пациентов, но его уровень HbA1c \leq 7% достигнут лишь у 26,5-33,5 % пациентов, холестерина ЛПНП \leq 100 мг/дл - у 27,1-30,3%, триглицеридов \leq 150 мг/дл - у 53,3-48,8%, холестерина ЛПВП \geq 50 мг/дл - у 38,7-47,1% пациентов [9].

Исследование качества диабетологической помощи на первичном звене в США (Техас) показали, что пациенты семейных врачей были обследованы на HbA1c в 90,5% случаев, на липиды - в 81,3 %, протеин мочи - в 46,3%, осмотр глаз - в 57,3%, ног - в 69,2% случаях, что свидетельствует о достаточном уровне качества медицинской помощи [10, 11]. Оценка диабетологической помощи на первичном уровне в Великобритании (1998) показала, что ведение пациента с диабетом семейным врачом не должно быть самостоятельным, т.к. приводит к ухудшению контроля, мониторинга и большей смертности пациентов с диабетом, более эффективным является ведение больного структурированной командой при тесном взаимодействии врача ПМП с эндокринологом и другими специалистами, что и внедряется во всех странах мира [12].

Оценка качества и эффективности диабетологической помощи в условиях внедрения новых медико-технологических документов в Украине не освящена, что обусловило цель настоящего исследования и является важным этапом на пути формирования качественной диабетологической помощи, особенно на первичном этапе.

Цель исследования - провести сравнительную характеристику качества диабетологической помощи врачами ПМП и эндокринологами в условиях внедрения нового клинического протокола по клиническим данным.

Материалы и методы. Нами было обследовано 173 пациентов с СД 2 типа (в возрасте 55,13 \pm 0,61 лет, 112 женщин и 61 мужчин), которые в зависимости от того, у какого врача они наблюдаются были разделены на 2 группы: 1-я - у врача ПМП (n=45, возраст 54,95 \pm 1,2 лет), 2-я группа - у врача эндокринолога (n=128, возраст 55,23 \pm 0,71 лет). С целью анализа качества диабетологической помощи проводился сравнительный анализ ретроспективных данных пациентов обеих групп, опрос пациентов об объеме проводимых им медицинских услуг за 2012-2013 гг., а также клинико-лабораторное обследование согласно рекомендованному УКП перечню основных обязательных показателей контроля диабета: индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), уровень систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c), уровень глюкозы крови натощак, показатели липидограммы, обеспечение

обследования функции почек на предмет диабетической нефропатии (креатинин, мочевины, расчетная скорость клубочковой фильтрации СКФ, т.п.), обследования глазного дна на предмет диабетической ретинопатии, комплексного обследования нижних конечностей на предмет диабетической стопы, оценка сердечно-сосудистого риска и наличия ишемической болезни сердца (ИБС), статуса курения. С целью оценки достижения показателей обследованы 40 пациентов без СД 2 типа соответствующего возраста - 51,5±1,57 лет, 22 женщины и 18 мужчин, в качестве группы сравнения. Статистический анализ проводился с помощью программ Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

Результаты. Ретроспективный анализ медицинских данных группы пациентов с СД 2 типа показал, что процент пациентов, которым проведено полное обследование в 2012 году составил 13,29%, и достоверно вырос в 2013 - 24,28% (p<0,05, прирост 82,69%). Уровень HbA1c определялся в 2012 в 16,76% пациентов, что увеличилось до 24,28% пациентов в 2013 г. (прирост 44,87%, p>0,05). Средний уровень HbA1c составлял 9,98±0,39% (2012 г.) и 9,52±0,26% (2013 г.) и превышал рекомендованный целевой. Показатели липидограммы определялись в 2012 г. у 7,51%, и в 2013 г. - у 8,67% пациентов (p>0,05). Более широко пациентам проводилось определение уровня общего холестерина - в 2012 г. у 14,45% пациентов, и достоверно больше в 2013 г. - 24,28% пациентов (p<0,05, прирост 68,03%). Средний уровень общего холестерина в 2012 г. составил 5,65±0,3 ммоль/л и в 2013 г. - 5,55±0,2 ммоль/л, но достоверно не изменился. За 2012-2013 гг. достоверно вырос процент пациентов, которым проводилось исследование функции почек (микроальбуминурия или суточная протеинурия) с 5,78% до 12,72% (p<0,05, прирост 120,07%), осуществлен осмотр нижних конечностей - с 15,61% до 25,43% (p<0,05), осмотр глазного дна окулистом - с 16,18 до 26,01%, (p<0,05). В целом, рекомендованный УКП ежегодный мониторинг показателей в 2012-2013 гг. осуществлялся не в полном объеме, как на первичном, так и вторичном уровнях, но выделить объем помощи, оказываемой врачом ПМП и эндокринологом не удалось.

Опрос пациентов показал, что 26,01% опрошенных наблюдают по поводу диабета у врача ПМП и считают его основным в лечении диабета, а остальные 73,99% - у эндо-

кринолога; 49,13% указали, что их врач ПМП участвует в проведении ежегодного мониторинга и направляет на обследование, а 17,9% указали, что врач ПМП самостоятельно назначает им антидиабетическую терапию, в том числе и инсулинотерапию, при этом достоверно большая часть этих пациентов была из сельской местности (p<0,01). Установлено, что лишь половина пациентов указала про измерение каким-либо медицинским персоналом у них ОТ (56,1%), проведения осмотра глазного дна (50,3%), нижних конечностей (46,8%), исследования белка мочи (42,8%). Большой процент пациентов указав на измерение у них ИМТ (78,0%) и уровней HbA1c (76,9%). Недостаточно внимания медицинским персоналом уделялось обучению самоконтроля диабета - рекомендациям по питанию (67,6%) снижению массы тела (69,9%), увеличению физических нагрузок (59,5%), отказа от курения (17,9%) и посещение школы самоконтроля диабета (45,1%). Наибольшее внимание уделялось мониторингу уровня глюкозы (89,6%), общего холестерина (81,5%), измерению АД (95,4%).

При сравнении данных опроса и анализа данных медицинской документации пациентов с СД 2 типа в отношении объемов медицинской помощи установлено, что по данным опроса достоверно более высокому проценту пациентов осуществлено определение уровня глюкозы крови (p<0,01), HbA1c (p<0,01), общего холестерина (p<0,01), обследование глазного дна (p<0,01) и нижних конечностей (p<0,01), исследование функции почек (p<0,01), чем указано в медицинской документации, что свидетельствует о невысокой объективности оценки качества медицинской помощи только по данным медицинской документации.

Клинико-лабораторное обследование пациентов с СД 2 типа согласно рекомендованному УКП перечню обязательных диагностических процедур для ежегодного мониторинга (табл.) показало, что у пациентов с СД определялось превышение рекомендованных уровней глюкозы крови (8,65±0,22 ммоль/л, p<0,01) и HbA1c (9,00±0,18%, p<0,01), в отличие от группы сравнения, и превышение рекомендованных целевых уровней, что свидетельствует о недостаточной компенсации заболевания, несмотря на лечение. При этом достоверной разницы между пациентами врачей ПМП и эндокринологов не отмечено.

Таблица

Данные клинико-лабораторного обследования пациентов с СД 2 типа

№	Показатели	Пациенты С СД 2 типа, n=173			Пациенты без СД типа, n=40
		Врача ПМП, n=45	Эндокринолога, n=128	Всего n=173	
1	Объем талии, см	104,72±2,96*	105,06±1,47**	104,98±1,32**	94,3±3,11
2	Объем талии у женщин, см	103,14±3,47*	103,91±1,83*	103,68±1,60*	89,18±5,11
3	Объем талии у мужчин, см	107,21±5,42	107,32 ±2,43*	107,46±2,31*	100,56±2,38
4	ИМТ, кг/м ²	32,77±1,08*	32,02±0,53*	32,22±0,48*	29,06±1,03
5	САД, мм Hg, 1-е измерение	140,04±2,85	140,24±1,80	140,19±1,52	144,44±4,72
6	ДАД, мм Hg 1-е измерение	85,84±1,33	85,94±1,16	85,91±0,92	88,41±3,06

7	САД, мм Hg, 2-е измерение	133,77±2,65	134,23±1,51	134,11±1,31	140,62±4,52
8	ДАД, мм Hg 2-е измерение	82,36±1,32	82,43±0,98	82,41±0,80	85,0±2,73
9	ЧСС, уд./мин. 1-е измерение	70,78±1,18	72,74±1,04	72,16±0,81	73,63±2,41
10	ЧСС, уд./мин. 2-е измерение	69,67±1,09	69,53±1,94	69,57±1,40	67,90±3,36
11	Глюкоза крови, ммоль/л	8,46±0,49**	8,73±0,25**	8,65±0,22**	4,76±0,09
12	Hb1Ac, %	8,74±0,37**	9,10±0,21**	9,00±0,18**	5,31±0,09
13	Общий холестерин, ммоль/л	5,27±0,21	5,73±0,16	5,60±0,13	5,35±0,20
14	ТГ, ммоль/л	1,70±0,32	1,76±0,17**	1,74±0,15**	1,11±0,08
15	ЛПВП, ммоль/л	2,30±0,23**	2,14±0,17**	2,19±0,14**	3,51±0,18
16	ЛПНП, ммоль/л	2,29±0,28**	2,91±0,23**	2,71±0,18**	1,34±0,04
17	ЛПОНП, ммоль/л	0,59±0,07*	0,65±0,08*	0,63±0,06**	0,42±0,03
18	Атерогенный индекс	3,30±0,21	3,30±0,14	3,30±0,12	3,10±0,14
19	С-реактивный протеин, мг/л	5,63±2,02	5,34±1,03	5,42±0,92	3,79±0,16
20	Мочевая кислота у женщин, мкмоль/л	311,11±23,22	301,99±19,66	304,08±15,98	272,36±16,27
21	Мочевая кислота у мужчин, мкмоль/л	295,41±36,75*	315,67±23,24*	310,60±19,44**	412,11±25,88
22	Креатинин крови, мкмоль/л	82,28±2,70	81,65±1,71	81,81±1,44	86,03±2,36
23	Мочевина, ммоль/л	4,09±0,15	4,30±0,14	4,24±0,11	4,47±0,12
24	СКФ, мл/мин	112,36±6,35	112,58±4,03	112,52±3,39	103,94±5,38
25	СКФ у женщин, мл/мин	106,21±8,58	106,46±4,34	106,40±3,87	93,81±8,09
26	СКФ у мужчин, мл/мин	121,20±9,21	125,34±8,19	124,53±6,36	116,31±5,67
27	СКФ, мл/мин/1,73м ²	78,50±3,0911	80,39±2,2611	79,90±1,8511	77,24±2,7511
28	ШКФ у женщин, мл/мин/1,73м ²	71,38±3,9011	75,47±2,4011	74,46 ±2,0511	71,43±3,641
29	ШКФ у мужчин, мл/мин/1,73м ²	90,06±3,5711	89,86±4,3811	89,92±3,2911	84,34±3,6211
30	СО в выдохе, р.п.т.	2,21±0,23	2,38±0,18	2,34±0,14	2,09±0,33
31	СО в выдохе у некурящих, р.п.т.	1,85±0,14*	1,81±0,12*	1,80±0,09*	1,49±0,11
32	СО в выдохе у курящих, р.п.т.	5,3±0,9422	6,12±0,4622	5,93±0,4122	3,87±1,14

У больных СД 2 типа, в отличие от группы сравнения, наблюдались достоверно большие размеры ОТ (104,98±1,32 см, $p<0,01$ в группе в целом и в частности среди женщин 103,68±1,60 см, $p<0,05$, и мужчин 107,46±2,31 см, $p<0,05$), что превышает рекомендуемые уровни. ИМТ указывал на наличие избыточного веса в обеих группах - в сравнительной (29,06±1,03) и исследовательской (32,22±0,48), но у больных СД был достоверно выше ($p<0,05$) и соответствовал 1 степени ожирения. Уровни артериального давления не превышали рекомендованных показателей в обеих группах, хотя пациенты группы сравнения имели несколько повышенный уровень САД при первом измере-

нии. Достоверных изменений ОТ, ИМТ, АД между пациентами врачей ПМП и эндокринологов не выявлено.

Уровень общего холестерина в группах достоверно не отличался, но превышал рекомендуемый УКП целевой уровень при СД (до 4,5 ммоль / л) и в среднем составлял на 5,60±0,13 ммоль/л. У пациентов группы сравнения также наблюдалось незначительное превышение данного показателя, поскольку рекомендована верхняя граница нормы для общей популяции составляет до 5,2 ммоль/л (по классификации NCEP). Нарушения липидного обмена было подтверждено также достоверным повышением у пациентов с СД, в отличие от группы сравнения, и пре-

вышением рекомендуемых УКП уровней триглицеридов ($1,74 \pm 0,15$ против $1,11 \pm 0,08$ ммоль/л, $p < 0,01$, рекомендованный $< 1,7$ ммоль/л), ЛПНП ($2,71 \pm 0,18$ против $1,34 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,01$, рекомендованный $< 2,5$ ммоль/л) и ЛПОНП ($0,63 \pm 0,06$ против $0,42 \pm 0,03$ ммоль/л, $p < 0,01$) и достоверным снижением ЛПВП ($2,19 \pm 0,14$ против $3,51 \pm 0,18$ ммоль/л, $p < 0,01$, рекомендованный > 1 ммоль/л), что свидетельствует о наличии дислипидемии. Достоверной разницы по контролю липидного профиля врачами эндокринологами и врачами ПМП выявлено не было. Атерогенный индекс был выше рекомендованного в обеих группах.

Уровень СРП, как одного из показателей атерогенного процесса у пациентов с СД составил $5,42 \pm 0,92$ мг/л и превышал норму 0-5 мг/л, и достоверно не отличался от показателя группы сравнения, но по данным American Heart Association и US Centers for Disease Control and Prevention [13-15] даже уровень СРП выше 3 мг/л, что наблюдается в обеих группах, говорит о высоком риске сосудистой патологии. Другой фактор сердечно-сосудистого риска - уровень мочевой кислоты у обследованных пациентов не превышал рекомендуемых норм (для женщин - 150-350 мкмоль/л и для мужчин - 210-420 мкмоль/л), но был достоверно выше среди мужчин группы сравнения и составил $412,11 \pm 25,88$ мкмоль/л ($p < 0,05$) в отличие от показателя у мужчин с СД 2 типа ($310,60 \pm 19,44$ мкмоль/л). Достоверных изменений уровней СРП и мочевой кислоты между пациентами врачей ПМП и эндокринологов не установлено.

Исследование функции почек посредством расчетной СКФ по двум формулам (MDRD и Cockcroft Goult) показало отсутствие достоверных изменений между пациентами с СД и группы сравнения, а также отсутствие достоверных изменений между пациентами врачей ПМП и эндокринологов. Но, расчетная СКФ по формуле MDRD, которая считается более точной, показала, что у пациентов обеих групп имеется незначительное снижение СКФ (по DOQI, 2002), что указывает на начальные изменения функции почек в обеих группах и может быть связано с влиянием других факторов, кроме диабета. Установлена достоверная разница между расчетным значением СКФ по разным формулам указывает на невысокую точность расчетного метода. По современным данным наиболее чувствительным методом диагностики повреждения почек у пациентов с СД 2 типа на ранних стадиях, считается определение САК в моче, который пока в Украине не имеет широкого рутинного применения [6].

Для оценки статуса курения и его воздействия на организм проведено исследование СО в выдыхаемом воздухе. Определено, что уровень СО в выдохе среди курящих пациентов с СД был достоверно выше, чем у некурящих, что подтверждает объективность данного метода для определения статуса табакокурения. Кроме того, установлено, что среди некурящих пациентов СО был достоверно выше у больных СД, в отличие от группы сравнения. Выявлено, что уровень СО в выдыхаемом воздухе имел достоверную прямую корреляцию с Hb1Ac ($r = 0,38$ $p < 0,01$), что свидетельствует о прямой взаимосвязи гипергликемии и СО.

По данным медицинской документации диабетическую нефропатию имели 20,81%, ретинопатию - 77,46%, нейро-

патию - 78,61, ИБС- 49,71% пациентов.

Выводы. С внедрением нового клинического протокола и подключением врачей ПМП по данным медицинских записей достоверно возрос процент пациентов, которым определялся уровень HbA1c с 16,76% до 24,28% пациентов (прирост 44,87%, $p > 0,05$), уровень общего холестерина с 14,45% до 24,28% ($p < 0,05$, прирост 68,03%), исследование функции почек с 5,78% до 12,72% ($p < 0,05$, прирост 120,07%), осуществлен осмотр нижних конечностей - с 15,61% до 25,43% ($p < 0,05$), осмотр глазного дна окулистом - с 16,18 до 26,01%, ($p < 0,05$). Но обследование пациентов не определило улучшения контроля диабета и достижения рекомендованных целевых уровней в первые годы внедрения протокола, т.е. улучшилось качество процесса диабетологической помощи, а качество результата в первые годы внедрения протокола остается прежним. Оценку качества диабетологической помощи следует проводить комплексно, учитывая данные медицинской документации, опроса и обследования пациентов. Отсутствие достоверных отличий между показателями ежегодного мониторинга пациентов врачей ПМП и эндокринологов свидетельствует о достаточном уровне качества диабетологической помощи врачей ПМП. Дальнейшее изучение клинических аспектов качества диабетологической помощи на более поздних этапах внедрения протокола и сопоставление их с другими аспектами даст более полную оценку качества диабетологической помощи.

Список литературы:

1. Всемирное руководство по сахарному диабету 2 типа (IDF Clinical Guidelines Task Force/ Global Guideline for Type 2 diabetes. Bruxelles: International Diabetes Federation, 2005) // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2006. - №2(4). - С.23-26.
2. International Diabetes Federation (IDF), сайт. - Режим доступу: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
3. Unger Jeff. Diabetes Management in the Primary Care Setting / Unger Jeff. - [2nd Edition.]. - Copyright B©2013, Lippincott Williams & Wilkins, 2013. - 473 p.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines For Diabetes Mellitus. Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. Clinical Guidelines 66 and 87, 2009, reviewed 2011. - 280 p. - Mode of access: www.nice.org.uk
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Guideline 116: Management of Diabetes: A National Clinical Guideline, 2010. - 170 p. - Mode of access: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/>
6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу [Текст]: приказ Міністерства Здравоохорони України от 21.12.2012 № 1118. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html
7. Si et al. Comparison of diabetes management in five countries for general and indigenous populations: an internet-based review /Damin Si, Ross Bailie2, Zhiqiang Wang and Tarun Weeramanthri // BMC Health Services Research. - 2010. - № 10. - P. 169-178. - <http://www.biomedcentral.com/1472->

6963/10/169

8. Quality of Care of Patients with Type 2 Diabetes in Eight European Countries. Findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study / Margaret A. Stone, Guillaume Charpetier, Kris Doggen, Oliver Kuss, Ulf Lindblad, Christiane Kellner, John Nolan, Agnieszka Pazderska, Guy Rutten, Marina Trento, Medsci Bpsychol, Kamlesh Khunti // *Diabetes Care*. - Publish Ahead of Print, published online. - April 29, 2013. - P. 1-11. - Mode of access: <http://www.care.diabetesjournals.org>

9. Inthira Kanchanaphibool. Quality indicators of Diabetes Care in Practice / Inthira Kanchanaphibool, Sanita Hirunrassami, Pensri Tongpugdee // *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. - 2009. - Vol 40, № 5. - P. 1074

10. Amer A. Kaissi. Assessing Chronic Illness Care for Diabetes in Primary Care Clinics [Текст] / Amer A. Kaissi, Michael Parchman // *Journal on Quality and Patient Safety*. - 2006. - Vol. 32, № 6. - P. 318-323.

11. Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Netherlands and the United States: A

Comparison of Two Quality Improvement Programs / Gerlof D. Valk, Carry M. Renders, Didi M. W. Kriegsman, Katherine M. Newton, Jos W. R. Twisk, Jacques Th. M. van Eijk, Gerrit van der Wal, and Edward H. Wagner // *HSR: Health Services Research*. - 2004. - Vol. 39, № 4, Part I. - P. 709-726.

12. Griffin Simon. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomized control trials / Simon Griffin / *BMJ*. - 1998. - Vol. 317. - P. 390-396.

13. Kailash Prasad Reducing the Risk: Measures to Lower CRP in CVD // *Perspectives in Cardiology*. - 2007, February. - P. 31-34

14. Mora S, et al. The clinical utility of High-sensitivity C-reactive protein in Cardiovascular disease and the potential implication of JUPITER on Current practice / S Mora, et al. // *Guidelines clinical chemistry*. - 2009. - Vol. 55. - P.2219-2228.

15. Rutter MK. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and prediction of cardiovascular events in the Framingham Offspring Study / MK Rutter, JB Meigs, et al. // *Circulation*. - 2004. - Vol. 110. - P.380-385.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ

Фесенко Галина Дмитриевна

Ассистент, кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации,
Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины», Украина

FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS IN THE REMOTE PERIOD OF TRAUMATIC BRAIN INJURY
Fesenko Halyna Dmytrivna, Assistant professor, department of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine", Ukraine

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты нейропсихологического обследования 98 больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы различной степени тяжести. При помощи скрининговых шкал и тестирования отдельных доменов когнитивных функций определены особенности когнитивных нарушений у пациентов с различной степенью тяжести ЧМТ. Показано, что в большей степени реагируют на повышение степени тяжести травмы нарушения внимания, беглости речи и скорости сенсомоторных реакций, что свидетельствует о преимущественно нейродинамическом характере посттравматической когнитивной дисфункции.

ABSTRACT

The article presents the results of neuropsychological examination of 98 patients in the late period of traumatic brain injury of varying severity. Characteristics of cognitive impairment in patients with varying severity of the brain injury have been identified by means of screening scales and testing of individual cognitive domains. It has been established, that disorders of attention, verbal fluency and speed of sensorimotor reactions are the cognitive functions, that respond at a greater extent to increasing severity of trauma, indicating predominantly neurodynamic pattern of posttraumatic cognitive dysfunction.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, черепно-мозговая травма, нейропсихологическое обследование.

Keywords: cognitive impairment, traumatic brain injury, neuropsychological examination.

Постановка проблемы. Когнитивные нарушения считаются одними из наиболее распространенных вариантов расстройств при самой разнообразной неврологической патологии. К когнитивным функциям относятся наиболее сложные функции головного мозга (речь, память, интеллект, праксис, гнозис), ответственные за процесс рационального познания мира и целенаправленное взаимодействие с ним. Нарушение когнитивных функций пациентов за счет ограничения способности к обучению и трудовой деятельности несет в себе не только медицинскую, но и высокозначимую социальную составляющую [2, с. 219-227, 4, с. 73-76].

У лиц до 50 лет третьей по частоте причиной когнитивного снижения является черепно-мозговая травма (ЧМТ) [3, с. 60-66].

В отдаленном периоде ЧМТ именно когнитивная дисфункция, выходит на первый план и нередко является основной причиной инвалидизации, в то время как физические дефекты склонны к регрессии и компенсации. Большинство авторов считает, что даже легкая ЧМТ может способствовать возникновению, сохранению и даже прогрессированию когнитивных нарушений [5, с. 391-399, 6, с. 1450-1467]. Выраженность когнитивных нарушений после ЧМТ зависит от целого ряда факторов, включая ха-

рактер и тяжесть травмы, возраст больного, локализацию поражения и преморбидный когнитивный уровень [1, с. 4].

Цель. Изучение особенностей когнитивных нарушений у больных в отдаленном периоде ЧМТ.

Материалы и методы. Для изучения особенностей когнитивных нарушений у больных в отдаленном периоде ЧМТ были обследованы 98 пациентов возрастом от 18 до 55 лет и с длительностью посттравматического периода более 6 месяцев, распределенные на три группы с легкой, средней степени и тяжелой ЧМТ в анамнезе. В группу с легкой ЧМТ в анамнезе вошли 32 пациента (средний возраст $38,03 \pm 11,56$ лет), среди них женщин – 4 (12,50%), мужчин – 28 (87,5%). В группу со средней степени тяжести ЧМТ вошло 33 пациента (средний возраст $37,39 \pm 10,10$ лет), среди них женщин – 2 (6,06%), мужчин – 31 (99,94%). В группу с тяжелой ЧМТ в анамнезе вошло 33 пациента (средний возраст $39,03 \pm 11,07$ лет), все мужчины.

Клиническое нейропсихологическое обследование включало:

- Монреальскую Шкалу оценки Когнитивных Функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA), представляющую собой набор тестов для оценки исполнительных функций, памяти, внимания, речи, называния предметов, абстрактного мышления и ориентировки в месте и времени (максимальная оценка 30 баллов);

- Батарейку Тестов для оценки Лобной Дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), состоящей из 6 субтестов: концептуализация, звуковые ассоциации, динамический праксис, простая реакция выбора, усложненная реакция выбора, хватательный рефлекс (максимальная оценка 18 баллов);

- тест «10 слов» Лурия с оценкой непосредственного и отсроченного воспроизведения;

- таблицы Шульте для оценки внимания;

- тест «Исключение понятий» с оценкой соответственно принципу В. Dubois, где за каждый правильный ответ начисляется 1 балл (максимальная оценка 4 балла);

- тест литеральных ассоциаций – оценивается количе-

ство названных слов в минуту, но не более 20;

- тест категориальных ассоциаций – оценивается количество названных слов в минуту, но не более 20;

- тест «Лабиринт» - оценивается скорость прохождения лабиринта.

Результаты и обсуждение. При объективной оценке когнитивной сферы с помощью скрининговых нейропсихологических шкал, клинически значимое снижение когнитивных функций в группе с легкой ЧМТ в анамнезе выявлено у 22 (68,75 %) пациентов по данным MoCA и у 5 (15,63 %) по данным FAB. В группе с ЧМТ средней степени тяжести в анамнезе эти показатели составили 30 (90,9 %) и 17 (51,52 %), а в группе с тяжелой ЧМТ – 32 (96,97 %) и 18 (54,55 %) соответственно.

Показатели шкалы MoCA уже в первой группе пациентов меньше нормативных, что свидетельствует о формировании измеримых когнитивных нарушений даже после легкой ЧМТ. Как видно из таблицы 1, показатели шкалы FAB в первой группе не достигают клинически значимого уровня снижения, из чего можно предположить, что когнитивная дисфункция лобного типа не характерна для отдаленного периода легкой ЧМТ.

При выполнении MoCA-теста наибольшее количество ошибок возникало при определении категориального сходства между предметами, отсроченном воспроизведении и в субтесте на внимание. Выполнение FAB также вызывало затруднения в субтесте на обобщение и при выполнении конфликтующих инструкций, реакции выбора и повторении серии движений. Допускаемые ошибки были преимущественно по типу импульсивных действий без истинных нарушений распознавания ритмической структуры.

По результатам тестирования при помощи шкалы MoCA достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены между группой с тяжелой ЧМТ и группами с ЧМТ средней степени тяжести и легкой. Тестирование с помощью FAB выявило достоверные различия между группой с легкой ЧМТ и группами с тяжелой и средней степени тяжести ЧМТ.

Таблица 1.

Интегральная оценка когнитивных функций по данным скрининговых шкал у пациентов с ЧМТ различной степени тяжести в анамнезе.

Шкала оценивания	Легкая ЧМТ N=32	ЧМТ средней степени тяжести N=33	Тяжелая ЧМТ N=33
MoCA, бали (M±SD)	25,88±2,21	24,76±2,39	22,24±4,29
FAB, бали (M±SD)	16,84±1,05	15,27±2,11	14,81±2,46

Средняя скорость выполнения таблиц Шульте демонстрирует клинически значимое снижение уровня внимания во всех группах пациентов, достоверно различающееся между группой с тяжелой ЧМТ и группами с легкой и средней степени тяжести ЧМТ в анамнезе. Показатели состояния памяти по результатам теста 10 слов Лурия достигают клинически значимого уровня снижения только в группе с тяжелой ЧМТ в анамнезе, что, возможно, свидетельствует о меньшей характерности нарушений памяти для последствий легкой и средней тяжести ЧМТ. Достоверные различия выявлены между непосредственным и

отсроченным воспроизведением группы с тяжелой ЧМТ и групп с легкой и средней степени тяжести ЧМТ в анамнезе. Для анализа механизма нарушения долгосрочной памяти, пациентам, после отсроченного воспроизведения, было предложено узнать неназванные ими слова среди других слов. Процент узнавания слов составил 77,02 %, 78,20 % и 75,01 % для групп с легкой, средней тяжести и тяжелой ЧМТ соответственно, что свидетельствует о преобладании нарушений механизмов произвольного воспроизведения материала над механизмами запоминания.

Таблица 2.

Оценка памяти и внимания у пациентов с ЧМТ различной степени тяжести в анамнезе.

Тест оценки когнитивных функций	Легкая ЧМТ N=32	ЧМТ средней степени тяжести N=33	Тяжелая ЧМТ N=33
Тест 10 слов Лурия, непосредственное воспроизведение, слова (M±SD)	5,38±1,43	5,03±1,19	4,24±1,37
Тест 10 слов Лурия, отсроченное воспроизведение, слова (M±SD)	5,84±1,61	5,73±1,33	4,52±1,84
Таблицы Шульте, средняя скорость выполнения, с (M±SD)	53,37±13,80	53,82±11,90	61,93±14,52

При анализе результатов тестов «Исключение понятий» и «Лабиринт» достоверных различий между группами выявлено не было. В тестах на беглость речи количество названных в минуту слов уменьшалось с увеличением тяжести травмы. Достоверность различий выявлена между

группой с легкой и группой с тяжелой ЧМТ в тесте на литеральные ассоциации, и между группой с легкой и группами с средней тяжести и тяжелой ЧМТ в тесте на категориальные ассоциации.

Таблица 3.

Оценка способности к сравнению, беглости речи и способности планирования и решения проблем.

Тест оценки когнитивных функций	Легкая ЧМТ N=32	ЧМТ средней степени тяжести N=33	Тяжелая ЧМТ N=33
Тест «Исключение понятий», баллов (M±SD)	2,94±1,01	2,85±0,91	2,52±1,06
Тест литеральных ассоциаций, слов (M±SD)	14,72±2,39	12,91±4,45	11,58±4,00
Тест категориальных ассоциаций, слов (M±SD)	19,13±1,43	18,06±3,30	15,12±4,41
Тест «Лабиринт», с (M±SD)	33,38±8,87	35,33±17,28	47,30±25,19

Выводы. Исследование когнитивных функций пациентов с разной степенью тяжести ЧМТ в анамнезе показало высокую частоту нарушений высшей нервной деятельности у этой категории больных. Распространенность и выраженность когнитивных нарушений нарастала соответственно степени тяжести травмы по данным всех нейропсихологических тестов. Те или иные когнитивные нарушения были выявлены у 30 (93,75 %) пациентов с легкой ЧМТ, у 32 (96,97 %) пациентов со средней тяжести травмой и у 33 (100 %) пациентов с тяжелой ЧМТ. Значительно более низкая частота выявления когнитивных нарушений при использовании только скрининговых шкал (особенно в группе с легкой ЧМТ в анамнезе) свидетельствует об их недостаточной эффективности в оценке когнитивной дисфункции у данной категории пациентов. Среди пациентов со средней тяжести и тяжелой ЧМТ шкала MoCA продемонстрировала большую чувствительность чем FAB.

В структуре когнитивных нарушений отдаленного периода ЧМТ доминируют и в большей степени реагируют на тяжесть травмы нарушения внимания, беглости речи и скорости сенсомоторных реакций, что свидетельствует о преимущественно нейродинамическом характере когнитивной дисфункции. В меньшей степени характерны нарушения кратковременной вербальной памяти и лобная дисфункция.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что для выявления когнитивных нарушений у лиц с легкой и средней тяжести ЧМТ целесообразно использование, помимо скрининговых шкал (MoCA), других нейропсихологических методик, в первую очередь тестирование внимания и беглости речи.

Список литературы.

1. Дамулин И.В. Вторичные деменции (когнитивные расстройства при травматических и опухолевых поражениях головного мозга, при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях). М.: 2009. 42 с.
2. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локшина А. Б., Коберская Н. Н., Мхитарян Е. А. Деменции: руководство для врачей: под. ред. Н. Н. Яхно, 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 272 с.: ил.
3. Литвиненко И.В. Емелин А.Ю., Воробьев С.В., Лобзин В.Ю. Клинические особенности формирования и возможности терапии посттравматических когнитивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2010. №12. С. 60-66.
4. Одинак М. М., Воробьев С. В., Лобзин В. Ю., Емелин А. Ю., Кудяшева А. В. Современные возможности терапии посттравматических когнитивных нарушений // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2011. №9. С. 73-

76.
5. Arciniegas D.B. The cholinergic hypothesis of cognitive impairment caused by traumatic brain injury // Curr. Psychiat. Rep. 2003. № 5. P. 391-399.
6. McAllister T.W., Flashman L.A., McDonald B.C., Saykin A.J. Mechanisms of working memory dysfunction after mild and moderate TBI: Evidence from functional MRI and neurogenetics. Journal of Neurotrauma. 2006; 23: 10: 1450—1467

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСПЕЧІНКОВОГО КАРКАСНОГО ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Т.В. Форманчук

доцент кафедри хірургії № 2
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова

АНОТАЦІЯ

В статті на основі аналізу літературних джерел розглянутий досвід застосування каркасного дренивання жовчних шляхів. Проаналізовано переваги та недоліки методу. Висвітлені два клінічні випадки із застосуванням методу транспечінкового каркасного дренивання жовчних шляхів у хворого з метастазами у ділянці воріт печінки, ускладненого механічною жовтяницею та при ятрогенному пошкодженні позапечінкових жовчних шляхів.

Ключові слова: жовчні протоки, механічна жовтяниця, каркасне транспечінкове дренивання жовчних шляхів.

Не зважаючи на значний прогрес в сучасній гепатології, проблема лікування пацієнтів з високими стриктурами та пошкодженнями позапечінкових жовчних проток залишається актуальною. Приєднання механічної жовтяниці значно погіршує стан пацієнта та викликає сумніви щодо можливості виконання радикальної операції при стриктурах пухлинного генезу. На сьогоднішній день арсенал методів корекції механічної жовтяниці включає в себе: ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з ендоскопічною папілосфінктеротомією та назобіліарним дрениванням; черезшкірну черезпечінкову холангіографію з черезшкірним черезпечінковим дрениванням жовчних проток; холецистостомію під контролем УЗД або КТ; ендопротезування жовчних шляхів; інтраопераційні методи декомпресії жовчних шляхів.

На сьогоднішній день більшість хірургів віддають перевагу декомпресії жовчних шляхів мініінвазивними методами. Запропонований широкий арсенал різноманітних сучасних мініінвазивних ендоскопічних методів дренивання жовчних шляхів, направлених на бужування та стентування звужених ділянок жовчних проток. Однак усі ці методи можливо застосовувати лише в умовах відповідного технічного оснащення спеціалізованих відділень та наявності висококваліфікованих ендоскопістів-хірургів. Наявність високих стриктур злоякісного генезу значно утруднює можливість застосування ендоскопічних методів, наприклад при пухлинах Клацкіна ефективність ендопротезування значно нища, ніж при дистальних пухлинних стриктурах. Крім того, наявність зовнішнього дренажу пов'язана з втратами жовчі, рідини та електролітів, є воротами інфекції в жовчному дереві. Ендопротези не пов'язані з втратами жовчі та електролітів, але синтетичні стенти малого діаметру можуть обтуруватись, мігрувати, що спричиняє розвиток холангіту, рецидиву жовтяниці, а зі збільшенням їх діаметру зростає ризик травматичності та розвитку ускладнень, що потребує відкритих хірургічних втручань [6, 107-178; 7, 412-419; 8, 108-112].

З метою ліквідації біліарної гіпертензії у неоперабельних пацієнтів з високими стриктурами, або як підготов-

чий етап напередодні радикальних операцій у таких пацієнтів застосовують черезпечінкові методи дренивання. Питання доцільності та ефективності транспечінкового каркасного дренивання жовчних проток, термінів знаходження дренажу в просвіті проток, профілактики та лікування ускладнень при транспечінковому розташуванні дренажу залишається актуальним. Застосування методу транспечінкового каркасного зовнішньо-внутрішнього дренивання жовчних шляхів не достатньо висвітлене в сучасній літературі, недостатньо знайдено даних по порівняльному аналізу операцій із застосуванням транспечінкового дренивання печінки та без застосування його, переваг даного методу в реконструктивній хірургії жовчних проток [2, 108].

Гарелик П. В. та Батвинков Н. І., 2008, наводять власний досвід застосування транспечінкового каркасного дренивання по Сейпол-Куриану з хорошим віддаленим результатом в двох пацієнтів, що перенесли не одноразові оперативні втручання з приводу травми жовчних шляхів, що ускладнились стриктурою гепатикоєюноанастомозу, гнійним холангітом та механічною жовтяницею [1, 1-8]. Аналогічну тактику описують А.А. Третьяков та співав. у 4 хворих з високими стриктурами в ділянці воріт печінки, яким виконували каркасне білатеральне дренивання по Сміту [3, 46-50].

Набиуллин І. Р., 2005, рекомендує застосовувати транспечінкове каркасне дренивання печінки при: технічних труднощах формування білідигестивного анастомозу, при наявності холангіту, цирозу печінки, місцевих гнійно-інфільтративних змінах в тканинах, що оточують поза печінкові жовчні протоки, склерозуванні стінок дольових проток [2, 108]. М. Є. Ничитайло та співавт., 2007, описують можливість застосування транс печінкового каркасного дренивання жовчних шляхів при ятрогенних пошкодженнях жовчовивідних шляхів під час лапароскопічних операцій [4, 21-25].

Наводимо два клінічні випадки застосування методу каркасного транспечінкового зовнішньо-внутрішнього дренивання жовчних протоків з власного досвіду.

Клінічний випадок 1. Хворий Б., 56 р., медична карта №12441 поступив зі скаргами на болі в епігастрії та правому підребер'ї, нудоту, пожовтіння шкіри та склер, свербіж шкіри, загальну слабкість. Діагноз при госпіталізації: ЖКХ. Холедохолітиаз. Механічна жовтяниця? Хворому проведено ряд клініко-лабораторних, інструментальних методів обстеження. Лабораторні показники: гемоглобін – 100 г/л, еритроцити – $3,5 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,99, лейкоцити – $9,3 \times 10^9$ /л, паличко ядерні – 30%, сегментоядерні – 58%, лімфоцити – 10%, моноцити – 2%, ШОЕ – 40 мм/ год. Сечовина – 6,2 мМ/л, креатин – 124 мкМ/л, протромбіновий індекс – 100%, фібриноген А – 6216 мг/л, фібриноген В - -, час рекальцифікації - 130", етаноловий тест - +, Нт – 33%. Загальний білірубін – 301 мкмоль/л, прямий – 205 мкмоль/л, непрямий – 96 мкмоль/л.

Виконана фіброгастроуденоскопія - в середній третині тіла шлунку, по передній стінці, ближче до малої кривизни, дефект слизової до 2.0-3.0 см в ді, глибиною до 0.3-0.4 см. Дно покрито білим фібрином. З дистального краю взята біопсія. В дванадцятипалій кишці незначна кількість жовчі. Заключення ФГДС: Катаральний гастроуденіт.

Виразково-інфільтративний рак шлунку? Гістологічне заключення - ріст аденогенного раку.

Ультрасонографічне дослідження: печінка - ехогенність незначно підвищена, ехоструктура однорідна. Внутрішньопечінкові жовчні протоки дилатовані (4-5 мм). Жовчний міхур 147x43 мм з вираженим перегином ближче до шийки, стінка ущільнена в порожнині локований неоднорідний осад за рахунок гіперехогенних включень по типу "піска", максимальне 2-3 мм, ductus choledochus - 13 мм, в дистальному відділі ductus choledochus локована неоднорідна згущенна жовч, деталізувати не є можливим. В епігастральній області, можливо в проекції сальника, відмічається локальне скупчення вільної рідини. Підшлункова залоза – головка - 32 мм, тіло - 14 мм, ехогенність незначно підвищена, ехоструктура однорідна. Заключення: біліарна гіпертензія, підпечінковий блок.

Хворому виконане оперативне втручання з приводу раку шлунку - субтотальна розширена дистальна резекція шлунку за Більрот II. Холецистоуденоанастомоз.

Динаміка лабораторних показників в післяопераційному періоді (рис. 1):

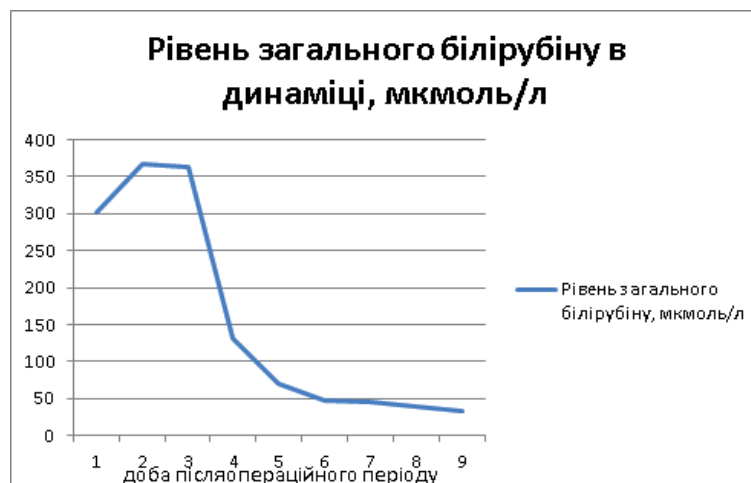


Рис. 1. Динаміка рівня загального білірубіну в післяопераційному періоді.

Через 2 тижні в задовільному стані хворий виписаний з відділення під нагляд онколога за місцем проживання для подальшого лікування.

Через місяць госпіталізований повторно з клінікою наростаючої жовтяниці. Курс хіміотерапії не проходив. При лабораторному обстеженні: Лабораторні показники: гемоглобін – 111 г/л, еритроцити – $3,5 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцити – $8,7 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 4 %, сегментоядерні – 62 %, лімфоцити – 32 %, моноцити – 2 %, ШОЕ – 45 мм/ год. Сечовина – 8,3 мМ/л, креатин – 134 мкМ/л, протромбіновий індекс – 83%, фібриноген А – 7104 мг/л, фібриноген В - -, час рекальцифікації - 97", етаноловий тест - . Загальний білірубін – 165 мкмоль/л, прямий – 104 мкмоль/л, непрямий – 61 мкмоль/л.

Результати ультрасонографічного обстеження - внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені до 4-5 мм, загальна жовчна протока в межах можливої візуалізації розширена до 11.8 мм, додаткових утворень немає. ЖМ: розміри

127x37 мм, має вигляд частково скороченого, стінки ЖМ потовщені до 5-6 мм, вміст міхура неоднорідний, вздовж задньої стінки візуалізується гіперехогенний осад без акустичної тіні. Контури підшлункової залози нерівні, нечіткі, ехогенність дещо знижена. Головна протока розширена до 2.6 мм. В ділянці воріт печінки – гіперехогенне утворення до 1,5 см в діаметрі. Заключення: ознаки біліарної гіпертензії. Мts в ділянці воріт печінки. Хворому виконане оперативне втручання: зовнішньо-внутрішнє транспечінкове каркасне дренивання жовчних протоків з виведенням дренажа через мікроентеростому, дренивання підпечінкового простору. Під час інтраопераційного УЗД виявлено – метастаз в ділянці воріт печінки. Післяопераційний діагноз: аденокарцинома тіла шлунку T4N1M1, IV ст., IV кл. група. Мts в ворота печінки. Механічна жовтяниця.

В післяопераційному періоді динаміка рівня загального білірубіну (рис. 2).

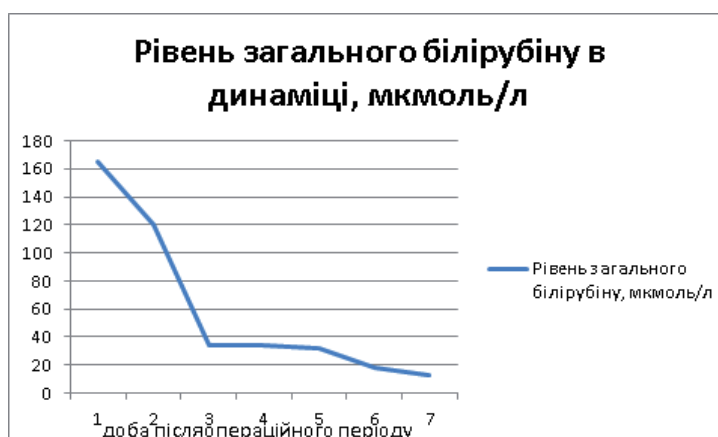


Рис. 2. Динаміка рівня загального білірубину в післяопераційному періоді.

Через тиждень після операції виконане ультразвукографічне дослідження - внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені незначно до 3,5-4,5 мм, загальна жовчна протока в межах можливої візуалізації до 6,5 мм, додаткових утворень немає. Жовчний міхур розташований в типовому місці, розміри 47x11 мм, скорочений. В проекції жовчних протоків гіперехогенна структура (дренажна трубка). Виписаний на амбулаторне лікування під нагляд онколога.

Клінічний випадок 2. Хвора Ш., медична карта № 12355, госпіталізована зі скаргами на болі в правому підребер'ї, гіркоту в роті, нудоту. Діагноз при госпіталізації: ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит. Хворій виконано комплекс клініко-лабораторних, інструментальних методів обстеження. Лабораторні показники: гемоглобін – 125 г/л, еритроцити – $3,4 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцити – $9,9 \times 10^9$ /л (з незначним зсувом формули вліво, паличкоядерні – 12%), ШОЕ – 18 мм/ год. Сечовина – 5,2 мМ/л, креатин – 104 мкМ/л, протромбіновий індекс – 95%, фібриноген А – 4221 мг/л, фібриноген В -. Загальний білірубін – 19,8 мкмоль/л. Загальний аналіз сечі без змін. Діастаза сечі –

8 Од. Заключення ультразвукового методу обстеження: ехоструктура печінки однорідна. Внутрішньо- та поза печінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 120x37 мм, стінка міхура дещо ущільнена, не потовщена, в порожнині міхура гіперехогенне утворення до 1,5 см в діаметрі з акустичною тінню. Загальна жовчна протока 7 мм в діаметрі. Помірні дифузні зміни в паренхімі підшлункової залози. Після дообстеження хворій розпочата інфузійна терапія, на фоні якої пацієнтка відмітила покращення загального стану, лабораторних показників, після чого їй було запропоноване оперативне втручання мініінвазивним методом – лапароскопічна холецистектомія. Під час лапароскопічної холецистектомії ятрогенно пошкоджено загальну жовчну протоку (тангенційне пошкодження). У зв'язку з чим хворій виконано холедоходуоденостомію з наскрізним каркасним черезпечінковим дренажем, обидва кінці якого виведені назовні: транспечінково та у вигляді єюностоми. Такий дренаж дозволив регулярно промивати дренажну трубку антисептиками та виконувати холангіографію в післяопераційному періоді (рис. 3).



Рис. 3. Черездренажна холангіограма хворої Ш. з каркасним черезпечінковим дренажуванням жовчних шляхів.

Такий дренаж при необхідності легко піддається заміні. У зв'язку з його інкрустацією солями жовчі іноді виникає потреба у заміні дренажа, як правило через 5-6 місяців.

Дренаж легко видалили, хвора виписана в задовільному стані на амбулаторне лікування (рис. 4).



Рис. 4. Загальний вигляд хворої Ш. після операції (А), заміна дренажу в післяопераційному періоді (Б), видалення дренажу (В).

Висновки. Транспечінкове внутрішньо-зовнішнє каркасне дренирування жовчних протоків може розглядатися як альтернативний метод, коли інші операції неефективні або їх не можливо виконати з технічних причин і є одним із методів достатньої декомпресії жовчних протоків, особливо при високих стриктурах, що запобігає розвитку таких післяопераційних ускладнень, як холангіт, неспроможність анастомозів. Даний метод дозволяє зменшити прояви печінкової недостатності та створює жорсткий каркас для жовчних протоків при стенозуючих захворюваннях (холангіт, стриктури, пухлини) та відновлює нормальний пасаж жовчі в дванадцятипалу або тонку кишку.

Перелік використаної літератури:

1. Гарелік П.В. Хирургия рубцовых стриктур проксимальных сегментов внепеченочных желчных протоков / П. В. Гарелик, Н. И. Батвинков // Вестник ВГМУ. – 2008. – Том 7, № 3. – С. 1-8.
2. Набиуллин И. Р. Транспеченочное каркасное дренирование в хирургии поврежденных и доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / И. Р. Набиуллин ; Сургутский государственный университет ХМАО. – Сургут, 2005. – 108с.
3. Третьяков А.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / А.А. Третьяков, Н. И. Слепых, А. К. Корнилов // Хирургия. – 1998. - № 10. – С. 46-50.
4. Хирургическое лечение повреждения и стриктуры желчных протоков после холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, А. В. Скумс, В. П. Шкарбан и соавт. // Клінічна хірургія. – 2007. - № 2. – С. 21-25.
5. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии / В.В. Дарвин, С. В. Онищенко, И. Р. Набиуллин. – Актуальные вопросы неотложной хирургии. М., 2003. – С. 42-45.
6. Bismuth H. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver / Bismuth H., Corlette M.B. // Surg. Gynecol. Obstet. 1975, febr, V 140, 170-178.
7. Cameron J.L. Proximal bile duct tumors. Surgical management with silastic transhepatic biliary stents / Cameron J.L., Broc P., Zuidema G.D. // Ann. Surg. - 1982, Vol. 196. – P. 412-419.
8. Myburgh J.A. Resection and bypass for malignant obstruction of bile duct / Myburgh J.A. // World J. Surg. - 1995, № 19. – P. 108 -112.

AMYLOIDOGENIC AND NON-AMYLOIDOGENIC TRANSTHYRETIN MUTATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE FROM NORTH-WEST RUSSIA

K.V. Solovyov^{a,b}, A.Ya. Goodkova^{b,c},
E.N. Sememin^{b,c}, N.A. Grudinina^{a,c},
A.N. Krutikov^c, A.A. Poliakova^{b,c}, E
V. Shlyakhto^{b,c}, M.M. Shavlovsky^{a,b,*}

a Department of Molecular Genetics, Federal State Budgetary Scientific Institution "Institute of Experimental Medicine",
St. Petersburg, 197376 Russia

b I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Institute of Cardiovascular Diseases,
St. Petersburg, 197022 Russia

c V.A. Almazov Federal North-West Medical Research Centre, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
St. Petersburg, 197341 Russia

ABSTRACT

The results of clinical and genetic study of patients with chronic heart failure (CHF) and heart remodeling by cardiomyopathy phenotype are presented. Amyloidogenic mutation V30M in the transthyretin gene (TTR-gene) was detected in four patients suffering from polyneuropathy with cardiac involvement. The possible role of other TTR-gene mutations detected in our cohort of patients, such as H90N, N98N, G6S and deletion (del9) of nine nucleotides in the noncoding region in exon 4, in the development of refractory CHF is discussed.

Keywords: transthyretin; cardiomyopathy; polyneuropathy; familial; amyloidosis.

Abbreviations: transthyretin (TTR); chronic heart failure (CHF); transthyretin amyloidosis (ATTR amyloidosis); familial amyloid polyneuropathy (FAP); restrictive cardiomyopathy (RCM); hypertrophic cardiomyopathy (HCM); dilated cardiomyopathy (DCM); single-strand conformation polymorphism analysis (SSCP); electrocardiogram (ECG); echocardiography (ECHO-CG); ejection fraction (EF); left ventricle (LV); left ventricular hypertrophy (LVH); left ventricular ejection fraction (LVEF); left atrium (LA); right ventricle (RV); right atrium (RA); myocardial mass index (MMI); heart rhythm (HR); arterial hypertension (AH).

Chronic heart failure (CHF) is the main cause of morbidity and mortality in the working-age population in developed countries. In elderly patients the frequency of CHF is especially high and ranges from 2.5% to 10.0%. Russia is among the countries where the frequency of this disease is very high. For example, in USA CHF affects 2.5% of population [1, 24-32], in Russia – up to 9.7%. Raise of number of new CHF cases is partially caused by increased lifespan in developed countries. Every year CHF affects 1% of individuals aged 60 and over and 10% of those aged 75 and over [2, 19-27].

Increase of morbidity and mortality caused by CHF should not be considered separately from various infiltrative myocardial diseases, in particular that are resulted from systemic amyloidosis. Quite common cause of CHF is a cardiomyopathy – a severe disease that can be caused by a variety of reasons including amyloidosis. One of the amyloidogenic proteins is transthyretin (TTR). Normally this protein functions as a transporter of thyroid hormones and retinol-binding protein [3, 3095-3101]. The TTR gene is located on chromosome 18 (18q11.2-q12.1) and consists of 4 exons [4, 243-248]. More than 100 mutations in the TTR gene have been described (<http://amyloidosismutations.com/mut-attr.php>). Most of them are amyloidogenic, some are specific for certain ethnic groups only [5, 160-184]. There is no information on the spectrum of the TTR gene mutations in Russia. The only work dedicated to the association of mutation in the TTR gene with the amyloidosis in Russia is the work of Strokov and co-authors who have described the case of familial amyloid neuropathy associated with the Tyr114Cys mutation in the TTR gene [6, 67-72]. Our studies are the first comprehensive research of clinical and genetic aspects of systemic TTR amyloidosis in Russia [7, 543-549; 8, 337-349]. In this report we present the results of the TTR gene analysis and correlation of revealed mutations with

clinical features in patients with cardiomyopathy who received treatment in Cardiomyopathy Laboratory of the Institute of Cardiovascular Diseases of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.

PATIENTS AND METHODS

Patients

257 patients with CHF and heart remodeling by cardiomyopathy phenotype (restrictive (RCM), hypertrophic (HCM), dilated (DCM) and the combination of morphofunctional phenotypes (HCM + RCM, HCM + DCM and unclassified forms) have been examined. Probands were subjected to full clinical examination. The age of the patients varied from 45 to 72 years. In some cases relatives of probands have been examined.

The criteria for patient inclusion in the study were: 1) the presence of clinical symptoms, 2) instrumental and morphological confirmation of cardiomyopathy diagnosis in accordance to the existing classification of cardiomyopathies [9, 55-62]. All patients were in New York Heart Association (NYHA) functional class II-IV. Also patients were diagnosed with diastolic dysfunction of the left and/or right ventricles (LV/RV) of the heart documented by echocardiography (ECHO-CG) and/or magnetic resonance tomography.

Immunochemical assays

The presence of amyloid deposits was tested by Congo red staining. All but one patient's biopsy specimens of the myocardial tissue and/or buccal mucosa were Congo red positive and exhibited bright green birefringence under polarized light microscopy. In some cases immunochemical staining using antisera to TTR and immunoglobulin kappa/lambda light chains was performed.

Genetic analysis

Genomic DNA was isolated from patients' peripheral blood

samples using a standard method [10, 1245-1249]. Four pairs of primers [7, 543-549] for amplification of each of the TTR exons were designed using Fast-PCR free software (<http://fast-pcr.software.informer.com>). Screening for mutations was carried out by means of single-strand conformation polymorphism analysis of DNA fragments (SSCP-analysis). For a better separation of single-stranded DNA conformers during SSCP-analysis Tris-glycine buffers and polyacrylamide gels of different concentrations were used. For detection of heterozygous deletions in DNA PCR products were cloned into the Taklon® (Medigen) vector system (Russia). Automatic

sequencing method was used for identification of the nucleotide substitutions. This procedure was carried out in Evrogen (Russia).

In all cases written informed consent was obtained from patients for using their genomic DNA for the TTR gene analysis. The study was approved by The Research Ethical Committee of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University.

RESULTS

We have revealed five different variants of the TTR gene which are summarized in Table 1.

Table 1.

Mutations in the TTR gene

Mutation (name of protein variant)	Sequence Variant	Codon Change	Location	Patients and their relatives	Review of the Literature
V30M	c.142G > A	GTG > ATG	Exon 2	4 nonrelated patients	reported
H90N	c.328 C > A	CAT > AAT	Exon 3	1 patient and in his mother	reported
N98N	c.384 C > T	AAC > AAT	Exon 4	1 patient	never reported before
del9	Δ GACTTCTCC	noncoding region	Exon 4	1 patient and in 2 his daughters	reported
G6S	c.76 G > A	GGT > AGT	Exon 2	1 patient	reported

Mutation V30M (c.142G> A) in exon 2 of the TTR gene

Four patients were diagnosed with systemic transthyretin amyloidosis (ATTR amyloidosis) caused by V30M mutation using current international guidelines for the diagnosis of ATTR amyloidosis. All 4 patients with ATTRV30M amyloidosis had a similar clinical presentation.

Neurologic manifestations of patients with ATTRV30M amyloidosis

All our patients with ATTRV30M amyloidosis had decreased temperature and tactile sensitivity of the foot. Dysesthesia was frequently observed. Syndrome of mechanical allodynia or thermal allodynia was typical for patients. Hypoalgesia, hyperalgesia, hyperesthesia and hypoesthesia were registered. Later in the course of the disease the surface sensitivity decreased. Pareses appeared in the distal lower limb along with deep sensibility disorders. Sensitive ataxia appeared. Neuropathic pain resembled a burning sensation and became stronger at night. Later on, the sensory-motor disorders extended to the upper limbs. Autonomic nervous system disorders included anhidrosis, impotence, gastrointestinal violations (diarrhoea, constipation, nausea, vomiting), orthostatic hypotension.

Cardiac manifestations of patients with ATTRV30M amyloidosis

The results of ECHO-CG studies for patients with V30M mutation are shown in Tables 2 and 3. These patients demonstrated diastolic dysfunction and severe myocardial hypertrophy. At admission in 3 patients systolic function was preserved, in one patient it was reduced to 41.0% on the background of recurrent thromboembolism of the pulmonary artery small branches. Myocardial mass index (MMI) ranged from 178 (g/m2) to 274 (g/m2). In three patients the symmetric left ventricular hypertrophy (LVH) was detected, and one patient was diagnosed with asymmetric LVH (hypertrophy of the interventricular septum). In all cases there was a combination of morphofunctional phenotypes (HCM + DCM) indicating an advanced stage of the disease. The volume of the left atrium (LA) ranged from 83.5 to 112 ml and the right atrium (RA) – from 70 to 86 ml, respectively. In these patients thickening of the mitral and tricuspid valves were found. The severity of mitral and/or tricuspid regurgitation corresponded to I-II degree. All patients with V30M mutation had fluid in the pericardial cavity in small to moderate amount.

Table 2.

Structural changes in the myocardium and intracardiac hemodynamics in patients with V30M.

Sex/age/mutation/phenotype	IVSd (mm)	LVIDd (mm)	LVPWd (mm)	LVMI (g/m ²)	PAPs (mm Hg)	RA volume (ml)	LA volume (ml)	Diameter LA (mm)	Valves
f/58/V30M/HCM/RCM	17.3	43.4	16.8	178.0	30.0	86.0	106.0	57.8	Valves are thickened, MR1,TR1,

f/63/ V30M/ HCM/ RCM	15.3	47.0	14.5	192.0	51.0	80.0	83.5	54.0	Valves are thickened, MR2, TR2, AR1,
f/72/ V30M/ HCM/ RCM	18.0	39.0	19.0	220.0	42.0	70.0	112.0	48.0	Valves are thickened, MR2, TR 1
m/66/ V30M/ HCM/ RCM	26.1	38.0	20.4	274.0	80.0	85.0	105.0	49.0	Valves are thickened, MR1, TR1

interventricular septal thickness (IVSd); left ventricular diastole internal dimension (LVIDd); left ventricular posterior wall diastole thickness (LVPWd); left ventricular mass index (LVMI); pulmonary artery systolic pressure (PAPs); mitral regurgitation (MR); tricuspid regurgitation (TR); aortic regurgitation (AR)

Table 3.

Systolic and diastolic myocardial functions in patients with V30M.

Sex/age/mutation/phenotype	LVEF(%)	Type of diastolic dysfunction	Pericardial fluid
f/58/V30M/HCM/RCM	66.0	Abnormal relaxation	A moderate amount of fluid
f/63/V30M/HCM/RCM	41.0	Pseudo-normalization	A small amount of fluid
f/72/V30M/HCM/RCM	62.0	Restriction	A small amount of fluid
m/66/V 30M/HCM/RCM	54.0	Restriction	A small amount of fluid

The main clinical symptoms of studied patients with ATTRV30M amyloidosis were heart failure with preserved ejection fraction (EF) and peripheral and autonomic polyneuropathy of varying severity. All patients with confirmed ATTRV30M amyloidosis were in NYHA functional class III-IV. CHF (right ventricular or biventricular) manifested by peripheral edema, ascites, hydrothorax and hydropericardium. CHF was refractory to the applied therapy. Cardiac conduction and heart rhythm (HR) disturbances in all these patients were

presented by high grade supraventricular and ventricular arrhythmias. In three patients the pacemaker was implanted because of arrhythmias combined with atrioventricular and sinoatrial blockes (II-III degree) together with paroxysmal atrial fibrillation. In two patients with ATTRV30M amyloidosis low-voltage electrocardiogram (ECG) was observed. The ECG of one female patient with ATTRV30M amyloidosis is presented in Figure 1.

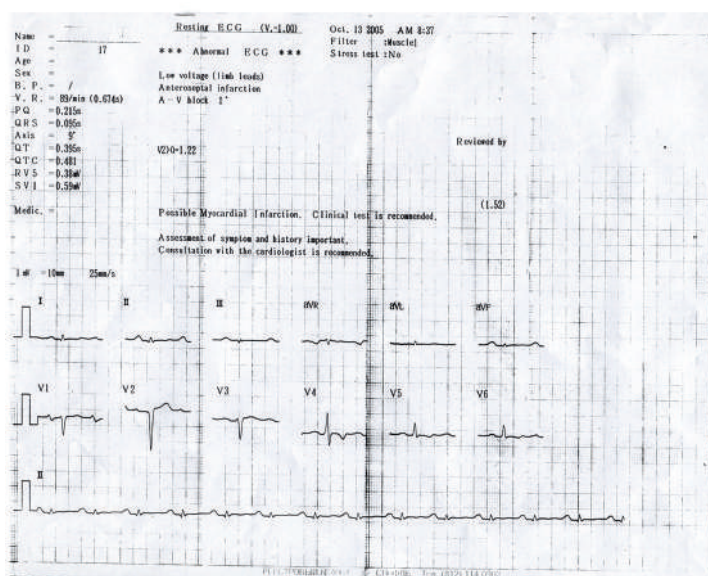


Figure 1. ECG of 63-years-old female with ATTRV30M amyloidosis showing low QRS voltage in limb leads, a pseudo-infarct pattern in the anteroseptal leads (a QS pattern, ST-segment elevation in leads V2-V4 and negative T waves in leads V4-V6), first-degree atrioventricular block and poor R wave progression in leads V1-V3.

In all patients amyloidosis was diagnosed at a late stage of the disease. Sudden death was pronounced in two cases. Increasing of the heart size was revealed in all patients by means of chest X-ray. In all patients with ATTRV30M amyloidosis there were no clinically significant renal disorders.

Illustrative case

A female patient since the age of 72 has been repeatedly hospitalized in different city hospitals due to the progressive biventricular (predominantly RV) CHF.

Admission complaints

Cardiovascular system

Dyspnea at rest or on minimal exertion, swelling of feet, legs, hips and abdomen were present. Presyncope and syncope, which predominantly occurred during the transition from the horizontal to the vertical position, were observed for 10-20 times per day.

Peripheral nervous system

Pin sensations in the limbs, spontaneous moderate pain of the skin all over the body, predominantly in the distal lower limbs were present. The pain was caused by mechanical irritation of the skin and intensified at night.

Objective findings

Nervous system

Predomination of polyneuropathy syndrome with peripheral tetraparesis (predominantly in the distal parts of lower limbs) was observed. Superficial and deep sensory modalities were seriously affected. Syndrome of mechanical allodynia was present. Decreased sensation in the inner surface of the feet, atrophy of muscles of shoulder girdle, hypotrophy of hand muscles and a reduction of strength of the distal hand were found.

Cardiovascular system

Skin pallor, jugular venous distention and acrocyanosis were observed. The pulse was 76 beats per minute. Blood pressure (BP) on lying was 105/60 mm Hg, BP on sitting – 95/50 mm Hg, BP on standing at the first minute – 85/40 mm Hg, BP on standing at the third minute – 70/40 mm Hg. Drop in BP was

accompanied by blackout, somnolentia and chest discomfort.

Auscultation

Heart tones were muffled, the first heart sound was weakened on the apex, accent of the second heart sound was on the pulmonary artery. The breathing was harsh with decreased breath sounds in the lower lung fields. Also during examination of lungs, fine moist rales were heard and hypostatic phenomena were revealed.

The abdomen was distended with ascites. Peripheral edema was observed.

ECG

ECG showed a normally functioning pacemaker. HR was 80 beats per minute. Block of the anterior superior division of the left bundle branch was registered. ECG showed a pseudo-infarct pattern in the anteroseptal leads (a QS pattern, ST-segment elevation and positive/negative T waves in leads V1-V5). No hemodynamically significant stenosis was shown by coronarography. The ECG Holter monitoring showed supraventricular arrhythmias atypical for healthy individuals, including a paroxysm of supraventricular tachycardia (HR from 113 to 120 beats per minute). Polymorphic polytopic ventricular extrasystoles (Lown's grade III-IV) were registered.

ECHO-CG

Severe left atrial (LA) dilation, increased thickness of the interatrial septum, severe symmetric concentric LVH (MMI 220g/m²), RV hypertrophy (anterior wall thickness was 0.7 cm) (Figures 2, 3 and 4). The ventricles were not dilated. The ultrasound density of the ventricular myocardium was significantly increased. Normal LV global contractility (EF 62%), increased pressure in pulmonary artery (42 mm Hg), pseudonormal LV filling, RV diastolic dysfunction, reduced systolic myocardial velocities of all LV segments (S' 0,3-0,4 cm/s for fibrous ring of the mitral valve) were detected. RV contractility, assessed by tissue Doppler imaging was on the lower limit of normal (S' 11 cm/s for fibrous ring of the tricuspid valve).

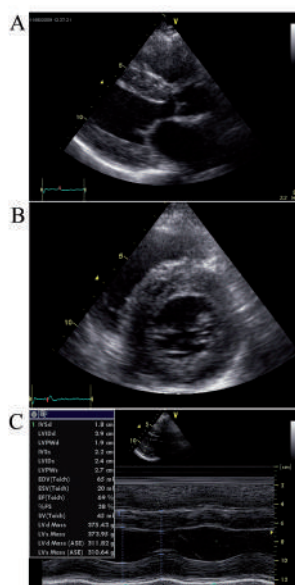


Figure 2. Echocardiogram of 72-years-old female with ATTRV30M amyloidosis showing severe LVH. A) Parasternal long-axis image. B) Parasternal short-axis image. C) LV M-mode measurements.

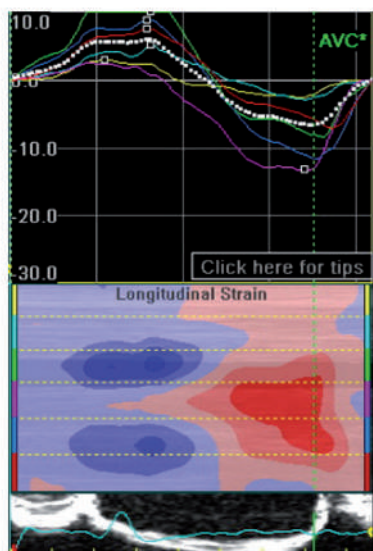


Figure 3. Two-dimensional speckle-tracking echocardiographic image with the automatically derived curves of segmental longitudinal strain of 72-years-old female with ATTRV30M amyloidosis. Global longitudinal strain in two-chamber LV view is reduced to -6.5%.

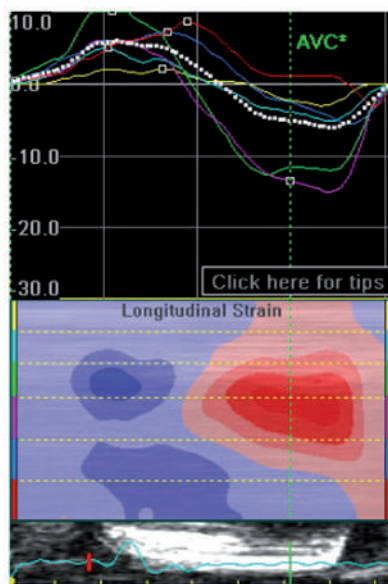


Figure 4. Two-dimensional speckle-tracking echocardiographic image with the automatically derived curves of segmental longitudinal strain of 72-years-old female with ATTRV30M amyloidosis. Global longitudinal strain in four-chamber LV view is reduced to -5.8%.

Biopsy findings

Deposits of amyloid were detected in the adipose tissue and in buccal mucosa.

Diagnosis

Systemic amyloidosis with cardiac and peripheral nervous involvement was diagnosed.

Genetic research

The PCR product of exon 2 of the patient's TTR gene showed an abnormal SSCP pattern. Sequencing of this PCR product revealed a heterozygous substitution c.142G>A, resulting in the amino acid change V30M.

Other mutations in the TTR gene

In four individuals from the selected cohort of patients DNA analysis disclosed four other defects in the TTR gene

(H90N, del9, G6S and N98N) (summarized in Table 1). No clinical manifestations of polyneuropathy were revealed in any patient with CHF and non-V30M mutations. ECG results in patients with non-V30M mutation are presented in Tables 4 and 5. All these patients had a pronounced LVH. MMI ranged from 157 to 193 g/m². Diastolic dysfunction was found in three patients. At admission in two patients systolic function was preserved and in two other patients it was reduced to 37.0% and to 47.3% on the background of recurrent thromboembolism of the pulmonary artery small branches. All patients had different cardiomyopathy phenotypes. The combination of morphofunctional phenotypes (HCM + RCM) was found in one patient. HCM, DCM and unclassified variant were found in three other patients. In patients with non-V30M

mutations thickening of the mitral and tricuspid valves and a small amount of fluid in the pericardial cavity were found (Table 5). In all patients with non-V30M mutations there were

no clinically significant renal disorders. Amyloid deposits were found in biopsy specimens of the myocardial tissue, buccal mucosa and skin of 2 patients.

Table 4.

Structural changes in the myocardium and intracardiac hemodynamics in patients with non-V30M.

Sex/age/mutation/phenotype	IVSd (mm)	LVIDd (mm)	LVPWd (mm)	LVMI (g/m ²)	PAPs (mm Hg)	RA volume (ml)	LA volume (ml)	Diameter LA (mm)	Valves
m/45/H90N/HCM/RCM	16.1	46.9	16.1	193.0	35.0	96.0	104.0	54.5	Valves are thickened, MR1, TR1
f/56/N98N/HCM	16.0	45.0	14.0	110.0	45.0	40.0	50.0	35.0	Valves are thickened, MR1, TR1, light valve AU
m/55/del9/DCM	10.9	84.2	8.4	168.0	42.0	85.0	120.0	62.0	Valves are thickened, MR3, TR3, PR3, AR1
m/51/G6S	20.0	40.2	11.0	157.0	29.6	65.0	72.0	42.0	Valves are thickened, MR1, TR1

interventricular septal thickness (IVSd); left ventricular diastole internal dimension (LVIDd); left ventricular posterior wall diastole thickness (LVPWd); left ventricular mass index

(LVMI); pulmonary artery systolic pressure (PAPs); mitral regurgitation (MR); tricuspid regurgitation (TR); pulmonary regurgitation (PR); aortal regurgitation (AR)

Table 5.

Systolic and diastolic myocardial functions in patients with non-V30M.

Sex/age/mutation/phenotype	LVEF(%)	Type of diastolic dysfunction	Pericardial fluid
m/45/H90N/HCM/RCM	47.3	Restriction	A moderate amount of fluid
f/56/N98N/HCM	69.0	Normal	A small amount of fluid
m/55/del9/DCM	37.0	Restriction	A moderate amount of fluid
m/51/G6S	60.0	Restriction LV+RV	A moderate amount of fluid

Mutation H90N (c.328 A > C) in exon 3 of the TTR gene

A 45-year-old man was admitted to the hospital with congestive heart failure. The patient's ECG (Figure 5) showed HR of 97 beats per minute, frequent atrial extrasystoles, moderate sinus tachycardia, signs of RV and LV hypertrophy, signs of enlargement of the RA, slowing of atrioventricular conduction (PQ = 0,21), low QRS voltage in all leads, a QS pattern in leads V1-V4 and ST-segment elevation in leads V1-V4.

pattern in leads V1-V4 and ST-segment elevation in leads V1-V4. Coronary angiography revealed the absence of hemodynamically significant stenosis of coronary arteries. Sudden death occurred due to the Morgagni-Adams-Stokes attack caused by complete sinoatrial block and sinus node arrest with the escape rhythm arising from the atrioventricular junction.

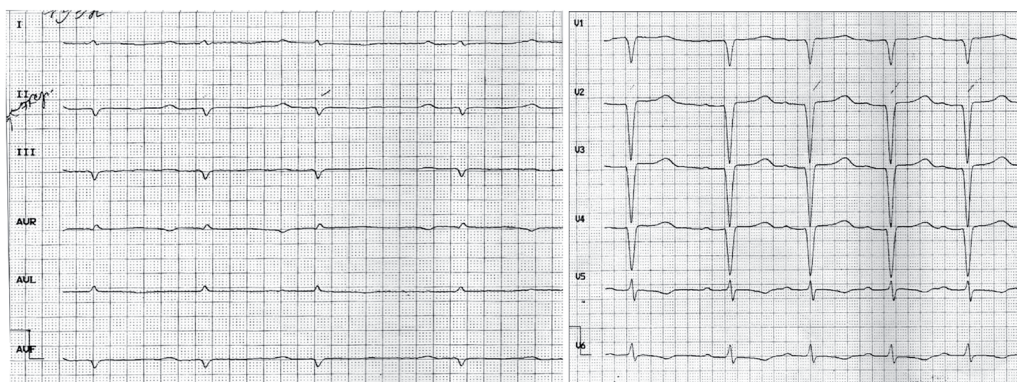


Figure 5. ECG of 45-year-old man with mutation H90N in the TTR gene showing low QRS voltage in all leads, a QS pattern in leads V1-V4 and ST-segment elevation in leads V1-V4.

Autopsy findings

Deposits of amyloid were detected in the myocardium (perivascular and intramuscular). A slight coronary atherosclerosis was found. Immunohistochemical study revealed positive staining for TTR, immunoglobulin lambda light chains and serum amyloid P component.

Diagnosis

Systemic amyloidosis with cardiac, lung and mucous membranes involvement was diagnosed.

Genetic research

The PCR product of exon 3 of the patient's TTR gene showed an abnormal SSCP pattern. Sequencing of this PCR product revealed a heterozygous substitution c.328 C> A, resulting in the amino acid change H90N. This mutation was detected in the heterozygous state in the proband's 74-year-old mother and was not detected in his 21-year-old son [7, 543-549].

Deletion (del9) of nine nucleotides in exon 4 of the TTR gene

A 55-year-old man was diagnosed with DCM caused by viral myocarditis. The clinical course of the disease in this patient was indistinguishable from the disease course of other patients with DCM complicated with progressive CHF and high grade ventricular arrhythmias. Dilatation of all heart cavities was observed. Severe systolic dysfunction (LV ejection fraction varied from 13% to 37%) and restrictive type of diastolic dysfunction were present. Sudden death due to the ventricular fibrillation occurred at the age of 57 years.

Autopsy findings

Deposits of amyloid were detected in the skin, mucous membranes, myocardium and lungs. Immunohistochemical study revealed positive staining for TTR.

Diagnosis

Systemic amyloidosis with cardiac, skin, lung and mucous membranes involvement was diagnosed.

Genetic research and family history

The PCR product of exon 4 of the patient's TTR gene showed an abnormal SSCP pattern. Also heteroduplexes were observed. Cloning and sequencing revealed a nine nucleotide deletion (del9) (GACTTCTCC) at position 6776 (from start codon at position 98782 according to the reference sequence AC079096 (NCBI)) in the noncoding region of exon 4 in the mutant allele of patient's TTR gene.

The deletion was detected in the heterozygous state in two proband's daughters from different marriages and was not detected in his son [7, 543-549]. No other family members had undergone genetic testing.

Patient's daughters (24 and 13 years old) didn't have any clinical symptoms of cardiomyopathy. However, eldest daughter's biopsy specimen of buccal mucosa was positive for amyloid deposition. The medical records of the patient's father and of the patient's older brother were obtained and reviewed. Both of them had died suddenly at the same age of 57 with a similar clinical picture (DCM and congestive heart failure). Thus, the patient was diagnosed with familial form of DCM.

Synonymous substitution N98N (c.384 C> T) in exon 4 of the TTR gene

A 56-year-old woman was admitted to the hospital with the acute LV failure and increased BP (180/100 mm Hg). For the time of the survey the duration of arterial hypertension (AH)

did not exceed one year. The severe concentric, asymmetric LVH was revealed. The degree of LVH did not correlated with the time of the duration and the severity of the AH. Patient was diagnosed with symmetric concentric LVH. The biopsy of buccal mucosa was negative for amyloid deposition.

Diagnosis

AH stage II, risk IV was diagnosed.

Genetic research

The PCR product of exon 4 of the patient's TTR gene showed an abnormal SSCP pattern. Sequencing of this PCR product revealed a substitution c.328 C> A with no amino acid alteration N98N. The potential association of this mutation with the disease is an object for further discussion.

Mutation G6S (c.76 G> A) in exon 2 of the TTR gene

A 51-year-old man was admitted to the hospital on an emergency basis with suspicion of intestinal bleeding which was not confirmed later on. The patient had complaints of weakness, palpitations, dizziness and loss of consciousness. He had lost 20 kg in 3-4 months on the background of weakness, nausea, vomiting, lack of appetite, fainting when going from horizontal to vertical position, low-grade fever and increased stool frequency up to 12 times daily. Fibrogastroduodenoscopy was performed and biopsy of mucosa was taken. Acute surgical disease and oncopathology were excluded. Coronarography did not reveal hemodynamically significant stenoses.

ECG showed low QRS voltage, first-degree atrioventricular block, biatrial and RV enlargement. ECHO-CG showed interventricular septum thickening (in the basal segments – 20,0 mm, in the middle third – 12,5 mm), LV posterior wall thickening (11,0 mm), signs of concentric LV remodeling, diastolic dysfunction and preserved left ventricular ejection fraction (LVEF). Mitral, aortic and tricuspid valve leaflets were thickened.

The examination also revealed a progressive intoxication, malabsorption syndrome, severe hypoproteinemia, hypoalbuminemia, dyselectrolytemia, anemia, thrombocytopenia, orthostatic hypotonia and heart failure. Bence Jones protein was detected in the urine. The patient developed a sudden asystole, respiratory arrest occurred and the blood pressure could not be determined. Emergency resuscitation efforts were unsuccessful and the patient died.

Autopsy findings

Amyloid deposits were found in autopsy specimens.

Diagnosis

The combination of symptoms and the results of surveys aroused suspicion for systemic AL-amyloidosis with gastrointestinal and cardiac involvement.

Genetic research

The PCR product of exon 2 of the patient's TTR gene showed an abnormal SSCP pattern. Sequencing of this PCR product revealed a heterozygous substitution c.76 G> A, resulting in the amino acid change G6S.

DISCUSSION

The spectrum of TTR mutations varies significantly between different ethnic groups and geographical regions. In 257 patients with CHF from St. Petersburg (Russia) we have identified five different variants of the TTR gene (Table 1).

Mutation V30M

Mutation V30M was found in the heterozygous state in

four unrelated patients. This mutation is the most common and well-studied variant worldwide [11, 1057-1062]. The frequency and penetrance of V30M varies in different ethnicities. It was originally described in Portugal patients with familial amyloid polyneuropathy (FAP). Two other endemic regions are Japan and Sweden. The highest frequency of familial TTR amyloidosis caused by mutation V30M is estimated to be 1 in 538 in northern Portugal [12, 116-118]. The lowest frequency of ATTRV30M amyloidosis is in USA (1 in 100000 individuals) [13, 5345-5378]. V30M variant is also common in Greece, Italy and France [14, 1413-1417; 15, 143-153; 16, 524-526]. The age of the onset and the symptoms of the disease vary across populations, even in endemic regions the differences occur. So, in Portuguese and Japanese patients with TTR-FAP early-onset is described [17, 1001-1007; 18, 288-294], whereas to Swedish patients later age of onset is reported [19, 351-354]. In endemic regions cardiac involvement in patients with ATTRV30M amyloidosis is rare (occurs approximately in one of five patients). The clinical presentation is dominated by arrhythmias requiring pacemaker implantation. Development of congestive CHF is not typical for these patients. For patients from non-endemic regions, one of which is North-Western region of Russia, late onset (60 years old and over), severe cardiac involvement (predominantly presented by RCM) and congestive CHF are typical [12, 116-118; 20, 1951-1962].

The main clinical feature of ATTRV30M amyloidosis is a sensorimotor peripheral neuropathy with severe impairment of the autonomic nervous system. Nervous system impairment often does not have any specific features. Therefore, in some cases it is difficult to distinguish familial amyloid polyneuropathy from cases of inherited and acquired neuropathy, such as chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Patients with ATTR amyloidosis are often mistakenly diagnosed with chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy [4, 243-248; 21, 191-196; 22, 693-698]. In such cases as presented in our study, ATTR amyloidosis is diagnosed using the results of immunohistochemical study of biopsied tissue and genetic research. In a cohort of CHF patients the proportion of ATTRV30M amyloidosis was 1.56%.

All our patients with mutation V30M had late-onset disease (55-65 years and older). Other typical features of the disease included severe concentric symmetric LVH, left ventricular or biventricular diastolic dysfunction, biatrial dilation and congestive CHF. Disproportionate thickening of LV and RV walls in the absence of hypertension, low-voltage ECG, progressive sinoatrial block and atrioventricular block were typical. Life-threatening ventricular and supraventricular rhythm disturbances were found in all such patients.

Mutation H90N

Mutation was detected in one patient (42 years old) and in his mother (74 years old). Mutation H90N was firstly described in the patient with FAP and was thought to cause this disease [23, 1240-1246]. Although later on, it was shown that the presence of this mutation does not lead to the development of the amyloidosis [24, 1004-1008]. Currently mutation H90N is considered to be non-amyloidogenic [5, 160-184].

Clinical manifestations of the disease such as progressive CHF and recurrent thromboembolia of pulmonary artery branches were present in the patient, but were absent in his

mother. Cardiac involvement is common in patients with systemic amyloidosis. The key to the diagnosis of heart disease in systemic amyloidosis is the presence of combination of significant myocardial hypertrophy, low-voltage ECG and congestive predominantly RV CHF refractory to therapy. The presence of intraventricular blocks, sinoatrial blocks and pseudo-infarct pattern is also typical. All these symptoms were observed in our patient. The unusual feature in the clinical picture of the disease in this patient was the absence of signs of peripheral and autonomic neuropathies. The patient's sudden death occurred due to complete sinoatrial block. Immunohistochemical study of autopsy specimens revealed positive staining for two amyloidogenic proteins – TTR and immunoglobulin lambda light chains. Unfortunately the form of TTR in amyloid deposits is unknown. Final autopsy diagnosis was systemic amyloidosis with cardiac, lung and mucous membranes involvement. We assume that in this case the presence of two fibrillogenic proteins influenced the disease course and presumably led to the severe form of systemic amyloidosis which caused fast death of the patient. Thus, the problem concerning amyloidogenic properties of H90NTTR variant remains unsolved.

Deletion del9

The deletion del9 was detected in the heterozygous state in one patient (56 years old) and in his two daughters from different marriages (12 and 30 years). This DNA alteration was described earlier in a group of children with mental retardation from one of China's provinces [25, 230-235]. However, del9 also was found in the group of healthy persons from the same province. These data suggest that there is no association between the presence of del9 and the genesis of mental retardation.

To date there are no diseases known to be associated with the presence of del9. Our data could not confirm the association of del9 in patient's TTR gene with the development of systemic amyloidosis. Although, it is necessary to mention that immunohistochemical study of autopsy specimens revealed positive staining with TTR-antibodies. We had no opportunity to establish which form of TTR (normal or mutated) was present there. TTR-related amyloidoses are phenotypically heterogeneous [15, 143-153] and therefore the clinical features of the disease of patient with del9, such as a severe biventricular heart failure, ventricular HR disorders (Lown's grade V) and heart remodeling by DCM phenotype, could be the symptoms of ATTR amyloidosis. Typically ATTR amyloidosis is a late-onset disease [13, 5345-5378]. At the moment of the examination clinical signs of the cardiomyopathy were absent in two patient's daughters, but it may be due to their young age. We assume that further studies are needed to establish the possible role of del9 in the genesis of the disease.

Mutation N98N

Mutation N98N (c.384C>T) was detected in the heterozygous state in one patient. This patient had clinically detectable heart disturbances (AH, severe concentric asymmetric LVH), but his biopsy specimen of buccal mucosa was negative for amyloid deposition. This patient had undergone the genetic testing, before the morphological analysis of biopsy was performed. Mutation N98N was not previously described in the literature. It is very likely that this mutation is non-amyloidogenic. We assume that it is not involved in the development of the disease

in this patient.

We have found genetic alterations in the TTR gene in 8 from 257 patients with CHF. Also alterations were revealed in 3 relatives of probands. However, the presence of mutation in the TTR gene is not a sufficient condition for development of amyloidosis, because some mutations in the TTR gene are known to be non-amyloidogenic. Sporadic form of TTR-related amyloidosis could be caused by fibrillogenesis of wild-type TTR [26, 2843-2845; 27, 171-180]. Therefore, in order to exclude or to confirm ATTR amyloidosis in the patients without mutations in the TTR gene, it is necessary to carry out additional immunohistochemical studies. Also cardiomyopathies in the surveyed patients can arise from deposits of other amyloid precursor proteins, for example such as apolipoprotein A1 [28, 75-84].

Often the ECG features of ATTR and AL amyloidosis are similar. In spite of difficulties it is critical to differentiate familial and senile amyloidosis from AL amyloidosis because of the differences in therapy. At present the only specific treatment for TTR-associated FAP is the orthotopic liver transplantation. This procedure can remove 95% of the production of mutant form of TTR and can slow the progression of the disease. Liver transplantation in TTR-FAP cases could be carried out with the assistance of Familial Amyloidotic Polyneuropathy World Transplant Registry (FAPWTR) [29, 1-18]. Many patients after liver transplantation can live a relatively normal life, although organs impairments that occurred before the transplantation do not reverse. According to the FAPWTR data a 10-year survival rate after liver transplantation is higher in V30M patients in comparison with non-V30M patients [30, 64-71]. It is essential to diagnose the amyloidosis at the early stage, before cardiac involvement occurs, because there are some evidences indicating that even after liver transplantation, normal TTR, produced by donor's liver, can deposit on existing amyloid [27, 171-180]. At present, it is recommended to carry out liver transplantation only in patients with early stage of the disease, because of difficulties connected with progressive amyloid cardiomyopathy or neuropathy [29, 1-18]. For patients with advanced amyloidosis the treatment strategy is focused on the symptomatic relief. Cardiac involvement is common in patients with ATTR amyloidosis, but neurologic manifestations of amyloidosis often lead to the early disability of patients and therefore can mask cardiac manifestations. We assume that identification of the most common mutations in the TTR gene in patients with early stage of CHF with different cardiomyopathy phenotypes from Saint-Petersburg and establishing of genotype-phenotype correlation typical for North-Western region together with revealing of familial cases will lead to the improvement of diagnostics and optimization of medical tactics for treating of amyloidosis.

CONCLUSION

From a selected cohort of patients from North-Western region of Russia four patients were diagnosed with ATTRV30M amyloidosis. In this regard, we assume that it is important to improve the diagnostics of TTR-related familial amyloidosis in Russia. First of all for the improvement of diagnostics it is necessary to carry out regular monitoring of the cardiovascular system in patients with neuropathic pains or progressive sensation disturbances of unknown etiology. Also it is

important to pay greater attention to familial history of patients with polyneuropathy followed by HCM, RCM or DCM.

DECLARATION OF INTEREST

This work was supported by RFBR grant #14-04-01912. The authors report no conflicts of interest in this work.

REFERENCES

- Hodges, P. 2009. "Heart failure: epidemiologic update." *Critical Care Nursing Quarterly*. 32(1): 24-32.
- Rich, M.W. 2003. "Heart failure in the elderly: strategies to optimize outpatient control and reduce hospitalizations." *The American Journal of Geriatric Cardiology*. 12(1): 19-27.
- Buxbaum, J.N. and Reixach, N. 2009. "Transthyretin: the servant of many masters." *Cellular and Molecular Life Sciences*. 66(19): 3095-3101.
- Jinno, Y., Matsumoto, T., Kamel, T., Kondoh, T., Maeda, S., Araki, S., Shimada, K., Niikawa, N. 1986. "Localization of the human prealbumin gene to 18p11.1-q12.3 by gene dose effect study of Southern blot hybridization." *Japanese Journal of Human Genetics*. 31: 243-248.
- Connors, L.H., Lim, A., Prokaeva, T., Roskens, V.A., Costello, C.E. 2003. "Tabulation of human transthyretin (TTR) variants." *Amyloid*. 10(3): 160-184.
- Strokov, I.A., Diukova, G.M., Pogromov, A.P., Generozov, E.V., Zhadin, P.M., Koval'chuk, M.O. 2007. "Familial amyloid neuropathy associated with the Cys114 mutation of the transthyretin gene in a Russian family." *Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova*. 107(9): 67-72.
- Solovyov, K.V., Grudinina, N.A., Semernin, E.N., Morozova, I.V., Smirnova, S.A., Polyakov, D.S., Aleynikova, T.D., Shliakhto, E.V., Gudkova, A.Ya., Shavlovsky, M.M. 2011. "Transthyretin gene V30M, H90N, and (del9) mutations in cardiomyopathy patients from St. Petersburg." *Russian Journal of Genetics*. 47(4): 477-482.
- Solovyov, K.V., Polyakov, D.S., Grudinina, N.A., Egorov, V.V., Morozova, I.V., Aleynikova, T.D., Shavlovsky, M.M. 2011. "Expression in E.coli and purification of the fibrillogenic fusion proteins TTR-sfGFP and beta2M-sfGFP." *Preparative Biochemistry and Biotechnology*. 41(4): 337-349.
- Pankuweit, S., Richter, A., Ruppert, V., Maisch, B. 2009. "Classification of cardiomyopathies and indication for endomyocardial biopsy revisited." *Herz*. 34(1): 55-62.
- Kunkel, L.M., Smith, K.D., Boyer, S.H., Borgaonkar, D.S., Wachtel, S.S., Miller, O.J., Breg, W.R., Jones, H.W. Jr., Rary, J.M. 1977. "Analyses of human Y-chromosome-specific reiterated DNA in chromosome variants." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 74(3): 1245-1249.
- Ando, Y., Nakamura, M., Araki, S. 2005. "Transthyretin-related familial amyloidotic polyneuropathy." *Archives of Neurology*. 62(7): 1057-1062.
- Conceifao, I., De Carvalho, M. 2007. "Clinical variability in type I familial amyloid polyneuropathy (Val30Met): comparison between late- and early-onset cases in Portugal." *Muscle and Nerve*. 35(1): 116-118.
- Benson, M. 2000. Amyloidosis. In *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. Edited by Scriver, C.R., Beaudet, A.L., Valle, D., Sly, W.S., Childs, B., Kinzler, K.W., Vogelstein, B. New York: McGraw-Hill. 5345-5378.
- Saraiva, M.J.M., Costa, P.P., Goodman, D.S. 1986.

- "Genetic expression of a transthyretin mutation in typical and late-onset Portuguese families with familial amyloidotic polyneuropathy." *Neurology*. 36(11): 1413-1417.
15. Rapezzi, C., Perugini, E., Salvi, F., Grigioni, F., Riva, L., Cooke, R.M., Ferlini, A., Rimessi, P., Bacchi-Reggiani, L., Ciliberti, P., Pastorelli, F., Leone, O., Bartolomei, I., Pinna, A.D., Arpesella, G., Branzi, A. 2006. "Phenotypic and genotypic heterogeneity in transthyretin-related cardiac amyloidosis: towards tailoring of therapeutic strategies?" *Amyloid*. 13(3): 143-153.
16. Holt, I.J., Harding, A.E., Middleton, L., Chrysostomou, G., Said, G., King, R.H.M., Thomas, P.K. 1989. "Molecular genetics of amyloid neuropathy in Europe." *Lancet*. 1(8637): 524-526.
17. Ikeda, S., Nakazato, M., Ando, Y., Sobue, G. 2002. "Familial transthyretin-type amyloid polyneuropathy in Japan: clinical and genetic heterogeneity." *Neurology*. 58(7): 1001-1007.
18. Sousa, A., Andersson, R., Drugge, U., Holmgren, G., Sandgren, O. 1993. "Familial amyloidotic polyneuropathy in Sweden: geographical distribution, age of onset, and prevalence." *Human Heredity*. 43(5): 288-294.
19. Holmgren, G., Costa, P.M., Andersson, C., Asplund, K., Steen, L., Beckman, L., Nylander, P.O., Teixeira, A., Saraiva, M.J., Costa, P.P. 1994. "Geographical distribution of TTR met30 carriers in northern Sweden: discrepancy between carrier frequency and prevalence rate." *Journal of Medical Genetics*. 31(5): 351-354.
20. Misu, Ki, Hattori, N., Nagamatsu, M., Ikeda, Si, Ando, Y., Nakazato, M., Takei, Yi, Hanyu, N., Usui, Y., Tanaka, F., Harada, T., Inukai, A., Hashizume, Y., Sobue, G. 1999. "Late-onset familial amyloid polyneuropathy type I (transthyretin Met30-associated familial amyloid polyneuropathy) unrelated to endemic focus in Japan. Clinicopathological and genetic features." *Brain*. 122(10): 1951-1962.
21. Saraiva, M.J.M. 1995. "Transthyretin mutations in health and disease." *Human Mutation*. 5(3): 191-196.
22. Plante-Bordeneuve, V., Ferreira, A., Lalu, T., Zaros, C., Lacroix, C., Adams, D., Said, G. 2007. "Diagnostic pitfalls in sporadic transthyretin familial amyloid polyneuropathy (TTR-FAP)." *Neurology*. 69(7): 693-698.
23. Skare, J.C., Saraiva, M.J., Alves, I.L., Skare, I.B., Milunsky, A., Cohen, A.S., Skinner, M. 1989. "A new mutation causing familial amyloidotic polyneuropathy." *Biochemical and Biophysical Research Communications*. 164(3): 1240-1246.
24. Saraiva, M.J., Almeida, M.R., Alves, I.L., Moreira, P., Gawinowicz, M., Costa, P.P., Rauh, S., Banzhoff, A., Altland, K. 1991. "Molecular analyses of an acidic transthyretin Asn 90 variant." *American Journal of Human Genetics*. 48(5): 1004-1008.
25. Li, J., Gao, J.J., Zhang, F.C., Xing, Q.H., Dang, F.L., Gao, X.C., Duan, S.W., Zheng, Z.J., Qian, X.Q., Qin, W., Li, X.W., Han, Y.F., Li, J., Feng, G.Y., St. Clair, D., He, L. 2006. "An association study between the transthyretin (TTR) gene and mental retardation." *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 256(4): 230-235.
26. Westermark, P., Sletten, K., Johansson, B., Cornwell III, G.G. 1990. "Fibril in senile systemic amyloidosis is derived from normal transthyretin." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 87(7): 2843-2845.
27. Ihse, E., Suhr, O.B., Hellman, U., Westermark, P. 2011. "Variation in amount of wild-type transthyretin in different fibril and tissue types in ATTR amyloidosis." *Journal of Molecular Medicine (Berlin)*. 89(2): 171-180.
28. Dubrey, S.W., Hawkins, P.N., Falk, R.H. 2011. "Amyloid diseases of the heart: assessment, diagnosis, and referral." *Heart*. 97(1): 75-84.
29. Ando, Y., Coelho, T., Berk, J.L., Cruz, M.W., Ericzon, B.G., Ikeda, S., Lewis, W.D., Obici, L., Plante-Bordeneuve, V., Rapezzi, C., Said, G., Salvi, F. 2013. "Guideline of transthyretin-related hereditary amyloidosis for clinicians." *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 8:31. doi:10.1186/1750-1172-8-31.
30. Herlenius, G., Wilczek, H.E., Larsson, M., Ericzon, B.G. 2004. "Ten years of international experience with liver transplantation for familial amyloidotic polyneuropathy: results from the Familial Amyloidotic Polyneuropathy World Transplant Registry." *Transplantation*. 77(1): 64-71

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ

Шкиль Е.А.

доцент кафедры офтальмологии

Харьковской медицинской академии последипломного образования.

CONSERVATIVE TREATMENT OF AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

Shkil, O, Assistant of the department of ophthalmology Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

АННОТАЦИЯ

Возрастная макулярная дегенерация является хроническим заболеванием, характеризующееся необратимым снижением зрения. Патогенез заболевания связывают с первичным старением пигментного эпителия сетчатки и мембраны Бруха, окислительным стрессом, нарушением кровообращения глазного яблока, первичными генетическими дефектами. В статье рассматриваются возможности медикаментозного лечения возрастной макулярной дегенерации с применением препарата на основе аргинина - тивортина аспартата. Установлено, что его применение повышает эффективность лечения.

ABSTRACT

Age-related macular degeneration – the chronic disease characterized by irreversible decreasing of vision. Pathogenesis is connected with primary ageing of retinal pigment epithelium and Bruch's membrane, an oxidative stress, eye blood supply violation, primary genetic defects. We studied the efficiency of the medicine tivortine aspartat – chemical derivative of amino acid arginine for treatment of patients with age-related macular degeneration.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, аргинин, лечение, тивортин аспартам.

Key words: : iage-related macular degeneration, arginin, treatment, tivortine aspartat.

Постановка проблемы. В настоящее время во многих европейских странах и США прослеживается тенденция, которая характеризуется относительным «старением» общества и увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста. Это неизбежно приведет к увеличению числа пациентов с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД). Возрастная макулярная дегенерация в последние десятилетия приобретает эпидемический характер, численность людей страдающих ВМД увеличивается [9]. Частота дистрофических поражений макулярной области в старческом возрасте занимает особое место в структуре заболеваний органа зрения, встречаясь в среднем от 30 до 46% среди другой глазной патологии [3]. В настоящее время в Западной Европе насчитывают 18,5 миллионов пациентов с ВМД, а к 2025 может быть зарегистрировано 28 миллионов, т.е. увеличение числа больных на 40% [5]. Тяжесть заболевания обусловлена поражением двух глаз, вовлечением в патологический процесс центральных отделов сетчатки и прогрессирующим течением.

По данным Института Глаза (США), среди причин, приводящих к слепоте, ВМД занимает второе место после диабетических изменений [8,9]. На Украине число лиц, которые ежегодно признаются инвалидами, за последнее десятилетие увеличилось в 3,5-4 раза. Также отмечается тенденция увеличения количества дистрофических поражений глазного дна среди лиц трудоспособного возраста [1,2]. Поэтому поиск эффективных методов лечения ВМД является значимой проблемой современной офтальмологии.

Анализ последних исследований и публикаций. Несмотря на то что в настоящее время выявлены основные факторы риска ВМД (возраст, пол, наследственная предрасположенность, неправильное питание, эндокринные изменения, заболевания сердечно-сосудистой системы, влияние вредных привычек, повышенной инсоляции, хирургические вмешательства на глазном яблоке) и изучены ведущие звенья патогенеза (нарушение иммунной системы, изменения реологических свойств

крови ухудшение микроциркуляции, снижение активности антиоксидантной системы, нарушения в системе гемостаза и гомеостаза и др.), лечение возрастной макулодистрофии не всегда дает желаемый результат – болезнь продолжает прогрессировать. Многочисленными исследованиями доказано, что в патогенезе заболевания важную роль играют нарушение микроциркуляции хориокапиллярного слоя [7,8], изменение ретинального кровотока [4], изменение активности окислительно-восстановительных процессов, ведущие к ретинальной ишемии и гипоксии клеточных структур [6,8]: нейроэпителия, ганглиозного слоя сетчатки, мембраны Бруха [7]. Данная патология характеризуется сложностью этиопатогенеза и полиморфностью клинических проявлений, что обуславливает различные тактические подходы к ее лечению. Конечным результатом лечения на различных стадиях заболевания должно быть замедление дистрофического процесса, стабилизация зрительных функций и сохранение качества жизни на протяжении длительного времени.

Учитывая, что ведущую роль в возникновении возрастной макулодистрофии играет прогрессирующее ухудшение хориоидального кровообращения и снижение функциональной активности пигментного эпителия в медикаментозной терапии больных используются ангиопротекторы, антиоксиданты, препараты, улучшающие микроциркуляцию и проницаемость сосудистой стенки [5,7]. В настоящее время одной из ключевых причин развития ишемических изменений на уровне сосудистой стенки считают снижение эндогенной продукции физиологического ангиопротектора и вазодиллятора оксида азота (NO). В этом аспекте одно из перспективных направлений коррекции дисфункции эндотелия является использование естественного предшественника NO-аргинина. Аргинин – аминокислота, являющаяся разносторонним регулятором жизненно важных функций организма. Аминокислота аргинин обладает не только цитопротекторным но и антиагрегатным, антиоксидантным, антипролиферативным действием, улучшая функцию эндотелия. Кор-

рекция дисфункции эндотелия, которая заключается в нарушении метаболизма NO, является перспективным направлением лечения возрастной макулярной дегенерации.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность использования препарата на основе аргинина – тивортин аспартата в консервативной терапии у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией.

Изложение основного материала. Нами было проведено обследование 138 пациентов (211 глаз) с сухой формой возрастной макулярной дегенерации в возрасте от 54 до 78 лет (средний возраст $64,5 \pm 2,4$ года). Всех пациентов разделили на две группы. Пациентам основной группы 76 человек (117 глаз) было назначено лечение, в котором кроме стандартной схемы был назначен препарат тивортин аспартат, являющийся химическим производным аминокислоты аргинин. Тивортин аспартат назначался ежедневно перорально по 25 мл 3 раза в день в течение 14 дней. Пациенты контрольной группы 62 больных (94 глаза) получали общепринятое лечение, которое включало ангиопротекторы, антиагреганты, антиоксиданты, липотропные препараты.

Всем больным было проведено стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, рефрактометрия, офтальмоскопия с фундус линзой (90 Дптр). Для исключения пациентов с экссудативной формой ВМД однократно проводилась оптическая когерентная томография. Компьютерная периметрия выполнялась на автоматизированном сферопериметре PTS-910 производства Optopol Sp. z o.o. (Польша) по методике Fast Threshold (ускоренная пороговая). Исследование гемодинамики проводилось на реографическом компьютерном комплексе Reosom (Харьков, Украина). Электрофизиологические показатели сетчатки изучались с помощью диагностического модуля

стимулятора офтальмологического КНСО2-91 «Фосфен» (Одесса). При этом определялись порог электрической чувствительности сетчатки по фосфену (ПЭЧФ), критическая частота слияния мельканий (КЧСМ), а также критическая частота исчезновения мельканий по фосфену (КЧИМФ). Исследования пациентов производилось до и через две недели после лечения.

Статистический анализ производился с помощью пакета Statistica. Выборочные параметры представлены в виде среднего значения (M) + ошибка среднего (m); p-достигнутый уровень значимости при проверке различий до и после лечения. Различия расценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Анализ данных исследований проведенных у пациентов до и после проведенного лечения продемонстрировал улучшение показателей в обеих группах пациентов. У пациентов основной группы, получавшей тивортин аспартат, острота зрения улучшилась у 41 больного (53,4%) и у 35 пациентов (46,6%) острота зрения осталась прежней. Острота зрения пролеченных больных повысилась в среднем на $0,19 \pm 0,02$. У пациентов контрольной группы улучшение остроты зрения отмечено нами у 15 больных (24,4%) в среднем на $0,15 \pm 0,02$.

В результате проведенного лечения также наблюдалось улучшение показателей светочувствительности сетчатой оболочки в центральных отделах, что проявлялось уменьшение центральных и парацентральных скотом у 34 пациентов (45%) основной группы и у 20 больных (32,4%) контрольной группы. Достоверное повышение показателей светочувствительности макулярной зоны сетчатки в результате лечения отмечено нами у пациентов основной группы. Динамика изменений показателей чувствительности сетчатки представлена в таблице 1.

Таблица 1

Показатели компьютерной сферопериметрии до и после лечения у пациентов с ВМД

Показатель	Контрольная группа		Основная группа	
	до	ч/з 2 нед	до	ч/з 2 нед
Средняя чувствительность в центральной области (Дб)	$24,6 \pm 1,3$	$21,3 \pm 1,5$	$24,7 \pm 1,4$	$18,67 \pm 1,6$
		$p > 0,05$		$p < 0,05$
Средняя чувствительность сетчатки (Дб)	$15,7 \pm 0,9$	$14,8 \pm 1,1$	$15,6 \pm 0,8$	$13,4 \pm 0,9$
		$p > 0,05$		$p < 0,05$

При анализе данных реоофтальмографии, следует отметить, у всех пациентов с ВМД имело место снижение показателей кровенаполнения глаза, что свидетельствовало о дефиците крови, поступающей по глазничной артерии, в результате атеросклеротических функционально-органических изменений кровеносных сосудов. Параллельно со снижением поступления артериальной крови отмечалось и снижение оттока по венозной системе. В ходе проведен-

ного лечения, нами отмечено некоторое улучшение гемодинамических показателей, достоверно не отличающихся между собой в контрольной и основной группах, что позволяет сделать вывод о том, что тивортин аспартат существенно не влияет на улучшения объемного кровотока в глазу. Данные показателей реоофтальмографии до и после лечения у пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

Показатели компьютерной реофтальмографии у пациентов с ВМД до и после лечения

Показатель РОГ	Контрольная группа		Основная группа		
	До (1)	ч/з 2 нед (2)	До (3)	ч/з 2 нед (4)	
Реографический коэффициент (RQ) %	1,23±0,5	1,45±0,6	1,14±0,4	1,48±0,6	$p_{2-4} > 0,05$
		$p_{1-2} > 0,05$		$p_{3-4} > 0,05$	
Пульсовой объем кровотока (ПОК), мм ³	7,54±0,55	7,65±0,6	7,53±0,71	7,8±0,58	$p_{2-4} > 0,05$
		$p_{1-2} > 0,05$		$p_{3-4} > 0,05$	
Минутный объем кровотока (МОК), мм ³	557±40,1	620±52	530±43,6	645±50,4	$p_{2-4} > 0,05$
		$p_{1-2} > 0,05$		$p_{3-4} > 0,05$	

При анализе электрофизиологических показателей нами получены следующие результаты. До лечения результаты в основной и контрольной группах статистически не отличались между собой и составили: ПЭЧФ- (129,6±1,2) мкА; КЧСМ – (36,5±0,3)Гц; КЧИМФ(37,4±0,4)Гц. После лечения электрофизиологические показатели в основной группе существенно улучшились и составили: ПЭЧФ-(90,5±1,2)мкА; КЧСМ-(41,3±0,4)Гц; КЧИМФ-(40,2±0,3)Гц ($p < 0,05$). В контрольной группе электрофизиологические показатели улучшились менее значительно и составили после лечения: ПЭЧФ-(102±1,4)Гц; КЧСМ – (38,6±0,2)Гц, а КЧИМФ-(38,7±1,8)Гц ($p > 0,05$).

Выводы. 1. Применение препарата тивортин аспартата, являющегося химическим производным аминокислоты аргинин, в комплексном лечении у пациентов с ВМД демонстрирует положительное влияние на функциональное состояние органа зрения, что проявляется повышением остроты зрения, уменьшением центральных и парацентральных скотом, снижением порога электрической чувствительности, повышением критической частоты слияния мельканий. Использование тивортин аспартата существенно не влияло на улучшение объемного кровотока в глазу, о чем свидетельствовали показатели реофтальмографии.

2. Включение препаратов, содержащих аргинин, в комплексном лечении возрастной макулярной дегенерации является патогенетически направленным. Эти препараты целесообразно применять не только для лечения, но и для

профилактики прогрессирования патологического процесса в макулярной области сетчатки, что имеет важное социальное и экономическое значение.

Список литературы:

1. Акопян В.С. // Тез. Докл. II Всерос. семинара «Макула» - 2006. – Ростов-на-Дону, 2006. – С. 90-93.
2. Белый Ю.А., Терещенко А.В., Володин П.Л., Новиков С.В. // Тез. Докл. II Всерос. семинара «Макула» - 2006. – Ростов-на-Дону, 2006. – С. 59-61.
3. Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза. М.: Медицина, 1990. - с.182-185.
4. Каширина А.В. // Сб. науч. статей «Успехи современного естествознания» - 2014. – Харьков. – С. 102-103.
5. MaGinn EU Matters. AMD Treatment could stretch ophthalmic/services to their limits.// Euro Times.- 2004.-July; 14-5.
6. Hirata Y, Nagata D., Suzuki E. Diagnostics and treatment of endothelial dysfunction in cardiovascular disease // Int. Heart J – 2010. – 51(1): 1-6.
7. Korner-Stictbolb U. Age-Related Macular Degeneration (AMD) – therapeutic possibilities and new approaches // Ther. Umsch. – 2012. – 58(1): 28-35.
8. Varmus Harold NEI Statements // Reports –Age-Related Macular Degeneration – Status of Research Back. Senate Report. – 2014. - №105. – P. 368-394.
9. Williams R.A., Brody B.L., Thomas R.G., Kaplan R.M., Brown S.I. // Arch. Ophthalmol. – 2013; 116: 514-20.

HISTORIA I ARCHEOLOGIA - ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

ПОЛИТИКА «РАСКУЛАЧИВАНИЯ» СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ: НОВЫЙ ВЗГЛЯД (20-30-Х ГГ. XX ВЕКА)

Ботоноев Жолдошбек Советбекович,

канд. ист. наук, доцент Ошского Государственного Университета

POLICY OF DISPOSSESSION OF SOVIET AUTHORITY: NEW VIEW

Botonoev Joldoshibek Sovetbekovich, Candidate of Historical Sciences, docent Osh State University

АННОТИЦИЯ

В данной статье излагаются некоторые новые взгляды на последствия процесса «раскулачивания» политики коллективизации Советской власти в 20-30-гг. XX столетия.

ABSTRACT

In this article are given several views on consequences of “dispossession of kulaks” in the collectivization policy of Soviet rule in 1920-1930 years of XX th century.

Трагедия или модернизация политика «раскулачивания» Советской власти в 20-30 годах XX века? В породивших различные дискуссии суждениях об этом историческом процессе не были открыто, раскритикованы грубые ошибки, допущенные Советской властью, не дана объективная оценка этой политики ни в одной из бывших союзных республик до обретения ими независимости. Наоборот, политика велась под влиянием идеологии, основанной на марксизме-ленинизме. И группа историков не могла высказать открыто свою точку зрения по поводу рассматриваемой нами проблемы. Исследовательская методология этих ученых была основана на марксистско-ленинской теории, которая предполагала изучение исторических процессов с классовой точки зрения. По их мнению, политика раскулачивания была модернизацией, а не трагедией [1, с. 194].

Точнее раскулачивание – это прогрессивный процесс в развитии нравственно-правового и социально-экономического потенциала всего народа. Основной миссией Советской власти в то время являлось улучшение социально-экономического положения в стране путем искоренения социального неравенства и создания коллективных хозяйств. Эту точку зрения подтверждают историки: М.А. Краев «Победа коллективизации в СССР», С.П. Трапезников «Ленинизм и аграрно-крестьянский вопрос», И.С. Степичев «Некоторые вопросы истории классовой борьбы в сибирской деревне в период подготовки и начала сплошной коллективизации (по материалам Восточной Сибири)». Однако следующие историки не смотрят на этот вопрос с классовой точки зрения: Г.Е. Глезерман, Б.А. Абрамов, И.Я. Трифонов, Ю.А. Поляков, Ю.С. Кукушкин, Н.А. Ивницкий, Т.В. Осипов [2, с. 6-7].

По их мнению, сплошная коллективизация Советской власти проводилась путем применения политики авторитарно-командного характера, при которой нарушались права крестьян, не учитывалось их право на собственность. Эти ученые отмечают, что те представители народа, которые выступали против такого отношения со стороны власти, жестоко наказывались. В своих работах историки С.И. Ильясов, Б.Б. Байбулатов, К. Бектурганов, А. Омуралиев, И. Ибраимов, Д.М. Будянский, Ж.С. Бактыгулов [3,

с. 15], Б. Чокушев пытались рассмотреть эту проблему с разных сторон. Но эти попытки не выходили за рамки советской партийной идеологии и не могли полностью и объективно раскрыть суть данного сложного исторического процесса.

Однако Ж.С. Бактыгулов в своих последних исследованиях подвергает критике применение классового подхода в изучении исторических событий. 3-марта 1990 года в журнале «Кыргызстан коммунисти» он опубликовал научную статью «Коллективизация кыргызского аила: новая точка зрения». В этой статье ученого была сделана попытка раскрытия грубых ошибок, допущенных Советской властью во время коллективизации в кыргызских деревнях. В процессе реализации политики массовой коллективизации не учитывались вековые особенности ведения хозяйства местного народа. Эти хозяйства были ликвидированы в короткие сроки и насильно объединены в коллективные хозяйства. Это вызывало возмущение народа, и на местах проходили восстания стихийного характера, - говорит Бактыгулов.

Если мы будем говорить о данной проблеме, то поймем, что речь идет об очень сложном процессе. В конце 20-х годов XX столетия объявлялось о коренных изменениях порядка ведения хозяйства, устоявшегося под влиянием новой экономической политики (НЭП) и об индустриализации, как о самой основной и главной цели. Все отрасли народного хозяйства были направлены только на осуществление этой цели. Проводилась прямая и косвенная экспроприация крестьян. Они снова были обложены продовольственным налогом. Крестьяне не могли свободно продавать излишки продовольства. Их обязывали продавать эти излишки государству по низкой цене. А крестьяне, выступавшие против такой политики, объявлялись «кулаками», привлекались к судебной ответственности, а их урожай конфисковался. В это же время усилилась работа по ликвидации, как эксплуататорского класса, хозяев производства, пользующихся трудом наемных рабочих. Вместе с ликвидацией эксплуататоров, у крестьян отбирались все средства производства для того, чтобы они беспрекословно подчинялись власти, проводилась политика перехода всех видов собственности в руки государства:

начался процесс реквизиции.

Когда речь идет о кулацком хозяйстве, то нужно иметь в виду, что существуют различные определения слова «кулак». Например, в 70-х годах XIX века исследователь русских крестьян А.Н.Энгельгардт пишет о кулачных хозяйствах: «... настоящий кулак ни земли, ни хозяйства, ни труда не любит, этот любит только деньги... Все у кулака держится не на хозяйстве, не на труде, а на капитале, на который он торгует, который раздает в долг под проценты. Его кумир деньги, о приумножении которых он только и думает. Капитал ему достался по наследству, добыт неизвестно какими, но какими-то нечистыми средствами» [4].

Это определение Энгельгардта полностью можно отнести к кыргызским «красным кулакам». Кыргызы называли «красными кулаками» тот социальный слой, который дает под проценты что-либо (деньги или вещи) и живет за счет этих процентов. Например, одну корову (барана, коня) дают на временное пользование и по истечении срока берут две коровы (два барана, два коня).

В.И.Ленин дает следующее определение понятию «кулак»: «кулак»: всякий крестьянин, который собрал хлеб своим трудом и даже без применения наемного труда, но прячет хлеб, превращается в эксплуататора, кулака, спекулянта» [5].

А в 1924 году на XIII съезде ВКП (б), говоря о кулацком хозяйстве, А. И. Рыков подчеркивает: «Несомненным признаком является то, что оно живет не только своей работой, но и от работы других, от эксплуатации чужой рабочей силы, от торговли, от сдачи в аренду и т. д.».

В статье, опубликованной в газете «Известия» 22 марта 1925 года, М.И. Калинин пишет: «Кулак - это тип дорево-

люционной России. Кулак это жупел, это призрак старого мира. Во всяком случае, это не общественный слой, даже не группа, даже не кучка. Это вымирающие уже единицы» [6].

Если рассматривать вопрос отношения государства к кулацким хозяйствам, можно привести много фактов того, что по отношению к кулакам проводилась несправедливая политика. Например, в целях очистки колхозов и совхозов от кулацких хозяйств и переселении их за пределы государства было принято ряд приказов. Эти приказы были выполнены и перевыполнены. 29 июня 1931 года Среднеазиатским бюро ЦК ВКП (б) была принята директива «О переселении кулацких хозяйств». В результате с августа до сентября из Средней Азии на Украину и Северный Кавказ были переселены 6 тысяч кулацких хозяйств, среди которых более 700 были из Кыргызстана. Приказ Киробкома от 3 декабря 1932 года «Очистка колхозов от бай-манапов и кулаков» имел большое значение при очистке состава коллективных хозяйств от бай-манапских и кулацких хозяйств.

Против несправедливой силовой политики государства, направленной на бай-манапов и кулаков, повсеместно проходили волнения, массовые выступления и восстания. Но ввиду того, что силы были неравны, такие выступления претерпевали поражение. Узбекский историк Р.Шамсутдинов в своей работе «Трагедия среднеазиатского кишлака: коллективизация, раскулачивание, ссылка. 1929-1955гг. Документы и материалы» приводит следующие сведения о массовых выступлениях против политики раскулачивания в разных округах и республиках Средней Азии: [7, с. 82].

№	Название районов	Количество выступлений	Количество участников
1	Ошский округ Киргизской ССР	3	520
2	Бухарский округ	1	Не выяснено
3	Кашка-Дарьинский округ	1	200
4	Хорезмский округ	1	100
	Итого по УзССР без Ферганы	3	300
5	Мервский район	1	100
6	Бел-Алинский район	1	200
	Итого по ТССР	2	300
	ВСЕГО по Средней Азии без Ферокруга	8	1120 чел.

Некоторые семьи, считавшиеся кулаками, были вынуждены бежать в соседние государства со всем имуществом. Например, в последствии раскулачивания в начале 30-х годов переселились за рубеж 300 кочевых хозяйств из Алайской долины, часть кыргызов из айлов Туяук и Богачты Атбашинского района. Они угнали с собой 30 тысяч голов овец и 15 тысяч коров [8, с. 37].

Таких примеров по Кыргызстану было очень много. Это может быть объяснением резкого уменьшения числа кыргызов и падения скотоводческого хозяйства. Если в 1928 году общая численность скота составляла 7715 тысяч голов, то в начале 1934 года она составила 2100 тысяч голов – снизилась на 73% [8, с. 88].

По сведениям налоговых служб в 1928-1929 годах в Кы-

ргызстане было 3406 кулацких хозяйств (1,8 % от общего числа крестьянских хозяйств).

Согласно директивным документам 3-5% всего крестьянского хозяйства была раскулачена. Для выполнения и перевыполнения этого задания представители местных органов власти искажали факты, «искали и находили» нужное количество «кулацких хозяйств». В результате подверглось раскулачиванию большая часть средних крестьянских хозяйств. Это свидетельствует о том, что властью того времени велась несправедливая угодническая политика. Кроме этого, если в 1930-1931 годах из Средней Азии было сослано на Украину и Северный Кавказ 6944 семей (33 278 тысяч человек), то только в июле 1933 года в Северный Кавказ было сослано 500 семей (более 2 тысяч

человек) [9, с. 6].

Как и на территории всей страны, осенью 1929 года самые жестокие меры стали систематическими в Кыргызстане. В ряде районов приблизительно 10% кочевых и полукочевых крестьянских дворов были ликвидированы в качестве бай-манапских. В 1933 году было «обезврежено» 2113 кулацких элементов. Сталинская теория привела к тому, что тысячи колхозников были несправедливо обвинены. Социалистическая реконструкция кыргызского аила была осуществлена в таких трудных условиях, [10, с. 89] – отмечает Ж. Бактыгулов.

Подводя итог, можно утверждать, что не только в Кыргызстане, но и в других республиках политика Советской власти по ликвидации кулаков как класса была проведена незаконно, на основе авторитарно-командной системы, опираясь на сталинскую концепцию. Вследствие чего страна потерпела невосполнимый социально-экономический, культурный, моральный урон.

Такую политику Советской власти можно назвать трагедией, а не модернизацией. Хотя Сталинская концепция и имела положительные стороны, она не была принята хорошо со стороны местного населения.

Так как прогрессивные указания Сталина не были правильно доведены до народа представителями местной власти. Как было отмечено выше Бактыгуловым, нарушение устоявшихся вековых традиций ведения сельского хозяйства было трагедией не только для кыргызского народа, но и для всех народов Средней Азии. Политика раскулачивания принесла этим народам много бед и лишений. Они лишались того, что наживалось честным трудом их предков, были вынуждены оставлять свои родные земли. Мы должны поставить

точку на такой важной исторической проблеме, которой не давалось точного определения и оценки, и писать кыргызскую историю с чистого листа.

Используемая литература:

1. Краткий политический словарь. – Фрунзе, 1980. С. 194.
2. Бактыгулов Дж. С. Из истории перехода Киргизского крестьянства к оседлости социалистическим способом хозяйствования. – Фрунзе, 1971г. С. 6-7
3. Бактыгулов Дж. С. Коллективизация кыргызского аила: новый взгляд. // Коммунист Кыргызстана. 3 марта 1990г. С.15.
4. [Http://www. Google. Ru](http://www.Google.Ru). Троцкий Л.Д. «Материалы о революции. Преданная революция. Что такое СССР и куда он идет?».
5. [Http://www. Google. Ru](http://www. Google. Ru). Энгельгардт А.Н. Письма из деревни. 1872-1887 гг. – Москва, 1987г.
6. [Http://www. Google. Ru](http://www. Google. Ru). Сталин И.В. «К вопросу о ликвидации кулачества как класса».
7. Шамсутдинов Р. Трагедия среднеазиатского кишлака: коллективизация, раскулачивание, ссылка. 1929-1955 гг. Документы и материалы. Т. 1, 2. – Ташкент, 2006г. С.82.
8. Дж. С. Бактыгулов. Коллективизация кыргызского аила: новый взгляд. // Коммунист Кыргызстана. 3 марта 1990г., 88 ст.
9. Р.Шамсутдинов. Трагедия среднеазиатского кишлака: коллективизация, раскулачивание, ссылка.1929-1955 гг. Документы и материалы. Т. 2. – Ташкент, 2006г. ст. 6.
10. Бактыгулов Дж. С. Коллективизация кыргызского аила: новый взгляд. // Коммунист Кыргызстана. 3 марта 1990г., 89 ст.

ФУНКЦІОНУВАННЯ ІСТОРИЧНИХ КАФЕДР ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ У ЗАХІДНИХ ОБЛАСТЯХ УРСР (ДРУГА ПОЛОВИНА 1940-Х – КІНЕЦЬ 1980-Х РР.)

Гуменюк Тетяна Іванівна

кандидат історичних наук,

доцент кафедри теорії та історії держави і права

Івано-Франківський університет права імені Короля Данила Галицького

FUNCTIONING OF DEPARTMENTS OF HISTORY IN HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS IN THE WESTERN REGIONS OF THE USSR (THE SECOND PART OF THE 1940-S – THE END OF THE 1980-S)

Humeniuk T.I., Ph.D. in History, Associate Professor of the Department of Theory and History of State and Law of King Danylo Halatskyi University of Law of Ivano-Frankivsk

АНОТАЦІЯ

У статті проаналізовано особливості діяльності історичних кафедр вищих навчальних закладів у західних областях УРСР в другій половині ХХ ст., стан дослідження питань історії України, всесвітньої історії та історії зарубіжних країн вченими зазначеного періоду. Проаналізовано вплив суспільно-політичної ситуації на напрями та тематику історичних досліджень.

ABSTRACT

The features of functioning of Departments of History in higher educational establishments in the regions of the UkSSR in the second part of the XX-th century, the state of research of the history of Ukraine, World History and the history of foreign countries by the scientists of this period are analyzed in the article. The influence of the social-political situation on the directions and subjects of historical researches is also analyzed.

Ключові слова: Інститут суспільних наук АН УРСР, радянська історична наука, історичний факультет, марксистсько-ленінські принципи.

Key words: the Institute of Social Sciences of the Academy of Science of the USSR in Lviv, soviet historical science, Department of History, Marxist-Leninist principles

На рубежі 1980–90-х рр. на пріоритетне місце наукових дискурсів висунулися проблеми історії радянської доби, які виявилися найбільш сфальсифікованими і міфологізованими в радянській історичній науці та суспільній свідомості. Злам стереотипів у поглядах на події 1917–1980-х рр. започаткував довгий ланцюг перегляду багатьох спотворень української історії, починаючи з найдавніших часів. Модель радянської історичної науки вважалася зразковою, а марксистсько-ленінські принципи історичного пізнання – непорушними. Фактично, будь-який інший напрямок історичної думки розглядався не інакше, як з точки зору його відповідності критеріям марксистсько-ленінської теорії. Радянський дослідник ще тільки приступаючи до аналізу стану немарксистської історичної науки, вже мав готовий вирок для неї: він повинен був говорити про її кризу [3, с. 28].

Метою даної статті є визначення суспільно-політичних умов, результатів діяльності історичних кафедр вищих навчальних закладів у західних областях УРСР в другій половині ХХ століття.

Серед спеціальних досліджень, присвячених аналізу становища та функціонування історичної науки в західних областях УРСР у другій половині ХХ ст., звернімо увагу на праці сучасних вчених Я. Дашкевича, С. Кульчицького, О. Ляпіної, О. Луцького, М. Мозговського та ін. [4; 13; 14; 17]. Упродовж другої половини 40-х рр. ХХ ст. із наукового вжитку доволі швидко витіснилися дефініції «історія України» чи «українська історія», яких заступило універсальне визначення – «історія Української РСР», що стало панівним до кінця 80-х років. Вплив радянського канону позначився і на формуванні тематичної структури досліджень: доба середньовіччя та ранньомодерні часи опинилися на узбіччі наукового-організаційного процесу. Натомість домінували організаційні сегменти, пов'язані з вивченням робітничих та селянських рухів кінця ХІХ – початку ХХ ст., Жовтневої революції 1917 р. й громадянської війни, «соціалістичного та комуністичного будівництва» [19, с. 12]. Справедливо стверджує С. Єкельчик, що вважати відповідальною за ідеологічні ситуації в Україні тільки московську партійну верхівку було б надмірним спрощенням, адже республіканські чиновники й інтелектуали грали активну роль у розвитку і змінах офіційної політики пам'яті. Архівні матеріали спростовують також протиставлення місцевих «слуг режиму» і культурних діячів, які начебто сприяли національній справі [10, с. 23].

Ідеологічне «потепління» кінця 70-х – початку 80-х рр. не відбилося на історичних конструкціях, якими диспонував у своїй політиці правлячий режим. Загальна лінія на нівелювання, в тому числі за допомогою історичних побудов, української самобутності не тільки залишилася незмінною, але й набула певного розвитку, зокрема, як було показано вище, у проголошенні 1500-річного ювілею Києва та впертому запереченні голодомору 1932–1933 років.

В кінці липня 1944 р. розпочалося відновлення діяльності історичного факультету Львівського університету. Порівняно з довоєнним періодом, реформувались і виникли нові кафедри: історії стародавнього світу і археології (завідувач – І. Вейцківський), історії середніх віків (завідувач – М. Скорик, з 1945 р. – Д. Похилевич), історії УРСР

(завідувач – І. Крип'якевич), історії народів СРСР (завідувач – В. Осечинський), історії південних і західних слов'ян (завідувач – М. Кордуба), історії нового часу (завідувач – І. Беякевич).

Станіславський учительський інститут (створений в березні 1940 р.) відновив роботу в післявоєнний час і 30 серпня 1944 р. на історичний факультет було прийнято 49 студентів. У 1969 р. історико-філологічний факультет перейменовано на історико-педагогічний, що обґрунтовувалося необхідністю підготовки не лише учителів історії, але й методистів виховної роботи. До 1968 р. існувала лише кафедра історії, в 1968 р. її реорганізовано в кафедри історії СРСР і УРСР та загальної історії. Посилення ідеологічного тиску тоталітарного режиму на процес підготовки фахівців-істориків призвело до створення у 1970 р. кафедри піонерської та комсомольської роботи [11, с. 7]. У 50-х – 80-х рр. деканами факультету були О. Лисенко, Ю. Патлажан, І. Червінкін-Корольов, В. Гуменюк, А. Крюков, І. Шумейко. Рівень наукової кваліфікації продовжував зростати. У 1972 р. першим з викладачів факультету й Інституту І. Васюта захистив докторську дисертацію. З Інституту суспільних наук АН УРСР (м. Львів) на факультет прибули і отримали квартири доктори історичних наук, професори В. Грабовецький і Ю. Карпенко. Наприкінці 80-х років у складі викладачів факультету були 3 доктори наук, професори, 17 кандидатів наук, доцентів [11, с. 8–9].

20 липня 1945 року Народна Рада Закарпатської України спільно з Секретаріатом КПЗУ прийняла постанову про відкриття в Ужгороді «Закарпато-Українського університету». Дане рішення було розглянуто і вивчено на республіканському рівні і 18 жовтня 1945 року Рада Народних Комісарів УРСР і ЦК КП(б)У ухвалили спільну постанову про відкриття в Ужгороді державного університету [18, с. 7–8]. Спочатку було створено дві кафедри – історії народів СРСР (1945) та загальної історії (1946). У той час дуже важливою була проблема педагогічних кадрів. Вона вирішувалася двома шляхами – через залучення місцевих спеціалістів та приїжджих фахівців. Серед перших виразно виділялися випускники філософського факультету Празького університету: М. Лелекач, Ф. Потушняк та А. Ігнат. За перше двадцятиріччя істфак зріс і кількісно, і якісно. Якщо в перший рік його існування колектив складався тільки з шести викладачів (в т.ч. 2 доцентів), то в 1965 р. на двох кафедрах працювало 17 викладачів – 1 професор (Я. Чубуков), 11 доцентів (М. Арсент'єв, Н. Баженова, Е. Балагурі, І. Гранчак, В. Ілько, М. Лелекач, Г. Марченко, С. Міщенко, М. Троян, І. Шульга, Я. Штернберг), 3 старших викладачі (К. Гурницький, Н. Межберг, В. Пальок), 2 викладачі (В. Олаг та Г. Павленко) [18, с. 5]. У 1976 році було створено кафедру історіографії та джерелознавства (завідувач – проф. М. Троян).

У Львівському державному університеті ім. І. Франка у повоєнний час комплекс спеціальних/допоміжних історичних дисциплін цілісно не викладався. Певною компенсацією при цьому було те, що деякі з них (сфрагістика, геральдика, нумізматики, а, пізніше, палеографія) читались як дисципліни спеціалізації на кафедрах історії середніх віків, історії СРСР та історії УРСР. У 1945 р. І. Шпитковський перейшов на роботу до Львівського університету (у

повоєнні роки переїхав з Перемишля до Львова, працював у відділі рукописів Бібліотеки Академії Наук УРСР у Львові), де став завідувачем кафедрального музею сфрагістики, геральдики і нумізматики. Основою для створення цього музею були, насамперед, нумізматычна та сфрагістична колекції, сформовані в університеті у попередні роки, та відповідна спеціалізована бібліотека [23, с. 192–193]. У травні 1959 р. завдяки сприянню керівництва історичного факультету вдалося домогтись відкриття загальнофакультетського кабінету допоміжних історичних дисциплін, а І. Шпитковський став його першим завідувачем. Заслуговує на увагу і згадка про колекцію мемуарів та листів до історії України, які практично не були впроваджені в обіг, та підготовлену ним бібліографію української геральдики. Сам І. Шпитковський був автором спеціальної праці з ділянки геральдики та генеалогії, присвяченої роду Шептицьких, на засіданнях [23, с. 194].

Незважаючи на помітні успіхи української сфрагістики упродовж 1960–1980-х років, багато наукових проектів, пов'язаних із розробленням програми виявлення, обліку та збереження печаток, підготовкою відповідних фахівців, виданням їх описів, каталогів, альбомів тощо залишилися нереалізованими. Серед позитивних зрушень сфрагістики цього періоду відзначмо розширення функцій дисципліни, яка віднині сприймалася не тільки часткою дипломатичної критики, але й розглядалася обов'язковим атрибутом комплексного історико-джерелознавчого дослідження, студій із соціальної історії, історії установ, діловодства, мистецтва. Хронологічне розширення об'єкта дослідження за рахунок звернення уваги до печаток ХХ ст. спричинило розроблення техніки експертизи криміналістами [1, с. 162–163].

В УжНУ працювали дослідники актуальних питань історіографії, джерелознавства та спеціальних історичних дисциплін. Серед них найперше треба згадати проф. Л. Коваленка, який викладав у 1956–1961 роках. У 1965 р. він захистив докторську дисертацію на тему: «Демократичні течії в історіографії України ХІХ ст.». Вчений був автором чи співавтором близько 100 наукових праць, в тому числі монографії «Велика французька буржуазна революція і громадсько-політичні рухи на Україні в кінці ХІХ ст.» (К., 1973) та видань «Очерки истории исторической науки в СССР» (М., 1956–1963. – Т. І–ІІІ; у співавт.), «Очерки новой и новейшей истории Венгрии» (М., 1963; у співавт.). У його спадщині вирізняються публікації, у яких аналізуються історичні погляди О. Лазаревського, Т. Шевченка, П. Куліша, І. Франка, М. Гоголя, С. Подолинського, Й. Лелевеля, О. Радіщева, М. Покровського та ін. [18, с. 29–193]. Доц. К. Гурницький вивчав історичні погляди академіка А. Кримського (1871–1942). По цій проблемі він захистив кандидатську дисертацію (1970), а також опублікував дві монографії – «Кримський як історик» (К., 1971) і «Агафангел Ефимович Крымский» (М., 1980) [18, с. 30].

Вихованець львівської школи істориків І. Шульга дослідив мало вивчені раніше питання соціально-економічної та політичної історії Закарпаття другої половини ХІХ і першої половини ХІХ століття. В Ужгороді І. Шульга очолював кафедру історії СРСР (1958). Історик досліджував дві головні проблеми – розвиток товарного виробництва

і торгівлі на Лівобережній Україні в другій половині ХІХ ст. та соціально-економічні відносини на Закарпатті в добу кризи феодално-кріпосницьких відносин. З досліджуваних проблем захистив дисертації, а також опублікував дві монографії – «Соціально-економічне становище Закарпаття в другій половині ХІХ ст.» (Ужгород, 1962) та «Соціально-економічні відносини і класова боротьба на Закарпатті в кінці ХІХ – першій половині ХХ ст.» (Львів, 1965) [18, с. 19].

Д. Данилюк з 1975 р. працював на кафедрі історії СРСР в Ужгородському державному університеті, а після утворення кафедри історії України переходить до цієї наукової ланки. У 1975 р. успішно захистив на засіданні спеціалізованої вченої ради при Львівському університеті ім. І. Франка кандидатську дисертацію на тему «Історія Закарпаття 1917–1945 рр. у радянській історіографії». У подальшому історик продовжив вивчення даної проблеми, розширивши її верхні хронологічні рамки до 1985 року. Вишло це у виданні в 1987 р. монографії «Історіографія Закарпаття у новітній час (1917–1985)» [16, с. 198]. Написана 1990 р. разом з В. Ільком брошура «З історії заселення та розвитку культури Закарпаття в добу феодалізму» кілька років служила основним посібником для вивчення історичного краєзнавства у школах і вузах області [20, с. 325]. Завдяки дослідженням Д. Данилюка ім'я М. Лучкая поставлено в один ряд відомих істориків України ХІХ століття. Темою докторської дисертації Д. Данилюк обрав «Розвиток історичної науки на Закарпатті з кінця ХІХ і до середини ХХ ст.» (1994). На основі вивчення наукової спадщини вчених (у тому числі й рукописної) автор показав їх внесок у розкриття таких питань, як заселення території історичного Закарпаття, автохтонність закарпатських русинів, їх етнічна спорідненість з русинами на схід від Карпат та державна приналежність у Х–ХІ ст., вплив історичних досліджень на формування їх національної свідомості тощо. Історик на основі ґрунтовного вивчення джерел довів автохтонність слов'янського населення Закарпаття та його зв'язок з русинами інших західноукраїнських земель [16, с. 198].

В перше повоєнне десятиріччя відбулось формування кафедри історії СРСР Чернівецького державного університету. Її очолювали І. Кравченко та В. Голобуцький. У 1953–1963 рр. кафедрю очолював К. Ципко, 1963–1968 рр. – М. Ліщенко, 1972–1975 р. М. Кравець [22, с. 123]. Історики Г. Габ, К. Ципко, Р. Ростикус, П. Михайлина, І. Кравченко, М. Ліщенко, І. Гриценко, Ф. Редько, Г. Страхов, В. Холевичук у повоєнний період досліджували такі мало вивчені питання, як антифеодална боротьба селянства Буковини, виступи населення краю за возз'єднання з Радянською Україною, соціалістичні перетворення за роки радянської влади. У 1960-х рр. відбувається даліше розширення і поглиблення науково-дослідної роботи. Предметом наукового аналізу стали питання економічних зв'язків Буковини з Росією і Україною в ХІХ ст. (І. Гриценко), боротьби за визволення Буковини від турецьких загарбників (Ф. Редько), аграрних відносин і становища селян напередодні, в час та після проведення реформи 1848 р. на Буковині (О. Пастух), соціальної диференціації населення України в кінці ХІХ – першій половині ХХ ст., розвитку промисловості на Україні у ХІХ ст. (П. Михайлина, О. Пономарьов), за-

селення Південної України в кінці XVIII ст. (Ф. Редько), селянського руху на Правобережній Україні у другій половині XVIII ст. (Г. Страхов), робітничого руху на початку XX ст. (Г. Габ), аграрних відносин на західноукраїнських землях у другій половині XIX – першій половині XX ст. (М. Кравець) [22, с. 125–126]. М. Кравець на основі зібраних джерел і матеріалів опублікував збірку документів «Хотинське повстання» (Кишинів, 1976), монографію «Боротьба трудящих Буковини проти соціального і національного гноблення в другій половині XIX – на початку XX ст.» (Ужгород, 1979).

В 1972 р. колектив кафедри історії СРСР і УРСР Чернівецького університету (М. Ліценко, І. Гриценко, Є. Приходько) продовжував працювати над комплексною темою «Історія Північної Буковини» [9, арк. 2].

Кафедра історії СРСР і УРСР Луцького державного педагогічного інституту ім. Л. Українки у 1980-х рр. виконувала колективну тему «Історія Волині» під керівництвом О. Михайлюка. Історик підготував два розділи: «Волинь в роки першої російської революції»; «Волинь в роки першої світової війни. 1914 – лютий 1917 рр.». У 1984 р. Л. Гайдай написала до колективної праці розділ «Волинь в 1861–1900 рр.», П. Сміян, Г. Бондаренко – «Волинь в період феодалізму»; І. Кічий – «Волинь в період Жовтневої революції і громадянської війни»; В. Кудь – «Волинь на початку XX століття» [6, арк. 115–116].

На історичному факультеті Львівського університету у 1950–1970 рр. сформувалася школа істориків-аграрників, яку започаткував Д. Похилевич. Він прибув до Львова в 1945 р., а з 1952 р. очолював кафедру історії південних та західних слов'ян, що стала організаційною базою цієї школи. У 1947–1948 рр. завершував докторську дисертацію на тему: «Аграрні відносини у Великому князівстві Литовському після реформи Сигізмунда Августа (кінця XVI – середини XVIII ст.)» [8, арк. 52]. Д. Похилевич головним чином вивчав аграрну історію Центральної та Східної Європи XVI–XVIII ст. Доведено, що вже до середини 50-х рр. XX ст. у вченого склалася достатньо чітка модель аграрного устрою Речі Посполитої, в основу якої було покладено еволюцію фільварково-панщинної системи господарства на основі розвитку внутрішнього ринку, а з часом і зовнішнього ринку. Згідно з його концепцією, процес становлення фільваркової системи розпочався з розвитком товарно-грошових відносин, ростом міст. Зазначено, що панщинний фільварок функціонував як велике товарне підприємство з виробництва хліба на перших порах для внутрішнього ринку, а з кінця XV ст. – на експорт. Експортна торгівля хлібом, що активно розвивалася в XVI ст., прискорила і завершила процес формування фільварково-панщинної системи [2, с. 8]. Найбільше уваги представники Львівської школи істориків-аграрників приділяли питанням формування та еволюції фільварково-панщинної системи господарства на території Речі Посполитої та її східних регіонів (Д. Похилевич – Литви та Білорусії, В. Інкін, Ю. Гроссман, Я. Кісь, Я. Мельничук, В. Пірко, А. Козій – західноукраїнських земель). Вони розглядали фільварок як велике товарне господарство, на формування та розвиток якого головним чином впливав зовнішній ринок збуту виробленої у ньому продукції, здебільшого

зерна. Велику увагу львівські історики зосередили на питаннях ролі селянських господарств у функціонуванні нової системи господарювання. На конкретних прикладах вони проілюстрували, як організація нових і розширення старих фільварків призводила до скорочення селянського землекористування, внаслідок чого збільшувалася кількість малоземельних і безземельних селян – загородників, халушників та комірників [2, с. 12].

Аграрні відносини в Галичині у XVI–XVIII ст., починаючи з 50-х років XX ст., стали провідною темою наукових пошуків В. Інкіна. У 90-х роках він продовжив дослідження теми й опублікував джерелознавчу та історичну розвідку, присвячену архіву Самбірської економіки і діяльності інституту співприсяжництва та громадських сільських судів [24, с. 201]. У другій половині 1960-х рр. над темою монографії «Аграрні відносини на Прикарпатті в другій половині XVII–XVIII ст.» Я. Мельничук [7, арк. 2].

Серед відомих вітчизняних істориків-аграрників виділяється проф. В. Ілько. Він вивчає аграрні відносини на Закарпатті другої половини XIX–XX ст. Захистив кандидатську (1960) та докторську (1984) дисертації. Крім того, є автором монографії «Закарпатське село на початку XX ст. (1900–1919 рр.)» (Львів, 1973) та низки брошур. Висновки його наукових студій базуються на основі широкого кола архівних та опублікованих джерел [18, с. 19].

У 1970-х рр. на кафедрі історії СРСР і УРСР Луцького державного педагогічного інституту також досліджували проблеми селянських рухів другої половини XIX – першої половини XX ст.: «Соціально-економічний розвиток Волині та революційна боротьба трудящих в період капіталізму (1861–1939 рр.)» – Р. Оксенюк; «Революційна боротьба селянства України між двома революціями (червень 1907 – лютий 1917 рр.)» – О. Михайлюк; «Селянський рух у Волинській губернії між двома революціями (червень 1907 – лютий 1917 рр.)» – В. Кудь [5, арк. 12–13].

У 70–80-х рр. проблеми аграрних відносин досліджували В. Ботушанський, В. Ілько, В. Плисюк. Відзначмо, що першим серед радянських авторів проблеми колективізації в західноукраїнських областях почав вивчати М. Івасюта (від 1953 року працював в Інституті суспільних наук АН УРСР, м. Львів (завідувач відділу історії України), 1976–1986 рр. завідувач кафедри історії УРСР Львівського університету). Функціонування народного господарства західних земель України, зокрема соціалістичні перетворення за роки радянської влади дослідив Г. Ковальчак. Для наукових праць характерними була апологетика колгоспного ладу, намагання довести його соціально-економічну ефективність, а з іншого – замовчування методів колективізації та проблем колгоспно-радгоспної системи, приховування важкого матеріального становища й іноді злиденного існування селян у колгоспах.

Проте, розкриваючи питання «соціалістичного будівництва на селі», вчені зосереджували головну увагу на «відновленні» радянської влади, заходах партії та уряду в справі націоналізації землі та колективізації сільського господарства, боротьбі трудящих проти ворогів соціалізму. У роботах українських радянських істориків не порушувалися питання депортацій цілих соціальних верств сільського соціуму, господарсько-фінансової діяльності

соціалістичних господарств, міжнаціональних відносин, духовно-релігійного життя села, а окремі публікації мали тенденційну атеїстичну спрямованість.

Дослідженням питань нової та новітньої історії країн Європи та Азії займалися науковці Львівського державного університету ім. І. Франка: М. Ратич (селянський і робітничий рухи на польських землях на початку ХХ ст.), В. Чорній (історія Квітневого повстання 1876 р. в Болгарії), О. Бейліс (історіографія новітньої історії Болгарії та Югославії), С. Мовчан (історіографія новітньої історії Югославії), І. Глічов (Балканські війни 1912–1913 рр.), І. Беякевич (історія міжнародних відносин, деякі питання історії Польщі 1914–1918 рр.), М. Лебович і Г. Кипаренко (новітня історія Угорщини).

Проблеми історії зарубіжних слов'ян в Івано-Франківському педагогічному інституті висвітлювалися в курсах з історії стародавнього світу, історії середніх віків, історії нового часу та нової історії країн Сходу. Їх вели П. Руценко, Р. Прокоп, Ю. Патлажан та Н. Сафронова. У 60-ті рр. ці ж курси викладали Е. Чудиновських, Я. Заборовський, Я. Мельничук. У 70-80-ті рр. у зв'язку з вивченням історичних курсів слов'янознавчі проблеми також викладали доктори історичних наук, професори В. Грабовецький О. Карпенко, кандидати історичних наук, доценти А. Крюков, Л. Правдива, І. Пендзей, М. Рехтман, І. Іванцев, М. Кугутяк, В. Сілецький [21, с. 3–4]. Працюючи з 1960 р. у Станіславському педагогічному інституті, Я. Мельничук викладав нову історію країн Заходу (в т.ч. слов'янських країн) та історіографію нової і новітньої історії. Одночасно він досліджував відносини в Руському і Белзькому воєводствах ХVІІІ ст. У 80-ті роки у галузі славістики відзначився І. Іванцев, який досліджував історію Болгарії у період між Першою і Другою світовими війнами. Загалом в Івано-Франківському педагогічному інституті викладання слов'янознавчих дисциплін, а також комплексне дослідження наукових проблем, не набуло належного розвитку, оскільки тоді надавалась перевага дисциплінам суспільно-політичного циклу, історії СРСР, зокрема історії Росії і її культури. Глибоко заідеологізоване було викладання й історії УРСР, а проблеми історії південних і західних слов'ян висвітлювалися як окремі сюжети в контексті загальноєвропейської історії [21, с. 7].

В 80-х рр. ХХ ст. представникам молодшої генерації українських істориків вдалося зробити прорив в усталених на попередньому часі традиціях щодо добору дослідницьких тем, зокрема, звернутися до розгляду соціальних аспектів світогляду селянства й козацької голоти та трансформації у ньому уявлення про суспільний устрій України, вперше в українській історичній науці порушити питання про необхідність дослідження впливу подій воєнного часу на формування соціальної свідомості української людності, проблем українського державотворення [15, с. 398]. В науковій діяльності гуманітарних інституцій темп і характер принципових зрушень залежав не так від політичної заангажованості частини науковців, як від питомої ваги вчених, які й раніше тією чи іншою мірою протистояли повній ідеологізації науки. До них досить швидко приєдналися і ті, які щиро прозріли, і ті, які за всіх умов були кон'юнктуристами. Перехід на національні позиції

також і кон'юнктуристів став показником безповоротності поразки старої системи. На першому етапі приєднання таких людей до перебудови було одним із чинників краху відверто консервативних тенденцій, на подальшому – загальмувало процес принципового, а не декларативно-оновлення науки [12, с. 14].

Отже, у повоєнний період українській історичній науці та її представникам довелося зазнати безпрецедентних випробувань на міцність внаслідок ідеологічного протистояння в умовах тоталітарного режиму. Заохочення або ж примусовість дослідження проблем сучасності, включаючи суспільно-політичні процеси за умов відсутності свободи творчості, обмеженості доступу до архівних матеріалів, створювала перешкоди науковцям нагромаджувати і об'єктивно оцінювати джерельні свідчення, правдиво відтворювати складну історичну дійсність.

Список літератури:

1. Бездрабко В. В. До історії українознавчої сфрагістики у документознавчому контексті (1960–1980) / В. В. Бездрабко // Гілея (науковий вісник): Збірник наукових праць / [голов. ред. В. М. Вашкевич]. – К., 2008. – Вип. 17. – С. 156–166.
2. Вінтонів О. О. Львівська школа аграрної історії другої половини ХХ ст. : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. істор. наук: 07.00.06 – «Історіографія, джерелознавство та спеціальні історичні дисципліни» / О. О. Вінтонів. – Запоріжжя, 2004. – 15 с.
3. Головка В. В. Історіографія кризи історичної науки. Український контекст / В. В. Головка. – К., 2003. – 227 с.
4. Дашкевич Я. Дорогами української Клію [про становище історичної науки в Україні] / Я. Дашкевич // Україна в минулому. – Київ – Львів, 1996. – Вип. 8. – С. 54–64.
5. Державний архів Волинської області, ф. 376, оп. 7, спр. 298, 119 арк.
6. Державний архів Волинської області, ф. 376, оп. 7, спр. 1046, 192 арк.
7. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 1345, оп. 1, спр. 457, 15 арк.
8. Державний архів Львівської області, ф. 119, оп. 7, спр. 9, 61 арк.
9. Державний архів Чернівецької області, ф. 82, оп. 11, спр. 86, 103 арк.
10. Єкельчик С. Імперія пам'яті. Російсько-українські стосунки в радянській історичній уяві / С. Єкельчик. – К.: Критика, 2008. – 304 с.
11. Інститут історії і політології: 70 років педагогічної, наукової й громадської діяльності / [під. ред. професора М. Кугутяка]. – Івано-Франківськ: видавець Третяк І.Я., 2010. – 336 с.
12. Ісаєвич Я. Українська історична наука: організаційна структура і міжнародні контакти / Я. Ісаєвич // Українська історіографія на зламі ХХ і ХХІ століть: здобутки і проблеми: [Колективна монографія за ред. Л. Зашкільняка] / Львів. нац. ун-т ім. І. Франка. – Львів, 2004. – С. 7–24.
13. Кульчицький С. Програма розвитку історичних досліджень в УРСР / С. Кульчицький, О. Ляпіна // Історія та історіографія в Європі. – 2004. – № 3. – С. 159–178.
14. Луцький О. Радянська академічна наука в західних об-

- ластях України 1940–1951 рр.: від відділів до інститутів / О. Луцький // Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика. – Київ: Інститут історії України НАН України. – 2009. – Вип. 15(2). – С. 11–25.
15. Матях В. Україна в XVII–XVIII ст.: вузлові проблеми та пріоритети наукового студювання / В. Матях // «Істину встановлює суд історії». Збірник на пошану Федора Павловича Шевченка. Том 2. Наукові студії. – К.: Інститут історії України НАН України, 2004. – С. 396–417.
16. Міщанин В. В. Біобібліографія історіографа / В. В. Міщанин, Н. М. Світлик // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Історія». – 2012. – Вип. 28. – С. 196–202.
17. Мозговський М.В. Історична наука і влада в Україні в повоєнний період / М.В. Мозговський // Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. – 2002. – Вип. 34. – С. 205–213.
18. Олашин М. В. Історичний факультет Ужгородського національного університету: Біобібліографічний довідник / Держ. вищий навч. заклад «Ужгород. нац. ун-т»; [бібліогр. ред. О. Д. Закривидорога; відп. за вип. І. О. Мандрик] / М. В. Олашин. – Ужгород: Гражда, 2010. – 440 с.
19. Смолій В. А. Історія інститутська, історія українська [ювілейні роздуми з академічної проблематики] / В. А. Смолій, О. А. Удод, О. В. Ясь // УІЖ. – 2012. – № 1. – С. 4–28.
20. Федака С. Д. Професору Дмитру Данилюку – 70 / С. Д. Федака // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Історія». – 2011. – Вип. 27. – С. 325–327.
21. Федорчак П. С. Історичне слов'янознавство у Прикарпатському університеті імені Василя Стефаника (до 10-річчя кафедри історії слов'ян) / П. С. Федорчак // Вісник Прикарпатського університету. Історія. – Івано-Франківськ: Плай, 2002. – Вип. 6. – С. 3–14.
22. Чернівецький державний університет. Розвиток університету за роки Радянської влади (1940–1975) / [ред. колегія: К. О. Червінський (голова)]. – Львів, 1975. – 192 с.
23. Шуст Р. Допоміжні історичні дисципліни у Львівському університеті імені Івана Франка (1939–2008) / Р. Шуст, О. Целуйко // Наукові зошити історичного факультету Львівського університету. Збірник наукових праць. – 2009. – Вип. 10. – С. 188–198.
24. Щодра О. Проблеми середньовічної та ранньомодерної історії України в дослідженнях істориків Львівського університету наприкінці ХХ – на початку ХХІ ст. / О. Щодра // Вісник Львівського університету. Серія історична. – 2013. – Вип. 49. – С. 199–209.

ПРЕСТУПЛЕНИЯ ВЕКА: ДЕПОРТАЦИЯ ЧЕЧЕНЦЕВ 1944 Г. И ВОЙНА 1994Г.

Димаева Фатима Вахаевна,

*Комплексный научно- исследовательский институт РАН,
кандидат философских наук, отдел гуманитарных наук,
лаборатория истории*

CRIMES OF THE CENTURY: THE DEPORTATION OF CHECHENS OF 1944 AND THE WAR OF 1994.

Dimaeva Fatima Vahkaevna, Complex Scientific Research Institute by Russian Academy of Science, Bachelor of Philosophy, department of humanitarian sciences, laboratory of history

АННОТАЦИЯ

депортация чеченцев - одно из звеньев преступлений против чеченского народа. Ход истории – управляемый процесс и давно пора озвучить имена управленцев этими процессами. Это проблема общества и власти. Современное общество – общество с зашоренным сознанием.

ABSTRCT

the deportation of Chechens is one link of the chain of crimes against Chechen people. The course of history is a managed process and it is long ago a time to name the managers of this processes. It is a problem of the society and the authorities. The modern society is a society with closed acknowledgement.

Ключевые слова: общество, власть, преступления, депортация, геноцид, бесправие в праве.

Keywords: society, the authorities, crimes, deportation, genocide, lawlessness at law.

Депортация чеченцев 1944 года не имеет прецедента в мировой истории. Александр Солженицын писал по этому поводу: «Историки могут нас поправить, но средняя наша человеческая память не удержала, ни от XIX, ни от XVIII, ни от XVII века свидетельств массовой насильственной пересылки народов. Были колониальные покорения на океанских островах, в Африке, Азии, в Туркестане, победители приобретали власть над коренным населением, но как-то не приходило в неразвитые головы колонизаторов разлучить это население с его исконной землей, с его прадедовскими домами».

В ноябре 1943 года заместитель наркома внутренних дел СССР В.В. Чернышов провел расширенное совещание начальников УНКВД Алтайского, Красноярского краев, Омской и Новосибирской областей, где решались вопро-

сы о количестве наметившихся переселенцев и районах их размещения. Для поддержания порядка в местах проживания новых контингентов учреждались 145 районных и 375 поселковых спецпрокуратур с 1358 сотрудниками. 15 февраля 1944 г. начальник ГУЛАГа НКВД СССР В. Наседкин и нарком внутренних дел Казахской ССР К. Богданов обратились к Берии за помощью в укомплектовании спецпрокуратур необходимыми кадрами, просили, «кроме использования сотрудников Казахского НКВД, командировать дополнительно 200 человек, т.к. предстоит большая работа по приему 408 500 человек в Казахской и 103300 спецпереселенцев в Киргизской ССР».

31 января 1944 г. ГКО принял постановление за №5073 о выселении чеченцев и ингушей в Казахскую и Киргизскую ССР. 21 февраля последовал указ НКВД СССР № 00193 о

переселении нового контингента. Знали ли о готовящемся переселении в автономной республике? Безусловно. Да, во всяком случае, руководящие партийные и советские работники были в курсе дел, да и не только работники ЧИ АССР. Нарком внутренних дел дагестанской АССР Р. Маркарян в докладе на имя Л.П.Берия от 5 января 1944г. сообщал, что еще в декабре 1943г. начальник Орджоникидзевской железной дороги на встрече с председателем Верховного Совета Дагестанской АССР и сотрудниками обкома ВКП(б) уведомил их «о предстоящем выселении чеченцев и ингушей, отметив, что для этой цели прибывают 40 железнодорожных эшелонов и 6000 автомашин».

20 февраля 1944г. Л.П.Берия совместно с комиссарами госбезопасности Б.З.Кобуловым и И.А. Серовым, начальником канцелярии НКВД СССР С.С. Мамуловым и другими прибыли в Грозный, где возглавили операцию по переселению. В так называемый «период первых эшелонов» были депортированы 310630 чеченцев, 81100 ингушей, в основном жителей равнинной и относительно доступных горных районов...Затем численность депортируемых возросла до 478479 человек. Многие из чеченцев и ингушей были устроены на проживание также в Ярославской, Ивановской, Костромской и других областях центра РСФСР. В 1944г. на восток прибыли одна за другой группы чеченцев из Красной Армии. Чечено-Ингушская АССР прекратила свое существование [1,168-273] она была упразднена, а ее территория поделена между соседними регионами. Операция по выселению чеченцев и ингушей, получившая кодовое название «Чечевица», началась в ночь на 23 февраля 1944 года.

Поздно ночью были оцеплены все населенные пункты, расставлены засады и дозоры. Подготовка к проведению депортации была тщательно замаскирована. Вводимые войска НКВД были переодеты в общевойсковую форму. Людям говорили, что войска стягиваются для проведения крупно-масштабных учений в горах. Ничего не подозревавшие местные жители в целом радушно принимали военных. Операция по выселению началась на рассвете. Так, 23 февраля 1944 года по приказу высшего советского руководства была проведена операция с кодовым названием «чечевица». Сталин депортировал не только чеченцев и ингушей. В 1942-44 годах депортации были подвергнуты: ингерманландские финны, калмыки, карачаевцы, балкарцы, крымские татары, ногайцы, турки-месхетинцы, понтийские греки. С 1936 года выслались жители приграничных территорий. С началом войны выслали отовсюду немцев.

Во время проведения депортации чеченцы не понимали, почему они должны покинуть свой край, почему власть совершает преступления над ними. Так в разных районах республики были совершены такие преступления как:

- госпитализированные люди районной больницы Урус-Мартана были заживо погребены возле больницы;
- в горном районе в озере Кезеной-Ам было утоплено много людей;
- в других местах чеченские дома забрасывали гранатами или просто обливали бензином и сжигали вместе с безвинными жертвами.

И все это накануне второй мировой войны - Отече-

ственной войны.

Но мировое сообщество не знает (или мало информировано), что 27 февраля 1944 года специальными подразделениями служб безопасности из Москвы были заживо сожжены 700 жителей высокогорного чеченского селения Хайбах. Сожжены были больные, престарелые, женщины и дети. Самому старому было 110 лет, а самому маленькому — около 15 — 20 часов.

Проблемы депортации чеченцев, насилие, совершенное над ними обсуждались на международной конференции «Международное право и Чеченская Республика» состоявшейся в Польше, в городе Кракове с 8 — 11 декабря 1995 г. была озвучена информация из документов Русского архива.

«Участник конференции, депутат Парламента Украины, профессор Иван Билас привел сведения из Русского архива (фонд 9478, дело № 1375), показывающие, что чеченцев в годы депортации «подкармливали» отравленными продуктами питания. В преданных истории документах они названы «пищевыми сюрпризами». Архивные данные сообщают, что были разработаны многочисленные рецепты продовольственного снабжения чеченцев. Так, например, для отравления 1 кг. муки рекомендовано добавлять 1 г. белого мышьяка, а на 1 кг. соли — 10 г. Другой яд — мышьяково-натриевая соль — предназначался для сахарного песка (на 1 кг — 10 г.) и воды (на 1 л. — 1 г.). «Сюрприз» с добавками мышьяково-натриевой соли рекомендован для использования на местах, в частности при отваривании любимых чеченцами галушек. Для масел же, оказывается, очень «хорош» гексоген. Приводится и ещё ряд сатанинских рецептов и рекомендаций безопасности от сталинских исполнителей.

На той же краковской конференции другой участник ее участник Рышард Бочан, депутат Совета города Кракова, приводил свидетельства польских депортантов-очевидцев загадочного массового (тысячами) вымирания на вид здоровых и крепких чеченцев. Свидетельств неожиданной и странной гибели чеченцев зафиксировано много не только поляками, но и немцами, корейцами, греками и представителями других депортированных в то время народов.

Исследования украинского военного историка объясняют эту причину, а нам позволяют сделать вывод, что даже в «гуманитарной помощи» из России таится для чеченцев смертельная опасность» [2, 84] .

В целом за годы депортации чеченцы потеряли от 60 до 65 % от всей своей численности. И в разных источниках численность уничтоженных в результате этого геноцида разнится. А. Некрич утверждает, что в результате депортации было уничтожено от 50 - 70 % численности чеченского народа, не говоря уже о моральных, культурных потерях, о том, что многие оста-вшиеся в живых на всю жизнь стали инвалидами [3,85-87].

Сведения из официальных источников о численности жертв геноцида в 1944 - 1957 гг. таковы «Из Грозненской области выселено, согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР № 116-102 от 7 марта 1944 г., постановлению ГКО № 5073 от 31 января 1944 г., чеченцев и ингушей 520 301 человек» [4]. К 30 июля 1959 г. численность чеченцев и ингушей, по данным другого официального источника,

составляла: «чеченцев - 191 479, ингушей - 48 191 человек [5]. Итого, к 1956 г. из 520301 чеченцев и ингушей в живых осталось 239 670, а потери составили 280 631 человек, и это по официальным коммунистическим данным. Напомним, что численность чеченцев за время первой Русско-Кавказской войны сократилась от 1,5 миллиона до 116 тысяч [6, 85-87]. И это не считая жертв - мучеников террора 1920 - 1930гг.

Другой источник считает, что «накануне 1708 года нас (чеченцев) было в пределах 3,5-4 млн. человек, то по переписи 1861 года, проведенной в России по приказу Александра II, осталось 125 тыс. человек мужского и женского пола [7].

Вопрос конституционного права Чечни всегда был иллюзорен и выглядел так:

- и до периода депортации и после 1957 года Чечня формально обладала автономным статусом, но декларированная на конституционном уровне автономия никогда не имела ничего общего с реальной самостоятельностью, в какой бы, то, ни было степени. Этот самый вопрос поднимается в проблематике нашей сегодняшней конференции. Как определяться чеченцам по конституционному законодательству или по понятиям как это делало до сих пор руководство властных структур федерального центра?

Насилие власти над чеченцами даже в конце XX века не получило должное освещение у международного сообщества. Описывая уже трагические военные события XX века, Игорь Бунич пишет, что политическое руководство России никогда бы не решилось сегодня на столь открытые военные преступления, не заручись оно заблаговременной поддержкой других держав, и в первую очередь поддержкой Президента США Б. Клинтона. Поддержка была очевидной, но, видимо, с одним условием, нарушить которое Кремль так, и не решился, - допуск в зону военных действий мировых средств массовой информации. В результате чего массовое убийство чеченцев превратилось в шоу для всего человечества и наглядным пособием для западных экспертов по российскому вооружению. Поддержка преступных замыслов Ельцина обозначилась незамедлительно, сразу же после начала войны. По сути, столь откровенная поддержка Западом геноцида против чеченцев означает не что иное, как признание войны со стороны России в качестве справедливой. Если же быть более точным, то солидарность между мировыми державами в предоставлении России права на убийство угнетенных людей означает принуждение малых народов к покорности [8, 191].

Как известно, парад суверенитетов был амбициозно широко инициирован самим Президентом Российской Федерации Б.Н.Ельциным. Если бы Ельцин не инициировал сам этот процесс, никому бы и в голову не пришло, объявлять право народа на самоопределение. Более того, что процесс, запущенный Б.Н.Ельциным имел и имеет необратимые непредсказуемые трагические последствия.

Неадекватный Б.Н. Ельцин издает секретный антиконституционный Указ № 2137 от 30.11.1994 года «О мероприятиях по восстановлению конституционной законности и правопорядка на территории Чеченской Республики» за своей подписью, который и послужил основанием для

военной агрессии в Чечне. И начинается подготовка для введения в Чеченскую Республику одной дивизии Внутренних Войск и двух дивизий министерства обороны.

Затем под грифом «совершенно секретно» последовал Приказ министра обороны Российской Федерации и Руководителя Группы по разоружению и ликвидации вооруженных формирований на территории Чеченской Республики генерала армии П.С.Грачева, адресованный тт. Егорову Н.Д., Ерину В.Ф., Степашину С.В. в нем говорится: «В связи с ожидающимся массовым, но неорганизованным сопротивлением принято решение воспользоваться этим обстоятельством и осуществить массовую депортацию местного населения под видом его организованного вывода из зоны боевых действий в другие районы Российской Федерации, которые будут определены особо. Внешнеполитическое и информационное обеспечение указанных мероприятий должно проводиться только, как гуманитарная акция во имя спасения мирного населения Чеченской Республики от злодеяний дудаевских бандитов... Для организованного проведения комплексных мероприятий как гуманитарной акции создать координационный орган из представителей Министерства обороны, Министерства Внутренних Дел, Федеральной службы контрразведки и министерства по Чрезвычайным Ситуациям... Всю практическую работу по депортации населения должно проводить Министерство по Чрезвычайным Ситуациям...

Формулировкой воспользоваться этим обстоятельством и осуществить массовую депортацию местного населения Б.Н.Ельцин, и выразил свою нацистскую сущность, ведь по сути дела он сам своими руками и заварил военную бойню в Чечне.

Затем последовали Распоряжение правительства № 1887-р от 1.12.94г. и Постановление правительства № 1360 от 9.12.94г. за подписью В. Черно-мырдина [9]. Пункт 24 Постановления правительства № 1360 от 9.12.94г. предписывает федеральной миграционной службе «обеспечить при реализации Федеральной миграционной программы первоочередное финансирование мероприятий по комплексному расселению беженцев и вынужденных переселенцев Чеченской Республики». А в соответствии с п. 2 «Плана мероприятий по обеспечению эвакуации населения Чеченской Республики» прилагаемого к Распоряжению «1887-р от 1.12.94г., оставшихся в живых после уничтожения Чечни надлежало депортировать в русские области: Астраханскую, Волгоградскую, Оренбургскую, Саратовскую и Ульяновскую. Такое расселение по большой территории, очевидно, преследовало цель ускоренной ассимиляции». И далее «в целях организационного проведения мероприятий по оказанию необходимой гуманитарной помощи мирному населению Чеченской Республики, нуждающемуся в эвакуации создать оперативную группу под руководством министра... С.К. Шойгу. Включить в состав оперативной группы заместителей руководителей Минобороны России, МВД России, ФСК России, МЧС России, Минтранса России...»[10] и так далее. История преступления 1944 года повторилась в 1994 году, только теперь чеченцев не выселяли, а убивали в Чечне. И, опять Чечено-Ингушская АССР прекратила свое существование, она была в очередной раз упразднена.

Избитая фраза - история не терпит белых пятен, несостоятельна только потому, что сообщество людей позволяет быть этим пятнам, оно как мазохисты любит кумирами, сотворившими над ними любое зло, любое насилие, преступление. Их повышают по службе, их награждают, их почитают и даже боготворят прилюдно на глазах у всех. Очевидно, власть нуждается только в таком контингенте, а народ был и остается для них только «скотом и быдлом», так как он позволяет совершать над собой все, в том числе и такое. В чеченском обществе отмечается наличие дефицита правового сознания, культуры сопротивления преступности, причем повсеместно, как и всей России.

Новый революционный бум и опять бумага терпит все. Демократические ценности хороши, но кому они нужны в России, если народа нет, а есть только власть и привластни и демократические ценности нужны только для того, чтобы тандему «власть и привластни» жилось как можно дольше и сладко и лучше.

Михаил Полторанин отмечал: «Ельцину было все равно: возглавлять ли демократическое государство, фашистское, какое угодно - лишь бы быть во власти. Ему ничего не было жалко. Лишь бы быть никому не подконтрольным. Он сошелся с Горбачёвым, которому тоже было, в общем-то, на всё наплевать, и они только «рисовали» борьбу между собой. Но на самом-то деле никакой борьбы не было! Они в буквальном смысле договаривались ночью»[11].

В этой очередной трагедии чеченского народа повинны и те лидеры- чеченцы, которые любой ценой прорывались к власти. М. Полторанин вспоминает: «Сначала же он (Б. Ельцин) вводил войска в Чечню в 1991 году. Он видел, когда и как там начиналась катавасия. Запал-то шёл с Запада. Оттуда приехали эмиссары. И начали раскручивать ситуацию. А помогал им раскручивать ни кто иной, как Завгаев, который сначала был 1-м секретарём Чечено-Ингушского обкома, а потом председателем Верховного Совета республики. Потом эта же группа националистов, которая при-

шла из Саудовской Аравии, его и вытолкала. Они стали звать Дудаева, который тогда служил командиром дивизии стратегических бомбардировщиков. Их-то самих никто не знает, а он - генерал. А чеченцы любят военных. Так они Дудаева и притащили. Чтобы он отколол Северный Кавказ от России. И там действительно всё закипело. Между дудаевцами и завгаевцами. Я сам встречался с Джохаром Дудаевым. Но самое интересное, что Дудаева провоцировал Хасбулатов....»[12].

Ссылки:

1. Бугай Н.Ф. Иосиф Сталин — Лаврентию Берия: «Их надо депортировать». Документы, факты, комментарии. Москва, 1992., с. 168-273.
2. Усманов Л. Непокоренная Чечня. М., 1997, с. 84.
3. По Усманову Л. Непокоренная Чечня. М., 1997, с. 85-87 (см. Некрич.А. Наказанные народы. Нью-Йорк: Хроника, 1978).
4. Из проекта докладной министра внутренних дел СССР Круглова С. и СССР Л. Берии, январь 1942 г.
5. Из докладной министра внутренних дел СССР Н. Дурова в ЦК КПСС.
6. Журнал «Революция и горец», 1932, № 6-7, Ростов-на-Дону, с. 95 и 10 лет социалистической Чечни. Ростов-на-Дону, 1935. С. 75. см. Усманов Л.
7. <http://haaman.com/news/2015-06-24/e-20-20-20-20-20-20-7>
8. Бунич И. Хроника чеченской бойни и шесть дней в Будённовске. Санкт-Петербург, 1995 г. с. 191.
9. Распоряжение Правительства РФ №1887-р от 1.12.1994 г.
10. Постановление Правительства РФ №1360 от 09.12.1994 г.
11. Сиринов Л., и Полторанин М. комментарии «Фонтанке», Москва, «Фонтанка.ру». 08.12.2011.
12. Там же.

DIE BEVÖLKERUNG DER STADT WOYIN XII–XIV JH. NACH KRANIOLOGIEDATEN

Dolzhenko Yu. V.

postgraduate (PhD) department
of bioarcheology IA National
Academy of Science. Kyiv.

НАСЕЛЕННЯ МІСТА ВОЇНЬ XII–XIV СТ. ЗА ДАНИМИ КРАНІОЛОГІЇ

Долженко Юрій Володимирович, аспірант відділу біоархеології Інституту Археології НАНУ. Київ

ANMERKUNG

Der Artikel umfasst die Geschichte der Erforschung der antiken Siedlung und Begräbnis der Chronikstadt Woyin. Die Reste von Menschen, die in der Stadt Woyin in XII–XIV Jh. begraben sind, ausgewertet sind. Die vergleichende Analyse der morphologischen Komplexe dieser Probe hauptsächlich mit slawischer Bevölkerung Osteuropas X–XIV Jh. Geführt ist. Es ist festgestellt, dass nach Kranio-metriedaten die Korrelation zwischen männliche mesokraniale Reihe und Schädeln von der Stadt Stara Razan, und einigermassen Novgorod Slowenen.

Nach der Klassifikation von Schädeln, die männliche Probe gehört zum meso-dolichokranial relativ breitgesichten Typ wo sind Tyvertsi, Ukichi und Drevlyany. Die männliche Gruppe ist mit eigener Vorsorge ist zum Neopolissya anthropologischen Typ gezählt. Die weibliche mesokranial untersuchte Probe ist statistisch in der Nähe von Kiewer polyanky und kryvytchi. Nach der Schema von T. Rudych gehört die weibliche Serie, auf gewisse Weise, zum mesokranial Typ an, mit mittlerem breiten Gesicht, wo bleiben Kiewer Polyanky.

Schlüsselwörter: Kranio-metrie, Kranioskopie, Anthropologie, Archeologie, Woyin

Altrussische Erinnerungstücke aus Niedrigem Posullya zogen auf sich seit langer Zeit die Aufmerksamkeit der Spezialisten. In den 80 Jahren des X-ten Jahrhunderts wurde das Befestigungssystem für die Flüsse Sula und andere Flüsse des Dnipro Regions gebaut, um die Grenzen des Kiewer Rus zu stärken. Die Errichtung von Befestigungsanlagen wurde vom Staatszustand verursacht, der in der zweiten Hälfte des X-ten Jahrhunderts schwierig war. Der Fürst Wolodymyr war bewusst über die Notwendigkeit, zuverlässige militäre Gewalt zu haben, die die Hauptstütze in schwierigen Zeiten war. Aufgebaute auf die Flüsse Kiew herum Siedlungen und die Grenzen von Rus bewohnt er mit Vertreter der slawischen und auch nicht-slawische Bevölkerung der Union. Daher waren die mächtigsten Befestigungsanlagen auf den Flüssen gestellt, die Grenzlinien waren.

Besonders wichtig unter ihnen war der Fluss Sula. Dieser Fluss war die natürliche Grenze im Südosten Pereyaslav Fürstentum. Die breite sumpfige Aue an der linken Seite und der hohe rechte Ufer waren umfangreiche Hindernisse für die Nomaden, die den Fluss zu überqueren versuchten. Diese natürliche Barriere wurden mit künstliche Anreicherungen vervollständigt, die so genannte Siedlungen, die auf dem rechten Ufer, wie eine Kette gelegen haben.

Eine bedeutende Rolle im Posulsk Verteidigungssystem hat der befestigte Punkt in niedriger Welle des Flusses Sula gespielt, es war die alte Stadt Woyin [18, S.12; 45]. Die Siedlung im Dorf Woyinska Greblya, die in der Nähe von der Mündung des Flusses Sula sich befindet, war der letzte altrussische Punkt auf der Wasserstraße, die nach Süden leitete [7, S.166; 18]. Die Stadt wird immer wieder in den Chroniken erwähnt. Gemessen an den Inhalt dieser Verweise und die Lage der Siedlung - es war eine der wichtigsten und befestigten Siedlungen des Posulsk Verteidigungsstreifens [18, S. 12].

Die Geschichte der anthropologischen Untersuchung der Bevölkerung des mittleren Dnipro Regions in der alten Zeit, wurde von O.P. Bogdanov begonnen [6] und von W.W. Bunak [50, 441-503], G.F. Debits [11], T.O. Trofimov [46], V.V. Sedov [44, S. 16-31], T.I. Alekseeva [3; 4], W.D. Dyachenko [20], I.D. Potekhina [31; 25, S. 113-129]; O.D. Kozak [23, 24]; T.S. Balueva [5 S. 170-184], S.P. Segeda [42], P.M. Pokas, S.P. Segeda [43 S. 126-180], T.O. Rudych [37, 38, S. 66-144], O.O. Pryadko und vom Autor dieses Artikels (im Druck) weitergemacht.

Der mittlere Dnipro Region in der X-XIII Jh. war der Bereich, in dem die große Teil des anthropologischen Slawen Massives, die zu der Zeit gut zu lesen war, angenähert sind. Die Grenzen zwischen ihnen waren durchsichtig, es war die Durchdringung der Bevölkerung. Aber der altrussische Period war nicht die Zeit, wann soll man ernsthaft über die anthropologische Vereinigung der Bevölkerung der slawischen Ländern zu sprechen, weil die genannte Prozesse benötigten die lange Zeit und bestimmte Umstände. Dies gilt für die Lage im Nahen vom Dnipro Region. Nach die Daten von T.A. Rudych [38 S. 119-120], meistens die Stadtbevölkerung stellt die bedeutende Vielfalt für die anthropologische Karte in der Nahe vom Dnipro Region.

Die Messungen wurden nach der normalen kranziologischen Methode (nach R. Martin) gemacht: die Zeichensnummerierung Zeichen ist gezeigt und nasomalar und zygomaxilar Winkeln der horizontalischen Profilierung

der Gesicht mit dem Nomogramm ausgerechnet wurden [52; 1, S. 55]. Der Kranziometrie- Lambdapunkt nach der Methode von L.H. D Buxton und G.D. Morant [51, S. 19-47] bestimmt wurde. Bei der Interpretation der Daten wurden die erstellte von B.A. und O.G. Kozintsev in 1993 und Ph.D. A.W. Gromova (1996) Computerprogramme verwendet.

Insgesamt wurden 31 Schädel (21 männliche und 10 weibliche) gesucht, die für die Verarbeitung durch eine große Kranziometriemethode geeignet sind [52; 1; 2; 54; 50, 55]. Nach der ethnischen Kranzioskopie [53, S. 213-244] sind Männer und Frauen dieser Gruppe bereits untersucht.

Kranziometrieseigenschaften der männlichen Serie. Die Erhaltung der Knochen der Gehirn-Abteilung ist in meisten Fällen ausreichend. Der vordere Teil konservierte etwas schlechter. Männliche Schädeln sind mit dicken Schädeldachs knochen und allgemeine Massivität charakterisiert. Entwicklung des Reliefs ist angemessen: Oberlabella kann man durchschnittlich mit 2,0 Punkten, Oberaugenbrauensbogen mit 1,7 Punkten, äussere Hinterhauptöcker mit 2,0 Punkten geschätzt werden; Warzenfortsatz (2,5 Punkte) ist durchschnittlich mit mässigem Form und abgeflachtem Spitzesform der Größe charakterisiert.

Männliche Serie ist sich durch große Länge und mässige Breite des Schädels kenngzeichnet und besteht aus elf dolichokranial, acht mesokranial und zwei brachikranial Schädel, im Durchschnitt laut Hirndurchschnittsindex (75,1) ist sie mesokranial, an der Grenze zu dolichokranial ein. Die absolute Größe des Höhesdurchmessers der Schädel sind mässig. Laut relative Höhe dem ersten Höheindikator umfasst die Probe zwei niedrige (chamekranial) Schädel, sechs mittel hoch (ortokranial) und sechs hoch (hipsikranial) Schädel, im Durchschnitt ist die Serie ortokranial eine.

Laut zweite Höhenkreuzindex hat die männliche Probe drei niedrige (taypenokranial) Schaedel sechs mittlere (metriokranial) und fünf hoch (akrokranial) Schädel. Im Durchschnitt laut dem zweiten Höhenkreuzindex ist die Serie metriokranial eine was bezeugt dass die Höhe des Schädels in dieser Gruppe im Allgemeinen mässig ist (Tab. 1). Die Ohrenhöhe und die Länge der Schädelbasis sind in den mittleren Größen.

Das Stirnbein hat eine durchschnittliche Breite wie in der Frontalabteilung sogar in der Dorsalabteilung. Die Breite der Stirn laut frontal-überquere Index gehört zur großen Kategorie an. Jochbeinsdurchmesser, die könnte man auf zwölf männliche Schädel messen, sind im Durchschnitt moderat. Die obere Gesichtshöhe die von vierzehn Schädel bestimmt ist, fällt unter die kleine Kategorie der Größen. Die relative Höhe des Gesichts nach Obergesichtsindex (49,7) ist als moderat an der Grenze zu breiten Größenkategorien kenngzeichnet.

Der Gesamtflächenwinkel in der Serie von Stadt Woyin ist 84,9 ° und zeigt auf Mezognatica. Die Nazomalar- und Zygomaxilarsecken der horizontale Profilierung [1, S. 52, 53] gehören zu Zeichen, die Flächigkeit der Gesichtsabteilung charakterisieren und werden im kranziologischen Material für die Diagnose der Rassentypen von erster Ordnung verwendet In männlicher Serie aus Woyin, sind diese Winkel klein (jeweils 136,2° und 127,6°), die das scharfe profelierte Gesicht bescheinigt. Die Tiefe der Eckzahnlösch ist jedoch durchschnittlich moderat.

Die niedrige Höhe und mittlere Breite der Augenhöhen verursachen den mässigen Augenhöheindex (vom maxilfrontalen Punkt), die auf mittelhoche Augenhöhe (mezokonchia) zeigt. Bekanntlich ist, dass die Augenhöhen der angemessenen Höhe typisch für die Bevölkerung der westlichen Gebiete der Alten Rus, baltische Stämme und die Teil der Finnen (Esten, Karelien, Komi, Veps) sind [3, 40, 41].

Das Nasenloch der männlichen Serie charakterisiert sich durch angemessene Breite und mittlere Höhe, Nasenindex (48,2) bezeugt von massvoller Breite der Nase (mesorynial). In der Struktur der Unterkante der Nasenöffnung sind Antroponieformen nur in sechs von fünfzehn Fällen (40%) vermerkt. Verschiedene Verfahren zur Bestimmung der Vorsprung des Nasenbereich, die haupt von denen sind die Winkelmessung der Nasenvorsprung und die Bemessung des Symotik- und Dakrialindex und punkthafte Eigenschaften der vordere Säule, sind miteinander verbunden und geben regelmässig den vereinbaren Wert, sondern haben auch die selbständige Bedeutung, weil sie verschiedene morphologische Elemente dieser Gesichtszone charakterisieren.

Im europäischen Ausmass charakterisiert sich die männliche Serie sich durch die große Vorsprung der Nasenbeine betreffend der Linie des vertikalen Gesichtspröfil (32,7 °). Die vordere Säule in der Serie ist auch andemessen, 3,6 Punkte laut P. Brocka [49]. Nasenrücken ist hoch laut Symotikindex und es ist mässig hoch laut Dakrialindex. Im Allgemeinen laut kranilogische Eigenschaften gehört die männliche Serie aus Woyin XII-XIV Jh. zur europäischen Rasse.

Tab. 1. Durchschnittliche Größen und Indexe der männlichen Schädel von der Stadt Woyin XII-XIV Jh.

Tab. 2. Vergleich von einigen durchschnittlichen Größen und Indixe der männlichen Schädel XII-XIV Jh. von der Stadt Woyin mit Neopolisky kranilogischem Typ.

Im Gesamten ist die Überschreitung der Mittelgrößen der Quadratsabweichung in 24 aus 48 Gelegenheiten (50,0%) bemerkt, niedrigerer als die Standardsgrößen fanden sich die Sigmas in 10 Anzeichen (20,8%) und in 14 Anzeichen (das 29,1%) bleiben die Sigmas in Standardsnormen. Unter Berücksichtigung von der Varianz, darf man die Frage über morphologischer Ungleichartigkeit der Gruppe stellen (der Tabelle. 1). Nach der Typologie von V.D. Dyatschenko [19, S. 234-243; 20, S. 151-166] darf man die männliche Gruppe in gewissem Mass, zum Neopil anthropologischen Typen hintragen (Tabelle. 2). Als der Erforscher hat angemerkt, Polissya Typ verändert sich von Ladozhya Typ nur durch mesokranial Schädel. Er charakterisiert sich mit sehr großem längem und höherem Diameter der Schädeldose mit niedrigem, gemäßigt breitem Gesicht. Es ist bei mittelalterlichen Slawen des nördlichen und zentralen Belorußlands, in eigenen Bezirken des oberen Wolga Flusses und mittleren Wolga Regions, sowie, bei mittelalterlichen baltischen Finnen des südlichen Ladozhya Regions festgestellt [19, S. 237].

Falls versucht man doch die Männer aus der Stadt Woyin nach T. Alekssewa zu klassifizieren [4, S. 67], gehört diese Serie mit bestimmter Vorsicht zu meso- dolikhokranial einigermassen breiten Gesichtstyp, ähnlich zu tywertsi, ulytchi, drevlyany.

Die intergruppe multidimensionale Methode der kanonischen Analyse [12, 13, S.212-229] hilft unsere Annahme

zu überprüfen und Hauptrichtungen der genetischen Beziehungen der altrussischen Grundgesamtheit aus Woyin, und auch die Bestimmung ihres Ortes im System der anthropologischen Typen von Kiewer Rus X-XIII Jh. Die folgende 14 Eigenschaften wurden hineigezogen: Längst-, Überquer- und Hochdiameter des Schädels (b - br), die kleinste Stirnsbreite, Wangenknochensdiameter, die Höhe des Gesichtes, die Höhe und Breite der Orbiten, die Höhe und Breite der Nase, nasomalar und zygomalar Winkeln, symotik Index und Winkel der Nasenvorsprung.

Die Daten von 45 männlichen kranilogischen Serien des zweiten Jahrtausends, die von verschiedenen Wissenschaftlern untersucht wurden, hat man für mehrdimensionale Vergleichsanalyse verwendet. Inmitten gibt es 18 Serien von altrussischen Städten, die Territorien der verschiedenen Stämmen darstellen: Galytsch [33], Wozvyagel [34], Kiew Reihe von Patorzhynsky St. und auch Pereyaslav-Khmelnitsky [37, S. 420-424; 36, 38]; Wytachiw, Smolensk, Kiew, Stara Ryazan [3; 4 S. 122-125]; Putywl [29, S. 181-212]; Yuryew [30, S. 137], Novogradka [39, S. 99]; Ober Kiew, das Tschekawitsa Berg in Kiew [24, S. 40]; Pskow [44 S.14-17]; Stara Ladoga [40; 41 S. 90-107]; Yaroslawl [10, S. 206]; Tschernigiw, Pogorynnya [36, 267-270], Lyubetsch [9, S. 18; 16, S. 3-39], Zhelni [Dolzhenko, Pryadko, im Druck].

Die nächste 27 Serien stellen die ländliche und Folgenbestattungen von Materialien aus Graben von fast allen historischen Stämmen dar: Kiewer Polyany, Pereyaslaw, Siweryany (Smolensk, Twer, Yaroslawl, Kostroma, Wolodymyr), Wyatytschi, Radymytschi, Dregowytschi, Nowgorod Sloweny [3; 4, S. 123]; Schestowytsya [22, S. 37-46]; Monastyryok [28; 29]; Grygoriwka, Butschak [23, 67-80]; der Weimler Zelenyy Gay [14, S. 43-55], Liskowe [17, 83-90], Awtonytschi [im Druck]; Branecshty, Wasyliw [8, S. 96-111]; Laschkowtsi, Beguntsi [48, S. 74-105]; Südöstliche Pryladozhzhyia [40, S. 15-16]; die gesammte Gruppen der Brest und Grodno Regionen, die mit westlichem Zweig von Dregowytschi gleichgesetzt sind [26, c. 146-147]; Kamyane [21, c. 4-26];

Tab. 3. Kranilogische Serien, die für die vergleichende Analyse verwendet wurden.

Nach der kanonischen mehrdimensionalen Analyse kann man visuell (Abb. 1), die Lage der Probe Woyin, die die große positive Punkten (1,173) nach der I kanonischen Vektor (45,4% der Gesamtvariabilität) erhalten hat, beobachten. Die Serie befindet sich in der oberen rechten Teil des Koordinatenfelds zwischen Neopolissya kranilogischer Art, zuder gehört die Pogorynnya Serie (0,754) und Karpaten - Wasyliw kranilogischer Art (1,093). Man soll auch die Ähnlichkeit der hingewiesenen Karpaten-Wasyliw Art mit der Stara Ryazan Art (1,485) bemerken. Die Verteilung dieser Serien wurden von solchen kranilogischen Eigenschaften, wie die Breite des Stirnbeins, das Wangenknochensdiameter, die Höhe des Gesichtes und der Nase, der Winkel der Nasenvorsprung (Tab. 4) beeinflusst.

Nach dem kanonischen Vektor II (29,8% der Gesamtvariabilität) ist die männliche Gruppe Woyin mit angemessenen positiven Punkten (0,444) relativ nahe zu Stara Ryazan (0,407) und Beguntsi (0,504). Die größte Belastung für kranilogische Eigenschaften nach kanonischem Vektor II fällt auf die Längs- und Querdiameter des Schädels, die Nasenbreite,

die Höhe und die Breite der Orbiten.

für 45 männliche Gruppen.

Tab. 4. Die Elementen der ersten drei kanonischen Vektoren

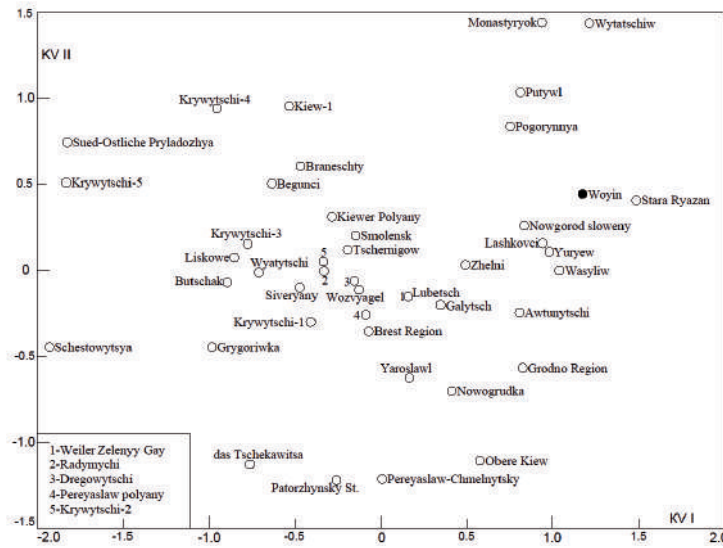


Abb. 1. Der Standort der 45 männlichen altrussischen Gruppen im Raum I und II der kanonischen Vektoren.

Nach dem kanonischen Vektor III (24,6% der Gesamtvariabilität) beobachtet man die ziemlich nahe statistische Ähnlichkeit der männlichen Gruppe (Abb. 2), die die große negative Punkte dieses Vektors (-0,855) bekommen hat, mit der Probe aus Pereyaslaw-Khmelnytsky (-0,803)

und der Schädel aus dem Brest Region (-1,020), die sind mit Dregowyttschi und Awtunyttschiw (-1,055) gleichgesetzt [im Druck]. Die Serien sind meistens verschiedene in der Höhe des Schädels, den nasomalar und zygomalar Winkeln und dem Symotikindex.

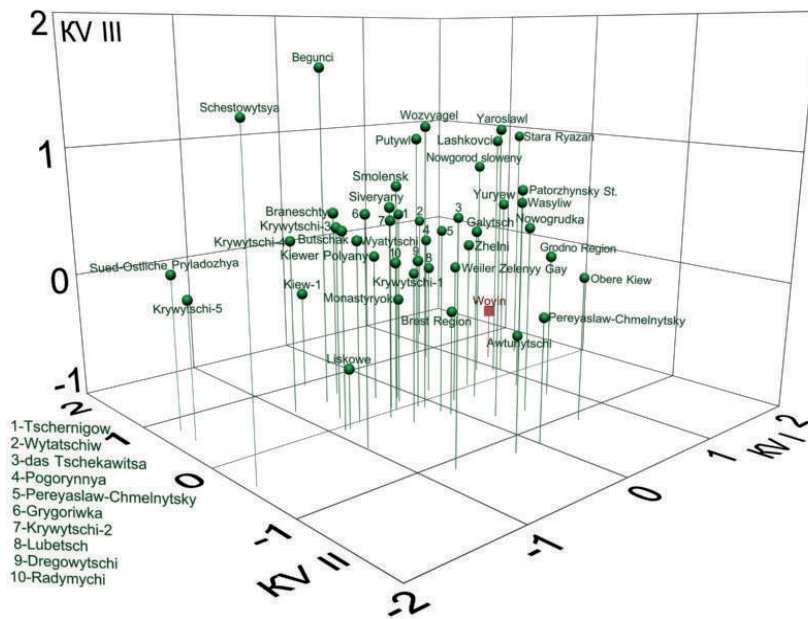


Abb. 2. Der Standort von 45 männlichen altrussischen Gruppen im dreidimensionalen Raum. 1 - Tschernigow; 2 - Wytatschiw; 3 - das Kiewer Berg Tschekawitsa; 4 - Pogorynnya; 5 - Pereyaslaw polyany; 6 - Grygoriwka; 7 - krywyttschi-2; 8 - Lyubetsch; 9 - dregowyttschi; 10 - radymytschi.

Nach der Clusteranalyse [13, c. 230-276; 12], ist nur auf neunund zwanzigstem Schritt der Clusterbildung (aus 46) die Ähnlichkeit der männlichen Gruppe Woyin zu den Schädeln des alten Grabkomplexes Awtunyttschi (die Entfernung ist 0,370

aus der insgesamt 7,295) sichtbar. Die beide obengenannte Gruppen bilden, vor allem nach dem ähnlichen Längsdiameter des Schädels und seiner Höhe, den großen Winkel der Vorsprung von Nasenknochen und der Gesichtshöhe ein

getrennte gemeinsame Cluster.

Die weibliche Serie besteht aus 10 Schädel und deren Fragmente und charakterisiert sich durch ein angemessene Massivität. Das Relief im Bereich der Nasebrücke und der Hals, die Ausdruck des Brustwarzenfortsatzes und Augenbrauenbögen sind schwach. Der externe Stirnbuckel fehlt. Das Längsdiameter des Schädels ist gross, das Überquerdiameter ist mittelmässig. Nach dem Index ist die Probe mesokranial eine. Das Länge der Schädelbasis ist auch angemessen (Tab. 5). Nach absoluten Größen ist die Höhe des Schädels mittelmässig.

Der Längshöhe Zeiger ist ortokranial (mittel hohe Schädeln), querhöhe Zeiger ist angemessen (Metriokranie). Der horizontale Kreisumfang ist nach dem Kraniometriepunkt der Ofrion in Mengen der grossen Grössen laut den Weltkategorien [1, s.121]. Der Stirn ist mittelbreit, seine Biegungshöhe ist angemessen. Der Nacken ist breit, seine Biegungshöhe ist gut.

Das Gesicht ist mesognatal, mit mässiger Breite und niedriger Höhe, es ist auch gut an der Orbitalebene und vordernasale Wirbelsäule profilgebildet. Der Obergesichtsindex ist eurinal, was zeigt an das breite Gesicht in der Gruppe, ungeachtet es sich an der Grenze mit mässigbreiten Zeiger befindet. Allgemeiner Gesichtsindex, der auf einem weiblichen Schädel gesetzt ist, zeigt an mässigbreites Gesicht (Mesoprosopie).

Die Orbiten sind mässig breit und hoch nach dem Zeichen der moderaten Höhe (Mesokranie). Das Nasenloch charakterisiert sich durch moderate Breite und Höhe, aber nach dem Index ist es breit (Chamerynie). Die Nasenrücke ist angemessen nach dem Symotikindex und hoch nach dem Dakrialindex. Die Entwicklung der vordernasalen Wirbelsäule ist mittler. Im Form der Unterkante der birnenförmigen

Öffnung definiert man drei Schädel mit Antropinform und zwei mit vorderer Nasenhöhle. Der Vorsprungswinkel der Nase, der bei 3 Schädeln gemessen wurde, ist groß. Der Kiefer- und alveoläre Index ist groß. Der Palatine-Index (bis Stafilion) ist angemessen. Insgesamt gehören die weibliche Schädeln nach Kraniologie Eigenschaften zur großen europäischen Rasse.

Tab. 5. Die durchschnittliche Größen und Indexe der weiblichen Schädeln aus Bodenfriedhof Woyin XII-XIV Jh.

38 Frauengruppen wurden zur kanonischen Analyse hineingezogen um nach Kraniometrie Daten die Ähnlichkeit der weiblichen Bevölkerung der Stadt Woyin mit der Bevölkerung der bestimmten zeitlichen Periode der osteuropäischen Teil zu verfolgen. 14 obenbeschriebene Kraniologie Eigenschaften wurden verwendet. Nach erstem KV (38,9% der Gesamtvariabilität) unterscheiden sich die weibliche Gruppen durch die Stirnsbreite (-0,538) und den nasomalar Gesichtswinkel (-0,328). Die untersuchte weibliche Probe mit dem mässigen negativen Zeichen von KV I (-0,409) nach der mehrdimensionalen Analyse (Abb. 3) zeigte ihne Ähnlichkeit mit gesammten Proben von Kiewer polyanki (-0,456), Smolensk kryvytschi der Kurgan Gruppe (-0,546).

Nach KV II (31,4% der Gesamtvariabilität) gibt es solche wichtigste Abtrennungseigenschaften: das Querdiameter des Schädels (0,686), die Höhe des Schädels (0,654), das Wangenknochendiameter (0,494), die Bahnenbreite (0,514). Die weibliche Gruppe, die auch negative Werte von KV empfangen hat (-0,102) gehört zu gesammten Gruppen von Kiewer Polyanki (-0,093), Smolensk Krivichi der Kurgan Gruppe (-0,069) und zur Bevölkerung von Städten wie Zhelni (-0,178), Novogrudka (-0,178).

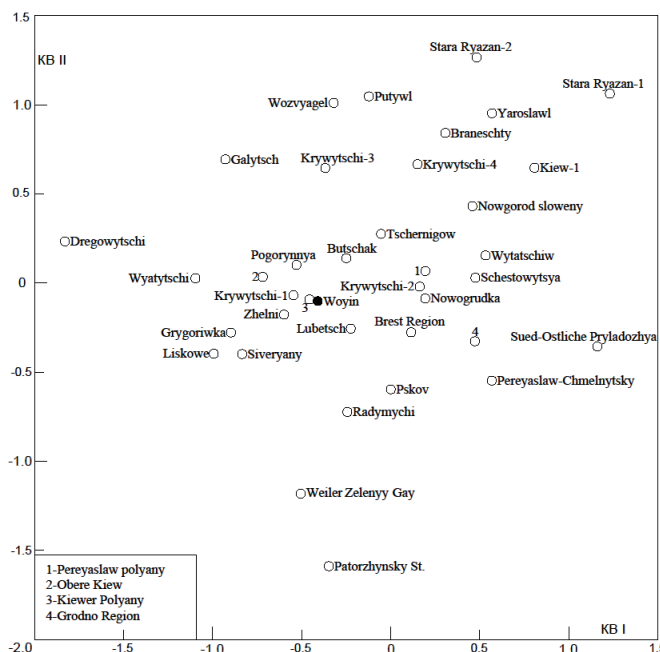


Abb. 3. Die Lage von 38 fraulichen altrussischen Gruppen im Raum des I und II KV.

Nach KV III (29,6% der Variabilität) werden die Gruppen vorzugsweise durch den Längsdiameter des Schädels (-0,453), die obere Gesichtshöhe (-0,544), die Höhe (0,429) und die Breite der Nase (0,392), die Bahnenhöhe (0,588), den symotik Index

(0,333) und der Vorsprungswinkel der Nase (0,390) getrennt. Es ist die Ähnlichkeit der untersuchten weiblichen Probe (Abb. 4), die große positive Werte des Vektors hat (1077) mit die Schädel von Grodno (1077), Putyvl (0,942) wahrgenommen.

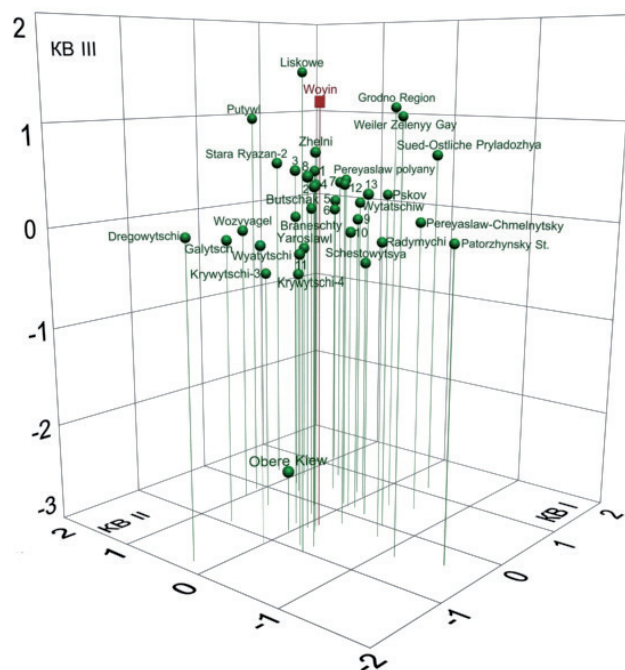


Abb. 4. Der Standort 38 der altrussischen fraelichen Gruppen im dreidimensionalen Raum. 1 – Tschernigiw; 2 - Siveryanky; 3 - Pohorynnya; 4 – Kiewer Polyanky; 5 - Ryazan - 1; 6 – Nowgorod Slowenky; 7 - Kiew - 1; 8 - Krywychi - 1; 9 - Nowogrudka; 10 - Krywvchi-2; 11 - Hryhoriwka; 12 - Lyubetsch; 13 - Brest Region.

Man muss hinweisen, dass die Schlussfolgerungen, die auf einem Stadtfriedhof gebildet sind, kann man nicht auf die gesamte Bevölkerung der Stadt [3, c. 73; 36, c. 199] verteilen.

Die Analyse führt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Nach Kranio-metriedaten beobachtet man die Korrelation zwischen männliche mezokraniale Serie und Alte Ryazan, und in gewissem Maße Novgorod Slowenen. Nach der Klassifikation von Schädeln, tritt die männliche Probe in den mesodolichokranialen relativ breitgesichten Typ wo Tyvertsi, Ulytschi und Drevlyany sich befinden. Die Männliche Gruppe gehört mit eigener Vorsicht zum Neopillya anthropologischen Typ. Angesichts der erheblichen Variabilität kann man über morphologische Heterogenität der Gruppe sprechen.

2. Nach Kranio-metriedaten ist die weibliche mesokranial Probe statistisch in der Nähe von Kiewer polyanky und Krywyschi. Nach dem Entwurf von T. Rudych gehört die weibliche Gruppe aus der Stadt Woyin einigermassen zum mesokranial kranilogischen Typ, mit dem mittleren breiten Gesicht, wo Kiewer polaynky sind. Die Ausnahme ist die breite Nase und der Vorsprungswinkel der Nasenknochen, der größer als der beschriebene kranilogische Typ ist. Angesichts der geringen Zahl von Schädeln für die Analyse, soll man betonen, dass die skizzierte Richtung der Korrelation dieser weiblichen Gruppe vorläufig ist.

Quellen und Literatur

1. Алексеев В.П., Дебец Г.Ф. Краниометрия. Методика антропологических исследований / В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебец. – М.: Наука, 1964. – 127 с.
2. Алексеев В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований / В.П. Алексеев. М.: Наука, 1966. – 251 с.
3. Алексеева Т.И. Антропологичний склад населення давньоруських міст / Т.И. Алексеева // Матеріали з антро-

пології України. Наукова думка, – К., випуск 4. 1969. – С. 73–86.

4. Алексеева Т.И. Этногенез восточных славян / Т.И. Алексеева. – М.: Издательство МГУ, 1973. – 330 с.

5. Балуева Т.С. Индивидуальные портреты восточных славян эпохи средневековья / Т.С. Балуева, Е.В. Веселовская // Восточные Славяне: антропология и этническая история. – М.: Научный мир, 2002. – С. 170-184.

6. Богданов А.П. Курганные жители Северянской земли по раскопкам в Черниговской губернии / А.П. Богданов // Из протоколов антропологической выставки. – 1880. – Т. 35 – Ч. 1. – С. 1-11.

7. Богусевич В.А., Гончаров В.К., Довженок В.И., Кириличев С.Р., Копылов Ф.Б., Кучера М.П., Юра Р.А. Отчет о работах Кременчугской древнерусской археологической экспедиции Института археологии АН УССР в 1957 г. – 17 с. + 85 таб. Полтавська обл., 1957/3.

8. Великанова М.С. Палеоантропология Прутско-Днестровского междуречья / М.С. Великанова. – М.: Наука, 1975. – 284 с.

9. Веремейчик Е.М., Долженко Ю.В. Могильник XII–XIII вв. На Замоквой горе в Любече (по материалам раскопок 2010–2012 гг. 5-я международная конференция «Алексеевские чтения»). Тезы. 2013 – С. 18.

10. Гончарова Н. Н. Формирование антропологического разнообразия средневековых городов: Ярославль, Дмитров, Коломна / Н. Н. Гончарова // Вестник антропологии. Научный альманах. – М., 2011 – Вып. 19. – С. 202–216.

11. Дебец Г.Ф. Палеоантропология СССР. / Г.Ф. Дебец. – Том IV – М.-Л.: Издательство АН СССР, 1948. – 391 с.

12. Дерябин В.Е. Антропология: курс лекций / В.Е. Дерябин. – М.: 2009. – 336 с.

13. Дерябин В. Е. Курс лекций по многомерной биометрии для антропологов / В. Е. Дерябин. – М.: МГУ, биоло-

гический факультет, 2008. – 332 с.

14. Долженко Ю.В. Антропологічні матеріали з давньоруського курганного комплексу у хутора Зелений Гай / Ю.В. Долженко // Археологія. № 2. – К.: 2013. – С. 43–55.

15. Долженко Ю.В. Антропологічний склад давньоруського Чернігова / Ю.В. Долженко // Наукова збірка: Історична антропологія та біоархеологія України. К.: 2014 – С. 49-84.

16. Долженко Ю.В. До краніології давньоруського населення Любеча. Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: історія. Вип.1, частина 1. Тернопіль.: 2015. – с. 3-39.

17. Долженко Ю.В., Веремейчик О.М. Населення селища Ліскове XII–XIII ст. за даними краніології / Ю.В. Долженко, О.М. Веремейчик // Сіверщина в історії України. Центр пам'яткознавства НАН України і УТОПІК. Вип. 8. – Київ-Глухів 2015 – С. 83–90.

18. Довженок В.Й. Древнеруське місто Воїнь / В.Й. Довженок, В.К. Гончаров, Р.О. Юра. – К.: 1966, Наукова думка. – 147 с.

19. Дяченко В.Д. Антропологический состав средневековых восточных славян / В.Д. Дяченко // Проблемы эволюционной морфологии человека и его рас – М.: Наука, 1986. – С. 234-243.

20. Дяченко В.Д. Антропологічний склад Києва і його околиці у середньовіччі (XI–XIII ст.) / В.Д. Дяченко // Стародавній Київ. Археологічні дослідження 1984-1989. – К.: Наукова думка, 1993. – С. 151-166.

21. Дяченко В.Д. Древнерусское население Левобережной Украины (по материалам могильника у с. Каменное) / В.Д. Дяченко, П.М. Покас, О.В. Сухобоков // Антропологические данные о составе древнего населения на территории Украины. – К.: 1984. – С. 4-26.

22. Зіневич Г.П. До антропології Шестовицького могильника / Г.П. Зіневич // Матеріали з антропології України. – К.: 1962. – вип. 2. – С. 37-47.

23. Козак О.Д. Антропологічний склад та морфофізіологічні риси давньоруського населення Середнього Подніпров'я (за матеріалами могильника Григорівка) / О.Д. Козак // Археологія. – К.: 2000. – № 1. – С. 67- 80.

24. Козак О.Д. Кияни княжої доби / О.Д. Козак // Біоархеологічні студії. – К.: Видавничий дім Академічна періодика, 2010. – 396 с.

25. Козак О.Д., Потехіна І.Д. Мешканці «Града Володимира» за даними антропології / О.Д. Козак, І.Д. Потехіна // Археологія. – К.: 2003, №1. – С.113-129.

26. Коробушкин Т.Н., Саливан І.І. Сельське населення Середнього Побужжя IX–XIII вв. (по матеріалам курганних могильників) / Т.Н. Коробушкин, І.І. Саливан // Археологія. – М.: 1990 – № 3 – С. 138-149.

27. Орлов Р.С. Исследования летописного Юрьева на Роси и его окрестностей / Р.С. Орлов, А.П. Моця, П.М. Покас // Земли Южной Руси в IX–XIV вв. – К.: 1985. – С. 30-62.

28. Покас П.М. Антропологическая характеристика погребений / П.М. Покас // Приложение к монографии Максимова Е.В., Петрашенко В.А. Славянские памятники у с. Монастырек на Среднем Днепре. – К.: 1988. – С. 135-137.

29. Покас П.М. Антропологическая характеристика серии черепов из раскопок в Путивле в 1979-1981 гг. – К.: Приложение 1 к плановой теме 81, 1984/81 // О. В. Сухобоков, «Историко-культурное развитие южно-русских земель в IX–XIV вв.» Подтема «Древнерусский Путивль и его округа». – С. 181-212.

30. Покас П.М. До антропології середньовічного населення басейну р. Псел / П.М. Покас // Археологія. – 1987. – Вип. 58. – С. 94-98.

31. Потехіна І.Д. Звіт про антропологічні матеріали з розкопок по вул. Володимирській, 8 / І.Д. Потехіна – К., 2000.

32. Прищепка Б.А. Дослідження посаду літописної Пересопниці у 2002–2003 рр. / Б.А. Прищепка // Археологічні відкриття в Україні 2002–2003 рр. – К.: 2004. – С. 267-270.

33. Рудич Т.О. Антропологічний склад населення давнього Галича / Т.О. Рудич // Галич та Галицька земля. – К.: 1998. – С.119-124.

34. Рудич Т.О. До питання про антропологічний склад населення України X–XIII ст. / Т.О. Рудич // За матеріалами розкопок міста Возв'язель // Народознавчі зошити. –1999. – № 6 – С. 794-803.

35. Рудич Т.О. Антропологічний склад населення давньоруського міста Возв'язель. Старожитності I тисячоліття нашої ери на території України / Т.О. Рудич // Збірка наукових праць. – К.: 2003. – С. 135-142.

36. Рудич Т.А. Население Левобережной Украины в древнерусское время (по материалам могильника Переяслав-Хмельницкий) / Т.А. Рудич // Вестник антропологии. – М.: 2007. – Ч. 2. № 15. – С. 400-406.

37. Рудич Т.О. Антропологічний склад населення могильника давньоруської доби на вул. Паторжинського, 14 у м. Києві / Т.О. Рудич // АДУ 2003–2004 рр.: Збірка наукових праць – К.: 2005. – Вип. 7. – С. 420-424.

38. Рудич Т.О. Населення Середнього Подніпров'я I–II тисячоліття за матеріалами антропології / Т.О. Рудич. – К.: 2014. – 295 с.

39. Саливон І.І. Краніологічна характеристика середньовічного населення м. Новогрудка / І.І. Саливон // Матеріали з антропології України. – К.: 1971. – Вип. 5. – С. 92-110.

40. Санкина С.Л. Этническая история средневекового населения Новгородской земли по данным антропологи / С.Л. Санкина. – СПб.: 2000. – 105 с.

41. Санкина С.Л. Антропологическая характеристика серии скелетов из средневековых погребений Старой Ладоги / С.Л. Санкина, А.Г. Козинцев // Антропология сегодня. – М.: 1995. – Вып. 1. – С. 90-107.

42. Сегеда С.П. Антропологічний склад українського народу / С.П. Сегеда // Етногенетичний аспект. – К., 2001. – С. 178.

43. Сегеда С.П., Покас П.М. Антропологический состав древнерусского городского населения Левобережного Поднепровья / С.П. Сегеда, П.М. Покас // Труды V Международного конгресса археологов-славистов. Киев, 18-25 сентября, 1985 г. – К.: 1988.– Т. 2.– С. 150.

44. Седов В.В. Славяне Среднего Поднепровья (по данным палеоантропологии) / В.В. Седов // Совет. Этнография. – 1974. – № 1. – С. 16-31.

45. Сергеева М.С. Майстри з обробки дерева та кістки давньоруського міста Воїня. Київ-Харків: Майдан, – 2015. – 232 с.
46. Трофимова Т. А. Кривичи, вятичи и славянские племена Поднепровья по данным антропологии / Т. А. Трофимова // Советская этнография. – М., 1946. – № 1. – С. 91–136.
47. Томашевич Т.В. Закономерности распределения частот надглазничных каналов черепа человека / Т.В. Томашевич // Вопросы Антропологии. – М.: 1988. – Вып. 80. – С. 119-128.
48. Хартанович В.И., Чистов Ю.К. Антропологический состав средневекового населения Ижорского плато / В.И. Хартанович, Ю.К. Чистов // Проблемы антропологии древнего и современного населения Севера Евразии. –Л.: Наука, 1984. – С. 74-105.
49. Broca P. Comparaison des index cephaliques sur le vivant et sur le squelette / P. Broca // «Bull. Soc. Anthropol.» — Paris., 1868. S. II, t. 3.
50. Bunak V. Neues Material zur Aussonderung Anthropologischer Typen unterdes Bevölkerung Osteuropas / V Bunak // Zs. Morphol. Anthrop. 1932a. Bd. XXX, H.3. P. 441–503.
51. Buxton L.H.D., Morant G.D. Essential craniological technique / L.H.D. Buxton, G.D. Morant. – J. Roy. Anthropol. Inst.: 1933. – v. 63. – P. 19-47.
52. Martin R. Lehrbuch der Anthropologie. In systematishker dastellung. Mit besonderer beruckesichtigung der anthropologischen methoden fur studierende, arzte und forschungsreisende. Zweite, vermenrte auflage – Jena, Gustaf Fisher. Bd. II. – 1928. – 1062 s.
53. Kozintsev A. Homo. Ethnic epigenetics: A new approach Ethnische Epigenetik: vol. 43/3 / A. Kozintsev. – Jena, Nev York: 1992. – Pp. 213-244.
54. Ortner D. J. Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains / D. J. Ortner. – San Diego, California: 2003. – 645 p.
55. Ubelaker, D.H. Human Skeletal Remains. Excavation, analysis, interpretation. Washington: Taraxacum, 1989.

DER LEBENSWEG VON JOHANN HEINRICH KLEIN (1837 – 1922), DEKAN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER KAISERLICHEN MOSKAUER UNIVERSITÄT

Wassilij A. Loginow,
Prof., MD

M. V. Lomonosow Staatliche Universität Moskau,
Fakultät für Medizin

THE LIFE PATH OF JOHANN HEINRICH KLEIN (1837 – 1922) THE DEAN OF THE IMPERIAL MOSCOW UNIVERSITY MEDICAL FACULTY

Vassili A. Loginov, Prof., MD Lomonosov Moscow State University Faculty of Basic Medicine

SUMMARY

Johann Heinrich (Iwan Fjodorowitsch) Klein war ein hervorragender russischer Pathologe des 19. Jahrhunderts, Professor der Kaiserlichen Moskauer Universität, Leiter des Lehrstuhl für pathologische Anatomie, später auch Dekan der Medizinischen Fakultät. Nach dem Abschluss seiner Ausbildung in der Moskauer Universität und Verteidigung der Doktorarbeit studierte Klein zweimal bei Rudolf Virchow und wurde zum Verbreiter der Ideen diesen grossen deutschen Gelehrten in der russischen Wissenschaft. Die Neueinführungen Klein's in der Moskauer Universität betrafen nicht nur den theoretischen Anteil (Zellulärpathologie, Bakteriologie), sondern auch den methodischen Ansatz (Verbreitung der Mikroskopie, neue Struktur des ganzen Lehrganges für pathologische Anatomie). Dank Bemühungen von Klein wurde das anatomische Museum des Lehrstuhls wesentlich bereichert. Seine aussergewöhnliche persönliche Eigenschaften und sein Ansehen bei den Studenten ermöglichten es ihm, einen Ausweg aus der kritischen Situation mit den Studentenunruhen der Jahren 1869-1870 zu finden. Klein spielte auch eine wesentliche Rolle in der Entwicklung der neuen, unter der Leitung von Nikolai Sklifossowski gegründeten Klinischen Stätte der Universität. Für seine Verdienste erhielt Klein mehrere Staatsorden und es wurde ihm der Adel verliehen. Doch im Privatleben des Professors gab es schwierige Problemen: Geistkrankheit seiner ersten Frau, plötzlicher Tod seines Sohnes, dann auch fortschreitende Krankheit von Iwan Fjodorowitsch selbst. Im Jahre 1906 legte Klein sich nieder. Mit der schwierigen Zeit der russischen Geschichte im Hintergrund verbrachte Professor Klein den Rest seines Lebens in Not und Vergessenheit, starb in 1922 im Dörflein Gridnevo nicht weit von Moskau, der Ort seiner Beerdigung ist heutzutage nicht genau bekannt.

ABSTRACT

Johann Heinrich (Ivan Fedorovich) Klein was a prominent Russian pathologist of the 19th century, Professor of the Imperial Moscow University, head of Department of pathological anatomy and later Dean of the medical faculty. Having graduated from the Moscow University and defended his doctoral dissertation, I. F. Klein double-trained Rudolf Virchow and was a conductor of ideas of the great German scientist in Russian science. Klein innovations at the Moscow University affected not only the theoretical part (cellular pathology, bacteriology) and methodological approach (widespread microscopy, the new structure teaching of the course pathological anatomy). Thanks to the efforts of I. F. Klein significantly enriched the anatomical Museum of the Department. Outstanding personal qualities of Klein and his reputation among his students helped him find a way out of critical situations associated with student riots, 1869-1870. For his services F. I. Klein was awarded with the state awards, received a knighthood. However, in the Professor's personal life there were serious problems: mental illness of his first wife, the unexpected death of a young son, and then a progressive disease. In 1906 Klein resigns. Against a difficult period in Russian history, the rest of his life Professor Klein spent in poverty and oblivion, died in 1922 in the village Gridnevo, near Moscow, the location of the grave is currently unknown.

Keywords: Geschichte, Medizin, pathologische Anatomie, das neunzehnte Jahrhundert, Kaiserliche Moskauer Universität, Medizinische Fakultät.

Key words: history, medicine, pathological anatomy, nineteenth century, Russia, Imperial Moscow University, Faculty of Medicine.

Problemstellung

„Jeder Arzt, der die Medizin-Fakultät der Moskauer Universität am Ende des vorigen oder am Anfang dieses Jahrhunderts abgeschlossen hat, erinnert sich gut an einen schlanken hageren alten Mann mit Brillen: ständig gutherzig und gescheit lächelnd, im Beamtenanzug, aber ohne Arztkittel und Handschuhe zeigte er vor Studenten krankhaft veränderte Organe. Das war Iwan Fjodorowitsch Klein, nach Polunin der zweite Professor für pathologische Anatomie.“ So schrieb im

Jahre 1949 Alexej Iwanovitsch Abrikosov vom Professor Klein [1].

Ziel

Als Professor und Leiter des Lehrstuhls für pathologische Anatomie, hat Iwan Fjodorowitsch Klein sehr viel getan. So mögen wir diesen Menschen, der so viel für die Entwicklung der pathologischen Anatomie in Russland geleistet hat, etwas näher kennenlernen.

Grundlegende



Abb. 1. Johann Heinrich Klein (letztes Drittel des 19. Jahrhunderts).

Klein Johannes Heinrich (in Russland bekannt als Klein Iwan Fjodorowitsch, 1837–1922, Abb. 1), ein hervorragender Pathologe, ein Schüler von dem grossen R. Virchow, der Evangelisch-lutherischen Religion, wurde am 24. Mai 1837

in der Familie von einem Beamter Friedrich Wilhelm Klein (Abb. 2) und Anna Augustine Marcks (kein Porträt erhalten geblieben) in Moskau geboren.



Abb. 2. Friedrich Wilhelm Klein (erste Hälfte des 19. Jahrhunderts).

Im Jahre 1855 schloss Johann Heinrich den Ausbildungskursus im Ersten Moskauer Gymnasium erfolgreich ab und trat in die Kaiserliche Moskauer Universität (KMU), Fakultät für Medizin ein. Interessanterweise nahm er die russische Staatsbürgerschaft nur im Jahre 1860 an. Während des Studiums zeigte er vortreffliche Ergebnisse und erhielt sein Diplom mit Auszeichnung, trotz des Mißerfolges mit der Prüfung für die operative Chirurgie bei dem Professor Bassow. Diese letzte musste Klein im Herbst wiederholen.

Nach dem Abschluss des kompletten medizinischen Curriculums im Jahre 1861 mit dem Doktorgrade für Medizin blieb Klein, nach dem Vostellungsbrief des Universitätsrat und nach der Genehmigung des Volksaufklärungsminister, auf dem Lehrstuhl für pathologische Anatomie und Physiologie, damit er in den nächsten zwei Jahren an seiner Dissertation arbeiten konnte.

Im Jahre 1863, nach der Verteidigung der Dissertation zum Thema "Über Thrombose, Embolie und Ichoremie" wurde Klein in seinem Doktorgrade bekräftigt.

Zwischen 1864 und 1866 wurde I. F. Kein zweimal "zu wissenschaftlichen Zwecken" nach Berlin gesandt, wo er sich bei R. Virchow im Felde der pathologischen Anatomie fortgebildet hat. Gerade in diesen Reisen erlangte Iwan Fjodorowitsch Fertigkeit in der Arbeit mit den mikroskopischen Geräten, für

Anwendung deren in der Ausbildung er dann ein Enthusiast wurde bis Ende seiner Tagen. Zusammen mit der neuen Richtung in der Lehre der pathologischen Anatomie, der Zellularpathologie, und der neuen Methode der Untersuchung, der Mikroskopie, brachte Dr. Klein nach Moskau auch die ersten Kenntnisse in der Bakteriologie, die später bei seinen Schülern weiterentwickelt wurden [3].

In Jahren 1864–69 war er als Prosektor tätig, im 1869 wurde außerordentlicher Professor, im 1876 ordentlicher Professor und im 1889 – verdienter ordentlicher Professor der medizinischen Fakultät der KMU. Iwan Fjodorowitsch leitete den Lehrstuhl für pathologische Anatomie an der medizinischen Fakultät der KMU von 1869 bis 1906.

Seine Arbeit auf dem Lehrstuhl fing Iwan Fjodorowitsch mit einer völligen Reformierung des Lernprozesses an. Die Neueinführungen betrafen nicht nur den Inhalt des Lernprozesses, sondern auch den methodischen Anteil.

In der Tat, I. F. Kein erarbeitete und führte ein das neue Lehrprogramm, basiert auf der mikroskopischen Technik und auf der R. Virchow's Lehre über Zellularpathologie. Die Unterrichtsprinzipien, die von Professor Klein in zweiter Hälfte des 19. Jahrhunderts eingeführt wurden, ließen eine bedeutende wissenschaftliche Schule zu schaffen, aus welcher solche großen russischen Pathologen hervorgegangen

sind wie A. B. Focht, N. F. Melnikow-Raswedenkow, W. I. Kedrowskij, W. D. Scherwinskij. Beinahe alle medizinische Schulen unterrichten die pathologische Anatomie nach den methodischen Entwicklungen von I. F. Klein [2].



Abb. 3. Medizinische Fakultät der KMU, 1904. Mikroskopie-Stunde.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die mikroskopische Technik an der medizinischen Fakultät der KMU nur durch zwei Mikroskopen vorgestellt, die ausschließlich für Forschungszwecke benutzt wurden. Dem Enthusiasm und der Energie von Dr. Klein ist zu danken, daß in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein Mikroskopie-Unterrichtsraum in der KMU geöffnet wurde (Abb. 3). Um die technischen Neuigkeiten im Lehrprozess zu verankern, musste Klein die methodische Grundlagen des Unterrichts radikal revidieren. Die Arbeit wurde in folgender Weise eingerichtet: es wurde den Studenten des dritten Jahrganges ein Kursus der systematischen Pathologie vorgetragen, am fünften Studiumjahr wurde pathologische Histologie in Gruppen studiert, außerdem ein praktischer Vorführungskursus eingeführt wurde, wo die frischen krankveränderten Organe vor dem Auditorium betrachtet wurden.

Nach der Reorganisation der Unterrichtsmethode konnte Iwan Fjodorowitsch den Universitätsrat überzeugen, daß das anschauliche Mikromaterial für den Fachkursus wichtig ist und das Vorzeigen der Mikropräparaten, "mikroskopischen" Bildern, Tabellen und frischen Makropräparaten von Bedeutung ist. Das Museum auf dem Lehrstuhl für pathologische Anatomie wurde mit neuem Lehrmaterial und anatomischen Imitationen wesentlich bereichert.

In der ersten Zeit führte I. F. Klein selber alle drei Teile der

Kursus der pathologischen Anatomie. Später, in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts verteilte er den Unterricht so, daß er selbst nur den praktischen Vorführungskursus leitete; den systematischen Kursus leitete W. D. Schervinskij und seit 1894 – M. N. Nikiforow, der auch die pathologische Histologie unterrichtete. Lange Zeit führte Iwan Fjodorowitsch in den Sommermonaten Privatkursen der klinischen Mikroskopie für die Ärzte [1].

Es ist zu erwähnen, daß in den Jahren, als I. F. Klein seine Arbeit begann, der Lehrstuhl für pathologische Anatomie in einem alten Seitengebäude des Neuen Katharinakrankenhauses untergebracht wurde. Der ganze Raum wurde in drei kleine Zimmer aufgeteilt. Das erste und größte diente zugleich als Sektions- und Unterrichtsraum, das andere – als Arbeitszimmer für den Professor und gleichzeitig als Anatomiemuseum, und das dritte war zuerst eine Kapelle, später aber ein Zimmer für den Prosektor. Nach einem treffenden Ausdruck von N. F. Melnikow-Raswedenkow konnte dieses ganzes Häuschen "in einem einzigen Auditorium des vom Professor Klein anfangs 90-er Jahre gegründeten Instituts gut sein Platz finden" [2,3].

Die Errungenschaften des jungen Dozenten wurden bei der Leitung der KMU nicht außer acht gelassen, und im 1870 wurde I. F. Klein vom Universitätsrat zum Posten des Sekretärs der medizinischen Fakultät für die Dauer von drei Jahren erwählt.



Abb. 4. Alexej Iwanowitsch Polunin (1820-1888).

So wurde Iwan Fjodorowitsch Klein die zweitwichtigste Person an der Fakultät (der Dekan zu dieser Zeit war Alexej Iwanowitsch Polunin, Abb. 4) und erhielt eine der "meist ruhelosen Wirtschaften" in der KMU.

Man kann ohne Übertreibung sagen, daß die Situation, in der sich die Moskauer Universität in sechziger Jahren befand, keineswegs eine ruhige war und die gesamtrossische Situation widerspiegelte [4 6]. Wie die ganze Universität, so auch die medizinische Fakultät geradezu "vibrierte". Der Schuß des ehemaligen Studenten aus Moskauer Universität Karakosow auf den Zar Alexander II. löste einen entscheidenden Angriff der Reaktionskräfte auf unter der Losung "Komplott aus der Universitäten zu vertreiben" [5,7,8].

Der liberale Volksaufklärungsminister A. V. Golownin wurde durch den Graf D. A. Tolstoj ersetzt, der benutzte jedes Mittel, um eine "Ordnung" in die Universitäten herbeizubringen.

Das damals wirkende, im Jahre 1863 angenommene, ziemlich liberale Universitätsstatut wurde durch zahlreiche Ministeriumsschreiben korrigiert, wodurch die letzten Nachsichten einfach ausgerottet wurden. So wurde, zum Beispiel, der Universitätsrat durch "Vorschriften" vom 26. Mai 1867 verpflichtet, die Polizei von "unzuverlässigen" Studenten zu benachrichtigen [5,8].

Im Oktober 1869 wurde während eines Beitrags der Studenten des 4. Jahres an der medizinischen Fakultät der Moskauer Universität ein Skandal gemacht, der in der historischen Literatur als "Polunin-Fall" bezeichnet wurde. Der Skandal trat sehr schnell über den Rahmen der Univesitätsmedizin hinüber und fand eine große Resonanz in der russischen Gesellschaft.

Es war nämlich so, daß der Leiter des Lehrstuhls für die innere Medizin, Professor Grigorij Antonowitsch Zacharjin, eine lange Auslandsreise unternahm, anstatt dessen der Dekan der Fakultät, Professor Alexej Iwanowitsch Polunin bestimmt wurde, die Vorlesungen für die Studenten des 4. Jahres zu halten.

Es ist bekannt, daß die Vorlesungen von Zacharjin und seine klinischen Besprechungen einen unvergeßlichen Eindruck machten auf die Studentenjugend, aber auch auf andere Zuhörer. Die großen russischen Schriftsteller A. P. Tschechow und L. N. Tolstoj wurden oftmals durch diesen Professor begeistert und benutzten sogar einige Ausführungen von Grigorij Antonowitsch in seinen Kunstwerken [9].

Die berühmten Vorlesungen Zacharjins wurden tatsächlich ein Vorbild der ärztlichen Kunst, gewürdigt sogar auf der Ebene der Auslandsregierungen dieser Zeit. Im Medizinemuseum der Ersten Moskauer Staatlichen Medizinischen Universität (die Kopie in dem Museum der LMSU) befindet sich eine riesige blaue Vase aus dem ruhmreichen Juwelenporzellan, die von der französischen Regierung der KMU geschenkt wurde für die Vorlesungen des Professor Zacharjin.

Nun, die Studenten des 4. Jahres lehnten während ihrer Versammlung ab, die Vorlesungen des Professor Polunin, hervorragenden Pathologen, der aber nur oberflächlich die klinische Praxis, die Kuration, Befragung und Untersuchung der Patienten kannte, zu besuchen. Die Studenten verlangten nur einen gleichwertigen Ersatz, zumindest einen Kliniker durch einen anderen Kliniker.

Die Universitätsrat folgte aber den Vorschriften des Volksaufklärungsministeriums und nahm eine strenge Haltung

ein; zwanzig Studenten wurden ausgeschlossen, neun davon – ohne Recht, an anderen Universitäten zu studieren. Am Anfang 1870 wurden bei Medizinstudenten Haussuchungen durchgeführt, einige wurden verhaftet, die anderen wurden aus Moskau ausgewiesen. Alles das löste die Protesten von den Studenten aus. Es wurde das Geld gesammelt zugunsten der Verfolgten. Studentenschaft war "in Wallung".

In solch einer unruhigen Atmosphäre wurde im Februar 1870 der junge (33 J.a.) Porfessor Klein zum Posten des Sekretärs der medizinischen Fakultät erwählt.

Die Autorität des Fakultätendekans was in der Studentenschaft in dieser Zeit natürlich äußerst gering, denn gerade Professor Polunin im Zentrum des Skandals war. Die ganze Friedensregelung dieser komplizierten Situation musste also der Sekretär unternehmen.

I. F. Klein nutzte seinen natürlichen Charme, den deutschen Ansatz zu Diskussionen und eine diplomatische Flexibilität größtmöglich aus, und es gelangte ihm, die Situation sehr schnell zu normalisieren. Schon zu Beginn des neuen (nach der Unruhen) Studiumjahres hatte die Studentenschaft keine neue Ansprüche, die radikalen Stimmungen vergingen, und im Jahre 1873 verstummte die politische Resonanz des "Polunin-Falls" völlig [7].

Diese Erfolge in der Stabilisation dieser Situation konnten natürlich nicht außer acht gelassen werden von der Regierung des Russischen Kaiserreichs und der Verwaltung der KMU. Iwan Fjodorowitsch Kein wurde zum Staatsrat und wurde als Sekretär der medizinischen Fakultät für die nächsten drei Jahre, dann aber noch bis 1879 bestätigt. Als er doch das Amt des Dekans der medizinischen Fakultät am 18. Februar 1878 antrat, verlaß er den Sekretärendienst.

Die ertste Dekanenzeit von I. F. Klein dauerte nicht lange. Im April 1880 gab er die Leitung der führenden lehrmedizinischen Anstalt Russlands an Professor Nikolai Alekseewitsch Tolskij weiter.

Laut seinem Personalzeugnis verlaß Professor Klein die Verwaltungsfunktion nach eigenem Willen. Diejenigen, die Klein gekannt hatten, erinnerten sich alle an ihn als einen Menschen der großen Seele, der außerordentlich verständnisvoll und aufmerksam gegen den Bedarf von Lehrern und Schülern war.

Was brachte diesen erfolgreichen Organisator der medizinischen Wissenschaft, begabten Pädagoge, hervorragenden Redner, bis dahin auch den Träger der drei russischen Orden (Hl. Stanislaw 2. Grades, Hl. Anna 2. Grades und Hl. Wladimir 3. Grades) dazu, den Staatsdienst so eilig zu verlassen? Den tatsächlichen Grund konnte man leider nicht herauskriegen. Vielleicht gab es dafür einen persönlichen Anlaß, wovon noch weiter die Rede ist.

So sind jedoch die historischen Tatsachen. Ab 13. September 1880 wurde Iwan Fjodorowitsch Klein laut Befehl des Innenministers als Prosektor im Alten Katharinenkrankenhaus für die ungelernter Arbeiter bestimmt, "mit der Fortsetzung des Dienstes an der Universität", das heißt, auf dem Lehrstuhl für pathologische Anatomie.

Es sei zu bemerken, daß Iwan Fjodorowitsch Klein, wenn auch mit den Organisations- und Erziehungsfragen beschäftigt, mit seiner Forschungsarbeit nie aufhörte. Als er der Sekretär der Fakultät war, war er auch Prosektor im Erziehungshaus (1869

1878) und führte grosse praktische Arbeit.

Die meisten seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen beschreiben Kasuistiken aus der pathologischen Anatomie, und solche Aufsätze wie "Über Nierenzysten", "Pelvis spondylolisthetica" und "Zu der pathologischen Anatomie der Kopfwassersucht" behielten lange ihren diagnostischen Wert. So laut dem Zeugnis von W. I. Kedrowskij, "alle seine Diagnosen waren kategorisch kompetent" [10, 11].

Im 1882 leitete Professor Klein einen Zirkel für pathologische Anatomie, der auf die Initiative von N. F. Melnikow-Raswedenkow gestiftet wurde; späterhin wurde dieser Zirkel zu der Grundlage der Moskauer Wissenschaftlichen Gesellschaft für pathologische Anatomie.

Es gibt Meinungen, daß Iwan Fjodorowitsch zusammen mit Professor Sjornow an der Balsamierung des Leibes von Zar Alexander III. teilgenommen hat, dokumentarisch ist aber dies bis jetzt noch nicht bestätigt worden [6].

Iwan Fjodorowitsch machte sich auch Sorgen über die Zukunft seines Faches. In seinem Aufsatz "Die Vergangenheit und die Zukunft der pathologischen Anatomie in der Medizin" (1886) versuchte er, die Wege der Wissenschaftsentwicklung zu besinnen und zusammenzufassen. In derselben Zeit war er als Mitglied und Vorsitzender in den Prüfungskommissionen der Universitäten in Moskau, Charkow und Kasan.

An der medizinischen Fakultät der KMU passierten

inzwischen wesentliche Veränderungen. Nikolai Wassiljewitsch Sklifossowski wurde im Jahre 1882 Dekan der Fakultät. Er stellte sofort die Frage über eine Erweiterung der klinischen Stationen. Der Universitätsrat stimmte der Idee einer neuen klinischen Stätte zu.

Dank seiner Berühmtheit nicht nur in wissenschaftlichen Kreisen gelang es dem großen Chirurgen und Wissenschaftler Nikolai Wassiljewitsch, vom Zar empfangen zu werden, und es wurde der KMU ein Grundstück auf der Gelände namens Dewitschje Pole zugeteilt, um darauf die neuen Kliniken der Moskauer Universität zu errichten. Es wurden viele bekannte Mäzene und Spender herangezogen. Beträchtliche Summen kamen zu. Es musste jemand diese Summen verwalten. Man brauchte einen tatkräftigen Organisator, der imstande war, eine ganze Ansammlung von Problemen zu bewältigen. Eingedenk der hohen moralischen Eigenschaften von Iwan Fjodorowitsch Klein, bekräftigte der Universitätsrat ihn zum Posten des Dekans der medizinischen Fakultät das zweite mal (Jahr 1888).

Gerade während dieser zweiten Dekanzzeit, die bis zum Jahre 1906 dauerte, gewann der klinische Gebäudekomplex auf dem Dewitschje Pole die Bedeutung einer führenden klinischen Stätte des Russischen Kaiserreiches. Selbst Rudolf Virchow, der die Kliniken der KMU im 1896 besuchte, äußerte sich entzückt: "Lernen Sie bei Russen!"



Abb. 5. Institut für pathologische Anatomie auf Dewitschje Pole, ca. 1900 J.

Nach der Initiative von I. F. Klein wurde im Jahre 1891 das Gebäude des Instituts für pathologische Anatomie auf dem Dewitschje Pole (Abb. 5) errichtet. Professor Klein leitete das Institut fünfzehn Jahre lang [10]. Er besaß eine große

Autorität und hielt vortreffliche Vorlesungen. Auf derselben Gelände Dewitschje Pole, unweit des Krankenhauses für Hautkrankheiten, bewohnte Iwan Fjodorowitsch ein einzelnes Haus für lange Zeit (Abb. 6a,b).



Abb. 6a. Die Titelseite des Passports. von Johann Heinrich (Iwan Fjodorowitsch) Klein.



Abb. 6b. Die Passportseite des Dekans Klein mit dem Vermerk über den Aufenthalt im 1. Haus des klinischen Gebäudenkomplex auf Dewitschje Pole (Bezirk Chamowniki, Moskau)

Im Jahre 1894 wurde Iwan Klein, Professor der Moskauer Universität, nach einer Entscheidung der Adelsversammlung in das Genealogische Buch eingetragen und es wurde ihm laut des Dekretes des Senats der Adel verliehen.

In seinem Privatleben zeichnete sich Iwan Fjodorowitsch Klein durch eine außerordentliche Bescheidenheit aus, lehnte jede Äußerung der Achtung und Pomp ab.



Abb. 7. Johann Heinrich Klein und Olga (Charlotte Hertrude) Bernhardt, ca. 1890.

Das Familienleben des Professors ging aber nicht so gut. In der ersten Ehe war er mit Olga (Scharlotte Gertrude) Bernhardt verheiratet (Abb. 7). Die Ehegattin erkrankte an einer Geistkrankheit und wurde in das Krankenhaus gebracht. Iwan Fjodorowitsch reichte ein Ansuchen für die Ehescheidung

ein, bekam die Genehmigung und heiratete die Schwester der Ehegattin, Marie (Wilhelmine) Bernhardt. Am Anfang der 90-er Jahren starb plötzlich sein Sohn, ein viel versprechender Absolvent der medizinischen Fakultät der KMU (Abb. 8).

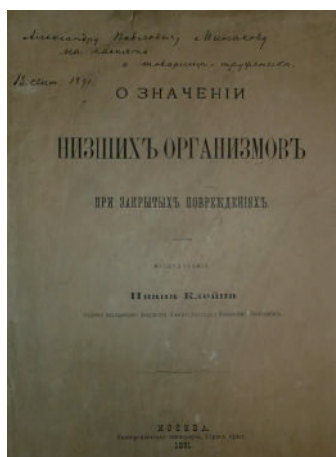


Abb. 8. Titelseite aus dem wissenschaftlichen Werk von Iwan Klein, dem Sohn vom Dekan Klein.

Professor Klein fing an, an Krankheiten zu leiden. Er machte mehrere Operationen durch, doch senkte sein Sehvermögen weiter, und im Jahre 1906 sagte ihm ein der Studenten während

der Vorlesung: "Herr Professor, Sie zeigen doch in die falsche Richtung!". Sofort nach dieser fatalen Vorlesung reichte der Geheime Rat Iwan Fjodorowitsch Klein ein Schreiben für die

Entlassung aus dem Staatsdienst ein.

Im Mai 1911 wurde in der Zeitschrift "Das Russische Wort" ein Artikel "Fünfzig Jahre der ärztlichen Tätigkeit Professors I. F. Klein" veröffentlicht. Darin klagte ein unbekannter Verfasser darüber, daß der Professor, der so unermesslich viel für die Medizinwissenschaft und Ausbildung getan hatte, in Vergessenheit geriet.

In der ersten Zeit nach der Dienstentlassung wohnte pflegebedürftiger Professor Klein bei den Verwandten seiner Ehegattin; dann brach der Erste Weltkrieg aus und viele deutschen Staatsangehörige wurden aus dem Rußland ausgewiesen. Darunter waren auch viele Verwandten von Klein. Er selber musste zu dem Schwiegersohn Alexandr Iwanowitsch Krükow umziehen, der ein bekannter Gerichtsmediziner und Vater einer großen Familie war.

Im Familienarchiv sind auch die Briefe von Iwan Fjodorowitsch zu seiner Tochter Margarita erhalten geblieben. Einige davon sind im Gridnevo geschrieben, in kleinem Landgut von A. I. Krükow, wohin vor der Revolution die ganze Familie des Professors der KMU für die Sommerzeit umzog. Dort überlebten sie auch die Hungerjahre des Bürgerkrieges. Es sind viele ärztliche Berichte erhalten geblieben, die von der Arbeitsunfähigkeit Iwan Fjodorowitsch und seiner Pflegebedürftigkeit zeugen, und auch ein an das Volksaufklärungskommissariat gerichtetes Bittgesuch. Darin bittet der weltweit bekannte Professor Klein flehentlich, "seine Rente bis auf mögliche Höchstgrenze zu erhöhen, damit ich davon existieren kann..."

Traurige Epilog

Das Dörflein Gridnevo lag ungefähr acht Werst entfernt von der Station Beliye Stolby an der Paweletskaya Bahn. Man konnte aber auf einer heutigen Landkarte dieser Gegend keinen solchen Namen finden. In der Mitte 70-er Jahre des 20. Jahrhunderts versuchten die Verwandten, auf die Spuren von Gridnevo und vom Grab I. F. Klein zu kommen, aber erfolglos.

Der kranke I. F. Klein wurde nach Gridnevo einige Tage vor diesem letzten, zu uns gekommenen Brief gebracht. Im Brief schreibt Iwan Fjodorowitsch an seine Tochter, daß er gar nicht zu sich kommt wegen alles Schönen, was er in den letzten Tagen erlebt hat. Daß er jetzt die Hoffnung hat, länger zu leben "wegen ... der neuen ... Lebensordnung – in der reinen Dorfluft, in einem schönen warmen Raum, mit einer mehr als genügender Nahrungsversorgung und ... der Pflege". Die Pflege des alten Professors nahm auf sich die getreue Amme Akulina Wassiljewna.

Im regnerischen Herbst 1922 beerdigte sie ihren Herr irgendwo in Gridnevo Umland und schickte dann einen Arbeiter nach Moskau, um die Familie zu benachrichtigen vom Tode des Vaters, Schwiegervaters und Großvaters, des

Professor der KMU, ehemaligen Dekan der medizinischen Fakultät, des Geheimen Rat, des Trägers mehreren Orden Iwan Fjodorowitsch Klein, der fast fünfzig Jahre ganz treu der russischen medizinischen Ausbildung gedient hat.

Wie gesagt, konnte man den Grab von Professor I. F. Klein nicht finden. Karl, der Bruder von Iwan Fjodorowitsch, geschickter Chirurg, Doktor der Medizin (1895), außerordentlicher Professor der KMU (1897), der Staatsrat, wurde im Jahre 1904 auf dem Vvedenskoje Friedhof, Moskau beerdigt.

Der Verfasser möchte sich herzlich bei Tatjana Yurjewna Pritula bedanken für die Gelegenheit, mit den erhaltenen Dokumenten der Familie von I. F. Klein zu arbeiten.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Abrikosow A. I. Aus der Geschichte des Lehrstuhls für pathologische Anatomie des Ersten Moskauer Medizinischen Instituts. Archiw patologii. Bd. 11. Heft 6. 1949. S. 22-24.

2. Serov W. W. 125 Jahre dem Lehrstuhl für pathologische Anatomie des I Moskauer Medizinischen Instituts (1849-1974). Archiw patologii. Bd. 37. Heft 1. 1975. S. 12-22.

3. Professor Iwan Fjodorowitsch Klein (Nachruf). Moskowskij meditsinskij zhurnal. Heft 1-2. 1923. S. 137-138.

4. Iwanov A. E. Die Studentenkorporation in Russland am Ende des 19. und am Anfang des 20. Jahrhunderts: Versuch einer kulturellen und politischen Selbstorganisation. Moskau, 2004. S. 68–72.

5. Zayontschkowskij P. A. Russische Selbstherrschaft am Ende des 19. Jahrhunderts. — Moskau, 1970.

6. Sjornow V. D. Notizen des russischen Intellektuellen. Veröffentlichung, Vorwort, Erläuterungen und Namenverzeichnis von W. A. Solomonow; Red. A. E. Iwanow. Moskau: Indrik, 2005. 400 S.

7. Rochlin L. L. Das Leben und das Werk des hervorragenden russischen Psychiaters W. Ch. Kandinski (1849–1889). Moskau: Medizina. 1975. 356 S.

8. Die Geschichte der Moskauer Universität. Bd. 1. Moskau, 1955. S. 490.

9. Loginow W. A. A. P. Tschechow als ein Diagnostiker in Medizin und Literatur. Moskau: Vlg. der Moskauer Universität. 2010. 48 S.

10. Persönlichkeiten der Wissenschaft und Aufklärung in Moskau in 18.-20. Jahrhunderten. Moskau: Janus Vlg., AO "Moskowskiye Utschebniki", 2003. 390 S.

11. Persönlichkeiten der Medizinwissenschaft und des Gesundheitswesens – die Mitarbeiter und Absolventen der Moskauer Medizinakademie im Namen von I. M. Setschenow. Ein Biographiewörterbuch. 1758–2008 / Red. M. A. Paltsew, A. M. Stotschik, S. N. Satrawkin. – Moskau, 2008. – 656 S.

ФОРМУВАННЯ “НОВОЇ ЛЮДИНИ” ЯК ЗАСІБ ОДЕРЖАВЛЕННЯ ТРАДИЦІЙНОГО СУСПІЛЬСТВА В УКРАЇНІ (1920-ТІ – ПОЧАТОК 1930-Х РР.)

Світлана Маркова,

Хмельницький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, доцент кафедри теорії та методик соціально-гуманітарних дисциплін, кандидат історичних наук

FORMATION OF A “NEW MAN” AS A MEANS OF NATIONALIZATION OF SOCIETY INTO THE SOVIET UNION, THE USSR (1920S – EARLY 1930S)

Svitlana Markova, Candidate of Historical Sciences Khmelnytskyi Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education, Ukraine

АНОТАЦІЯ

У статті розглядаються окремі аспекти одержавлення традиційного суспільства в Україні, наслідком чого стала поява “нової людини” позбавленої сумніву в тому, що лише керівна політична сила може бути виразником суспільного блага. Робиться висновок про те, що становлення комуністичної системи призвело до відриву України від європейської моделі політичного й економічного розвитку, законсервувало процес появи громадянського суспільства на довгі роки.

ABSTRACT

The article deals with some aspects of nationalization of society in the Soviet Union, the USSR, the consequence is the emergence of a “new man” devoid of doubt that only the leading political force could be the mouthpiece of the public welfare. During the communist “education” and “re-education” of people two periods are distinguishing: the period of the NEP (mostly theoretical finding of the basic principles of a “new man” forming, the content of the ideology, its function in society, methods to influence the masses of people); second period - end of 1920s - the beginning of the 1930s was characterized by massive use of force impacts. The conclusion is that the establishment of the communist system led to the separation of Ukraine from the European model of political and economic development, made an end of the emergence of civil society for many years.

Ключові слова: “нова людина”, “перевиховання”, ідеологія, селяни

Keywords: “new man”, educational system, referential groups, peasants

У розрізі процесу декомунізації в сучасній Україні варто поглиблено вивчити суспільні зміни, що відбулися внаслідок одержавлення соціально-політичного та соціально-економічного життя вітчизняного соціуму, формування “нової людини”, котра б пов’язала своє життя зі служінням комуністичній системі, приносячи в жертву права людини, інтереси місцевих громад. Нові історичні реконструкції радянської доби у світлі загальноєвропейського досвіду осмислення “тоталітарного минулого” дозволять краще зрозуміти пролонговані наслідки комуністичного режиму, що призвів до відриву України від європейської моделі політичного й економічного розвитку, зумовив сучасні труднощі соціально-економічного та політичного розвитку країни.

Мета дослідження полягає у тому, щоб на основі аналізу конкретно-історичного матеріалу висвітлити окремі аспекти процесу одержавлення традиційного суспільства в Україні.

Завдання – виокремити внутрішньосистемні чинники, що мали найбільший вплив на формування “нової людини” в СРСР, УСРР і сприяли розширенню соціальної бази радянської влади на селі.

З приходом до влади більшовики приступили до реалізації завдань щодо побудови нового суспільства та творення “нової людини”. Стратегія реалізації доктрини формування “нової людини” відповідно до заяви В. Леніна на I Всеросійському з’їзді рад народного господарства у березні 1918 р. передбачала “нову організацію найглибших основ життя сотень мільйонів людей” [1, с. 137]. М. Бухарін вважав, що змінити “найглибші основи життя” можна через “пролетарське примушування в усіх формах від розстрілів до трудової повинності” [2, с. 35]. На думку більшовиць-

ких ідеологів, соціалізм мав сформувати інший – вищий – різновид людини [3, с. 136]. Такий різновид Л. Троцький ідентифікував як “надлюдину” [4, с. 399]. Ідеї створення надлюдини більшовики черпали з марксистських джерел, природничих наук, зокрема вчення Ч. Дарвіна (дарвінізм в СРСР вважався матеріалістичною теорією [5, с. 163–164]), вчення фізіолога І. Павлова та ін. У 1923 р. було розроблено “партійний алгоритм виховання активістів [6, арк. 84]. У 1924 р. Й. Сталін у промові з приводу смерті В. Леніна задекларував, що комуністи є людьми особливого складу і скроєні з особливого матеріалу [7, с. 47]. Відповідно від “нових людей” очікували, що вони насамперед мають бути відданими цілям партії, ототожнювати себе з новою пролетарською громадськістю та забути своє минуле. Людей, які потребували “перевиховання”, бо мали, зокрема, так звану “дефективну поведінку” (приватну (особисту) форму поведінки) [8, с. 19], зневажливо ідентифікували “людішками” [9, с. 19].

До створення “нової людини” у 1920-х рр. влада залучила науковців. На II Всесоюзному психоневрологічному з’їзді (1924 р.) розглядали питання вивчення структури особистості та умов її цільової перебудови [10, с. 58]. У 1927 р. відбулась I Всесоюзна психотехнічна конференція, після якої активізувався процес створення психотехнічних лабораторій, організованих при установах Наркомздоров’я, Наркомпраці, Наркомшляхів та ін.

Схему процесу формування нового індивіда також запропонувала діалектично-матеріалістична педологія. У 1927 р. на I Всесоюзній педологічній нараді та I Всеросійському з’їзді педологів активно обговорювали вплив довкілля на організм, який росте. Одеським лікувально-педологічним кабінетом були розроблені картки, що допомагали

визначати рівень дитячої дефективності серед мешканців дитбудинків [11, арк. 12–14].

До конструювання “нової людини” мала долучитися й радянська педагогіка та визначати шляхи, якими молоде покоління “зробить стрибок до царства свободи”. Нова марксистсько-ленінська теорія виховання визнавалася базовою. Педагогіка була покликана допомогти обґрунтувати участь дітей у соціалістичному будівництві, соціалістичному змаганні, ватажкуванні та ін. Основним постулатом стало формування класової спрямованості поведінки дітей. У першій половині 1920-х рр., зокрема з подачі педагогів в УСРР набула поширення ідея повного відриву дітей від сім’ї за допомогою розгалуженої системи дитячих будинків (там мали перебувати не лише діти-сироти, безпритульні, але й діти матерів-одиначок, діти батьків, зайнятих на великих будовах, сільські діти). Щодо сільських дітей, то їх переважно ідентифікували як “диких селянських дітей” та намагалися перетворити їх на “дітей колективу” [12, с. 18–19].

Теорію гармонійного (вільного) виховання дітей вважали “шкідництвом на педагогічному фронті” та “ідеалом буржуазії” [13, с. 41]. У другій половині 1920-х рр. панівне становище отримала теорія “свідомої дисципліни”, внаслідок застосування якої мали з’явитися діти, яким більшовики приписували риси пролетаріату (витривалі, наполегливі, рішучі) [14, с. 180–181].

Певним підсумком пошуків шляхів формування “нової людини” став I Всесоюзний з’їзд у справах вивчення людської поведінки (1930 р.), неофіційно названий “з’їздом соціалістичної реконструкції людини”. На з’їзді було задекларовано, що нове соціалістичне суспільство потребує нових людей; створення нової людини зі старого людського матеріалу оголошувалось неможливим; соціалістична реконструкція людини ставала пріоритетним завданням для усіх наукових шкіл і напрямків [15, с. 97]. Це завдання мали розв’язувати такі наукові дисципліни: нейрофізіологія, рефлексологія, психотехніка, педологія, психоневропатологія та ін.

Вивчення поведінки “нової людини” в колективі та поведінки людських колективів стали ключовими темами для обговорення на усіх рівнях. Проблема колективознавства почала займатися соціальна психологія, об’єктом вивчення якої був колектив (форми колективів, форми громадської поведінки, психологія громадських інституцій). З подачі партійно-урядових структур колектив ставав певним культовим утворенням держави, основою стандартизації радянських людей.

У другій половині 1920-х рр. владі були потрібні нові пропагандистські підходи, щоб і надалі нещадно експлуатувати людей. Д. Бранденберген вважає, що витоки нового підходу до пропаганди було закладено у 1928 р. [16, с. 3]. На думку Є. Добренка, цей процес розпочався роком раніше, в 1927 р., коли М. Горький почав кампанію боротьби “за демонстрацію досягнень та героїзацію дійсності” [17, с. 91]. Влада переглядала норми, нав’язуючи результати праці ударників та ударниць.

Впливаючи на громадську думку, активно використовували пресу (інститут сількорів), усну пропаганду, мистецтво плакату, силові методи впливу. За допомогою

технічних засобів (преса, радіо, кінематограф) стало можливим швидке поширення агітації та пропаганди. Провідним засобом масової інформації, що активно долучився до створення “нової людини”, була преса. Вже починаючи з кінця 1917 р. питанням агітації та пропаганди більшовицьких ідей в Україні надавали пріоритетного значення [18, арк. 16]. Офіційні джерела повідомляли, що у 1925 р. загальний тираж газет в УСРР перевищив 1 млн. [19, с. 4]. Газети та журнали мали давати читачам загальноприйнятій партією лозунги і положення, закликали сількорів надсилати дописи лише про роботу секцій сільрад, роботу депутатських груп, інші форми втягнення мас у роботу рад, застосування соціалістичних методів праці, перебіг хлібозаготівель, мобілізацію коштів, застосування госпрозрахунку, ліквідацію неписьменності, але не рекомендував надсилати дописи, у яких були прохання людей про допомогу. У 1928 р. за пердплату журналу “Селянка України” додатково надсилали “портрет В. Леніна у фарбах” [20, с. 26]. ЦК ЛКСМУ в голодному 1933 р. виступив з ініціативою випуску праць: Леніна, Сталіна, Кагановича, Косіора та ін. [21, арк. 70].

Вже наприкінці 1920-х рр. країну охопила атмосфера тотальної підозрілості та страху. Владою контролювалися друковані видання, видовища, листування тощо. Для тотального контролю процесу “виховання” та “перевиховання” представники влади з самого початку своєї діяльності залучила цензурні підрозділи та апарат політконтролю ВЧК–ДПУ. До середини 1920-х рр. організаційно та функціонально політичний контроль у СРСР, УСРР набув тотального характеру, він мав централізовану структуру, керівництво якою здійснював відділ політконтролю таємно-політичного управління ОДПУ СРСР. Внутрішня пошта, афіші, листівки, циркулярні листи, плакати переглядалися на 100% [22, с. 76–77]. У 1928 р. було посилено багаторівневий контроль над пресою, остаточно усунено можливість видання альтернативних партійній пресі газет і журналів.

Засуджений у справі “Весна” (1930–1931 рр.) С. Четвериков у листі до М. Хрущова (1963 р.) писав про те, що в Україні кошмарним був не лише 1931 р., але й вже 1927 р. Ні в чому не винні люди обвинувачувалися за формулою “так треба” [23, арк. 74–75]. Переважна більшість вигаданих “антирадянських підпільних організацій” та “справ” насправді були штучними витворами апарату ДПУ. У 1926 р. активно шукали махновців, зокрема анархо-махновців. У 1927–1933 р. мали бути розкритими справи: “Прибулець”, “Сок-Мовісти”, “Визволенці”, “Невгамовні”, “Кияни”, “Козаки”, “Шакали”, “Вибух”, “Зв’язківці”, “Інтелігенти”, “Батько”, “Махновці” та ін. У 1930-х рр. було сфабриковано одну з найгучніших справ “УВО”. В’язниці, табори, колонії, будинки ув’язнених на початку 1930-х рр. були щент заповнені арештованими. Люди боялися доносів один на одного, в’язниць, допитів, знущань. А. Мултановський (засуджений у 1931 р. спочатку до розстрілу, після перегляду справи – до 10 р. концтаборів) писав, що його допитували за системою безперервності. Свідчити проти себе він почав після того, як провів 11 днів без сну (його поливали холодною водою та засліплювали світлом), доки не почалися галюцинації [24, арк. 141–142]. Чотири

доби безперервно допитували селянина Павленка, в якого була гангрена, щодо наявності зброї [25, арк. 181]. Складовими елементами української контрреволюції визначали “куркулів” та інтелігенцію. Проникнення каральних інституцій в усі суспільні сфери, налагодження системи тотального контролю, збирання інформації дозволило владі залякати суспільство. За неповними даними протягом 1933 р. відповідно до постанов “трійок” при колегії ДПУ УСРР було розстріляно понад 800 осіб [26, арк. 143]. Життя людей поступово знецінювалося.

Українські селяни відразу важко вписувалися в концепти “диктатури пролетаріату”. На думку більшості партійних лідерів, саме селяни гальмували процеси конструювання “нової людини” (в силу домінування “сімейного індивідуалізму”, прагнення захистити свою віру, землю тощо). М. Бухарін запропонував “переробку та перевиховання селянства”, зокрема з метою “змішування його з пролетаріатом” [27, с. 67–69].

Українським селянам за невиконання наказів та розпоряджень більшовицької влади загрожувала відправка в концентраційні табори, суди, арешти, трибунали, взяття в заручники, конфіскація майна [28, арк. 51]. Специфікою роботи більшовиків у селах у другій половині 1920-х рр., насамперед стало загострення соціальних суперечностей, зокрема протиставлення інтересів одних прошарків іншим, виокремлення групи менш заможних із негативним ставленням до більш заможних селян; залякування; цькування; ідеологічне клішування; навішування назв-ярликів; експлуатація людських слабкощів. У найгіршій ситуації на селі опинилися селяни-господарі (“куркулі”, “глитаї”), створені для того, щоб через їх знищення залякати інших, зокрема з метою отримання хліба для потреб держави. На місцях представники влади часто “проявляли ініціативу”, вдавалися до погроз, прямого насильства. Сільським комуністам-активістам навіть виносили догани за “неперевиховання своїх дружин, котрі не відмовлялися від релігії” [29, арк. 67], або подяки – за відвідування старих обрядів (весілля, хрестини) та влаштування бешкетів на них.

Селянам нав’язували модель поведінки, при якій вони мали з раннього ранку знаходитися на роботі, пізнього вечора – в клубі [30, с. 17]. На спільних артільних землях мали влаштовувати спільні садиби. Потреба в індивідуальних житлових і господарських будівлях мала відпасти [31, с. 11]. Колгоспна земля проголошувалася “недоторканою”. Ставлення більшості пересічних громадян до влади та її економічної політики наприкінці 1920-х рр. різко погіршилося: люди називали колгоспи “будинками, де утримують смертників, які чекають свого кінця” [32, арк. 202]; колгоспний рух – “снігом, який випав на голову” [33, с. VI]; колективізацію – “сухотами” (першою стадією хвороби називали тсози, другою – артілі, третьою, після якої настає смерть, – комуни [34, арк. 134].

Більшовики намагалися “перевиховати” селян, насамперед, руйнуючи їхні традиційні моральні підвалини. Після жовтневого перевороту вони втрутилися в процеси суспільної еволюції, зокрема ставлячи мету відірвати людину від її “коріння”. Основою нового одержавленого суспільства мав стати не громадянин, а держава. “Нова людина” формувалася як нова “громадянська ідентичність”, що

мала прислужувати державі. Специфікою роботи більшовиків із сільським населенням було протиставлення інтересів одних соціальних прошарків іншим, залякування, цькування, фактично застосування радянською владою елементів соціального інжинірингу.

Окремі успіхи у піднесенні народного господарства, освіти, розвитку суспільно-політичної активності громадян перепліталися зі сталінськими кампаніями розкуркулення, колективізації, хлібозаготівельними, Голодомором 1932–1933 рр., тотальним контролем “народної ініціативи”, грубими порушеннями законності. Проте ідеологічне виховання робило не всіх саме такими, як хотіли “вихователі”. Частина вчилася пристосовуватися до нових реалій, інша повірила в “історичне завдання”, яке на них покладалося, частина людей загинула, намагаючись відстоювати власне право на існування. Головною особливістю комуністичного режиму стало не лише одержавлення приватного життя, але й повний контроль держави над громадянами, який спирався на систематичне використання насильства.

Примітки:

1. Кульчицький С. Червоний виклик. Історія комунізму в Україні від його народження до загибелі / С. Кульчицький. – К. : Темпора, 2013. – Кн. 1. – 2013. – 504 с.
2. Відносини держави, суспільства і особи під час створення радянського ладу в Україні (1917–1938 рр.). Колективна монографія / Відповідальний ред. В. Смолій. – Т. 1. – К. : Ін-т історії України НАН України, 2013. – 750 с.
3. Конквест Р. Роздуми над сплюндрованим сторіччям / Роберт Конквест [пер. з англ. О. Мокровольський]. – К. : Вид-во Соломії Павличко “Основи”, 2003. – 371 с.
4. Троцький Л. Д. Литература и революция / Л. Троцкий; [Вступ. ст. Ю. Борева, с. 3–20]. – М. : Политиздат, 1991. – 399 с.
5. Мицкевич М. Дарвинизм и классовая борьба / М. Мицкевич // Народный учитель. – 1932. – № 5–6 (апрель). – С. 163–166.
6. Центральний державний архів громадських об’єднань України (далі ЦДАГО), ф. 1, оп. 20, спр. 1784, 124 арк.
7. Сталін Й. З приводу смерті Леніна. Промова на II Всесоюзному з’їзді Рад 26 січня 1924 р. // Сталін Й. Повн. збір. тв. – К. : Укрполітвидав, 1948. – Т. 6. – 1948. – С. 47–52.
8. Соколянський І. Про поведінку особистості / І. Соколянський // Радянська освіта / За ред. О. Шумського. – Ч. 4 (квітень). – Х. : Державне вид-во України, 1925. – С. 7–20.
9. Вайсберг Я. С. Некоторые вопросы культурничества / Я. С. Вайсберг // Комсомолец агитатор. Орган ЦК и Харьковского окружкома ЛКСМУ. – 1928. – № 6 (март). – С. 19–25.
10. Зільберфарб Й. До соціалістичної реконструкції людини (I Всесоюзний з’їзд у справах вивчення людської поведінки) / Й. Зільберфарб // Поведінка людини та соціалістичне будівництво. Всесоюзний з’їзд у справах вивчення людської поведінки. Зб. упорядкувала редакція “Шлях освіти”. – Харків–Київ : Держвидав України, 1930. – С. 5–61.
11. Державний архів Одеської області, ф. Р. 233, Оп. 1, Спр. 15, 146 арк.
12. Перший Всеукраїнський З’їзд представників колго-

спів та робітників по колективізації сільського господарства. – Х. : Вид-во “Радянський селянин”, 1925. – 38 с.

13. Чавдаров С. Шкідництво на педагогічному фронті (“Педагоги” з СБУ) / С. Чавдаров // Комуністична освіта. – Х. : Державне видавництво, 1931. – № 5–6 (108), (травень–червень). – С. 40–48.

14. Плевко Н. О сознательной дисциплине школьников / Н. Плевко // Народный учитель. – 1932. – № 5–6 (апрель). – С. 179–182.

15. Резолюції пленуму, секцій та нарад Всесоюзного з'їзду в питанні вивчення людської поведінки. Резолюція З'їзду по пленарному циклу “Психоневрологічні науки” й соціалістичне будівництво // Поведінка людини та соціалістичне будівництво. Всесоюзний з'їзд у справах вивчення людської поведінки. Збірник упорядкувала редакція “Шлях освіти”. – Харків-Київ : Держ. вид-во України, 1930. – С. 96–98.

16. Бранденбергер Дэвид. Сталинский популизм и невольное создание русской национальной идентичности [Электронный ресурс] / Дэвид Бранденбергер // Неприкосновенный запас. – 2011. – № 4 (78). – С. 3. – Режим доступа до журн. : <http://magazines.russ.ru/nz/2011/4/br4-pr.html>.

17. Добренко Е. Политэкономия соцреализма / Е. Добренко. – М. : Новое литературное обозрение, 2007. – 592 с.

18. ЦДАГО, ф. 17, оп. 1, спр. 79 (б), 16 арк.

19. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (далі ЦДАВО), ф. 3470, оп. 1, спр. 111, 218 арк.

20. Селянка України. – 1928. – № 4 (27 лютого). – С. 26.

21. ЦДАГО, ф. 7, оп. 1, спр. 105, 210 арк.

22. Подкур Р. Документы органов государственной безопасности УСРР 1920 – 1930-х годов: источниковедческий анализ / Подкур Р., Ченцов В. – Тернополь, 2010. – 372 с.

23. Державний архів Служби Безпеки України (далі ДА СБУ), ф. П. 6, спр. 67093, Т. 37, 138 арк.

24. ДА СБУ, ф. П. 6, спр. 67093, Т. 36, 250 арк.

25. ДА СБУ, ф. 9, спр. 666, 242 арк.

26. ДА СБУ, ф. 68, спр. 228, 198 арк.

27. Бухарин Н. И. Путь к социализму и рабоче-крестьянский союз / Н. И. Бухарин. – [Издание четвертое]. – Москва-Ленинград : Гос. издание, 1927. – 108 с.

28. Державний архів Хмельницької області (далі ДАХМО), ф. 2508, оп. 1., спр. 4, 152 арк.

29. ДАХМО, ф. П. 31, оп. 1, спр. 35, 86 арк.

30. Перший Всеукраїнський З'їзд представників колгоспів та робітників по колективізації сільського господарства. – 38 с.

31. Клязник О. І. Юридична природа колективних господарств / О. І. Клязник. – Полтава : “Полтава-Поліграф”, 1928. – 42 с.

32. Российский Государственный архив экономики, ф. 7486, оп. 37, д. 102, 312 л.

33. Кривицкий М. К вопросу об этапах нашей экономики / М. Кривицкий // Проблемы экономики. – № 3. – М. : Изд-во Коммунистической академии, 1930. – 132 с. – С. III–IX.

34. Российский Государственный архив экономики, ф. 7486, оп. 37, д. 61, 137 л.

ПРИЧИНЫ И ОПЫТ ПОДЧИНЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЕДИНИЦ НА ПРАВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЕ РОССИЙСКОМУ ВОЕННОМУ КОМАНДОВАНИЮ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX в.

Скрипник Анатолий Юрьевич

кандидат исторических наук,
доцент, докторант кафедры истории
Украины Каменец-Подольского
национального университета
имени Ивана Огиенко

REASONS AND EXPERIENCE OF SUBORDINATION OF ADMINISTRATIVE-TERRITORIAL UNITS TO THE RUSSIAN MILITARY COMMAND IN THE RIGHT-BANK UKRAINE IN THE FIRST HALF OF THE 19th CENTURY

Skrypnyk A. Yu. Candidate Sciences in History, Associate Professor, Doctoral Student of the Department of History of Ukraine Kamianets-Podilsky Ivan Ohienko National University

АННОТАЦИЯ

В процессе последовательного и объективного изучения современными украинскими историками многогранной политики российского самодержавия на Правобережной Украине в XIX в. среди актуальных направлений продолжает оставаться исследование истории создания и последующего функционирования различных административно-территориальных образований в качестве основных государственных институтов для укрепления имперского присутствия в регионе.

ABSTRACT

In the process of consistent and objective study of multifaceted policy of the Russian autocracy in the Right-Bank Ukraine in the 19th century by modern Ukrainian historians, one of the priority areas continues to be the study of the history of the creation and subsequent functioning of different administrative-territorial units as the main state institutions strengthening the Imperial presence in the region.

Ключевые слова: Российская империя, регулярная армия, администрация, кадровая политика, губернаторы, законодательство, местные органы власти, население.

Key words: Russian Empire, regular army, administration, staff policy, governors, legislation, local authorities, population.

Постановка проблемы. Опираясь на источники из государственных архивов Украины и Российской Федерации, есть возможность изучить и проанализировать причины временных реорганизаций губернских управленческих структур и подчинения их военному командованию в качестве тыловых учреждений, источников и баз снабжения продовольствием и фуражом частей регулярной армии. Нуждаются в исследовании факты попыток создания исключительно военно-территориальных образований. Придерживаясь хронологического порядка и методологии, есть возможность представить эволюцию законодательной базы, которая создавалась с целью быстрой и эффективной передачи властных полномочий чиновниками гражданского ведомства военным.

Анализ последних исследований и публикаций. Современными украинскими историками длительное время активно исследуется функционирование административно-управленческой системы Российской империи на землях Правобережной Украины в течение конца XVIII – начала XX ст. Удалось достичь не только немалых успехов в этом направлении современной исторической науки, но и создать достаточно сильную научную школу. Среди ее представителей следует отметить комплексные и глубокие исследования Н. Бармака [1], А. Реента [2], В. Шандры [3], А. Филинюка [4], А. Скрипника [5], Н. Мацко [6] и других, работы которых стали частичным или полным логическим завершением изучений конкретных направлений и научных вопросов в этой исследовательской проблематике. Однако, широкие хронологические рамки, многовекторность хозяйственной и административной деятельности российского гражданского и военного бюрократического аппарата в течение ста двадцати лет господства и достаточный источник-информативный массив государственных архивов открывает горизонт дальнейших научных изысканий, в том числе и в направлении военно-административного строительства.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Мотиватором научных поисков относительно проблемы существования и деятельности военизированных управленческих структур стало определение их роли и места в истории края, и в то же время – как одного из элементов развития и углубления практических основ региональной истории Украины XIX в., связанных с деятельностью государственных учреждений, действовавших на ее территории. Несомненно, существует возможность использования полученных результатов, собранного и обработанного материала в лекционных и семинарских курсах по исследуемой проблематике, спецкурсах, в научно-исследовательской работе студентов, краеведческой работе.

Цель статьи. Выявление причин и мотиваций существования временных управленческих структур, исполняющих необходимые функции по охране и защите имперских устоев от внешней и внутренней агрессий, укрепления российского государственного строя на Правобережной Украине в течение 1805-1832 гг., логическим завершением которых стало создание в 1832 году Киевского генерал-губернаторства – как универсальной формации с ярко выраженным милитаристическим стилем управления.

Введение. Сразу же после получения Российской импе-

рий в 1793 году части аннексированной территории Речи Посполитой, самодержавие делегировало все властные полномочия вновь созданным территориальным управленческим структурам с ярко выраженным военным содержанием. В качестве уполномоченных представителей новой власти на места назначались военные губернаторы, в деятельности которых приоритетным было, прежде всего, решение вопросов по обеспечению всем необходимым подразделений регулярных войск, оперативное руководство ими в мирное время и инспекторские функции. При необходимости предполагалось ситуативное подчинение всех гражданских наместнических, губернских и уездных учреждений и чиновников всех уровней во главе с гражданскими губернаторами военному командованию с целью оперативного решения неотложных вопросов, связанных с фактом пребывания частей регулярной армии Российской империи в крае. Как правило, это были хозяйственные вопросы, которые должны решать сугубо местные учреждения, предоставляя военным служащим все необходимое для полноценного функционирования милитаристского механизма. В этом и заключались причины сложного эволюционирования административно-бюрократических отношений, в которых одна сторона – военное командование – требовала и брала все, что предусматривалось государственными законами, правилами и уставами, а другая – органы местного губернского управления – часто демонстрировали почти полную беспомощность, невозможность выполнения по причине слабой кадровой организации, а иногда отсутствием подобного хозяйственного опыта, ограниченных материальных ресурсов, городской инфраструктуры и природных условий.

Изложение основного материала. В ходе нарастания дипломатического и вооруженного противостояния с наполеоновской Францией в начале XIX в. у российского имперского руководства окончательно сформировалось осознание стратегического значения, а, следовательно, конкретизации и частичной корректировки содержания управления недавно аннексированными землями. Они на то время формировались как административно-территориальные единицы на Правобережной Украине, и в случае возможного начала боевых действий на их территории рассматривалась возможность быстрого перевода на военное положение и мобилизация всего социально-экономического потенциала. Первым шагом стало распределение административных полномочий и ответственности. В частности, военные губернаторы освобождались от выполнения сугубо гражданских функций через большую загруженность широким кругом милитаристских вопросов. Однако им разрешалось «...вмешиваться в дела для государственной пользы, сохранения казенного интереса, предоставления защиты оскорбленным, и наблюдением за порядком в работе управленческого аппарата, когда они сами сочтут это нужным» [7, л. 258]. В случае служебного отсутствия по делам инспектирования войск по территории губерний официально, с ведома царя, все полномочия временно передавались гражданскому губернатору [8, л. 1].

Все назначенные наместники, а впоследствии военные и гражданские губернаторы априори были людьми сугубо

военного направления. Но каждый из них обладал определенным административным опытом. Согласно «Табели о рангах» на эти должности назначались генералы трех первых классов: генерал-фельдмаршалы, генералы родов войск (кавалерии или инфантерии – А. С.) и генерал-лейтенанты. Воинское звание было как бы отражением тех полномочий, которые они получали. То есть – почти полное соответствие и сбалансированность военного чина и должности, чем выше чин – тем больше полномочий. В отличие от наместников, власть военного губернатора распространялась только на одну губернию, они командовали только теми дивизиями, которые располагались в пределах подчиненной им губернии, и, как правило, были выше по рангу от гражданских губернаторов [9, л. 5]. Большинство из них были профессиональными военными, настоящими боевыми генералами, потому что тогда на государственном уровне почему-то считалось, что именно такие представители армейской элиты пригодны для осуществления административных функций на местах. Кроме того, царская власть часто поручала им выполнение различных дополнительных поручений, считая назначенного «хозяина губернии» способным за короткое время стать универсальным бюрократам и специалистом. Распыленность функций не освобождала их от выполнения должностных обязанностей военных губернаторов.

В марте 1812 года царь Александр I своим указом инициировал нормы и правила взаимоотношений и разделения полномочий «...между Главным Командованием Армий и местными Начальствами пограничных губерний». С момента объявления губернии на военном положении армия узурпировала все рычаги власти. В вопросах, связанных со снабжением войск, высшее чиновничество и полиция должны были выполнять приказы армейских генералов; главнокомандующие получили право отстранять от должности любого чиновника городской и земской полиции; все чиновники и жители становились потенциальными подсудимыми военных судов. Единственное, что оставалось в компетенции губернской власти, так это гражданское судопроизводство и хозяйственные полномочия. Гражданские губернаторы на основании личной ответственности стали послушными исполнителями приказов военных, и в то же время толкачами и контролерами их исполнения предводителями дворянства, городскими думами и ратушами [10, с. 228-229].

16 апреля 1812 года киевский военный губернатор Мило-радович получил письмо от М. Барклая де Толли с таким содержанием: «Сосредоточив в различных пунктах наши военные силы для обороны империи, мы сочли нужным вверенную Вам губернию присоединить к общей системе оборонных мероприятий». Он подтвердил силу указа царя от 13 марта, согласно которому «...губерния подчинялась Главнокомандующему Действующей армии и вошла в состав 2-го военного округа 2-й Западной армии князя Багратиона [11, лл. 1-3]. По приказу губернаторов в обязанности уездных маршалков, городничих и уездных исправников входило формирование местного ополчения для обороны Киева, поставки волов и повозок на нужды армии с непосредственным подчинением киевскому Магистрату [12, лл. 1-106].

С октября 1813 года обязанности военных губернаторов включали периодические отправки царю и главнокомандующим армий двух форм отчетов и рапортов с полной информацией о ходе наборов рекрутов, закупке лошадей, создание передвижных магазинов и вообще все финансовые расходы на военные повинности по губернии. Таким образом, самодержец пытался не только составить целостную картину мобилизационного потенциала и материальных затрат на местах, оценить работу самих должностных лиц по обеспечению армии в ее заграничном походе в Европу, а и главнокомандующие видели, на какие ресурсы могут рассчитывать их полки ближайшее время [13, с. 646-647].

В случае необходимости, по приказу сверху, высшие военные чины оперативно передавали свои властные полномочия буквально из рук в руки. В середине мая 1812 года, накануне вторжения французских войск в пределы Российской империи, генерал П. Багратион с ведома военного министра М. Барклая де Толли таким образом передавал управление территориями, которые оставляла 2-я Западная армия, отправляясь на север из района Луцка в район Волковыска, командующему 3-й Армией генералу О. Тормасову. Кроме чисто военных вопросов, как-то: последние распоряжения учреждениям Подольской губернии и Тарнопольской области относительно снабжения войск, роспись войск, вошедших в состав его армии и расположения казачьих полков на границе в качестве стражи, были переданы последние приказы и предписания сугубо гражданского характера. Отдельно генерал-интендант передавал сведения и отчеты о «...продовольственных запасах на Вольни, в Киевской губернии, и о состоянии расходных магазинов вообще» [14, л. 298]. Такая придирчивость должна была обеспечить бесперебойность осуществления исполнительной власти, и ни в коем случае не допустить потери царскими наместниками рычагов руководства над всеми сферами общественно-политической жизни в крае перед лицом смертельной опасности.

Опасения в Петербурге не оказались напрасными. Уже в июне 1813 года главнокомандующий армиями М. Барклай де Толли по результатам расследований издал приказ о передаче суду виновных в неповиновении и других преступлениях полицейских чиновников Подольской губернии и позволил губернатору графу К. Сен-При судить их военным судом [15, с. 575-576]. Причиной стало распространение ими панических настроений и слухов среди населения губернии, что привело к бегству всего губернского начальства из Каменца-Подольского в августе 1812 года и временной потери рычагов власти в губернии [16, арк. 67]. Приказ был распространен во всех западных губерниях империи, а такие беспрецедентные меры должны были укрепить общую дисциплину среди чиновничества, особенно уездного звена.

В 1818 году военный губернатор Каменца-Подольского А. Бахметьев получил награду от царя Александра I за создание «Проекта объединения Бессарабской области с Подольской губернией...», и в то же время совершенствования существующей военной инфраструктуры [17, с. 1]. Известно, что с 1816 года генерал-лейтенант, кроме основной должности, занимал пост полномочного наместника в

Бессарабии и отчитывался лично монарху. По его замыслу в «Проекте» речь шла о строительстве юго-западного тактического форпоста по левому берегу реки Днестр с дальнейшей перспективой накопления здесь войск и возможности внезапного и решительного наступления на Валахию и Придунайские княжества. Объединение же двух соседних административно-территориальных единиц под контролем военных властей должно стать надежной и целостной территориальной конфигурацией в случае необходимости внедрения военизированной системы управления. Формально в тот период эта территория управлялась согласно «Уставу создания Бессарабской области» Верховным Советом, частично выбранным и назначенным из представителей местных элит, который выполнял сугубо гражданские административные и судебные функции, подчинялась А. Бахметьеву и периодически отчитывалась перед Александром I [18, с. 3-4]. Показательным является тот факт, что военные администраторы без колебаний использовали материальные и финансовые ресурсы гражданских учреждений на подобные проекты и не обременялись за это никакой ответственностью и отчетностью. Только через двадцать лет, случайно, при ревизии Временной ликвидационной комиссией выяснилось, что Бахметьев самовольно взял из бюджета Подольской губернии 50 000 рублей, и потратил их на нужды войск в Бессарабии вместе с тогдашним командующим 2-й Армией генералом Л. Беннигсеном. Правда, эти деньги они не разворовали, а использовали по назначению, с сохранением финансовой отчетной документации, которая в качестве доказательства была предоставлена Подольским губернским правлением чиновникам комиссии на проверку [19, лл. 4-6]. Вполне возможно, что Бахметьев получил устное разрешение императора, и эти действия не были зафиксированы в документах из соображений секретности.

Уже через четыре года Александр I предпринял попытку создать первое постоянное военно-территориальное образование на западных границах империи. В июне 1822 года его указом князю цесаревичу Константину Павловичу, главнокомандующему Действующей армией, были подчинены Виленская, Гродненская, Минская, Волынская, Подольская губернии и Белостокская область со «...всеми властными правами и преимуществами» [20, с. 309]. Законодательно утвержденное доминирование военной власти над гражданской было первой попыткой унифицировать управление на стратегически важной территории на протяжении определенного временного срока. Это образование стало предтечей военных округов, появившихся в России только в 1862 году в ходе реформ царя Александра II. В то же время, пренебрежение устоявшимися территориальными конфигурациями ряда пограничных губерний и эксперименты по их оперативному объединению и подчинению вышестоящему военному начальству, а следовательно, смешения военной и гражданской власти, могло привести к хаосу в огромном государственном механизме в мирное время. Зато такое сочетание оказалось весьма эффективным противодействием тем вызовам, которые получила империя в конце 20-х – в начале 30-х гг. XIX в.

Такая практика прошла проверку во время польского восстания 1830-1831 гг., когда с его началом российским

властям стало ясно, что вооруженного противостояния не избежать. Подобно ситуации 1812 года, перед руководителями края была поставлена задача любой ценой не допустить распространения выступлений на Правобережную Украину. Николай I, через правительственный Сенат, в начале декабря 1830 года объявил: «По теперешнему состоянию дел в Царстве Польском, необходимо в соседних губерниях Подольской и Волынской объединить Гражданское управление с Военным, назначив генерал-адъютанта Я. Потемкина временным Военным Губернатором» [21, с. 2]. Он осуществлял оперативные исполнительные функции и координировал работу уездных учреждений по причине того, что через объявление почти сразу же военного положения эти губернии законодательно оказались в непосредственном подчинении главнокомандующему русской армией И. Дибича-Забалканского [22, с. 449-450]. Поэтому вопрос заключался только в уровне взаимоуважения и понимания между двумя генералами и осознания степени ответственности перед монархом за судьбу губерний, их социально-экономическое и политическое положение во время поисков и погони за отрядами повстанцев.

Именно в преддверии польского восстания, о чем свидетельствуют архивные материалы, появились первые устремления и сознательное тяготение к сотрудничеству и взаимодействию между местными органами власти и военными перед лицом потенциальных вооруженных выступлений, способных свергнуть существующий строй. В городе Киеве, не по разрешению, а именно по приказу военного губернатора Б. Княжнина горожане, как и в 1812 году, вновь сформировали вооруженный мещанский корпус для охраны города. Ремесленная управа выставила 1000 ремесленников из 16 цехов города [23, лл. 3-3об; 7-8]. Согласно отчетным данным Магистрата к губернатору, корпус в начале 1832 года насчитывал 500 всадников и более чем 2000 горожан «...с огнестрельным оружием, городскими пушками и собственной городской музыкой» [24, лл. 74-75]. Тем более, именно в это время из уездов до губернских центров стали поступать тревожные рапорты чиновников городских и уездных полиций. Так, Киевское губернское правление информировало киевского военного губернатора Б. Княжнина о «...брожениях среди владельцев имений и мелкой шляхты в Таращанском, Липовецком, Махновском и Уманьском уездах». Правление просило сообщить в воинские части, чтобы те были готовы к отражению антигосударственных выступлений местного населения губернии. Однако, несмотря на намерения и желания сторон, тотального и эффективного взаимодействия между этими институтами не было налажено. Во-первых, армия сразу же взяла на себя доминирующую функцию в борьбе с польским освободительным движением, оставив на заднем плане местное начальство; во-вторых, немалая часть местных чиновников-поляков оказалась в рядах повстанцев, и поэтому часто не было кому помочь армии. Правда, были отдельные случаи, когда уездные чиновники, сохранившие верность престолу, действовали совместно с военными в подавлении выступлений. Так командир отряда российских войск, «зачищавших» район Белой Церкви и соседние уезды, генерал-майор кавалерии Гельд ходатайствовал перед гу-

бернатором Желтухиным о награждении «Васильковского Земского исправника Титулярного Советника Кузьмина за действенность и усердие в борьбе с бунтовщиками» [25, лл. 7-13; 72-72 об].

После подавления польского патриотического сопротивления логическим завершением практики ситуативного доминирования военных в вопросах административно-управления во время военно-социальных конфликтов стало введение указом Сената от 24 февраля 1832 года на территории юго-западного края Киевского генерал-губернаторства в составе трех губерний. С самого начала сама должность генерал-губернатора была наделена сугубо милитаристским смыслом, а в штате его канцелярии «начальникам края» разрешалось иметь военных чиновников. В течение следующих 1832-1865 лет все пять киевских генерал-губернаторов: В. Левашов, В. Гурьев, Д. Бибииков, И. Васильчиков и М. Аненков, находясь на вершине властной пирамиды, стали не только проводниками усиления интеграционных процессов региона в состав империи, но и главными координаторами в вопросах, связанных с пребыванием армейских частей на подведомственных им территориях. Под их контролем, в контексте целенаправленной политики всесторонней русификации, в их поле зрения находилась организация и проведение рекрутских наборов, привлечение отставных военных на судебные и полицейские должности в уездах, привлечение польской молодежи на службу в армии. В июле 1862 года, после создания Киевского военного округа, полномочия руководителей выросли, под их командование попадали все воинские части на территории генерал-губернаторства. Сосредоточенность власти в одних руках доказала свою эффективность во время польского восстания 1862-1863 гг., когда армия активно использовалась для охраны границы в Волынской и Подольской губерниях; произошло создание чисто военных следственных комиссий и судов [26, с. 271-295].

Выводы и предложения. Замена властных структур Речи Посполитой и, как следствие, постепенное распространение российской государственности в крае с конца XVIII в., обеспечивались исключительно военно-административными мерами. Каждый из российских самодержцев первой половины XIX в. с начала своего царствования пытался улучшить местную управленческую систему Российской империи не только путем создания новых учреждений с более совершенной способностью их деятельности при условии сохранения принципа политического абсолютизма, а и возможности их быстрого приспособления к внутренним чрезвычайным ситуациям или условиям полномасштабной войны с внешним врагом. Введение общероссийских форм местного государственного управления на новоприсоединенных территориях с самого начала показало их частичное несовершенство и несоответствие местным условиям. Потому, с целью повышения эффективности исполнительной судебной и полицейской власти, структуры местной администрации находились под постоянным контролем наместников и военных губернаторов.

Попытки создания смешанных управленческих структур на некоторых территориях имели частичный или вре-

менный успех, связанный с выполнением определенных заданий и функций в экстремальных условиях двух российско-турецких войн 1806-1812 гг. и 1828-1829 гг., войны с Наполеоном 1812 года и польского восстания 1830-1831 гг. В мирное время потребность в исключительно военном стиле управления и содержании штабного управленческого аппарата на этих территориях отпадала. Именно борьба достоинств и недостатков милитаристского стиля управления с гражданским не давала российским самодержцам до 1832 года окончательно избрать форму, наиболее эффективно подходящую под социально-экономические и политические реалии Правобережной Украины – одного из наиболее важных стратегических районов империи.

Список литературы

1. Бармак М. Формування владних інституцій Російської імперії на Правобережній Україні (кінець XVIII – перша половина XIX ст.): монографія / М. В. Бармак. – Тернопіль: Астон, 2007. – 512 с.
2. Реєнт О. Деякі проблеми історії України XIX – початку XX ст.: стан і перспективи наукової розробки / О. П. Реєнт // Український історичний журнал. – 2000. – № 2. – С. 5–10.
3. Реєнт О. Україна XIX-XX століть / О. П. Реєнт // Роздуми та студії історика / відп. ред. В. А. Смолій. - Корсунь-Шевченківський: ФОП Майдаченко І. С., 2009. – 486 с.
4. Шандра В. Генерал-губернаторства в Україні: XIX – початок XX століття / В. С. Шандра – К.: НАН України. Ін-т історії України, 2005. – 427 с.
5. Філінюк А. Правобережна Україна наприкінці XVIII – на початку XIX століття: тенденції розвитку і соціальні трансформації: монографія / А. Г. Філінюк. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2010. – 728 с.
6. Скрипник А. Державні установи Подільської губернії 1793-1914 рр.: монографія / А. Ю.Скрипник. – Кам'янець-Подільський: ПП. Мошинський В.С., 2012. – 228 с.
7. Мацко Н. Військова політика Російської імперії на Правобережній Україні (1792-1874 рр.): дис. ... к-та. істор. наук.: 07.00.01. / Н. В. Мацко. – Тернопіль, 2012. – 200 с.
8. Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА), ф. 26, оп. 3, д. 116, л. 258.
9. Центральний державний історичний архів України у м. Києві (ЦДІАК України), ф. 533, оп. 1, спр. 1214, арк. 1.
10. Там же, КМФ 12, оп. 1, спр. 31, арк. 5.
11. Полный свод законов Российской империи (ПСЗ). – Собр 1. – Т. XXXII. – № 25035. – СПб., 1830 – 1107 с.
12. ЦДІАК України, ф. 533, оп. 1, спр. 1531, арк. 1-3.
13. Державний архів міста Києва (ДАК), ф. 1, оп. 2, спр. 190, арк 1-1зв.
14. ПСЗ. Собр 1. – Т. XXXII. – № 25468. – СПб., 1830. – 1107 с.
15. РГВИА., ф. ВУА. Отечественная война 1812 года, д. 3505, л. 298.
16. ПСЗ. Собр. 1. – Т. XXXII. – № 25397. – СПб., 1830. – 1107 с.
17. Державний архів Хмельницької області, ф. 69, оп. 1, спр. 93, арк. 67.
18. Высочайший рескрипт // Русский инвалид. № 114. – 19 мая 1818 г. – С. 1.
19. Крупенский А. Полный список лиц, избранных бесса-

рабским дворянством на областные, губернские и уездные должности со времени присоединения Бессарабии к Российской империи по 1912 год. С историческим введением / А. Н. Крупенский. – С.- Петербург. : 1912. – 173 с.

19. ЦДІАК України, ф. 442, оп. 71, спр. 381, арк. 4-6.

20. ПСЗ. Собр. 1. – Т. XXXVIII. – № 29087; № 29088. – СПб., 1830 – 1354 с.

21. Указ Правительственному Сенату. Внутренние известия // Русский инвалид, № 309. – 4 декабря 1830 г. – С. 2.

22. ПСЗ. Собр. 2. – Т. V. – Отд. 2. – № 4155. – СПб., 1831.

– 596 с.

23. ДАК, ф. 1, оп. 2, спр. 1626, арк. 3-3 зв; 7-8.

24. ЦДІАК України, ф. 442, оп. 1, спр. 474, арк. 74-75.

25. ЦДІАК України, ф. 533, оп. 2, спр. 806, арк. 7-13; 72-72 зв.

26. Шандра В. Генерал-губернаторства в Україні : XIX – початок XX століття / В. С. Шандра. – К. : НАН України. Ін-т історії України, 2005. – 427 с.

BRONZE BRACELETS – THE CASH EQUIVALENT OF THE BRONZE AGE

Gajar Chingiz Oveys

Doctor of Physical and Mathematical Sciences

The full member National Academy of Sciences of Azerbaijan

Soltanova Nazila Baghir

Doctor of philosophy

Associate Professor of the Institute of physics of ANAS

Karayeva Leyla Vahid

Graduate student

Institute of physics

National Academy of Sciences of Azerbaijan

Rahimov Nizami

Director of the State Museum of History of Nakhchivan AR

ABSTRACT

This article deals with issues on the weight and monetary system of the Bronze Age and the Iron Age in Azerbaijan. The basic weight unit of that time called as the «Caucasian shekel» had its parallel functioning in the form of payment equivalents. The Bronze bracelets merged on the basis of that system. They functioned as money and at the same time as the weight standard. The article presents a new version of the system with respect to the weight of that time.

Key words: sickle, bronze, bracelets, numismatics, the weight and the monetary system.

Creations of past generations allow today to speak about the achievements of modern science. The famous French archaeologist Jacques Jean-Marie de Morgan (1857-1927) writes: «It is necessary to know the secret of reading of the ancient creations in order to understand correctly the meaning and significance of the ancient creations and to judge about the life of their creators [3, p.6].

Archaeological findings of scientists lead us to the extreme antiquity. A great number of products performing the function of money is known before the advent of coined money. The ingots of precious metals (copper, bronze, silver, gold) were the last products meeting the requirements of universal equivalent. Metals are more suitable material regarding their physical properties for playing the role of a universal equivalent with their all characteristic features. Depending on the geographic region, each nation had its own equivalent. Then more universal functionary–coined money appeared.

The transformation of primitive barter into the public process with the criteria of comparing the value of the products in the territory of Azerbaijan started around the centuries XIII -XI BC and accelerated nearly in the VIII - VII centuries BC They had all conditions – geographic, sources of various raw materials, water and land opportunities, the population density for this purpose. [1, p.172]

In 1890 the French archaeologist Jacques de Morgan conducted archaeological excavations in the south - eastern region of Azerbaijan and discovered ancient burial places with rich decoration. There were enough bronze bracelets among the

findings. Morgan noted that «the ingots in the form of bracelets presented a special kind of banknote of certain weight in the era of railway industry.» [3, p. 275]

The archaeological findings in the excavations on the territory of Azerbaijan allow to speak about the cash equivalent of the Bronze and Iron Ages - bronze bracelets functioning on this territory. More than 70 similar bracelets were found on the skeleton found in the burials in Mingechevir.

The main unit weight of bronze bracelets per Morgan was 8.2 grams which was called «Caucasian shekel.» [1, p. 152]

The Assyrian - Babylonian shekel (the shekel) is equal to 10-11 grams. Shekel (shekel) is a Hebrew word (II thousand. BC. E.), which translation means to weigh. Jewish shekel is about 9-17 grams. Shekel in the average weight equal to 8 grams, was a quite popular financial equivalent of the international trade of the XIX century. BC. [5, p. 22], [7, page 12]

Bracelets in question were made by certain weight standard. After the analysis of the bracelets from the archaeological fund MIA the well-known numismatist Ali Rajabli considers that the initial weight norm for these bracelets is 10 gr. He identified four groups disposed in the quarterly order - 1, 2, 4, 8 - with an average weight, respectively: 10, 20, 40, 80 c. [7. 12]. Indeed, an amazing weight system is obtained in which bronze bracelets acting as means of payment and weight units merged in the antiquity.

At the beginning, the metal presented itself extremely valuable material, it was protected with great care. The last periods of polishing stone of various nations are concern to the nascent

metallurgy. Use of copper is followed by obtaining bronze.

Bronze is an alloy of copper and tin. The ancient world was rich in copper and tin was not so much. The alloy has more hardness than the red copper-soft, lightweight metal. However, copper can receive the hardness not only through alloy with tin. Increase of small doses of arsenic, antimony or zinc also changes the molecular composition of copper.

Already in ancient times the people tried to produce alloys. An alloy giving necessary qualities to copper for weapons, tools should contain tin in the ratio of 10 to 100. The change of the given ration gives the brittle alloy. Because primitive metallurgists of these times did not possess modern scientific methods and could act only groping, the consecutive samples with tin content in the bronze tools and things are very different. While calculating the density of the bronze bracelets studied by us we were faced with these inaccuracies. Nevertheless, the desired tin content in the alloy for the ancient times ranged from 10 to 18%.

Even the first metallurgists found deposits of copper and tin in the virgin form; they seem to be in the form of oxidized ores and it was enough to melt them on the restorative charcoal fire in order to extract the metal. Tin was extracted by washing the sand. [2, p. 10]

The question arises whether the bronze was prepared by combining certain proportion of its two constituent elements in metal form, or ores were mixed before smelting? The latter assumption is more suited to the real facts, which can be explained by the difference of tin content in the alloy.

Thanks to intensive improvement of bronze technology and specialization of ancient Azerbaijan tribal and communities in ore mining and metal working, the development of productive forces was accelerated, foreign relations and trade barter borders were significantly expanded. Trading began which required universal equivalent.

There was their own copper in the Caucasus which was also exported and tin was mainly imported.

Bronze bracelets, rings of different sizes and weights encountered in burials at the end of the II- at the beginning of

the I millennium BC can be considered the first metal money in Azerbaijan.

Besides these bracelets in question, no other items made referring to some weight standard or weight system are known yet. Therefore, we can't classify a given weight rate to any weight system. But the weight norm of the bronze bracelets is 8-11 oz., it is nearly identical to the youngest unit of the Assyrian - Babylonian weighing system - shekels (shekel), which was applied in the territory of Azerbaijan without the influence of the developing commodity - money relations and trade ties with the highly developed civilizations of the Near East

Numerous findings of gold and silver articles belonging to the late Bronze Age and the beginning of Iron Age (XII - IX centuries BC) found during archaeological excavations in the territory of Azerbaijan allow to state that gold and silver were well known in ancient Azerbaijan as noble metals. It shall be noted that the share of shekel was considered mainly for payments in precious metals, gold and silver which were international means of payment of that time. [6, p. 46]

Our weighing of bronze bracelets kept in the State Museum of History of Nakhchivan and found during excavations Kizilburun, Garabaghlar and Julfa (Nakhchivan AR) and bracelets found in Tovuz showed nearly above the marked unit - 8 - 10 grams.

Such question arises: why weight unit is exactly 8 - 10 grams?

Exploring these bronze bracelets we had an interesting version concerning the weighing system (weighing units) by which similar bracelets were made (merged). The main unit weight of bronze bracelets, 8.2 g is the «Caucasian shekel,» known as a weight unit of its time, it coincides with the density of bronze in digital form. The density of tin bronze is $\rho = 8,6 - 9,3 \text{ g / cm}^3$ (90% Cu, 10% Sn) and of phosphor bronze is $\rho = 8,7 - 8,9 \text{ g / cm}^3$ (92.5% Cu, 7% Sn, 0.5% P). In all likelihood, the metallurgists of that time possessed the information on the density of bronze in some primitive form and the principal weight unit of the trading system of that time - shekel was determined on the basis of this value.

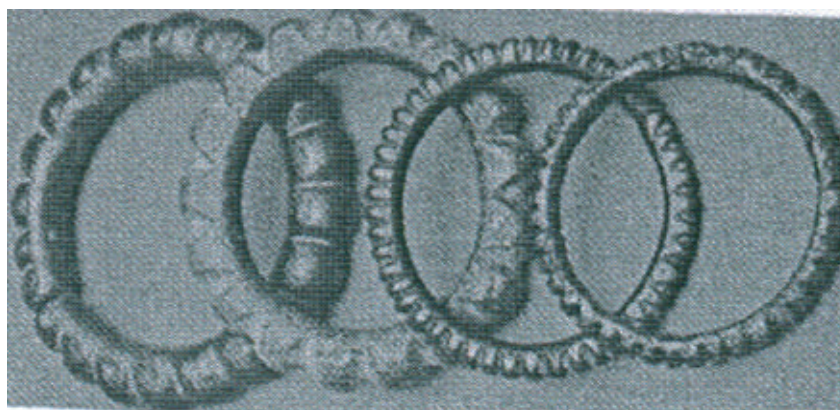


Fig 1. Bronze bracelets belonging to the beginning of the Iron Age. They were found in the archaeological excavations in Garabaghlar (Nakhchivan AR).



Fig. 2. Bronze bracelets found in Tovuz [4, p. 9]

Nakhchivan					Tovuz				
M (g)	360	270	90	80	39	61	19	66	56
M (g)	10							8	

	Nakhchivan				Tovuz				
m (g)	360	270	90	80	66	61	56	39	19
P (g/m ³)	6	7.7	10	10	8.2	8.7	8	5.5	4
M (schekel)	45	33	11	10	8	7.5	7	4.7	2.3

Links:

1. Бабаев И.А. Города Кавказской Албании в IV в. до н. э. – III в. н.э. Baku, Elm, 1990. p. 236.
2. Древний Восток и античная цивилизация. St. Petersburg, State Hermitage, 1988, p. 136.
3. Жак де Морган. Доисторическое человечество. Moscow- Saint Petersburg, State publishing house, 1926, p. 315.
4. Qacar Ç.O. Mizandarlıq. Baku, East-West, 2010, p. 136.
5. Марков А.К. Древняя нумизматика. Part I. St. Petersburg, A.P.Lopukhin's publishing house, 1901, p. 222.
6. Пахомов Е.А. Клады Азербайджана и других республик и краев Кавказа. Baku, AzFAN publishing house, 1938, p. 101.
7. Раджабли А. Нумизматика Азербайджана. Baku, Elm ve hayat, 1997, p. 232.

SOCJOLOGIA - СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО КЛАСТЕРА ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЕЖИ НА ПРИМЕРЕ Г. ЯКУТСКА

Kulakovsky G.P.

Candidate of economics

Scientific-Research Institute of Regional Economy of the North

North-Eastern Federal University

Alekseeva K.I.

Research worker

Scientific-Research Institute of Regional Economy of the North

North-Eastern Federal University

MECHANISMS OF REALIZATION OF A REGIONAL CLUSTER OF PATRIOTIC EDUCATION OF YOUTH ON THE EXAMPLE OF YAKUTSK

АННОТАЦИЯ

Патриотическое воспитание способствует формированию социально активной личности, обладающей чувством гражданского достоинства, высокого патриотического сознания, верности Отечеству, готовности к выполнению конституционных обязанностей по защите интересов Родины.

ABSTRACT

Patriotic education promotes formation of socially active personality having feeling of civil advantage, high patriotic consciousness, fidelity to the Fatherland, readiness for performance of the constitutional obligations for protection of interests of the Homeland.

Ключевые слова: Патриотическое воспитание, социальный фактор, Северо-восток России

Key words: Patriotic education, social factor, Northeast of Russia

Становление гражданского общества и правового государства в нашей стране во многом зависит от уровня гражданского образования и патриотического воспитания. Большой вклад в формирование гражданской личности, сочетающей в себе нравственную, правовую и политическую культуру должна внести пропаганда патриотизма в нашей республике. Это многоплановая, целенаправленная и скоординированная деятельность государственных органов, общественных объединений и организаций по формированию у детей и молодежи высокого патриотического сознания, чувства верности своей Родине, готовности к выполнению гражданского долга, важнейших конституционных обязанностей по защите интересов общества. Эта деятельность включает в себя социальные, целевые, функциональные, организационные и другие аспекты, обладает высоким уровнем комплексности, то есть охватывает своим воздействием все поколения, пронизывает все стороны жизни: социально-экономическую, политическую, духовную, правовую, педагогическую, опирается на образование, культуру, историю, государство, этносы. Поэтому в настоящее время гражданско-патриотическое воспитание несовершеннолетних на примере ветеранов Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий, ветеранов тыла, является исключительно важной частью развития подрастающего поколения.

Одним из перспективных направлений реализации модернизационного сценария развития региона является

стимулирование и поддержка процессов формирования «инновационных центров развития» и воспроизводства человеческого капитала. Эффективной формой такого центра в регионе, нацеленного на интеграцию новых идей, технологий и человеческого потенциала может стать региональный кластер патриотического воспитания детей и молодежи при содействии ветеранов Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий и ветеранов тыла. Формирование такой структуры - это процесс интеграции, упорядочения и синхронизации функционирования разобщенных субъектов образования, культуры, молодежной политики, общественных организаций.

Патриотическое воспитание предполагает формирование у молодого поколения общественно значимых ориентаций, гармоничного сочетания личных и общественных интересов, преодоление чуждых обществу процессов и явлений, разрушающих его устои и потенциал созидания. Механизмы реализации предусматривают охват патриотическим воспитанием социальных категорий несовершеннолетних совместно с советом ветеранов войны и труда.

На сегодня в Республике Саха (Якутия) количество малообеспеченных семей составляет 12200, многодетных малообеспеченных семей 3529, приемных детей и детей, находящихся под опекуном и попечительством 930, детей сирот 362, детей, попавших в трудную жизненную ситуацию 237.[1]

Состав социально незащищенных несовершеннолетних по городу Якутску

Наименование льготников	На 01.01.2013
Дети из малообеспеченных семей	12200
Дети из малообеспеченных многодетных семей	3529
Приемные дети и дети, находящиеся под опекуном и попечительством	930
Дети сироты	362
Дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию	237
Всего	17258

Для решения основных задач в области гражданско-патриотического воспитания подрастающего поколения, в рамках повышения качества жизни людей пожилого возраста, необходим комплекс организационных, культурных и воспитательных мероприятий.

Предлагаемые механизмы реализации патриотического воспитания отражают необходимый обществу и государству социальный заказ на воспитание гражданина своей Родины, патриота с активной жизненной позицией. Конечным результатом должна стать активная гражданская позиция и патриотическое сознание, как основа личности гражданина России, способствование активному долголетию ветеранов, укреплению общественного уважения к ним, недопущения принижения их роли в героическом прошлом страны, активное вовлечение ветеранов в работу по патриотическому и нравственному воспитанию молодежи, усилению роли ветеранских организаций. Все это свидетельствует о необходимости продолжения работы, направленной на решение всего комплекса проблем гражданско-патриотического воспитания и об актуальности этой работы.

Выбор кластерного подхода как основания механизмов реализации патриотического воспитания приобретает особую значимость, так как вне интеграционных процессов образования и иных институтов социализации полностью теряется современное представление о человеке инновационного будущего и его развитии. Кластер патриотического воспитания, представляющий собой летний спортивно-патриотический лагерь, будет располагаться на территории музейного комплекса под открытым небом «Дружба». Он рассматривается как центр инновационного развития региона: распространения инноваций, формирования человеческого капитала нового качества, обеспечение высокой культуры межнациональных отношений и развития социальных институтов, ориентированных на решение задач патриотического воспитания подрастающего поколения.

Основной целью кластера является патриотическое воспитание подрастающего поколения города Якутска, способствующее формированию социально активной личности, обладающей чувством гражданского достоинства, верности Отечеству, готовности к защите интересов Родины, способной к жизнедеятельности в изменяющемся мире, преодолению вызовов истории и современности, готовой к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации на благо Отечества. Участие детей обеспечит их социальную успешность, ответственность перед семьей,

обществом и государством, они смогут в будущем занять активную гражданскую позицию.

Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи:

- консолидация деятельности образовательных учреждений, ветеранских, молодежных и других общественных организаций, творческих союзов по решению комплекса проблем по патриотическому воспитанию;
- создать систему мероприятий патриотической, исторической, воспитательной и образовательной направленности, включающие формирование у подрастающего поколения уважения к старшему поколению, гордости за историю своей Родины;
- адресная социальная поддержка ветеранов в рамках волонтерского движения;
- расширение и активизация исторических знаний у всех участников социального кластера;
- способствовать формированию у подрастающего поколения чувства сопричастности к истории и ответственности за будущее страны;
- активно формировать у подрастающего поколения компетенции в сфере правовых отношений;
- формировать у подрастающего поколения систему знаний, уважения и интереса к государственным символам России;
- изучать историю родного края, культуру своего народа;
- формировать экологическое поведение;
- формировать у подрастающего поколения позитивный образ Российской Армии;
- содействовать развитию, популяризации и пропаганде различных видов спорта, укреплению здоровья и физического развития подрастающего поколения;
- формирование инновационного кластера патриотического воспитания, как центра по развитию социально активной личности.

Механизмы реализации предусматривают разработку и реализацию комплекса мероприятий по повышению качества жизни людей пожилого возраста путем патриотического воспитания подрастающего поколения по следующим направлениям:

1. Для организации отдыха и культурного досуга ветеранов и занятости социально незащищенных детей организуется кластер - летний выездной спортивно-патриотический лагерь, размещение детей – палаточное, людей пожилого возраста - комфортабельные домики гостиничного типа, которые будут располагаться на территории музейного комплекса. Площадь охраняемой природной

территории, прилегающей к музейному комплексу, занимает 1583 га.

Целью музея-заповедника является пропаганда братского содружества русского, якутского и других народов, эстетического, патриотического и интернационального воспитания, содействие сохранению и приумножению культуры народов республики. На сегодняшний день Ленский государственный историко-архитектурный музей-заповедник (ЛГИАМЗ) «Дружба» является одним из крупнейших культурных и экскурсионных объектов Республики Саха (Якутия).

В перспективе предполагается разработка интегрированной познавательной программы на основе активного участия ветеранов ВОВ и тыла и подрастающего поколения в мероприятиях, наряду с культурным отдыхом. В музейном комплексе активно проводится пропаганда здорового образа жизни.

Тематика музея, его расположение, история и экскурсионная программа содействуют развитию культуры, патриотическому воспитанию и любви к своему народу и к своей Родине.

В создании системы патриотического воспитания, немаловажную роль играет деятельность исторических, образовательных музеев, находящихся на территории ГО «город Якутск», а также за ее пределами программа летнего совместного лагеря, также включает в себя организацию экскурсионных поездок в тематические музеи. Музеи призваны стать информационной базой для проектной и исследовательской деятельности подрастающего поколения.

2. Организация встреч с ветеранами ВОВ, военнослужащими, участниками боев в «горячих» точках, являются лучшим примером патриотического воспитания молодежи.

Кластер в своей основе затрагивает решение вопросов гражданского, духовного и нравственного воспитания нынешнего и будущего поколения горожан, а также сохраняет непрерывность процесса по формированию патриотического сознания молодых людей как нравственной основы их активной жизненной позиции.

Воспитание гражданственности и патриотизма у современного подрастающего поколения формируются на традиционных фундаментальных основаниях. Механизмы кластера предполагает активизацию деятельности ветеранских организаций по военно-патриотическому воспитанию граждан и привлечение к совместной деятельности всех структур власти города и общественных организаций в решении широкого спектра проблем патриотического воспитания подрастающего поколения, а также передачу исторического опыта по защите Отчизны подрастающему поколению.

Данное мероприятие включает в себя волонтерскую и гуманитарную помощь подрастающим поколением, для повышения качества жизни ветеранов, чтобы в будущем сохранить в обществе дух уважения к старшему поколению и дух патриотизма, поддержать вокруг ветеранов тот моральный климат, которого они достойны.

Системой мер по активизации работы по патриотическому воспитанию подрастающего поколения города предус-

матривается:

- передача героического и жизненного опыта ветеранов подрастающему поколению ГО «город Якутск»;
- адресная социальная поддержка ветеранов;
- волонтерская помощь ветеранам ВОВ и тыла;
- определение приоритетных направлений работы по патриотическому воспитанию;
- методическая подготовка ветеранов-активистов в ветеранских организациях для их участия в выступлениях перед детьми и молодежью с использованием ими интерактивных средств обучения и отображения информации;
- вручение памятных подарков от лица молодого поколения старшему.

3. Формирование из подрастающего поколения личности гражданина и патриота России с присущими ему ценностями, взглядами, ориентациями, интересами, установками, мотивами деятельности и поведения, является залогом успешного решения более конкретных задач по подготовке к реализации функции защиты Отечества, к военной и другим связанным с ней видам государственной службы.

В современных условиях, когда решается проблема профессионализации личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов, значительно возрастает роль допризывной подготовки молодежи. Это предполагает более глубокую и последовательную дифференциацию, основательную и всестороннюю разработку в соответствии с теми конкретными задачами (и прежде всего практического характера), которые возлагаются на защитников Отечества в процессе прохождения военной и других связанных с ней видов государственной службы.

Допризывная подготовка подрастающего поколения характеризуется значительно большей конкретной и деятельной направленностью. Комплекс мероприятий включает в себя физическую подготовку подрастающего поколения, популяризацию и пропаганду различных видов спорта, мероприятия по оздоровлению, проведение спартакиад и военно-патриотических массовых игр.

Допризывная подготовка призвана обеспечить глубокое понимание каждым молодым человеком своей роли и места в служении своей Родине, основанном на высокой личной ответственности за выполнение требований военной и государственной службы, убежденность в необходимости выполнения функции защиты Отечества в современных условиях, формирование основных качеств, свойств, навыков, привычек, необходимых для успешного выполнения обязанностей в рядах Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов. Основой содержания допризывной подготовки, как части военно-патриотического воспитания являются любовь к Отечеству, верность гражданскому и воинскому долгу, воинская честь, храбрость, стойкость, самоотверженность, доблесть, мужество, взаимовыручка.

Социальный эффект развития кластера выражен в адресной поддержке ветеранов города Якутска, в проведении культурно-массовых мероприятий, способствующих активному долголетию ветеранов, укреплению общественного уважения к ним, недопущения принижения их роли в героическом прошлом страны, активное вовлечение ве-

теранов в работу по патриотическому и нравственному воспитанию населения, молодежи и усилению роли ветеранских организаций.

Реализация регионального кластера патриотического воспитания будет способствовать достижению эффективных результатов в осуществлении социально-экономической политики, что обеспечит выполнение мероприятий патриотической направленности среди подрастающего социально незащищенного поколения в рамках повышения качества жизни людей пожилого возраста и позволит достичь следующих результатов:

- организация летнего культурно-досугового отдыха людей пожилого возраста совместно с летней занятостью социально незащищенной молодежи несовершеннолетнего возраста;
- обеспечение определенной материальной поддержки

ветеранов;

- реализация интеллектуальных и культурных потребностей старшего поколения;
- увеличение доли молодых людей, вовлеченных в деятельность общественных объединений гражданско-патриотической направленности;
- увеличение количества молодежи допризывного возраста, принявшей участие в оборонно-спортивных мероприятиях и военно-полевых сборах;
- снижение доли молодых людей, негативно воспринимающих воинскую обязанность и военную службу.

Список использованной литературы:

1. Государственная программа «Социальная поддержка граждан в Республике Саха (Якутия) на 2012 - 2016 годы».

РЕГУЛИРОВАНИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКОМ И ПОЛУЧАТЕЛЕМ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Маргарита Владимировна Вдовина,

Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы, доктор социологических наук, профессор кафедры теории и технологии социальной работы

THE REGULATION OF CONFLICT BETWEEN SOCIAL WORKER AND RECIPIENT OF SOCIAL SERVICES

Margarita Vladimirovna Vdovina, The Institute of additional professional education of social workers, Doctor of sociological Sciences, Professor of the Department theory and technology of social work

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены причины, способы профилактики и разрешения конфликта между социальным работником и получателем социальных услуг. Уделено внимание личным и профессиональным качествам социального работника, способствующим предупреждению конфликта. Указаны конструктивные и деструктивные способы вмешательства в конфликтную ситуацию, которых, по возможности, следует избегать.

ABSTRACT

The article discusses the causes, ways of prevention and solution of conflict between social worker and recipient of social services. Attention is paid to the personal and professional qualities of a social worker, contributing to the pre-vention of conflict. Specified constructive and destructive interventions in conflict situation, which, if possible, should be avoided.

Ключевые слова: социальный работник, получатель социальных услуг, регулирование конфликта

Key words: social worker, recipient of social services, regulation of the conflict

Одной из актуальных проблем социальной работы является регулирование конфликта между социальным работником и получателем социальных услуг. Безусловно, он не изолирован от иных типов конфликта (семейного, трудового и др.), но в определенной мере именно этот тип конфликта зачастую является первичным и наиболее значимым в организации социального обслуживания. Поэтому его предотвращение и разрешение – достаточно серьезная и сложная тема.

Обобщая различные теоретические подходы к изучению конфликта, можно сказать, что конфликт – это особый вид взаимодействия индивидов, социальных групп. Он представляет собой столкновение разнонаправленных сил и противоборство двух и более противостоящих сторон. Это противоборство вызвано невозможностью одновременного удовлетворения потребностей людей, предполагает пересечение интересов, осознание ущемления своих интересов и отношение к противоположной стороне как противнику и «виновнику» проблемы [1, 22].

Конфликт вытекает из статусных, ролевых, ценностных, нормативных и иных духовных и материальных различий индивидов, которые они считают существенным затруднением в общении. В процессе конфликта происходит разрешение острого противоречия, основанного на несовместимости интересов, целей, ожиданий, взглядов, действий и т.п. Конфликтное взаимодействие людей связано с негативными эмоциями, стрессами и т.д. [2, 41].

Как показывает практика, чаще всего причинами конфликта социального работника и получателя социальных услуг являются:

- Особенности личности (вспыльчивость, агрессивность и т.п.)
- Межличностная несовместимость работника и получателя услуг
- Нарушение норм морали и права
- Низкий уровень профессионализма социального работника
- Неудовлетворенность получателя качеством обслужи-

вания

- Нерациональная организация труда социального работника
- Неполнота или искажение информации
- Барьеры коммуникации (проблемы диалога, взаимопонимания сторон и т.д.)
- Инновации (страх и непринятие нового, боязнь и нежелание изменения привычного образа жизни и пр.)
- Противоречивое влияние родственников получателя услуг и др.

Выделение каждой из этих причин условно, поскольку в повседневной практике они, как правило, взаимосвязаны и воздействуют на динамику конфликта комплексно. Соответственно, предупреждение и разрешение конфликта также требует комплексного подхода.

В 2014-2015 гг. нами было проведено исследование конфликтных ситуаций между получателями социальных услуг и социальными работниками отделений социального обслуживания на дому Центра социального обслуживания (ЦСО). Исследование осуществлено социальным работником ГБУ ЦСО «Троицкий» г. Москвы Т. В. Воронцовой (научный руководитель – д. соц. н. М. В. Вдовина). Методы исследования – включенное наблюдение, анализ документов, опрос.

Как показало исследование, среди получателей социальных услуг 38% – это люди 80-89 лет. Большинство из них являются инвалидами 2-й группы по разным причинам. В основном, страдают потерей зрения и слуха, что усложняет процесс коммуникации и создает барьеры в общении. Кроме этого, у пожилых получателей социальных услуг существуют проблемы с памятью. У некоторых – старческая деменция, болезнь Альцгеймера. Среди них есть те, кто совсем не встает с кровати. Большинство клиентов практически не выходят из дома. Эти и другие физиологические и психологические барьеры общения, несомненно, затрудняют процесс коммуникации и нередко способствуют конфликтам с обслуживающими их социальными работниками.

На все жалобы, поступающие от получателя социальных услуг, отвечает, прежде всего, заведующая отделением социального обслуживания на дому. Вместе с социальным работником она проводит переговоры, выслушивает все стороны. По результатам изучения ситуации составляется акт. В нем записываются причины обращения гражданина и результат переговоров. Акт подписывает получатель услуг.

При опросе получателей услуг они утверждали, что у них нет конфликтов с социальными работниками, они им полностью доверяют. Однако, по результатам опроса социальных работников, это не так. Поэтому опрос пожилых людей был прекращен. Возможно, пожилые люди не говорили открыто, боясь, что социальный работник узнает об их жалобах.

Для углубления исследования бесконфликтного общения было проведено анкетирование социальных работников. По разработанной нами анкете опрошено 35 человек. Все опрошенные социальные работники – женщины. Средний возраст респондентов составляет 42 года. Стаж работы варьируется от 2,5 до 27 лет. Средний стаж работы

составляет 8 лет.

Большинство социальных работников (74%) имели конфликты с пожилыми людьми при обслуживании. 80% считают, что конфликты в общении неизбежны. 57% социальных работников не считают себя виноватыми в конфликтной ситуации, 25% признают себя частично виноватыми, и только 17% признают свою вину. Скорее всего, большинство конфликтов провоцируют сами социальные работники, сами того не понимая. Больше половины – 60% социальных работников считают, что им недостаточно знаний в разрешении конфликтных ситуаций. Большинство социальных работников не имеют специального образования, и им приходится полагаться на свой жизненный опыт.

На вопрос: «Считаете ли вы, что если в процессе выполнения услуги случился конфликт, то услуга выполнена некачественно?» – 35% ответили «Да», 65% – «Нет».

Если смотреть с позиции удовлетворенности получателя услуг, то можно сказать, что конфликт – это некачественное выполнение услуги. С другой стороны, хуже, если услуга выполняется некачественно, а получатель молчит, конфликта не происходит. Конфликт в данном случае выполняет сигнальную функцию. Грамотное разрешение такого конфликта приведет к улучшению качества обслуживания.

На вопрос о том, какие принципы способствуют бесконфликтному общению, исследуемые ответили единогласно – толерантность, гуманизм, эмпатия, вежливость.

По мнению всех опрошенных социальных работников, доброжелательность является важным условием бесконфликтного взаимодействия. Доброжелательные, любезные, приветливые, дружелюбные люди легко идут на контакт, соблюдают этические нормы, приятны в общении.

Стрессоустойчивость, по мнению 100% респондентов, помогает социальным работникам «держаться в руках» в конфликтных ситуациях, выходить из этих ситуаций с наименьшими потерями.

Чувство юмора 94% определили как важное условие профилактики конфликтов. Всегда можно при возникновении противоречия уйти от конфликта с помощью шутки, «снять напряжение» между оппонентами. Важны также красноречие, как отметили 77%, умение слушать (65%).

Наблюдательность, как полагают 77% опрошенных, помогает социальному работнику определить состояние партнера по общению и скорректировать свое поведение, перевести разговор «в нужное русло», заметить предконфликтную ситуацию и вовремя изменить поведение. Наблюдательные люди часто с первого взгляда определяют, какой человек перед ними.

Чуткость и эмпатия, уверены 71% респондентов, снимают в общении барьеры коммуникации, тем самым способствуют профилактике конфликтов. Если у социального работника нет достаточно сочувствия к получателям социальных услуг, нет понимания их нужд и проблем, – это серьезная ошибка.

Для 51% респондентов внешний вид социального работника тоже имеет значение в профилактике конфликтов. Всем нравятся красивые, аккуратные, хорошо выглядящие люди. Они располагают к себе. Тем самым также сни-

маются барьеры общения, и информация воспринимается лучше.

На вопрос: «Что может привести к конфликту?» – социальные работ-ники назвали ряд конфликтогенов (рис. 1):



Рис. 1. Конфликтогены, способствующие конфликту с получателем услуг (число назвавших их социальных работников)

Почти все респонденты считают, что знание коммуника-тивных тех-нологий могут помочь в профилактике и раз-решении конфликтов и хотели бы пройти обучение таким технологиям.

На вопрос: «Вы всегда настаиваете на своем?» – 97% соци-альных работников ответили отрицательно, показав тем самым готовность при-нять сторону получателя услуг, продемонстрировать толерантность, яв-ляющуюся прин-ципом бесконфликтного взаимодействия.

Общение с получателями социальных услуг – тяжелый труд. Ведь пожилые люди часто пересказывают свою жизнь, говорят о потерях, бо-лезнях. Беседа с пожилыми получателями услуг, по результатам опроса социальных

работников, занимает у них от 20 минут до 2 часов. Во время беседы большинство социальных работников (71%) выступают слушате-лями, каждый третий ведет диалог. Диалог является наиболее приемлемой формой бескон-фликтного общения.

По степени сложности среди нескольких популярных услуг 42% ре-спондентов поставили беседу на 1-е место. После общения с получателями социальных услуг 68% соци-альных работников чувствуют усталость, опу-стошен-ность, даже если конфликта нет. Состояние социальных работников после общения с получателями услуг показано на рис. 2.

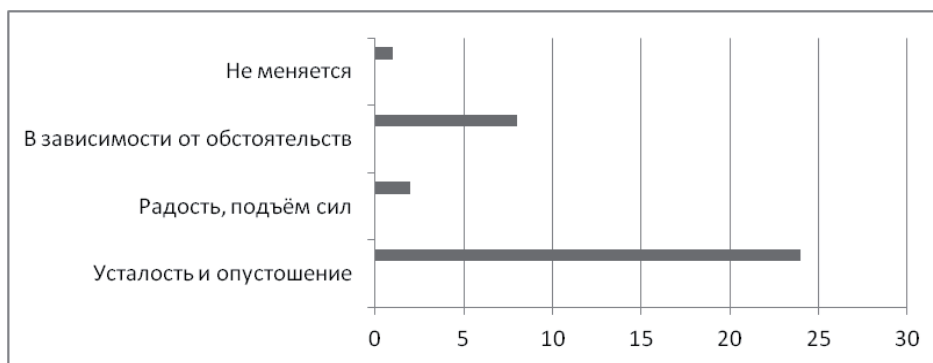


Рис. 2. Состояние социальных работников после общения с пожилыми получателями услуг (число ответивших)

По результатам включенного наблюдения, анализа жа-лоб получате-лей социальных услуг и докладных записок социальных работников, их опроса, можно обобщить ос-

новные типы конфликтных ситуаций, возника-ющих при обслуживании пожилых людей на дому, и возможные спо-собы их разрешения и профилактики (табл. 1).

Таблица 1

Основные типы конфликтных ситуаций с получателем социальных услуг и возможные способы их разрешения и профилактики

Конфликтная ситуация	Вероятные причины	Способы разрешения	Возможная профилактика
«Не посоветовалась»	Нарушение согласованности действий социального работника с интересами клиента	Извинение перед получателем услуг, заверение его в том, что больше этого не повторится	Всегда по всем вопросам, касающимся интересов получателя услуг, необходимо согласовывать с ним свои действия
«Слухи»	Нарушение конфиденциальности	Извинение перед получателем услуг, заверение его в том, что больше этого не повторится	Никогда не следует нарушать принцип конфиденциальности
«Пришла не вовремя»	Опоздание на встречу с получателем услуг	Извинение перед получателем услуг	Неукоснительное соблюдение норм этики, согласование времени визита с получателем услуг, информирование о задержке
«Ты мне этого не говорила»	Потеря информации	Уступка, извинение	Использование обратной связи для уточнения того, правильно ли вас понял получатель услуг
«Пропажа вещей, документов»	Забывчивость получателя социальных услуг	Успокоиться, направить ситуацию в позитивное русло, постараться вместе вспомнить	Сотрудничество, совместное решение проблемы, учет в своей работе возрастных особенностей получателя услуг
«Покушение на духовные ценности»	Нарушение толерантности	Уступка, извинение	Необходимо принимать получателя услуг таким, какой он есть, не оспаривать его главные жизненные ценности, не пренебрегать ими
«Неоправдавшиеся ожидания получателя услуг»	Конфликт по независящим от социального работника причинам	Медиация, переговоры	Предупреждение получателя услуг о различных вариантах решения его проблем, о том, что не все зависит от социального работника

Причинами большинства конфликтов при обслуживании пожилых людей на дому являются неэффективные коммуникации – нарушение норм этики социальными работниками, наличие барьеров в общении, которые приводят к потере информации, нарушение конфиденциальности, нарушение согласованности действий, несоблюдение принципа толерантности. Иногда социальный работник сам не является стороной конфликта, но оказывается втянутым в конфликт. Тогда он выступает в роли посредника в решении проблемной ситуации. Решение конфликта представляет собой устранение полностью или частично причин, породивших конфликт, а также изменение целей его участников. Эффективным способом разрешения конфликтов являются переговоры. Грамотно разрешенный конфликт становится предпосылкой последующего взаимодействия.

При этом главной задачей является профилактика конфликта.

Под профилактикой конфликта следует понимать прежде всего предупреждение его возникновения и развития деструктивных форм. В процессе социального обслуживания необходимо и возможно разрешение конкретных ситуаций проявления конфликта. Однако окончательное, абсолютное устранение конфликта из жизни людей невозможно.

В профилактике конфликта часто нуждается все население, но особенно те получатели социальных услуг, которые относятся к группам повышенного риска: инвалиды, престарелые, люди с антисоциальным образом жизни и др. Профилактические подходы к «группам риска» опираются не на отрицательные моменты, а на положительный потенциал, заложенный в различных представителях

этих групп.

В профилактике конфликта можно выделить первичную, вторичную и третичную стадии.

Первичная стадия профилактики представляет собой предупреждение еще не возникшей проблемы. Она состоит в совершенствовании социальной политики, социальной работы, социального обслуживания и т.д.

Вторичная стадия представляет собой предотвращение деструктивных форм и негативных последствий уже возникших конфликтных ситуаций на их ранних стадиях.

Третичная стадия профилактики нацелена на наиболее полное и своевременное разрешение конкретных проявлений конфликта для предупреждения возникновения новых конфликтов.

Формы и методы профилактических действий по регулированию конфликта разнообразны. Они могут быть нейтрализующими; компенсирующими; предупреждающими возникновение неблагоприятных обстоятельств; устраняющими эти обстоятельства; контролирующими результаты проведенной профилактической работы.

В 2015 г. нами был проведен опрос 96 социальных работников из различных административных округов г. Москвы. Согласно опросу, для профилактики конфликта с получателем социальных услуг они используют следующие приемы:

- провести беседу для выявления потребностей получателя и разъяснения возможностей поставщика социальных услуг (так поступают 30% респондентов);
- успокоить агрессивного настроенного человека, дать выговориться, снять возбуждение (12% респондентов);
- грамотно и своевременно информировать получателя социальных услуг, разъясняя ему что-либо в миролюбивом тоне (11%);
- делать так, как хочет получатель, приспособиться к нему (9%);
- создать настрой на положительные эмоции, улыбаться, делать уместные комплименты, приободрять получателя и т.п. (8%);
- проявить терпение, сдержанность во взаимодействии с пожилым человеком, чтобы не поддаваться на провокации со стороны раздраженного клиента (7%);
- установить четкие правила взаимодействия с получателем услуг, добросовестно соблюдать должностные обязанности социального работника (7%);
- молчаливо выслушать пожилого человека, не вступая с ним в бесплодные споры (7%);
- сменить неприятную тему, переключить внимание получателя на более приятные и полезные вещи (7%);
- в самом начале обслуживания изучить специфику получателя услуг и постоянно делать выводы на будущее, взаимодействуя с ним (7%);
- проявлять к нуждающимся гражданам эмпатию, внимание, уважение, быть вежливым, пунктуальным, профессиональным (6%);
- искренне извиниться, если социальный работник не прав (2%).

Как видим, тактика предупреждения конфликта различна: возможна как активная позиция социального работника, который изначально готов общаться с «трудным»

клиентом, так и пассивная, приспособительная. Большое внимание уделяется профессионализму, правильной коммуникации с получателем услуг, профессиональной этике и этикету взаимодействия и т.п.

Однако предупреждение конфликта с получателем социальных услуг не исчерпывается только усилиями социального работника.

Опираясь на результаты эмпирических исследований, необходимо отметить еще некоторые предупреждающие конфликт факторы:

- улучшение бытовых условий жизни получателя социальных услуг;
- работа по повышению толерантности и сотрудничества;
- расширение сети и совершенствование работы организаций социального обслуживания, максимально приближенных к месту жительства, повышение информированности населения о спектре и условиях оказания услуг;
- развитие инфраструктуры досуга и отдыха, создание клубов по интересам и др.;
- переподготовка и повышение квалификации специалистов, выпуск научно-методической, научно-популярной и учебной литературы;
- консультирование населения по различным вопросам (правовым, бытовым, психолого-педагогическим, морально-нравственным и др.) и др.

Однако конфликт не всегда удается избежать. В таком случае необходимы профессиональные усилия по его своевременному конструктивному разрешению.

Прекращение конфликта может быть результатом не только взаимного примирения сторон и достижения согласия между ними, но и постепенного «затухания» противостояния без устранения причин, его породивших, перехода в латентное состояние или же перерастания его в другой конфликт [3, 327].

Регулирование конфликта – это, как правило, приведение конфликтных взаимоотношений сторон в русло примирения путем переговоров, участия посредников или иного целенаправленного вмешательства. Под регулированием конфликта имеется в виду такое воздействие на индивидов, которое наряду с разрешением возникшей конфликтной ситуации может включать предупреждение обострения противоречий. При этом в реальной практике возможно и неудачное регулирование напряженных отношений, ведущее к эскалации конфликта.

Разрешение конфликта – один из благоприятных способов его завершения. Разрешение представляет собой совокупность позитивных действий в первую очередь самих участников конфликта, прекращающих противоборство и решающих проблему, которая привела к нему. Это требует заинтересованности каждого из субъектов конфликта в преодолении противостояния на взаимоприемлемой основе; осознания противоречий, непосредственных причин и сопутствующих им факторов конфликта; поиск и использование методов и норм регулирования отношений. Разрешение конфликта предполагает прежде всего устранение или минимизацию его причин [3, 225-226].

Для профилактики и разрешения конфликта необходимы:

- Специальные методики регулирования конфликтов (переговоры, посредничество, поиск компромисса и др.), применяемые с учетом специфики конкретного получателя услуг и возникшей конфликтной ситуации.

- Усиление соответствующих направлений социальной политики; сокращение кризисных явлений в социальной сфере; стабильность в государстве и обществе; ослабление любых форм социальной напряженности.

- Создание надежной материальной базы развития семьи и индивида.

- Распространение нравственного и эстетического воспитания, прежде всего в образовательных и культурных учреждениях; сокращение показа насилия на телеэкранах; ориентация СМИ на повышение культуры взаимоотношений и т.п.

- Сочувствие, уважение и понимание старшего поколения по отношению к молодому, и наоборот. Взаимопомощь поколений.

- Развитие специальных консультационных служб.

- Помощь психолога, педагога, других специалистов и т.д.

В современной прикладной конфликтологии разработаны различные методики регулирования конфликтов. Их условно можно разделить на методики, не приводящие к взаимному удовлетворению интересов конфликтующих, и методики, способствующие взаимовыгодному разрешению конфликта. Последние включают в себя:

- Компромисс – решение проблемы путем взаимных уступок.

- Предотвращение – попытку устранить конфликт на ранней стадии.

- Управление – регулирование процесса с целью минимизации потерь и максимизации выигрыша. Управление конфликтом является процессом контроля самими участниками или внешними силами (социальными институтами, властью, специальными лицами и др.) над конфликтом.

- Сотрудничество – попытку совместной выработки решения, учитывающей интересы всех сторон.

- Переговоры – позволяют избежать применения насилия, рассмотреть альтернативные ситуации, добиться взаимопонимания, прийти к согласию, открыть путь к сотрудничеству. В процессе переговоров стороны обмениваются мнениями, что снижает остроту конфликта, помогает понять аргументы сторон, объективно оценить истинное соотношение сил и условия примирения.

- Использование посредничества – применение примирительной процедуры, в которой посредниками могут выступать как организации (например, социальные службы), так и частные лица (допустим, родственники). Удачно подобранный, авторитетный, компетентный посредник способен урегулировать противостояние, в котором субъектам сложно самим добиться согласия.

Возможны и другие методики регулирования конфликтов, в целом, и конфликта с получателем социальных услуг, в частности.

Упомянутый опрос социальных работников позволил определить способы регулирования конфликтов, которые они обычно используют:

- сообщение о конфликте заведующей отделением для

того, чтобы проинформировать, посоветоваться, прибегнуть к ее посредничеству (65%);

- компромисс (26%);

- выявление причин и изучение сути конфликтной ситуации (20%);

- самостоятельное регулирование конфликта «здесь и сейчас», без привлечения посредников (12%);

- сотрудничество с получателем социальных услуг (11%);

- совместное решение проблемы, приведшей к конфликту (10%);

- отсрочка регулирования конфликта, пауза для того, чтобы успокоиться, осмыслить ситуацию, принять верное решение (9%);

- твердое, спокойное, обоснованное предложение социальным работником своего варианта решения проблемы, убеждение клиента (9%);

- административные меры регулирования конфликта (напоминание получателю об условиях договора обслуживания, должностных обязанностях социального работника; служебные и докладные записки социального работника заведующей отделением и т.п.) 8%;

- сглаживание противоречий, смягчение формулировок при выдвижении требований и претензий и т.п. (7%);

- диалог, основанный на взаимоуважении (7%);

- консенсус (7%);

- привлечение посредников (своих коллег – социальных работников, а также специалистов по социальной работе, психологов, медиков) 6%;

- «купирование» конфликта на ранней стадии (4%);

- поиск внешних и внутренних ресурсов для разрешения конфликта (4%);

- переговоры (4%);

- использование юмора, перевод в шутку (4%);

- необходимая помощь нуждающемуся человеку, предложение дополнительных услуг и т.п. (4%);

- «передача» получателя услуг другому социальному работнику (4%);

- устранение факторов, способствующих конфликту (3%);

- просьба к получателю социальных услуг предложить свой вариант разрешения противоречия (2%);

- уклонение от несерьезного, временного конфликта (2%);

- предложение получателю социальных услуг различных вариантов решения проблемы на его выбор (1%);

- вести себя, как ни в чем не бывало, чтобы получатель забыл о конфликте (1%);

- использование личного обаяния социального работника (1%);

- сбор дополнительной информации по проблеме, из-за которой возник конфликт (1%);

- внешнее согласие с клиентом, но поступает социальный работник по-своему (если получатель услуг не прав, но на аргументы не реагирует) 1%;

- спокойный уход из квартиры получателя услуг, не дожидаясь нарастания конфликта (1%).

Многие респонденты отмечали, что предпочитают сначала сами регулировать конфликт, но в случае неудачи обращаются к непосредственному руководителю – заве-

дующей отделением. Хотя ряд опрошенных подчеркнули, что спешат сразу сообщить заведующей о конфликте (чтобы опередить жалобу получателя). Практически все социальные работники стараются действовать в конфликте по ситуации, в зависимости от его глубины и особенностей получателя социальных услуг.

Большое значение для предупреждения и разрешения конфликта имеет его правильная диагностика. Для своевременного и точного выявления противоречий, интересов и целей сторон целесообразно применять такие методы сбора информации, как индивидуальное и групповое анкетирование, беседа с получателем социальных услуг, опрос экспертов (специалистов по социальной работе, психологов и др.), включенное наблюдение, анализ документов и др. Комплексное применение методов помогает глубже понять специфику конфликтной ситуации, выявить возможные причинно-следственные связи в проблемах, ее породивших.

В реальной практике наряду с конструктивными механизмами регуляции конфликта имеют место деструктивные способы воздействия на конфликт, существенно затрудняющие его разрешение. Они включают в себя пресечение конфликта насильственным путем; подавление несогласных участников; разрыв отношений. В результате конфликт внешне завершается, однако по существу остается неразрешенным, переходит в латентную (иногда даже более негативную, чем открытый конфликт) форму, трансформируется в другие конфликты. Неразрешенные противоречия аккумулируются, их последующее проявление становится острее предыдущего, обладает множественными отрицательными последствиями.

Опрошенные социальные работники отметили различные формы деструктивного воздействия на конфликт, бесперспективные для выхода из сложной ситуации: открытая агрессия, вербальное насилие, необоснованные жалобы, подавление конфликта, административные разбирательства и т.п.

Деструктивное регулирование конфликта связано с применением силы, и даже насилия в целях его прекращения. Такое силовое воздействие может быть как легитимным (вмешательство правоохранительных органов, ужесточение социального контроля, юридических санкций за конфликтное поведение и т.п.), так и нелегитимным (межличностное насилие в различных формах и т.д.). В результате конфликт повторяется неоднократно, нарастает, остается нерешенным до следующего обострения. Такой вариант нередко возникает, если участники избегают и подавляют конфликт, не стремясь к его предупреждению и разрешению.

У некоторых социальных работников и их получателей услуг противоборство протекает бурно, с массой негативных эмоций, жалобами, взаимными претензиями и обидами. Это деструктивный стиль поведения в конфликтной ситуации, бескомпромиссная тактика. Предпочтительнее, конечно, рациональное разрешение противоречий.

Уклонение от диалога с противоположной стороной, подавление, а не разрешение противоречий деструктивно отражается на взаимодействии. При таком регулировании чаще изменяется лишь внешняя форма отношений, а вну-

тренние мотивы к продолжению противоборства сохраняются. Изменения в обществе, семье, в самих участниках приводят к нарушению статус-кво, и конфликт возобновляется.

По этому поводу Р. Дарендорф отмечал, что избегание, подавление конфликтов не может предпочитаться в течение продолжительного срока [4, 144, 145]. Посредством регулирования конфликты не исчезают и не обязательно сразу становятся менее интенсивными. Но они становятся контролируруемыми и могут служить постепенному развитию социальных структур. Однако успешное регулирование конфликтов, по Р. Дарендорфу, предполагает ряд условий:

1) нужно, чтобы конфликты признавались всеми участниками как неизбежные, ибо тому, кто рассматривает их как патологические отклонения от нормы, не удастся совладать с ними. Покорного признания неизбежности конфликта тоже недостаточно; скорее необходимо признать их творческое начало;

2) конфликты следует направлять в необходимое русло, устанавливать «правила игры», которые не отдадут предпочтение одному участнику в ущерб другому. В рациональном «обуздании» социальных конфликтов заключается одна из центральных задач политики [4, 145-146, 147].

В социальной работе недопустимы деструктивные формы поведения. Необходимы профессиональные усилия, направленные на достижение компромисса и согласия, попытки сгладить противоречия. Непрофессиональными являются отрицательные эмоции, позиции давления на противоположную сторону. Согласно профессиональному кодексу этики, недопустимы оскорбления, необоснованные обвинения и т.п. Профессионал должен сохранять определенное хладнокровие, даже если получатель социальных услуг с трудом внимает его советам и предложениям, «выплескивает» агрессию на него и на других собеседников.

Брошенные и отвергнутые своими родственниками, немощные пожилые люди и инвалиды часто пополняют число получателей социальных услуг. При этом они несут в себе конфликтотенный «заряд» – обиды, агрессию, неприязнь к более молодым и здоровым людям, стереотипы грубости в разрешении противоречий и т.п. Все это может деструктивно отразиться на взаимодействии с социальным работником. Среди социальных работников тоже иногда встречаются негативные стереотипы в отношении получателей социальных услуг. Это противоречит принципу профессионализма.

Однако при определенных конфликтных ситуациях применение насилия является эффективным методом остановки агрессивного поведения, например, по отношению к инвалидам, пожилым людям и др. Имеется в виду не открытое физическое действие, но различные виды социального принуждения. Угроза наказания, опасность лишения является одним из действенных аргументов в разрешении конфронтации, когда одна из сторон заняла крайне агрессивную позицию, использует насильственные средства, преднамеренно отвергает конструктивное обсуждение и решение возникшей проблемы.

При регулировании конфликта большое значение имеет

нормативно-правовая база. Нормативный механизм особенно важен при глубоких конфликтных ситуациях, связанных с насильственными формами, и необходим для предупреждения деструктивных последствий.

Практика свидетельствует, что обращение в правоохранительные органы с целью решения конфликта – как правило, крайняя мера, глубоко травмирующая всех участников противостояния. Нередко обращение к правовому механизму усугубляет конфликт либо переводит его в скрытую форму. Тем не менее, обращение за помощью закона часто бывает неизбежным из-за невозможности решить конфликт силами его непосредственных участников. Следует указать и на то, что подчас трудности в разрешении конфликта вызваны именно незнанием законов, низкой правовой культурой [5, 102-103].

Безусловно, одной только нормативно-правовой базы для разрешения конфликта с получателем социальных услуг недостаточно. Более того, применение исключительно правовых норм и санкций – скорее деструктивная мера регуляции конфликта; хорошие «человеческие» отношения предпочтительнее.

Таким образом, существуют разнообразные по содержанию и форме механизмы, которые при системно-комплексной реализации способствуют предупреждению и конструктивному регулированию конфликта с получателем социальных услуг. Наиболее конструктивны такие, как ранняя профилактика конфликта; разрешение тех противоречий, которые лежат в основе конфликтной ситуации; управление конфликтным взаимодействием; институционализация регулирования конфликта.

В результате исследования было выявлено, что большинство социальных работников имели конфликты с пожилыми людьми при обслуживании, однако при этом не считают себя виноватыми. Большинство социальных работников испытывают трудности в общении и хотели бы пройти обучение. Доброжелательность и стрессоустойчивость как личные качества в профилактике конфликтов отметило наибольшее число социальных работников. Тем не менее, существует проблема со стрессоустойчивостью

социальных работников. Почти 70% работников чувствуют усталость и опустошение после общения с получателем услуг.

Основные виды конфликтов в социальном обслуживании на дому – это межличностные конфликты между социальным работником и получателем социальных услуг. Эти конфликты можно предотвратить, если соблюдать нормы этики, преодолевать барьеры общения, учитывая возраст клиентов, не нарушать принцип взаимозависимости в решениях и действиях, проявлять терпимость, вежливость, не отвечать агрессией на агрессию и т.п. Все это приведет к сохранению у получателя социальных услуг чувства собственного достоинства, удовлетворенности. Для этого необходимо, чтобы социальные работники обладали высокой профессиональной компетентностью. Необходимо повышение коммуникативной культуры (эмоциональной, когнитивной, речевой) социальных работников. Обучение социальных работников, самообразование, проведение тренингов поможет социальным работникам в общении с получателями социальных услуг избегать конфликтных ситуаций.

Полное «избавление» от деструктивных способов воздействия на конфликтную ситуацию неосуществимо. Однако необходима и возможна их минимизация, поскольку они не влекут за собой позитивного разрешения конфликта, способствуют его усугублению.

Ссылки:

1. Сорокина, Е.Г., Вдовина, М.В. 2013. Конфликтология в социальной работе. М.: Дашков и К.
2. Вдовина, М.В. 2011. Семейная конфликтология. М.: ИПК ДСЗН.
3. Дмитриев, А.В. 2012. Конфликтология. 3-е изд., перераб. М.: Альфа – М: ИНФРА-М.
4. Дарендорф, Ральф. 1994. «Элементы теории социального конфликта». Социологические исследования. № 5. С. 142-147.
5. Технология социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой, Л. И. Кононовой. 2011. М.: Юрайт.

ПРОБЛЕМЫ УЧАСТИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В МЕСТНОМ САМОУПРАВЛЕНИИ

Лежебоков А.А.

доктор социологических наук,
профессор кафедры социологии,
Северо-Кавказский федеральный университет

Сергодеева Е.А.

доктор философских наук,
профессор кафедры философии,
Северо-Кавказский федеральный университет

PROBLEMS OF PUBLIC PARTICIPATION IN LOCAL GOVERNMENT RUSSIA

Lezhebokov A.A., doctor of Sociology, professor, North Caucasian Federal University

Sergodeewa E.A., doctor of Philosophy, professor, North Caucasian Federal University

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются различные формы участия граждан России в местном самоуправлении. На основе экспертного опроса анализируется проблематика гражданской активности населения, определяются основные причины пассивности жителей, перспективы участия избирателей в решении проблем местных сообществ. Устанавливается опережение развития нормативной базы по сравнению с готовностью граждан принимать участие в местном самоуправлении.

ABSTRACT

The article discusses the various forms of participation of Russian citizens in local government. On the basis of the expert survey examines issues of civil activity of the population. Identifies the main causes of the passivity of the inhabitants, the prospects for voter participation in solving problems of local communities. Set advancing the development of the regulatory framework in comparison with the willingness of citizens to participate in local government.

Ключевые слова: гражданское общество, местное самоуправление, гражданская активность, гражданские инициативы.

Key words: civil society, local government, civic engagement, civic initiatives.

Постановка проблемы. Гражданское общество как тип социального взаимодействия населения с властью не может оставаться в стороне от происходящих структурных и функциональных изменений и имеет адаптивный характер своего развития. Соответственно, трансформация управления на любых уровнях современного социума представляет собой непрерывный процесс, в ходе которого совершенствуются методы и способы сотрудничества субъектов гражданского общества. Социальное партнерство населения и власти, осуществляемое в том числе через участие граждан в управлении обществом, также приобретает новые формы, активно реагируя на возникающие проблемы. В современной России наиболее заметны изменения, происходящие в системе социального сотрудничества местной власти с гражданами, общественными объединениями и другими субъектами гражданского общества. Вместе с тем, обновление нормативно декларируемых способов взаимодействия в рамках местного самоуправления не всегда означает реальной модернизации социального партнерства в практической части. Несотвественность между существующими законодательно и реально реализуемыми практиками участия населения в решении вопросов местного значения представляет собой актуальную проблему, решение которой связывается с генерацией новых форм взаимодействия власти и субъектов гражданского общества.

Анализ последних исследований и публикаций. Проблематика местного самоуправления как составной части гражданского общества является актуальным предметом исследования в рамках как мультидисциплинарных работ, так и отдельных гуманитарных, социально-экономических и политических дисциплин. Разнообразие

сфер общественной деятельности граждан, общественных организаций и других субъектов современного социума обуславливает повышенное внимание к процессам, происходящим на низовом уровне социальной организации. Вместе с тем, специфика деятельности муниципалитетов различных стран и форм участия граждан в управлении, зависит от многих факторов, в первую очередь – от правового и экономического статуса местной власти.

В связи с этим, исследования форм участия населения в местном самоуправлении и научные публикации по их результатам зачастую имеют определенную привязку к особенностям реализации права граждан на управление в тех или иных сообществах. Классическими являются работы, занимающиеся разработками теоретических моделей гражданского общества [4], обоснованием концепций его развития и совершенствования [2], [23], исследованием наследия ученых прошлого, например, Токвиля [14], изучением роли социальных инноваций в практике местного управления [15]. Общие вопросы организации местного самоуправления на основе демократических принципов, проблематика снижения коррупции через открытость муниципалитетов и подобные аспекты зачастую рассматриваются на примере конкретных стран – Германии [22], Испании [3], Израиля [7], России [18] и т.д., а также территорий, например – Баварии [1]. Во многих работах на основе проведенных исследований авторами создаются рекомендации по оптимизации отдельных сторон деятельности гражданского общества, например, в сфере информатизации [8], с использованием социальных сетей [9], [17], Интернета в целом [12]. Гражданские инициативы рассматриваются как способ изменения отношения чиновников к простым гражданам [10], анализируется

воздействие власти на неправительственные организации [11], изучается участие граждан и их объединений в решении острых социальных проблем [16], [19], [20].

Вопросы развития субъектов гражданского общества в России, например, некоммерческих организаций, связываются с государственной политикой в отношении подобных структур [6], [21]. Отдельные авторы напрямую связывают местное самоуправление в регионах страны с развитием социокультурных процессов [13]. По мнению некоторых ученых, определяющее влияние на качество предоставляемых услуг оказывает экономическое положение муниципалитетов России [5].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. В рамках общей проблемы – несоответствия нормативной базы реальным практикам участия населения в местном самоуправлении нами выделены следующие задачи. Во-первых, исследование механизмов реализации гражданами своего права на участие в решении местных проблем. Во-вторых, характеристика практических реалий и выявление возможных барьеров реализации населением данного права. В-третьих, обнаружение основных проблем полноценного участия населения в реализации своих гражданских прав в системе местного самоуправления.

Цель статьи. Основной целью исследования является определение перспектив различных форм участия населения России в осуществлении местного самоуправления и выявление возможных препятствий для их реализации.

Изложение основного материала. Развитие местного самоуправления в России, имеющее своим началом 90-е годы XX века, к настоящему времени значительно приблизило данный социальный институт к общемировым стандартам по основному набору нормативно-значимых критериев. Право граждан страны на местное самоуправление закреплено Конституцией, федеральное законодательство определяет основные принципы его осуществления, региональные законы фиксируют базовые положения муниципального управления на территории субъекта федерации, система местных нормативных источников подчеркивает специфику и конкретизирует тонкости самоуправления в каждом муниципалитете. При этом следует отметить, что выстроенная система муниципального права не является застывшей, а подвергается постоянной модернизации на всех уровнях в зависимости от складывающейся ситуации.

Законодательство России также определяет способы участия населения в муниципальном управлении на принципах добровольности и законности. В настоящее время Федеральный Закон указывает на существование нескольких форм непосредственного осуществления населением местного самоуправления и участия в таковом. Четыре из них (местный референдум; муниципальные выборы; голосование по отзыву депутата или иного выборного лица, изменения границ или преобразованию муниципального образования; сход граждан, осуществляющий полномочия представительного органа муниципального образования) имеют высшую степень обязательности, поскольку их результаты подлежат опубликованию и исполнению, если не противоречат иным законодательным актам Российской Федерации.

Вторая группа форм гражданского участия имеет рекомендательный или информирующий характер. К этим формам относятся публичные слушания, правотворческая инициатива, опрос жителей, обращения граждан в органы местного самоуправления, конференции (собрания делегатов).

Отдельно от вышеуказанных способов находится территориальное общественное самоуправление, декларируемое как форма самоорганизации граждан для решения ими вопросов по месту жительства на части территории муниципального образования через собрания и конференции.

Вместе с тем, данный список не является исчерпывающим, поскольку нормативно закреплено право граждан участвовать в местном самоуправлении иными способами, не противоречащими законодательству страны. К таким способам можно отнести, например, публичные мероприятия, гражданские инициативы, создание общественных совещательных органов.

Перечисленные способы осуществления населением местного самоуправления имеют проработанные механизмы практической реализации, зафиксированные законодательно или же подзаконными актами. Таким образом, можно сделать вывод о наличии в современной России довольно четкого нормативного закрепления механизмов реализации права граждан на местное самоуправление через широкий спектр форм участия населения в нем.

В практической сфере ситуация с реальным участием населения в местном самоуправлении может иметь перспективы только в случае активности граждан. Для исследования данного вопроса нами было проведено изучение мнения экспертного сообщества, в состав которого вошли действующие руководители органов местного самоуправления, депутаты представительных органов власти, научные работники, исследующие местное самоуправление. В ходе полуструктурированного интервью основной исследовательской задачей стала оценка проблематики участия населения в реализации своих гражданских прав на местное самоуправление и определение перспектив реализации данных прав через установленные законом формы.

Результаты проведенного исследования показывают, что отсутствие активности населения – главное препятствие на пути развития гражданского общества в России в целом и местного самоуправления, в частности. Низкая явка избирателей на муниципальные выборы является проблемой практически для всех муниципалитетов страны. Причиной такого электорального поведения является сложный комплекс субъективных представлений населения о результативности выборов, роли отдельного избирателя в итоге голосования, недоверие по отношению к избирательным комиссиям, социальная апатия. В итоге к урнам для голосования приходит в лучшем случае 30-40% избирателей, крайне редко такая цифра превышает пятьдесят. Подобная же ситуация наблюдается в ходе проведения публичных слушаний – обязательно-го мероприятия для принятия целого ряда решений относительно местных процессов. Нередко встречается ситуация, когда основные участники публичных слушаний – работники

администрации, представители бюджетных организаций. Граждан, пришедших на обсуждение жизненно важных вопросов по своему желанию, практически не бывает. Интересная попытка выявления и учета мнения населения предпринята через обязательное обсуждение общественно-значимых проектов с использованием Интернета. Экспертное сообщество напрямую связывает эффективность данной формы с активностью граждан, которые могут подать свои предложения и поправки в тексты проектов через электронную почту.

Местный референдум, как и голосование по отзыву депутата и иного выборного лица, в практике российского местного самоуправления является крайне редким явлением, однако эксперты единодушно проводят аналогию активности граждан в данных мероприятиях с активностью избирателей в ходе голосования на муниципальных выборах. Менее проблематичным в этом отношении является сход граждан. Однако причина этого заключается в том, что проводится сход граждан в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек с правом избирательного голоса. Жители принимают более активное участие в сходах, поскольку являются носителями традиционного электорального поведения, знают друг друга, а принимаемые решения непосредственно затрагивают интересы каждого участника.

Оценка экспертами такой формы как «правотворческая инициатива» является неоднозначной. С одной стороны, в крупных населенных пунктах данная форма непосредственного участия населения в местном самоуправлении не является редким явлением, по сравнению с сельской местностью, где она практически отсутствует. С другой стороны, правотворческая инициатива в большинстве случаев исходит от одних и тех же субъектов: правозащитных организаций, протестных объединений и крайне редко имеет в качестве инициаторов обычных граждан.

Опрос граждан муниципального образования направлен на выявление мнения населения и его учет при принятии решений. На практике эта форма реализуется крайне редко, и экспертами называются две причины этого. Во-первых, субъективная: должностные лица органов местного самоуправления уверены, что «знают» мнение населения и проведение опроса не считают необходимым. Кроме того, результаты опроса носят рекомендательный характер, что также вызывает нежелание его проводить. Во-вторых, финансовая – проведение социологического опроса требует немалых затрат бюджета, что в условиях российской действительности значительно сокращает возможность его проведения.

Обращения граждан в органы местного самоуправления являются наиболее распространенной практикой. Как показывают проведенные нами исследования, число жалоб, предложений, заявлений в крупных городах сопоставимо с числом жителей. Эксперты также считают обращения граждан наиболее распространенной формой их участия в местном самоуправлении. Причина большого количества обращений заключается в относительной простоте и наличии множества способов подачи, кроме того, обращения граждан практически всегда имеют в качестве предмета необходимость решения индивидуальной про-

блемы жителя. Органы местного самоуправления обязаны своевременно и по существу информировать обратившегося о принятом в его случае решении, что добавляет привлекательности данному способу. Однако, как указывают эксперты, обращения чаще всего связаны с желанием граждан улучшить отдельные аспекты своего быта, жилья, и крайне редко заостряют внимание на проблемах населенного пункта в целом. Это наиболее четко проявляется в проблеме деятельности территориального общественного самоуправления. Жители городов крайне неохотно участвуют в его работе, даже решение мелких проблем организации встречает главную трудность в виде низкой активности. Как пример, эксперты в качестве примера приводят собрания жителей многоквартирных домов, которые чаще всего объявляются несостоявшимися в связи с неявкой необходимого числа собственников.

Интересными формами осуществления местного самоуправления являются относительно недавно появившиеся гражданские инициативы (добровольная деятельность граждан и общественных объединений по достижению общественных значимых целей). Конечно, подобная деятельность основывается, прежде всего, на социальной активности групп граждан, органы местной власти призваны лишь помогать реализации гражданских инициатив. Наиболее распространенной формой помощи является совместная деятельность и выделение муниципальных грантов.

Эксперты напрямую связывают активность гражданского общества и эффективность местного самоуправления. Формы осуществления народовластия в современной России достаточно многообразны, однако не всегда наблюдается их практическое использование. Причинами низкой активности населения, помимо уже указанных, являются специфические для страны условия возрождения данного социального института, традиционное недоверие к любой власти и отсутствие доступного информирования о предстоящих мероприятиях с участием граждан.

Выводы и предложения. Как показывают проведенные исследования, в современной российской практике местного самоуправления действительно наблюдается разрыв между декларируемыми возможностями и реализуемым правом на местное самоуправление. Основное противоречие заключается в опережающем характере нормативной базы по сравнению с мировоззренческими установками граждан. Неготовность населения принимать деятельное и постоянное участие в осуществлении местного самоуправления обусловлена целым комплексом причин, носящих, прежде всего, субъективный характер. Вовлечение жителей в решение местных проблем должно осуществляться через развитие добровольных объединений граждан, деятельность которых будет направлена на социально значимые задачи

Список литературы:

1. Asatryan Z., De Witte K. Direct democracy and local government efficiency / Z. Asatryan, K. De Witte // European Journal of Political Economy. – 2015. – Т. 39. – С. 58-66.
2. Bartkowiak P. Policy development of sustainable development in the commune self-government / P. Bartkowiak

- // Transformations in Business & Economics. - 2012. - T. 11, № 2A. - C. 282-297.
3. Benito B., Guillamon M.-D., Bastida F. Determinants of urban political corruption in local governments / B. Benito, M.-D. Guillamon, F. Bastida // *Crime Law and Social Change*. - 2015. - T. 63, № 3-4. - C. 191-210.
4. Bunyan P. Re-conceptualizing Civil Society: Towards a Radical Understanding / P. Bunyan // *Voluntas*. - 2014. - T. 25, № 2. - C. 538-552.
5. Cernakova V. Financial autonomy of local governments as a determinant of public services quality / V. Cernakova // *16th International Colloquium on Regional Sciences*. - 2013. - C. 436-443.
6. Crotty J., Hall S. M., Ljubownikow S. Post-Soviet Civil Society Development in the Russian Federation: The Impact of the NGO Law / J. S. M. Crotty Hall, S. Ljubownikow // *Europe-Asia Studies*. - 2014. - T. 66, № 8. - C. 1253-1269.
7. Filc D. The role of civil society in health care reforms: An arena for hegemonic struggles / D. Filc // *Social Science & Medicine*. - 2014. - T. 123. - C. 168-173.
8. Georgiou A., Makri S. How local government policy workers use information: An interview study and design recommendations / A. Georgiou, S. Makri // *International Journal of Information Management*. - 2015. - T. 35, № 4. - C. 472-489.
9. Graham M. W., Avery E. J., Park S. The role of social media in local government crisis communications / M. W. Graham, E. J. Avery, S. Park // *Public Relations Review*. - 2015. - T. 41, № 3. - C. 386-394.
10. Gregor M., Smith M. L. Civic initiatives in the context of legal uncertainty / M. Gregor, M. L. Smith // *Journal of Theoretical Politics*. - 2013. - T. 25, № 1. - C. 36-62.
11. Griffiths M. The affective spaces of global civil society and why they matter / M. Griffiths // *Emotion Space and Society*. - 2014. - T. 11. - C. 89-95.
12. Ihlebaek K. A., Krumsvik A. H. Editorial power and public participation in online newspapers / K. A. Ihlebaek, A. H. Krumsvik // *Journalism*. - 2015. - T. 16, № 4. - C. 470-487.
13. Kozlova L. V. Local self-government as a factor of socioeconomic development of a region / L. V. Kozlova // *Actual Problems of Economics*. - 2012. № 134. - C. 231-237.
14. Krause S. Democratic Federalism. Tocqueville's Appraisal of the Communal Self-Government as Part of the Civil Liberty / Krause S. // *Politische Viertel-jahresschrift*. - 2014. - T. 55, № 1. - C. 94-117.
15. Lehtola V. V., Stahle P. Societal innovation at the interface of the state and civil society / V. V. Lehtola, P. Stahle // *Innovation-the European Journal of Social Science Research*. - 2014. - T. 27, № 2. - C. 152-174.
16. Lim S., Lee K.-H., Suh H. S., Bae K.-H. To whom do bureaucrats need to respond? Two faces of civil society in health policy / S. Lim, K.-H. Lee, H. S. K.-H. Suh Bae // *Social Science & Medicine*. - 2014. - T. 123. - C. 269-277.
17. Marshall D. J., Staeheli L. Mapping civil society with social network analysis: Methodological possibilities and limitations / D. J. Marshall, L. Staeheli // *Geoforum*. - 2015. - T. 61. - C. 56-66.
18. Maykova E. Y., Simonova E. V. Potential of popular self-government in Russia's regions (the case of Tver) / E. Y. Maykova, E. V. Simonova // *Sotsiologicheskie Issledovaniya*. - 2015. № 7. - C. 80-98.
19. Motion J., Leitch S., Weaver C. K. Popularizing dissent: A civil society perspective / J. Motion, S. Leitch, C. K. Weaver // *Public Understanding of Science*. - 2015. - T. 24, № 4. - C. 496-510.
20. Sharp E. B. Local Elections and the Politics of Small-Scale Democracy / E. B. Sharp // *Perspectives on Politics*. - 2013. - T. 11, № 2. - C. 601-603.
21. Stuvoy K. Power and Public Chambers in the development of civil society in Russia / K. Stuvoy // *Communist and Post-Communist Studies*. - 2014. - T. 47, № 3-4. - C. 409-419.
22. Vogt S., Haas A. The future of public participation in Germany: Empirical analyses of administration experts' assessments / S. Vogt, A. Haas // *Technological Forecasting and Social Change*. - 2015. - T. 98. - C. 157-173.
23. Way L. Civil society and democratization / L. Way // *Journal of Democracy*. - 2014. - T. 25, № 3. - C. 35-43.

ПРОБЛЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Самыгин Сергей Иванович,
доктор социологических наук, профессор,
профессор кафедры управления персоналом и социологии
Ростовского государственного экономического университета

Нечипуренко Виктор Николаевич,
доктор философских наук, профессор,
заместитель главного редактора научного журнала
«Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке»

THE PROBLEM OF EDUCATION IN THE NATIONAL SECURITY CONTEXT

Samygin S. I., doctor of sociological Sciences, professor, Department of human resource management and sociology, Rostov State Economic University

Nechipurenko V.N., doctor of philosophy, professor, Deputy chief editor Scientific Journal "Context and reflection: the philosophy of the world and man"

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются различные формы участия граждан России в местном самоуправлении. На основе экспертного опроса анализируется проблематика гражданской активности населения, определяются основные причины пассивности жителей, перспективы участия избирателей в решении проблем местных сообществ. Устанавливается опережение развития нормативной базы по сравнению с готовностью граждан принимать участие в местном самоуправлении.

ABSTRACT

The article discusses the various forms of participation of Russian citizens in local government. On the basis of the expert survey examines issues of civil activity of the population. Identifies the main causes of the passivity of the inhabitants, the prospects for voter participation in solving problems of local communities. Set advancing the development of the regulatory framework in comparison with the willingness of citizens to participate in local government.

Ключевые слова: гражданское общество, местное самоуправление, гражданская активность, гражданские инициативы.

Key words: civil society, local government, civic engagement, civic initiatives.

Проблема национальной безопасности имеет множество аспектов. Наряду с экономическими, техническими, военными аспектами этой проблемы существует и её культурное измерение [3]. Национальная безопасность обеспечивается не только защитой от внешних угроз, но и состоянием самой нации, состоянием общества, последнее же напрямую зависит от культурных факторов, и одним из важнейших факторов, поддерживающих функционирование культуры, является система образования. Система образования – базовый институт современных обществ, выполняющий комплекс социальных функций, неразрывно связанных с обеспечением стабильного существования общества в целом. Значимая функция образования, присутствующая и школьному, и высшему образованию – это передача национальной культуры, формирование общей системы ценностей, мировоззренческих ориентиров. Современные гетерогенные общества нуждаются в целенаправленном поддержании культурного единства, за эту функцию отвечают многие институты, но роль образования – наиболее важна.

В современном глобальном мире, где наблюдается взрывной рост культурной информации и свободное её распространение, национальные культуры теряют замкнутость и вступают во взаимодействие с элементами других культур. С одной стороны, это способствует расширению духовных горизонтов человека, с другой – усилению неопределённости, размыванию прежних культурных идентичностей. Образование должно решать одновременно две задачи – воспроизводить национальную культуру и готовить человека к жизни в открытом поликультурном

информационном пространстве. Не всегда образование справляется с этой задачей эффективно. Наиболее остро такая задача стоит перед институтами высшего образования, прежде всего, университетами. Университеты эпохи классического модерна были не только центрами научных исследований, но также и центрами гуманитарной мысли и гуманитарной культурной экспертизы, неразрывно связанными с формированием национальных культур, национальной культурной элиты. Университеты модерна были, в первую очередь, храмами культуры, а культура в эпоху модерна – это национальная культура: культура Англии, Германии, Франции, России и т.д. Но в то же время тенденции развития современных обществ, развитие научного знания и технологий превращали университеты в центры производства нового знания. Формирование наукоемкой экономики и технический прогресс превратили науку в главную производительную силу, причем науку не гуманитарную. Университеты, сначала американские, а потом и университеты других стран всё больше ориентировались на производство знания, которое может приносить прибыль, сама наука и научная деятельность все более превращаются в международную деятельность, лишенную культурной специфики. Естественные и точные науки не имеют национальной принадлежности, их развитие жизненно необходимо для развития современных обществ, но они никак не связаны с поддержанием культурных идентичностей и гуманистических ценностей. Экономическая необходимость и экономический, технократический подход к образованию приводят к тому, что точные науки теснят гуманитарное образование, и вместе с этим оказыва-

ется под угрозой культурная составляющая образования. Этим тенденциям способствует и процесс глобализации.

Глобализация затрагивает все стороны жизни современных обществ [8, с. 60-66], в том числе и образование, особенно университетское образование. Для современных университетов вопросом престижа и обеспечения средств к существованию является не только проведение научных исследований с привлечением ведущих специалистов независимо от их национальной принадлежности, но и привлечение иностранных студентов. Университеты становятся глобализированными, но какой смысл в глобализированном многонациональном университете углубленно изучать, например, национальную литературу той страны, где существует этот университет? Ценности какой культуры должны прививаться многонациональному сообществу студентов глобализированного университета?

Но важность гуманитарного знания заключается не только в его сильной культурной составляющей. Гуманитарное знание всегда было связано с функцией критической рефлексии, анализа положения дел в обществе, отслеживания основных тенденций его развития, обнаружения проблемных зон в сфере этики и морали. Гуманитарная экспертиза необходима в обществе, где нет прочной традиции, нет общепринятых моральных авторитетов. История Нового и новейшего времени показывает, что естественные и точные науки нейтральны в этическом плане, они могут применяться в любых целях, отнюдь не всегда благих. Но ослабление влияния и падение престижа гуманитарного знания влечет за собой и ослабление его критической функции.

Таким образом, изменения в экономике, переосмысление функций образования в современных обществах ведет к неоднозначным последствиям для культуры общества, к ослаблению функции образования, заключающейся в поддержании национальной культуры, этических и ценностных основ социальной жизни. Так, например, «система высшего образования подчиняется коммерческой, экономической логике, что пагубно влияет на сам дух образования, на статус университета. Он перестает быть храмом культуры и знания, но становится своеобразным “знаниевым супермаркетом”» [4, с. 33].

Но система образования не только прививает культурные ценности. Она призвана готовить специалистов для национальной экономики. Качество образования определяет качество будущих работников и качество будущей экономики, таким образом, качество образования самым непосредственным образом связано с обеспечением национальной безопасности. Поэтому все развитые страны стремятся повышать качество образования и одновременно увеличивать его доступность.

В современном российском обществе проблема обеспечения качества образования стоит очень остро. При этом угрозы этому качеству можно разделить на три группы: общекультурные – связанные с радикальными изменениями в сфере производства и распространения информации; социальные, связанные со спецификой социальной структуры общества и функционированием экономики, «управленческие» – связанные с таким фактором, как го-

сударственная политика в сфере образования. Качество российского образования, как школьного, так и вузовского, в последние десятилетия неуклонно снижается под воздействием всех групп факторов, причем преобладает негативное влияние третьей группы, связанной с государственной политикой в сфере образования.

Российское образование, как среднее, так и высшее, в последние десятилетия находится в процессе постоянного реформирования, при этом цели этого реформирования далеко не очевидны ни для населения страны, ни для профессионального сообщества, а результаты, в основном, негативные. Наблюдается странная тенденция: при явном и постоянном стремлении ограничить расходы на образование и сократить количество организаций, работающих в этой сфере (постоянное сокращение числа школ, средних специальных учебных заведений, вузов), как и количество работников (преподавателей), государственная бюрократия постоянно наращивает регламентацию труда преподавателей и учителей и требования формальной отчетности. Сокращая свои обязательства, государство постоянно увеличивает требования, при этом требования отнюдь не всегда рациональны. Одним из последних управленческих решений, например, является привязка зарплаты школьного учителя к количеству учеников в классе. Совершенно очевидно, что этот критерий не просто лишен смысла – он вреден, поскольку принуждает школы стремиться к тому, чего следует избегать из соображений качества обучения. О снижении качества образования в результате непрерывного реформирования говорят многие эксперты в сфере образования, как и члены профессионального сообщества. Можно вспомнить постоянную сокрушительную критику ЕГЭ. «С введением ЕГЭ коррупция в школах выросла в 20-25 раз ... Стоимость средней взятки за успешную сдачу ЕГЭ ... увеличилась в столице в 30 раз, в регионах в 10 раз. По данным всероссийского опроса студентов в 2011 г., в каждом четвертом вузе процветает взяточничество, лишь в 23% вузов его нет, хотя взятками коррупция, конечно, не ограничивается. При этом многие сторонники ЕГЭ в свое время обосновывали его введение как раз снижением коррупции в сфере образования» [4]. Однако критика на государственную политику в сфере образования никак не влияет, мнение профессионалов не имеет значения для государственной бюрократии.

Помимо негативных последствий реформирования, качество российского образования оказывается под угрозой из-за специфики российского рынка труда и профессиональной мобильности [1, с. 13-24]. В российском обществе сложилась ситуация, когда без диплома о высшем образовании невозможно найти работу, но при этом практически не имеет значения качество знаний и специальность [6, с. 96-100]. Исследования потребностей работодателей показывает, что они ждут от претендентов на рабочие места таких качеств, как дисциплинированность, коммуникабельность и т.д., т.е. качеств, практически никак не связанных с направлением подготовки. Диплом нужен работодателям как документ, подтверждающий наличие у будущего работника неких элементарных общекультурных навыков, определенного уровня социальной, а не профессиональной компетенции. И им не важно, чаще всего,

какой именно диплом в кармане у претендента. Очевидно, что такой подход связан со спецификой труда. Для многих современных видов трудовой деятельности, связанных, в первую очередь, со сферой обслуживания, углубленное профессиональное образование действительно не так уж необходимо. Однако общее пренебрежительное отношение к профессиональной подготовке влияет на большинство студентов, где бы они ни обучались. К тому же студенты часто не собираются работать по специальности, указанной в дипломе, потому учатся, спуская рукава. Преподаватели, по причинам сложившейся в российских вузах ситуации, когда выживание вуза напрямую зависит от количества студентов, вынуждены закрывать глаза на низкий уровень подготовки последних. Качество работы преподавателей снижается и в результате постоянного увеличения учебной нагрузки и объема формальной отчетности – при одновременном росте требований к эффективности их научной деятельности [7, с. 66–77]. Всё это ведет к демотивированности преподавателей, постоянному снижению качества знаний выпускников вузов и обесцениванию дипломов. Также можно говорить о деформации функций современных российских вузов – из институтов профессиональной социализации они превращаются в институты общей социализации, становясь «дополнительными классами» средней школы.

Так возникает парадоксальная ситуация – снижение качества и престижа высшего образования при стабильно высоком спросе на него. Диплом не гарантирует успеха на рынке труда и не является показателем качества знаний, но без него поиск работы становится практически бессмысленным, поэтому выпускники школ стремятся поступить в любой вуз и получить любой диплом. Школа же после введения ЕГЭ утрачивает самостоятельную ценность и превращается в курсы по подготовке к сдаче ЕГЭ. Таким образом, непродуманная политика государства вместе с тенденциями развития рынка труда приводят к деградации отечественного образования, что несет непосредственную угрозу национальной безопасности. Страна не может динамично развиваться без квалифицированных специалистов, но, похоже, ни у российской экономики в её современном виде, ни у государства, чьи интересы формулирует государственная бюрократия, нет потребности в таких специалистах. Нет смысла говорить о необходимости готовить инженеров, а не менеджеров, если инженеры не находят достойно оплачиваемой работы на рынке труда. Состояние российского образования только отражает ситуацию в экономике и государственном управлении.

Заметной составляющей деградации российского образования в результате непродуманных реформ стало целенаправленное вымывание гуманитарной составляющей из образования. Выше мы уже сказали о значимости этой составляющей для поддержания национальной культуры и национальной идентичности. Но реформаторская политика показывает, что данная проблематика реформаторами не воспринимается вообще, а гуманитарное знание рассматривается как лишняя трата средств.

В заявлении Ученого совета филологического факультета МГУ говорится, в частности: «...Неспособность внятно сформулировать мысли — внешнее выражение неспособ-

ности самостоятельно мыслить: потребитель «информации» в лучшем случае научится ориентироваться в ней, но не сможет осуществить ее экспертизу, а значит, и оказать сколько-нибудь существенное воздействие на информационное пространство. В данной ситуации министерство образования развернуло кампанию по сворачиванию филологического (и, шире, гуманитарного) образования в вузах. ... на протяжении последнего десятилетия бюджетный набор на фундаментальные университетские направления гуманитарной подготовки («Филология», «История», «Философия» и др.) сократился как минимум втрое (примерно с 300 до 100 человек в крупных университетах, со 100 до 30 человек в менее крупных; в Новгородском, Челябинском и некоторых иных вузах он составляет ныне 10–15 чел.)» [5].

Разрушение гуманитарного образования ведет к подрыву основ национальной культуры, препятствует развитию навыков рационального критического мышления, способствует распространению в обществе лженаучных идей и архаизации общественного сознания. В современном постоянно усложняющемся мире такая тенденция просто опасна и ведет к деградации национальной культуры, размыванию мировоззренческих и ценностно-нормативных основ общества и национальной идентичности [2].

Кризис современного российского образования носит системный характер и ставит под угрозу будущее страны. Потому вполне целесообразно говорить об угрозе национальной безопасности. И критично важно для оценки понимания этой опасности осознание того факта, что кризис является не только и не столько следствием неких объективных социальных процессов, сколько результатом непродуманной управленческой деятельности.

Список литературы:

1. Беляева Л. Образование в России и модернизация экономики (по результатам Европейского социального исследования) // Социологические исследования (СОЦИС). – 2011. № 12. – С. 13-24.
2. Верещагина А.В., Гафиатулина Н.Х., Самыгин С.И. Духовные аспекты формирования национальной идентичности: социологический анализ угроз социальному здоровью и духовной безопасности России // Инженерный вестник Дона, №3 (2015). – Электронный ресурс. URL: <http://ivdon.ru/ru/magazine/archive/n3y2015/3195>
3. Верещагина А.В., Самыгин С.И. Духовная безопасность России как основа российской государственности // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2011. № 1 (2). – Электронный ресурс. URL: http://www.online-science.ru/m/products/social_science/gid35/pg0/
4. Гаврилова И.Н. Проблемы реформирования образования в современной России // Проблемный анализ и государственное управленческое проектирование. – 2012, №3.
5. О реформе образования, её итогах и перспективах. Заявление Ученого совета филологического факультета МГУ. – Электронный ресурс. URL: http://scepsis.net/library/id_3325.html
6. Перов Г.О., Самыгин С.И., Тумайкин И.В. Молодежная безработица в науке, как фактор накопления рисков социальной безопасности России // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2015. № 3-1.

– С. 96-100.

7. Рыбаков С. Проблемы вузовского образования // *Обозреватель-Observer*. – 2011. № 11. – С. 66–77.

8. Самыгин С.И., Верещагина А.В. Глобальные вызовы современности и безопасность цивилизации третьего тысячелетия // *European Social Science Journal* (Европейский

журнал социальных наук). – 2014. № 6. Т. 2. – С. 60-66.

9. Самыгин С.И., Нечипуренко В.Н. Философско-методологические основы педагогики высшей школы // *Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке*. – 2015. № 4-5. – С. 24-39.

FILOZOFIA, ETYKA I RELIGIOZNAWSTWO - ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

ЯЗЫК И «ДУХ НАРОДА» КАК ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ В СОЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ В. ГУМБОЛЬДТА

Зыкин Алексей Владимирович,

*Санкт-Петербургский государственный аграрный университет,
кандидат, филологических наук, доцент,
зав. кафедрой лингвистики и межкультурной коммуникации*

LANGUAGE AND THE «SPIRIT OF NATION» AS THE OBJECTIVE AND THE SUBJECTIVE IN V. HUMBOLDT'S SOCIAL PHILOSOPHY

Zykin A.V., candidate of philology, associate professor, Saint-Petersburg State Agrarian University

АННОТАЦИЯ

В работе рассматривается взаимосвязь языка и понятия «дух народа» с точки зрения философии В. Гумбольдта их контент и содержание.

ABSTRACT

In the paper we examine the relationship between the language and the «Spirit of nation» concept from the point of view V. Humboldt's philosophy, their content and peculiarities.

Ключевые слова: В. фон Гумбольдт, социальная философия, язык, дух народа, объективное, субъективное

Key words: Humboldt, social philosophy, language, spirit of nation, objective, subjective.

Теоретико-методологическую базу учения Гумбольдта о языке составляет социальная антропология, в соответствии с которой изучение языка должно производиться в тесной связи с сознанием и мышлением человека, его социальной и культурной жизнью. В исследовательской литературе сегодня это обозначается как социальная или культурная антропология. Авторы философской энциклопедии пишут: «культурная антропология (реже – социальная антропология, социально-культурная антропология) ориентирована на изучение культур отдельных народов и человечества в целом ... культурная антропология выступает в виде высшей формы генерализации представлений об институтах культуры человечества, представленной в универсальной интерэтнической форме» [1, с. 51].

Основным в лингвистической концепции Гумбольдта является учение о тождестве «духа народа» и его языка. По мнению немецкого философа и педагога «язык народа есть его дух и дух народа есть его язык - трудно представить себе что-либо более тождественное» [2, с. 48]. Гумбольдт подходит к пониманию тождественности языка и духа народа через тождество в философии объективного и субъективного. Отметим, что проблема объективного и субъективного – одна из существенных как в онтологии и гносеологии, так и в социальной философии. Объективное трактуется как то, что существует независимо от индивидуального сознания; прежде всего это физические вещи и события в пространстве и времени; другие люди, их действия и состояния сознания; собственное тело индивида. Социально-исторический подтекст в соотношении объективного и субъективного особенно наглядно виден на соотношении общественного бытия и общественного сознания. Это наиболее разработанные категории исторического материализма.

В истории философии объективный мир жестко противопоставлялся субъективному. Вместе с тем существуют

серьезные основания считать, что субъективное возникает как результат коммуникативных взаимодействий субъекта с другими. Предметы культуры и воплощенные в них смыслы (включая орудия, инструменты, приборы, произведения архитектуры, художественные, научные, философские и иные тексты) существуют объективно, но в то же время предполагают индивидуальные субъектов (с их субъективным миром) и субъектов коллективных. Именно субъекты создают предметы культуры и их смыслы. Объективные смыслы, в т.ч. и те смыслы, которые пока никем не осознаются, могут существовать лишь постольку, поскольку имеются субъекты, способные их выявить, сделать собственным субъективным достоянием [3].

В свою очередь субъективное – то, что характеризует субъект или же производно от субъекта и его деятельности. Исторически субъективное было понято в классической философии (начиная с Декарта) как особый внутренний мир сознания, несомненный и самодостовверный, к которому субъект имеет непосредственный доступ. В таком качестве субъективное было противопоставлено объективному миру физических вещей и событий (включая и тело субъекта) как существующему вне субъективного и как не абсолютно достоверному.

Развитие современной философии и психологии дает основание считать, что субъективное, переживаемое нами в качестве чисто «внутреннего» и сугубо личного, не является изначально данным, а строится субъектом в коммуникативных взаимодействиях с другими людьми в рамках определенной исторически данной культуры, поэтому и сама степень переживания субъективного как «внутреннего» может быть различной в разных условиях. Субъективное не может рассматриваться как особый мир, населенный такими «предметами», как переживания, представления, образы памяти воображения, желания и т.д., а является способом ориентации субъекта во внеш-

нем мире.

Однако и коммуникация и другие действия, будучи порождены субъектом и в этом смысле будучи субъективными, в то же время не принадлежат к субъективному миру в классическом его понимании, а относятся к сфере интерсубъективного, которая выходит за рамки противоположности субъективного и объективного [3].

Тождество объективного и субъективного согласно философии Гумбольдта проблематизирует вопрос об образе и эмоции и их соотношении с языком. Поскольку язык существует во времени и пространстве, постольку Гумбольдту нужно было решить вопрос о статусе темпоральных процессов в языке. Само по себе время ничего не синтезирует. Устойчивость предмета во времени – проблема физиков, а вот устойчивость образа во времени – это уже проблема философии. И Гумбольдт решает ее путем соединения эмоции и языка. Эмоция, как сон, хватает первые попавшиеся ей предметы и сдваивает их, формируется дипластия. Чем сильнее эмоциональное потрясение, тем прочнее образы. Такие образы Юнг называл архетипами [4, с. 137-140].

Эмоции интересны тем, что заставляют человека реализовывать свои желания через матрицу воображаемого, то есть духовность. По Гумбольдту, дух самобытен, свободен, самостоятелен, целеустремлен, деятелен, всепроникающ, в известной степени индивидуализирован. Язык трактуется им как организм духа и как его самодеятельность. Сила человеческого духа, по Гумбольдту, в самом своем существе человеку не доступна. Она открывается косвенно через свои проявления (язык, цивилизацию, культуру, духовность и т.д.).

Проявления духовного – это её создания, сила духа является человеку в том, что она производит, открывается в своих созданиях. Поскольку непосредственное проникновение в мир духа невозможно, то всякое постижение его есть реконструкция, восстановление, предугадывание его черт. Язык – главная деятельность человеческого духа. Проблема взаимоотношения языка и духа становится одной из центральных в творчестве Гумбольдта.

По его мнению, зарождение языка не может происходить по отдельным кусочкам или отдельным словам: «Для того чтобы человек мог понять хотя бы единственное слово не просто как душевное побуждение, а как членораздельный звук, обозначающий понятие, весь язык полностью и во всех своих связях уже должен быть заложен в нем» [2, с. 117]. Так как в языке нет ничего единичного, и «каждый отдельный его элемент проявляет себя лишь как часть целого». Надо отметить, что это последнее положение получило многообразную интерпретацию лишь у философов XX века, сформировавших понятия системы и структуры. Это легло в основу структурализма – научного направления в гуманитарном знании, возникшем во Франции в первой половине XX в. Основу структурного метода образует выявление структуры как совокупности отношений, инвариантных при некоторых преобразованиях. В такой интерпретации понятие структуры характеризует не просто устойчивый «скелет» какого-либо объекта, а совокупность правил, по которым из одного объекта можно получить второй, третий и т.д. путем перестанов-

ки его элементов и некоторых других симметричных преобразований. Выявление структурных закономерностей некоторого множества объектов достигается здесь путем выведения различий между этими объектами в качестве превращающихся друг в друга конкретных вариантов единого абстрактного инварианта [5].

Одним из основных положений структурализма является утверждение о том, что социальные и культурные явления не обладают самостоятельной субстанциальной природой, а определяются своей внутренней структурой (то есть системой отношений между внутренними структурными элементами), и системой отношений с другими явлениями в соответствующих социальных и культурных системах. Эти системы отношений рассматриваются как знаковые системы и, таким образом, трактуются как объекты, наделенные значением [6].

Структурализм ставит своей целью объяснить, как данные социальные институты, которые могут быть выявлены в рамках структурного анализа, делают возможным человеческий опыт [7]. В соответствии с этим подходом можно индивидуализировать структуралистскую позицию. Суть в том, что структурализм представляет направление в философии, сформировавшееся в полемике с субъективизмом, гуманизмом, историзмом и эмпиризмом. Строгой доктрины у структурализма нет.

Поиск структур осуществлялся в различных областях социогуманитарного знания: в лингвистике, этнографии, психологии, истории... Основу структурного метода образует процесс выявления структуры как совокупности отношений, инвариантных при некоторых образованиях. В таком понимании понятие структуры характеризует не просто устойчивый каркас какого-либо объекта, а совокупность правил, по которым из одного объекта можно получить второй, третий и т.д., путём перестановки его элементов и некоторых других симметричных преобразований. Выявление структурных закономерностей некоторого множества объектов достигается путём выведения различий между этими объектами в качестве превращающихся друг в друга конкретных вариантов единого абстрактного инварианта.

Обобщенно можно сказать, что основная идея философского структурализма – не «бытие», а «отношение»; не субъект, а структура. Люди вроде шахматных фигур, неких лингвистических, математических или геометрических единиц: они не существуют уже вне установленных отношений, а лишь специфицируют вид поведения. Субъекта в структурализме заменяет некая его форма, не являющаяся субстанцией общества.

В своих работах философского плана Гумбольдт дает определение языка, ставшее, пожалуй, классическим: «По своей действительной сущности язык есть нечто постоянное и вместе с тем в каждый данный момент преходящее. Даже его фиксация посредством письма представляет собой далеко не совершенное мумиеобразное состояние, которое предполагает воссоздание его в живой речи. Язык есть не продукт деятельности (ergon), а деятельность (energeia). Его истинное определение может быть поэтому только генетическим. Язык представляет собой постоянно возобновляющуюся работу духа, направленную на то,

чтобы сделать артикулируемый звук пригодным для выражения мысли. В подлинном и действительном смысле под языком можно понимать только всю совокупность актов речевой деятельности. В беспорядочном хаосе слов и правил, который мы по привычке именуем языком, наличествуют лишь отдельные элементы, воспроизводимые – и притом неполно – речевой деятельностью; необходима все повторяющаяся деятельность, чтобы можно было познать сущность живой речи и составить верную картину живого языка, по разрозненным элементам нельзя познать то, что есть высшего и тончайшего в языке; это можно постичь и уловить только в связной речи... Расчленение языка на слова и правила – это лишь мертвый продукт научного анализа. Определение языка как деятельности духа совершенно правильно и адекватно уже потому, что бытие духа вообще может мыслиться только в деятельности и в качестве таковой» [2, с. 221].

Интеллектуальная деятельность, совершенно духовная, глубоко внутренняя и проходящая в известном смысле бесследно отмечает Гумбольдт, посредством звука материализуется в речи. Таким образом духовное как бестелесное становится доступной для чувственного восприятия (речь письменная и речь естественная). Интеллектуальная деятельность и язык представляют собой поэтому единое целое. В силу необходимости мышление всегда связано со звуками языка. Гумбольдт пишет: «Даже не касаясь потребностей общения людей друг с другом, можно утверждать, что язык есть обязательная предпосылка мышления и в условиях полной изоляции человека. Но обычно язык развивается только в обществе (выделено нами), и человек понимает себя только тогда, когда на опыте убедится, что его слова понятны также и другим людям... Речевая деятельность даже в самых своих простейших проявлениях есть соединение индивидуальных восприятий с общей природой человека. Так же обстоит дело и с пониманием» [2, с. 28].

Для того чтобы понять, как дух народа реализуется в языке, надо правильно понять, что такое язык. Как отмечает Гумбольдт, «язык предстает перед нами в бесконечном множестве своих элементов – слов, правил, всевозможных аналогий и всякого рода исключений, и мы впадаем в немалое замешательство в связи с тем, что все это многообразие явлений, которое, как его ни классифицируй, все же предстает перед нами обескураживающим хаосом, мы должны возвести к единству человеческого духа». Нельзя ограничиваться фиксацией этого хаоса, надо в каждом языке искать главное, поэтому в своих лингвистических исследованиях Гумбольдт затронул другие важные проблемы, а именно вопросы социально-философского характера. Они у него связаны с выявлением понятий «народ» и «язык». Гумбольдт считает «нацию» (для него это почти то же самое, что и «народ») такой формой «индивидуализации человеческого духа», которая имеет «языковой» статус. Считая нацию духовной формой человечества, имеющей языковую определенность», специфику этой формы он усматривает главным образом в языке, хотя при этом подчеркивает, что в формировании нации, помимо языка, участвуют и другие факторы: «если нами нации назывались духовной формой человечества, то этим совершенно

не отрицались их реальность и их земное бытие».

Так как деление человечества на языки совпадает с делением его на народы, то по Гумбольдту отсюда должно следовать, что между языком и народом, или, точнее, духом народа, существует необходимая корреляция. «Язык и духовная сила народа развиваются не отдельно друг от друга и последовательно один за другой, а составляют исключительно и нераздельно одно и то же действие интеллектуальной способности» [2, с. 142].

Каков же смысл употребления понятия «дух народа» в работах Гумбольдта? Человек не может ни мыслить, ни развиваться без языка: «Создание языка обусловлено внутренней потребностью человечества. Язык – не просто внешнее средство общения людей, поддержания общественных связей, но заложен в самой природе человека и необходим для развития его духовных сил и формирования мировоззрения, а этого человек только тогда сможет достичь, когда свое мышление поставит: связь с общественным мышлением» [2, с. 211].

«Языкотворческая сила в человечестве» стремится к совершенству, этим и обуславливаются единые закономерности развития всех языков, даже тех, «которые не обнаруживают между собой никаких исторических связей». Отсюда необходим стадийный подход и кажущееся Гумбольдту несомненным разграничение более и менее совершенных языков. Такая точка зрения была естественной, если исходить из первичности духа народа. Дух народа и язык народа неразрывны: «Духовное своеобразие и строение языка народа пребывают в столь тесном слиянии друг с другом, что коль скоро существует одно, то из этого обязательно должно вытекать другое... Язык есть как бы внешнее проявление духа народов: язык народа есть его дух, и дух народа есть его язык, и трудно представить себе что-либо более тождественное» [2, с. 231]. При этом единстве согласно концепции Гумбольдта первичен все же дух народа.

Гумбольдт ввел понятие «дух народа» в философию языка как понятие необходимое, однако, его трудно постичь в чистом виде: без языкового выражения «дух народа» – неясная величина, знание о которой следует извлечь опять-таки из самого языка, язык же толкуется не только как средство для постижения «духа народа», но и как фактор его создания. Тут как бы замкнулся некий герменевтический круг: дух народа как «высший принцип», обуславливая различие и специфику языков, со своей стороны сам нуждается в объяснении через язык. Гумбольдт пишет по этому поводу: «Не будет заколдованного круга, если языки считать продуктом силы народного духа и в то же время пытаться познать дух народа посредством построения самих языков: поскольку каждая специфическая духовная сила развивается посредством языка и только с опорой на него, то она не может иметь иной конструкции, кроме как языковой».

В понимании Гумбольдта, правильность и богатство развития языка прямо пропорционально связаны с соразмерностью воздействия на язык силы национального духа. Языки, соответственно, также обладают силой, воздействующей на дух. И это воздействие носит всесторонний и гармоничный характер. По образному выражению

Гумбольдта, языки - это колеи, по которым деятельность духа совершает свое течение, или, при другом сравнении, - русло, по которому дух катит волны своей жизни.

В заключение отметим, что во-первых в основе обособленности и непонимания отдельных «культурно-исторических» типов положено не только и не столько языковое непонимание. Это непонимание гораздо глубже. Оно коренится в различии и непонимании основных жизненных ценностей каждого типа другим. Самобытный культурно-исторический тип составляет общее понимание мироздания для родственных ему типов, которые довольно близки между собой. Каждый тип имеет свою индивидуальность и свою самоценность. В сохранение данных культурно-исторических типов, сохранение их разнообразия, противовес их друг другу дает возможность сохранения цивилизации. Об этом в свое время писал Н.Я. Данилевский. Если исчезнет разнообразие, то наступит моногосударство или государство, которое не обладает жизненной силой и оно обречено на скорую гибель. На современном языке эта идея выражается в понятии «глобализация».

Во-вторых, значение идей Гумбольдта для философии языка и социальной философии в целом громадно, поскольку его путь к языку берет курс на человека, а через него к пониманию особенностей того или иного социума, а в конечном счете к раскрытию духовного развития всего

человечества.

Ссылки:

1. Терешкович Г.В. Антропология / Новейший философский словарь: 3-е изд., исправл. – Минск, Книжный Дом, 2003.
2. Гумбольдт В. Избранные труды по языкознанию. – М., 1984.
3. Новая философская энциклопедия: В 4 тт. Под редакцией В.С. Стёпина. – М.: Мысль 2001. http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/6967/%D0%9E%D0%91%D0%AA%D0%95%D0%9A%D0%A2%D0%98%D0%92%D0%9D%D0%9E%D0%95
4. Zykin A. Myth as one of the traditional culture foundations (socio-philosophical analysis) // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences, «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. 5-6 (3) 2015.
5. Философский энциклопедический словарь. 2010. – http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_philosophy/1169/
6. Лобанов А.В. Структурная методология в архитектуре постмодернизма http://archvuz.ru/2008_3/2
7. Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Социальная антропология: Учеб. пособие. - М.: УМО вузов России по социальной работе – 2004.

ЭКСПЛИКАЦИЯ КАТЕГОРИИ «ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ САКРАЛЬНЫЙ СИМВОЛ»

Алена Лещенко

*Херсонская государственная морская академия
кандидат философских наук, доцент
кафедра гуманитарных дисциплин*

EXPLICATION OF THE CATEGORY «PERCEPTION OF THE SACRED ARTISTIC IMAGE»

Alena Leschenko, PhD in Philosophy, Assistant professor, Department of humanitarian disciplines Kherson State Maritime Academy

АННОТАЦИЯ

В статье анализируется понятие «художественный сакральный образ восприятия», под которым понимается субъективный психический феномен информационно-полевого происхождения. Доказывается, что он формируется у верующего экстраполярно, в процессе декодирования последним смысла христианского художественного символа, а также активизации личной предметно-практической и сенсорно-перцептивной деятельности.

ABSTRACT

The article analyses the term «perception of the sacred artistic image» that is understood as a subjective psychic phenomena of information and field origin. It is proved that it is formed with the believer in an extrapolation way during the process of decoding of the latter the meaning of Christian artistic symbol as well as activating his personal field practical and sensory perceptual activity.

Key words: Image, «perception of the sacred artistic image», symbol.

Христианское сакральное искусство имеет колоссальное влияние на формирование духовного мира человека. Его энергетическая сила позволяет навевать и внушать необходимые религиозные идеи и мысли, что было подмечено ещё «Отцами церкви», которые анализировали значение и роль искусства в распространении идей христианского вероучения. Над этим работали Филон Александрийский, Киприан Карфагенский, Тертуллиан, Климент Александрийский, Василий Великий, Иоанн Богослов и многие другие.

Поэтому, изучение особенностей воздействия христианского сакрального искусства на верующего не утрачивают своей актуальности на протяжении всего периода

существования христианского вероучения. Основным инструментом, способствующим внедрению сакрального смысла в сознание и подсознание верующего человека, является художественный символ, который используется всеми видами сакрального искусства. Сам христианский художественный символ надо понимать как сложный сакральный образ двойственного значения, который материализуется в произведении христианского сакрального искусства благодаря художественному образу как средству, и в концентрированном, закодированном и упорядоченном виде содержит энергетически насыщенную резонансно-консонансную, по характеру, информацию о двух взаимосвязанных и противоположных, по проис-

хождению, смыслах: сакрально-иррационального, трансвиртуального Божественного и человеческого. Декодирования человеком образности этих смыслов, в процессе восприятия им произведения христианского сакрального искусства, обеспечивается механизмом интериоризации, который позволяет почувствовать психологический эффект непосредственного присутствия образа Святого и духовно соединиться с ним благодаря возникновению нуминозного чувства, как переживания божественной тайны, и на основе энергетического подъема воспринимать идеи христианства. При этом о нуминозном говорится «... как своеобразной категории толкования и оценки и равным образом о нуминозной настроенности души...» [6, 9].

Кроме того, нужно акцентировать внимание на важности механизма экстраполяции, который позволяет верующему в процессе восприятия христианского художественного символа и самостоятельного декодирования его образного смысла, по своему желанию, на основании личных определенных представлений о могуществе Высших потусторонних сил, наделять эти образы соответствующим сакральным смыслом с верой в то, что эти Высшие силы помогут ему в решении определенных проблем. Реализует человек этот процесс благодаря фактору «вчувствования», который позволяет ему наделять художественные культовые образы признаками сакральности на основе чувств, которые по Л. С. Выготскому, «поднимаются из самой глубины нашего существа». Более того, подчеркнем, что надделение, каждым верующим по своему желанию, художественного образа сакральным смыслом является процессом не только сугубо субъективным, но и персонифицированным, который органично связывается с конкретикой бытовой ситуации, в которой оказался верующий, но которую преодолеть самостоятельно не в состоянии. Так, в частности в одном случае персонификация образа Бога осуществляется в системе «Бог-судья», в другом - «Бог-повелитель», еще в других - «Бог любящий отец», «Бог защитник» и другие.

Сущность же самой теории «вчувствования» Л. С. Выготский разъясняет следующим образом, утверждая, что «согласно этой теории, чувства не пробуждаются в нас производением искусства, как звуки клавишами на рояле, каждый элемент искусства не вносит в нас своего эмоционального тона, а дело происходит как раз наоборот. Мы изнутри себя вносим в произведение искусства, вчувствуем в него те или иные чувства, которые поднимаются из самой глубины нашего существа и которые, конечно же, не лежат на поверхности у самых наших рецепторов, а связаны с самой сложной деятельностью нашего организма» [1, 196].

Понимание причин такого «вчувствования» верующего человека в смысл сакрального художественного образа, а также высокого уровня его доверия к сути этого ирреалистичного смысла, сформировавшегося в его воображении благодаря составляющим механизма экстраполяции, требует более подробно выяснить сущность самого явления «образ» в том числе и «художественный сакральный образ восприятия», что и является основным заданием данного исследования.

Классическое определение сути этой категории свиде-

тельствует, что образ - это «результат и идеальная форма отражения предметов и явлений материального мира в сознании человека. Образ - субъективное явление, которое возникает в результате предметно-практической деятельности, а также ее специфических форм, таких как восприятие, память, мышление» [4, 172].

А. В. Запорожец детализирует суть этого понятия и утверждает, что «образы - это субъективные феномены, возникающие в результате предметно-практической, сенсорно-перцептивной и мыслительной деятельности. Образ - это целостное, интегральное отражение действительности, в котором одновременно представлены основные перцептивные категории (пространство, время, движение, цвет, форма, фактура и т.д.). Важнейшей функцией образа является регуляция деятельности» [3, 152]. Более того, ученый уточняет суть идеально-материальной структуры человеческого образа. В ее составе он объясняет значение и взаимодействие двух специфических составляющих - биодинамической и чувственной: «Пространственная структура образа складывается в результате предметных действий субъекта благодаря превращению биодинамической ткани движения в чувственную ткань образа... По мере формирования пространственного образа он наполняется предметными свойствами, наделяется чувственной тканью и совместно с ней локализуется во внешнем пространстве. Сказанное справедливо в отношении чувственной ткани, связанной с происхождением из биодинамической. Сложнее обстоит дело с чувственной тканью, связанной по происхождению со свойствами проксимальной стимуляции (с свето-цветовыми свойствами окружения). Можно допустить, что этот тип чувственной ткани не обладает изначально предметными (и соответственно картинными) свойствами. Они приобретаются по мере того, как эта ткань сливается с пространственной структурой образа и вместе с ней экстериоризуется и локализуется во внешнем пространстве. После такого слияния образ выступает как интегральное и нераздельное целое» [3, 153]. Таким образом, доказывается, что процесс формирования у человека образа восприятия является достаточно сложным, характеризуется процессуальностью, динамикой, этапностью и спецификой его так называемого «строительного» материала. Поэтому, как вывод отметим, что конечным этапом формирования у верующего религиозного образа как интегрального и нераздельного целого, при раскодировании им содержания христианского художественного символа, выступает образ, сакральный смысл которого верующий программирует самостоятельно в соответствии с характером своей потребности.

А. Н. Леонтьев, также анализируя процессуальную сторону формирования у человека образа в контексте научной теории отражения, признает необходимость решать фундаментальную проблему - «проблему исследования процесса перехода или «перевода» отражению содержания в содержание отражения» [5, 19]. Он объясняет закономерность, согласно которой «процесс отражения является результатом не влияния, а взаимодействия, то есть результатом процессов, идущих как бы навстречу друг другу. Один из них является процесс воздействия объекта на живую систему, а другой - активность самой системы

относительно влияния объекта. Этот последний процесс благодаря своему уподоблению независимым свойствам реальности и несет в себе ее отражение» [5, 22]. В нашем случае в этом двустороннем процессе, с одной стороны, находится произведение христианского сакрального искусства, смысл которого является воплощенным в соответствующий ему символ и образность которого верующему нужно раскодировать. Это могут быть произведения изобразительного, архитектурного, музыкального и других видов сакрального искусства. С другой стороны, в качестве живой системы, на которую влияет произведение сакрального искусства, при условии восприятия его сути верующим, выступает сам верующий человек, а также и такой человек, у которого религиозные чувства и взгляды еще не сформировались, а находятся на стадии становления.

Таким образом, актуализируется тождество этой закономерной связи с механизмом экстраполяции, для которого также характерно одновременное объединение двух противоположных тенденций: а) «свойство инерции, консервативность знания, стереотипность механизмов человеческого познания» б) «направленность на получение принципиально нового знания».

Поэтому, есть основания для вывода о доминирующей значимости механизма экстраполяции в реализации процесса формирования у человека образа внешних явлений и предметов, в частности художественного образа произведения культового искусства с его символикой сакрального значения, в процессе отражения им этого смысла.

А. В. Запорожец также доказывает, что ни сенсорный импульс, ни непосредственная активизация рецепторов человека не могут выступать основанием для формирования адекватного образа восприятия: «Здесь необходима коррекция, которая исправляет неизбежные ошибки и приводит образ в соответствие с объектом ... нужна экстериоризация отражательного процесса, которая и происходит в виде перцептивных действий, которые уподобляются своей внешней формой объекту, который воспринимается и сопоставляются с особенностями объекта» [3, 131].

Ученый объясняет, что эволюция образа охватывает процесс трансформации пространственного образа в перцептивные схемы, в значение, в символы, в частности с усилением элементов абстрагирования именно в символах [3, 153]. Он исходит из того, что движение и психика человека находятся в органическом единстве, описание которых, как и образов отображения, спровоцировало разработку в науке нового концептуального аппарата. С точки зрения проблемы формирования у верующего глобального образа мира как реального, то есть земного, так и Высшего, а по П. А. Флоренскому, горнего и дольного, важна идея ученого о связи живого движения со значением и смыслом. А. В. Запорожец рассматривает эту взаимосвязь в глобальном масштабе: «Симультанизация пространственной картины мира возможна только в результате последовательно развернутого во времени, сукцессивного действия в этом мире. Живое движение действительно является активным хронотопом, уникальным средством овладения пространством и временем... Структурные особенности живого движения все чаще становятся предметом изучения. По-

следние результаты свидетельствуют о том, что оно имеет квантово-волновую природу. Пространственно-временные характеристики квантов определяются двигательной задачей, степенью освоения действия, в состав которого они входят, скоростью его осуществления» [3, 150].

Современная наука, опираясь на новейшие достижения, отстаивает новые концепции о сущности образов восприятия человека. Так, О. П. Дубровский и В. Н. Пушкин обращают внимание на то, что образ восприятия человеком объектов реальной действительности должен рассматриваться в качестве некоторых «полевых» структур в их чистом виде. Авторы доказывают что «гипотеза о формотворческой функции мозга позволяет подойти к природе адекватного отражения объектов с помощью образов восприятия. Образы восприятия, с точки зрения их материального существования, выступают как реальности, подобные стоячим волнам, как некоторые полевые структуры, как формы в чистом виде, лишённые вещества. В процессе отражения предметов окружающего мира эти материальные, и в то же время информационные образования, входят во взаимодействие с формами объектов, воспринимаются. Именно такое полевое, волновое взаимодействие форм составляет основу процесса восприятия» [2, 109].

Таким образом, можно внести некоторые уточнения в понимание категории «художественный сакральный образ восприятия». Под этой категорией следует понимать субъективный психический феномен информационно-полевого происхождения, который формируется у верующего экстраполяционно, в процессе декодирования им смысла христианского художественного символа и активизации личной предметно-практической сенсорно-перцептивной деятельности, и самостоятельного предоставления ему сакрального значения. Все это обуславливает приоритетное религиозно-мировоззренческое значение художественно-сакрального образа восприятия для верующего.

Ссылки:

1. Выготский Л. С. Психология искусства / Под ред. М. Г. Ярошевского. – М.: Педагогика, 1987. – 344 с.
2. Дубров А. П., Пушкин В. Н. Парапсихология и современное естествознание. – М.: «Соваминко», 1989. – 280 с.
3. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2-х т. - Т. I. Психическое развитие ребенка. – М.: Педагогика, 1986. – 320 с.
4. Краткий педагогический словарь пропагандиста / Под общ. ред. М. И. Кондакова, А. С. Вишнякова; Сост.: М. Н. Колмакова, В. С. Сувор. – 2-е изд., доп. и доработ. – М.: Политиздат, 1988. – 367 с.
5. Леонтьев А. Н. Понятие отражения и его значение для психологии: В кн.: Хрестоматия по психологии: Учеб. Пособие для студентов пед. ин-тов / Сост. В. В. Мироненко; Под ред. А. В. Петровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1987. – 447 с.
6. Отто Р. Священное / Р. Отто [перевод А. М. Руткевича]. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2008. – 272 с.

RESEARCH PROGRAM OF THE NIZHNY NOVGOROD METHODO-LOGICAL SCHOOL: EIGHT COMPONENTS OF ACTIVITY CONCEPT

Pishchik A.M.

doctor of philosophy, professor, Dzerzhinsky branch of the

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА НИЖЕГОРОДСКОЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ: КОНЦЕПЦИЯ ВОСЬМИ КОМПОНЕНТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

АННОТАЦИЯ

Разработка и обоснование концепции восьми компонентов деятельности

ABSTRACT

Development and validation of eight components activity concept.

Ключевые слова: компоненты деятельности, системно-деятельностный подход.

Key words: components of activity, system-activity approach.

This article continues a series of articles about the concepts developed by the Nizhny Novgorod methodological school, publication of which began in the previous issue of the journal [21].

The problem

There is the problem of creating a theoretical language for professional communication that allows you to integrate the achievements of the philosophical level of knowledge with the achievements of specific scientific studies. The theory of the «middle» level can solve this problem. An example of such theory is the General theory of activity. Nizhny Novgorod Methodological school began to develop a General theory of activity in 80-ies of XX century. The task was the integration of achievements of the philosophical concepts of activity and achievements of specific scientific concepts developed in psychology, sociology, pedagogy, linguistics and other research areas.

In the framework of the General theory of activity, was developed the concept 8 components of activity. The concept was developed on the basis of system-activity approach. The concept was brought to the scientific community in Gorky in 1982 on X Inter-zonal Symposium [6].

Analysis of recent researches and publications

The concept 8 components of activity appeared in the beginning of 80-ies as a response to the inquiry practices of design in different spheres of human activity on the basis of system-active approach.

Domestic system-activity approach appeared in the laboratory of theoretical problems of the Scientific research Institute of technical aesthetics (1965-1968). The laboratory was the «creative Studio» to develop new theoretical and methodological tools in the field of design» in the field of domestic design [13, p. 8]. In this lab worked K.Kantor, G.Shchedrovitsky, O.Genisaretsky, V.Glazychyev, V.Dubrovsky and other professionals. «The main methodological tool of development of project ideology served as the system-activity approach» [13, p. 10]. When you create a method the authors have seen foreign origins in systems engineering, theory of operations, ethnopsychology, ethno-linguistics, anthropology, theory of human relationships. The achievements of this period of formation of the systemic-activity approach is presented in two collections of scientific works of the Scientific research Institute of technical aesthetics [13, 14], and also in selected works of G.Shchedrovitsky [17].

System-activity approach in these years was created not only

in the field of design and organizational and activity games of the methodological school of G. Shchedrovitsky. The main directions of the activity approach, developed in the 80-th years of XX century, were recorded in the research G. V. Sukhodolsky, the author who generalized the psychological theory of activity [11, 12]. In the 60-80s of the activity approach becomes system-activity. The signs of a new quality are: 1) from a philosophical and psychological approach it has become multi-disciplinary; 2) it was enriched by the achievements of a systematic approach (there is a variety of working models with different component composition and different structures) [4, 7]; 3) it began to develop primarily as a design method.

In 80-e years the Russian variant of system-activity approach has attracted the attention of developers of computer systems and soon became an international movement of scientists and designers. Since 1986 many international congresses on research in the field of the theory of activity were held [1]. From 1988 to 1994 the international journal of multidisciplinary research on the theory of activity (a Multidisciplinary Journal of the News Letter for Research Activity Theory) was published. In 1996 the main provisions of the activity theory were presented in English (K.Kuutti, B.Nardi) and became known to a wide circle of specialists in the U.S. and other countries [18 -20].

Allocation of unsolved aspects of the problem

Interest in the methodology of systemic-activity approach, updated in the educational environment due to the fact that the methodological basis of the Federal educational standards for Russian secondary school since 2012 has become a system-activity approach [15]. Among the scientific schools that wish to manage the activities of the school, there is no consensus on the effectiveness of pedagogical technologies on the basis of system-activity approach [3, 16]. Psychological interpretation of the system-active approach dominates in the standards. «Bias in the selection of scientific theories, which underlies the basis of standards, makes it difficult the variable nature of secondary education. Not all teachers share the position that the purpose of General education is to develop the cognitive activity of students by using deductive theoretical generalizations. Besides, man is not only thinking, but also feelings, emotions, physical development, spirituality and much more» [16].

The idea of the systemic-activity approach, developed by the Nizhny Novgorod methodological school, was to avoid methodological one-sidedness prevailing in philosophy,

productive tool for social design in any field.

The purpose of the article

The article aims to present the concept 8 components of activity . The concept was developed in the framework of the systemic-activity approach.

The main material

The Nizhny Novgorod methodological school has developed the concept of the eight components of activity. This concept was based on the analysis of the components of activity described in the concepts of other authors [5, 6, 9, 10].

The developed model is presented in figure 1.

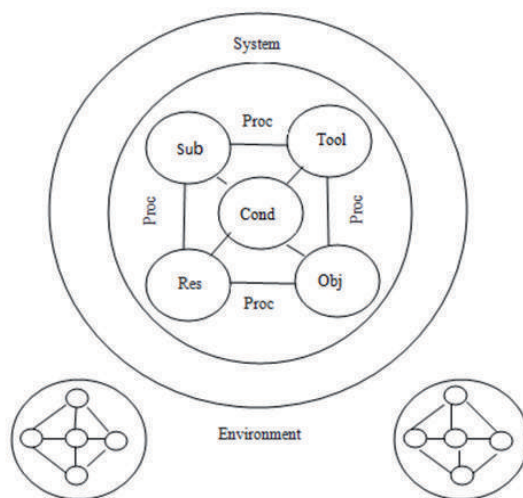


Figure 1. System of the activity

The definition of the component activity

The subject of activity (Sub) - this is an individual or a community of people undergoing the process activity.

The object of the activity (Obj) – the totality of characteristics of an object targeted by the operation process.

Tool – all the material objects used by the subject to ensure the process activities.

Process activity (Proc) – structure-forming component of the activity system; this is the set of interactions of the system activity.

Result of activity (Res) – 1) in a broad holistic sense – the result of the entire operation system in its completed form; 2) in the narrow component relationship – the result is the

converted object, in accordance with the purpose.

Conditions (Con) are components of other systems, actively included in the operation system.

System activity - procedural attitude components of activity (structured composition of the internal components of activity).

Environment activity is the external system, forming the active background and potential activities.

The composition and structure of each component activity are specified at a deeper level of analysis. The content of the subject is revealed through motivational, informational and operational readiness for activity (Fig.2).

	SUBJECT		PROCESS
	READINESS		
MOTIVATIONAL	INFORMATIONAL	OPERATIONAL	
GOAL	PROBLEM	METHOD	ACTION
OBJECTIVE	HYPOTHESIS	APPROACH	OPERATION
PROGRAMME	THEORY	TECHNIQUE	RECEPTION

Figure 2. The system of the subject and process of activity

Motivational readiness is revealed at three levels of existence – at the level of objectives, targets and programs to achieve it. Informational willingness is expressed in the awareness of the problem, proposing hypotheses and theories available to address it. Operational readiness is manifested in the availability method, approach and technique of implementation. The process of activity consists of actions, operations, and receptions.

Tools are viewed as material phenomena, used by the entity

to enhance their capabilities to transform the object of activity in the result. The classification of the activities based on the following three grounds: 1) the tool activity will be considered as compensators and amplifiers bodily (physical), sensory (touch) and intellectual qualities; 2) Tools interact with matter, energy and information; 3) tool to perform the functions of reflection conversion, storage and transmission. The interaction of these three elements creates a combination of actual and hypothetical possible 36 types of human activity (Fig.3).

Function	Object	Quality man		
		corporal (physical)	sensual (touch)	intellectual
reflection	substance	1	2	3
	energy	4	5	6
	information	7	8	9
conversion	substance	10	11	12
	energy	13	14	15
	information	16	17	18
storage	substance	19	20	21
	energy	22	23	24
	information	25	26	27
broadcast	substance	28	29	30
	energy	31	32	33
	information	34	35	36

Figure 3. The system tools activity

The content of each type of system presented in typology of technique [5, pp. 85-89].

The result of the activity consists of product and waste. (Fig. 4). The waste is divided into positive and negative.

The object of activity can be nature, technology, society, man (Fig. 5). The conditions and environment of work presents these same four spheres.

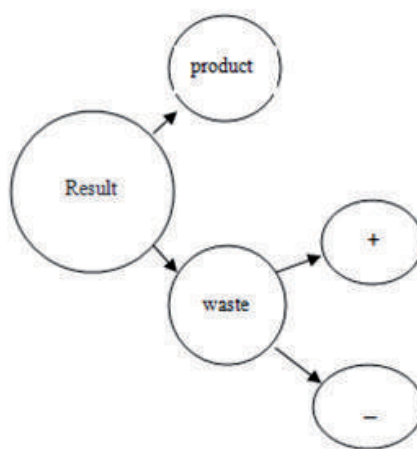


Figure 4. The composition of the result of the activity

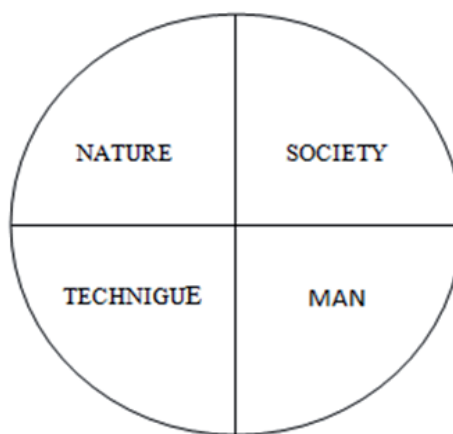


Figure 5. The invariant spheres for the formation of the object, conditions and environment activities

The activity breaks out into 8 basic spheres (Fig.6). All the diversity of activities is a derivative of basic fields of activity or their combinations.

Theoretical testing of the concept of the 8-component composition activities took place from 1980 to 2015 the annual academic symposia organized by the Nizhny Novgorod philosophy club and the Russian Academy of human research.

The concept was presented in numerous monographs, articles, projects, defended candidate and doctoral theses of the representatives of the Nizhny Novgorod methodological school [9]. For the past 20 years (1995) concept is implemented in the field of secondary General (complete) education in the activities of the Nizhny Novgorod author's academic school [8].

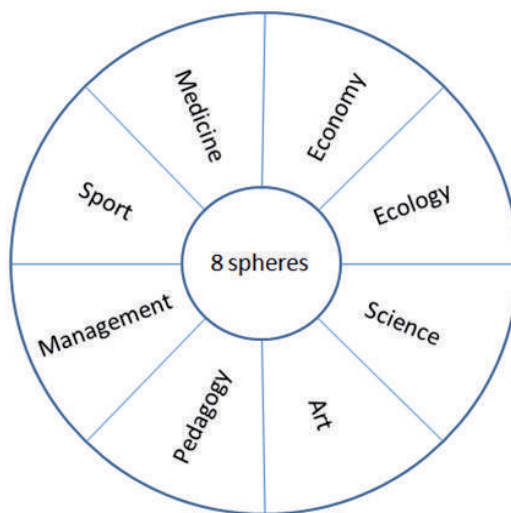


Figure 6. System of the eight basic spheres of activity

The concept of the 8-component composition activities was created and de-veloped in dialogue with similar concepts presented in the literature.

Comparative analysis of the concept of the 8-component composition activity with the concepts of component composition the work of other authors is pre-sented in table 1.

Table 1.

Comparative analysis of component composition activity

№ п/п	The concept of the eigh component composition activity	Концепции компонентного состава деятельности других авторов
1	SUBJECT	Marx (the subject of work and worker), S.Bulgakov, V.Milman, K.Kuutti, M. Ellison and Mac-Grasse (the subject is the individual and the community)
1.1	motivational readiness	motive: S.Rubinstein and A.Leontiev, V. Davydov, V.Shadrikov, G.Sukhodolsky, E.Milman, K.Kuutti
1.1.1	purpose	Hegel, Marx, S.Bulgakov, S.Rubinstein and A.Leontiev, G. Shchedrovitsky, O.Konopkin, V.Shadrikov, G.Sukhodolsky, E.Milman, K.Kuutti
1.1.2	objective	V.Davydov, G.Schedrovitsky
1.1.3	program	O.Konopkin, V.Shadrikov, K.Kuutti (internal tool – plan, programme)
1.2	information readiness	V.Shadrikov (information base)
1.3	operational readiness	
1.3.1	method	G.Shchedrovitsky
1.3.2	approach	Marx, V.Davydov (method of action)
1.3.3	technique	
2	TOOL	Hegel, Marx (means of labor), S.Rubinstein, G.Shchedrovitsky, V.Milman, K.Kuutti (external tools)
3	OBJECT	Hegel, Marx (the subject of labor, raw material), S.Bulgakov, G.Shchedrovitsky (original material), V.Milman, K.Kuutti
4	PROCESS	Marx (the labor process), S.Bulgakov (the action system, that is the technology), G. Shchedrovitsky (procedure)
4.1	action	S.Bulgakov, S.Rubinstein and A.Leontiev, K.Kuutti
4.2	operation	A.Leont'ev, K.Kuutti
4.3	reception	
5	RESULT	Hegel, S.Rubinstein, G.Sukhodolsky, K.Kuutti
5.1	product	Marx (product of labor), S.Bulgakov (economic product), G.Shchedrovitsky, V.Milman

5.2	waste	
6	CONDITIONS	Hegel, Marx (the material conditions of work, General means of labor), A.Leont'ev, O.Konopkin (model conditions), V.Milman (environment), K.Kuutti
6.1	natural	
6.2	technical	
6.3	social	S. Rubinstein (social situation)
6.4	Anthropological (ergonomical)	
7	SYSTEM ACTIVITY	Marx (labor), S.Bulgakov (labor), A.Leont'ev (activity), K.Kuutti (activity – sistem of the man doing)
8	ENVIRONMENT	Marx (the original pantry and the Arsenal of labor), V.Milman

Us a comparisn of the 8-component model with components of functional system of academician P. K. Anokhin (Table 2, Fig.7).

Table 2.

Comparative analysis of the component structure of activity and components of the functional system (by P. K. Anokhin)

Components of activity	Components of the functional system
SUBJECT	afferent synthesis, decision making
motivational readiness	the prevailing motivation
purpose	acceptor of action result
objective	
program	programme of action
information readiness	memory
operational readiness	decision making
TOOL	contextual afferentation
OBJECT	starting afferentation
PROCESS	mutual assistance components
action	action
operation	efferent excitations
reception	backward afferentation
CONDITIONS	contextual afferentation
RESULT	result of action, parameters of result
SYSTEM ACTIVITY	functional system
ENVIRONMENT	contextual afferentation

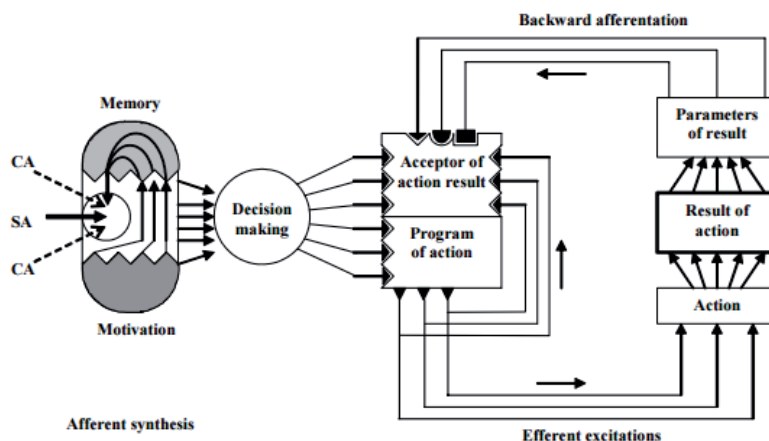


Figure 7. Functional system (by P.K. Anokhin) [2, p. 46]

Conclusions and suggestions

1. Comparative analysis of the 8-component model of activity with the similar models available in the literature showed the following advantages: the typological validity, levels of completeness, continuity and complementarity with other concepts, heuristics, usability for the tasks of research and design activities.

2. The concept 8 components of activity for 35 years have passed theoretical and practical test in the process of implementation of the research program of the Nizhny Novgorod methodological school.

3. The concept was introduced in the field of secondary (complete) General education in the implementation of the social project «Nizhny Novgorod author's academic school».

This article outlines and justifies the concept of the eight activity components, which can be a universal basis for the development of social projects in any field of activity.

Literature:

1. Абульханова К.А., Александров Ю.И. Второй международный конгресс по теории деятельности // Психологический журнал. 1991. - Т.12, №3. - С.143-149.

2. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы системной организации функций (ред. П.К. Анохин). М.: Наука, 1973. - 316 с. URL: <http://www.keldysh.ru/pages/BioCyber/RT/Functional.pdf>

3. Асмолов А.Г. Системно-деятельностный подход в разработке стандартов нового поколения // Педагогика. 2009. № 4. С. 18—22.

4. Деятельность: теории, методология, проблемы / Составитель И.Т. Касавин. - М.: Политиздат, 1990. - 369 с. URL: <http://eknigi.org/psihologija/91000-deyatelnost-teorii-metodologiya-problemy.html>

5. Зеленов Л.А. Собрание сочинений: в 4 т. Т.1: Философия. - Н.Новгород: Гладкова О.В., 2006. - 168 с.

6. Методология и теория деятельности: Тез. докл. к X Межзональному сим-позиуму. - Горький: НТО. - 1982. - 202 с.

7. Мильман В.Э. Компоненты и уровни в функциональной структуре деятельности // Вопр. психол. - 1991. - № 1. - С.71-81.

URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1991/911/911071.htm>

8. Муниципальное автономное образовательное учреждение Средняя обще-образовательная школа № 186 «Авторская академическая школа»

URL: <http://www.naash.ru/>

9. Пищик А.М. Научно-исследовательская программа Нижегородского фи-лософского клуба // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского, 2012, №1

(3), с. 244-250.

URL: [http://www.unn.ru/pages/issues/vestnik/99999999_West_2012_1\(3\)/31.pdf](http://www.unn.ru/pages/issues/vestnik/99999999_West_2012_1(3)/31.pdf)

10. Справочные методические материалы по разработкам Горьковского фи-лософского клуба. Выпуск I «Социум» / авторы обзора: Л.А. Зеленов, А.М. Пищик. - Горький: Философский клуб «Универсум» Горьковского Дома Ученых, 1989. - 26 с.

11. Суходольский Г.В. Инженерно-психологический анализ и синтез профес-сиональной деятельности: Дис. ... докт. психол. наук: 19.00.03 - Л., 1982. - 407 с.

12. Суходольский Г.В. Основы психологической теории деятельности.- Л: Изд-во Ленингр. ун-та. - 1988. - 168 с.

13. Теоретические и методологические исследования в дизайне. Избранные материалы. Часть I / Составители: О.И. Генисаретский. Е.М. Бизунова. - М.: ВНИИТЭ, 1990. -236 с.

14. Теоретические и методологические исследования в дизайне. Избранные материалы. Часть II. - / Составители: О.И. Генисаретский. Е.М. Бизунова. - М.: ВНИИТЭ, 1990. -154 с.

15. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего (полного) общего образования (утверждён приказом Минобрнауки России от 17.05.2012 № 413).

URL: <http://xn--80abucjiihbv9a.xn--p1ai/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/2365>

16. Хуторской А. В. Модель системно-деятельностного обучения и самореализации учащихся // Эйдос : интернет-журн. 2012. № 2. URL: <http://www.eidos.ru/journal/2012/0329-10.htm>.

17. Щедровицкий Г.П. Избранные труды. - М.: Шк. Культ. Полит. - 1995. - 800 с. URL: <http://socioline.ru/pages/g-pschedrovitskij-izbrannye-trudy>

18. Ellison, M. and McGrath, G. M. 1998. Activity theory and process modeling. Proceedings of the 1998 Information Resources Management Association International Conference, Boston, MA, May 17-20.

19. Kuutti K. Activity Theory and Human-Computer Interaction, by Bonnie A. Nardi (Editor)/ Cambridge (Mass.): MIT Press. 1996. P.17-44.

20. Nardi B.A. Activity Theory and Human- Computer Interaction // Context and Consciousness: Activity Theory and Human- Computer Interaction, by Bonnie A. Nardi (Editor) / Cambridge (Mass.): MIT Press. 1996. P. 4-8.

URL: <http://www.ics.uci.edu/~corps/phaseii/nardi-ch1.pdf>

21. Pishchik A.M. Research program of the Nizhny Novgorod methodological school: eight core activity spheres concept // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal) | FILOZOFIA № 2, 2015 (in print).

РАЦИОНАЛИЗМ И ГУМАНИЗМ: МНИМОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ

Памяти крупного петрозаводского философа
Александра Павловича Барчугова (1946-2005),
мыслям которого были бы созвучны некоторые
из высказанных здесь соображений

Андрей Сергеевич Соколов
Петрозаводский государственный университет
Кафедра социологии
Кандидат философских наук, доцент

RATIONALISM AND HUMANISM: A FALSE CONTRADICTION

Andrey Sergeevich Sokolov, Petrozavodsk State University. Department of Sociology. Ph.D. in Philosophy, docent

АННОТАЦИЯ

В статье обсуждаются особенности различных моделей дискурсивной коммуникации (этической, метафизической, прагматической) и обосновывается тезис о том, что такие принципы культуры, как «гуманизм» и «рационализм», не являются не в случайной или противоречивой, а в логически необходимой и существенной смысловой связи друг с другом, которая превращает рационально организованное мышление в надежный оплот личностной автономности человека.

ABSTRACT

The article discusses some (ethic, metaphysic, pragmatic) models of discursive communication and argues the existence of not accidental or contradictory, but of logically necessary and essential sensible relation between such cultural principles as "humanism" and "rationalism", that provides the rational meaning by the capacity to be an effective protector of human personal autonomy.

Ключевые слова: рациональность, гуманизм, аргументация, дискурс

Key words: humanism, rationality, argumentation, discourse

Уже довольно давно в мировой, а в постсоветские годы и в отечественной философской и культурологической литературе сложилась печальная традиция аксиологического разведения, порой даже противопоставления рационального и добродетельного начал человеческого бытия, традиция ироничного, а то и вовсе уничижительного толкования разума как дегуманизирующей культуру силы, причем силы – утилитарно значимой, эффективной в качестве регулятора сложной системы производственных, политических и иных социально-функциональных отношений, в этом качестве – силы социально полезной, однако, по отношению к человеку глубоко враждебной, изначально якобы противостоящей всем «вдохновенным идеалам», «высоким принципам» и «гуманистическим ценностям» культуры.

Традиция эта формировалась мучительно и долго. Если классическая философия Древней Греции, исходя из принципа сущностного единства Бытия и Блага, еще оставляла разуму возможность онтологического применения, отыскивала с его помощью разумное основание указанного единства, пыталась приводить разумные доводы в пользу онтологической непреложности добродетельного поведения, бытийной укорененности и Истины, и Справедливости, и Красоты (Гармонии), то мыслители позднеантичного времени выказали уже большое сомнение в осуществимости этого грандиозного теоретического проекта. Философская мысль эллинистического и романского периодов Древней истории чем далее, тем все более откровенно превращала этические и эстетические добродетели человека в его частное дело, причем дело, вершить которое индивиду надлежало в ситуации безысходного одиночества и стоического противостояния не только Социуму, но и Космосу вообще. Последние все более превращались в подавляющую человека, враждебную ему и при этом рационально непостижимую среду, над которой добродетельный человек, конечно же, способен субъективно возвысится, но, даже обретя надбытийное, сверхприродное и внесоциальное достоинство, оказывается беспомощным перед ней на практике и в конечном счете обреченным на гибель. Заявив о добровольном уходе уважающего себя

человека в мир иной как о наиболее разумном для него способе распорядится своей жизнью, позднеантичный стоицизм окончательно взрыхлил почву европейской культуры для засева ее семенами христианской веры, на многие века вперед превратив нравственно-этическую (да и художественно-эстетическую) сторону человеческого бытия в предмет уже религиозного осмысления; в предмет, недоступный для рациональной критики, пригодный только для интуитивно-мистического понимания.

Эпоха Возрождения, объявив разумность столь же ценным, как и любые другие атрибуты Божественной – бескрайне широкой и многогранной, заранее не предоформленной, творчески созидательной – природы человека, погрузив европейскую культуру в состояние некоего мистико-художественно-научного синкретизма, казалось, готовила «реабилитированному» Разуму прекрасную будущность. Однако уже с наступлением Нового времени, по мере закрепления во всех сферах общественной жизни Европы институтов и принципов буржуазной цивилизации и постепенного расчленения ренессансной целостности духовной культуры, дальнейшее развитие рационально-мыслительной составляющей последней пошло уже скорее в утилитарно-практическом направлении. Не сумев стать орудием бескорыстного постижения сокровенных тайн Бытия, человеческий разум стал быстро превращаться по преимуществу в инструмент для сбора и анализа фактуально-эмпирической информации, интересной человеку только в меру ее полезности для практической реализации им своих частных целей, удовлетворения его собственных эгоистических потребностей. Приняв форму рассудочного мышления (респектабельная «научная» разновидность которого принципиально неотличима от так называемого «здорового смысла» и житейской рассудительности), человеческий ratio ограничил себя только областью целедостижения, отказавшись вмешиваться в вопросы целеполагания, которое отныне превратится в сферу исключительной компетенции «Природы» (обеспечивающей людей объективными, физиологически обусловленными потребностями), «Духа» (человеческого или божественного, национального или классового – неважно,

главное – наделяющего нас спонтанной целепорождающей активностью, волюнтарной креативностью) или иных инстанций, от разума не зависящих и в его поддержке, советах и одобрении не нуждающихся.

В XVIII веке эта идея иррелевантности рационального и целеполагающего начал человеческого бытия получит уже и логическое закрепление в виде знаменитого принципа взаимной невыводимости суждений должноствования и суждений существования, сформулированного Д. Юмом (См.: [8, 618]). Обсуждая вопрос о целях человеческой жизнедеятельности, основоположники гражданской философии Нового времени станут апеллировать уже к естественности (не разумности или добродетельности!) первичных витальных потребностей индивида (жить, причем жить в условиях безопасности), оставляя за его *recta ratio* лишь право на разработку наиболее эффективного способа совместного удовлетворения людьми этих потребностей, на установление конкретных нормативных правил гражданского общежития, более всего способствующих практической реализации не самим разумом, а природой предзаданных человеку целей (подробнее см., напр.: [6]). И если руководствовались таким пониманием социальной французские просветители (и то – не все), а вслед за ними и позитивисты XIX века, и даже марксисты еще искренне верили и с вдохновлявшим широкие народные массы энтузиазмом отстаивали идею необходимости и возможности коренного переустройства социальной жизни на началах разумности, справедливости и гармонии (солидарности) одновременно, то по завершении периода ширококомасштабных социальных реформ и кровавых революционных бурь, когда пришла пора подведения итогов и оценки результатов проведенных в сфере общественной жизни преобразовательных экспериментов, былой энтузиазм сменился глухим разочарованием и расцветом с начала XX века уже антиутопического жанра как в художественной, так и философской литературе. Неподдельный исторический оптимизм социальных мыслителей Нового времени обернулся самоиронией да торжествующим сарказмом новых «властителей дум» западной либеральной интеллигенции по поводу научной бездоказательности великих исторических пророчеств именитых классиков прошлого; пророчеств – заведомо обреченных на фиаско в силу логической нищеты «историцизма», господствовавшего в мышлении самих пророков, которые вместо рационального объяснения действительного механизма закономерного социально-исторического развития человечества оказались способными, дескать, разве лишь на то, чтобы выдавать желаемое (гуманистические идеалы) за исторически неизбежное.

Что же касается «большой» (не узко социальной) философии, то ее развитие уже с начала Нового времени пошло по «аналитической» линии, прочерченной Д. Юмом и И. Кантом. Так, оттолкнувшись от проведенного «кенигсбергским затворником» различения познавательного, этического и телеологического способов применения разума, баденские неокантианцы конца XIX – нач. XX веков (В. Виндельбанд, Г. Риккерт) разорвали былую методологическую однородность научного познания, противопоставив естественно-научный и гуманитарный типы

познавательной деятельности. Двигаясь далее по той же философской линии, М. Вебер опрокинет ценностно-рациональную дихотомию на область властных отношений, а также социального поведения вообще, закрепив статус «рационального» только за тем из типов социальной активности человека, который связан с задачей эффективно-го целедостижения, но отнюдь не благого целеполагания. Ну а после сокрушительной критики А. Шопенгауэром, Ф. Ницше, А. Бергсоном и другими представителями «философии жизни» интеллекта как познавательного инструмента, созданного «по мерке твердых тел» и предназначенного якобы лишь для обращения с ними (инструмента, всегда отстающего от потока времени и погруженного в одно только пространство, расчленяющего то, что изначально едино, не способного заглянуть в потаенные глубины бытия, дабы постичь его первозданный жизненный смысл, а все только умертвляющего, объективирующего и т.д.), после убийственных инвектив в адрес «инструментального разума» со стороны французского экзистенциализма и немецкого фрейд-марксизма «франкфуртского» образца в философии, да, пожалуй, и во всей западной духовной культуре в целом, окончательно сложилось убеждение в том, что человеческий разум искони несовершенен и человеку враждебен, что уже по самой своей природе он не способен быть ни эффективным орудием искания истины, ни надежным оплотом высших духовных ценностей и гуманистических идеалов культуры. Напротив, будучи безжизненной дисциплинарно-репрессивной матрицей, «оковами» для свободного и творческого «констеллятивно-ассоциативного» мышления, подрезая крылья человеческой фантазии, нарушая спонтанную живость естественных эмоциональных состояний индивида, этот расчетливо-корыстный «инструментальный разум» (он же – «эмпирический рассудок») изначально враждебен, дескать, всему прекрасному, доброму и светлому, что есть в человеческой жизни, и, в силу органично присущих его природе изъянов, уж если и способен на что-то, то разве лишь на то, чтобы быть оплотом авторитаризма, орудием социального гнета, «отчуждения» и личностного «самоотчуждения» индивида.

Прочно закрепившаяся к настоящему времени традиция противопоставительного понимания *Ratio* и *Humanitas* является для нас фактом, глубоко удручающим как в теоретическом плане, так и в социально-практическом. Мало того, что такое понимание подрывает возможность целостного, содержательно непротиворечивого и логически последовательного постижения феномена человеческого бытия как такового, оно еще и в немалой степени способствует расцвету культурно-исторического релятивизма, провоцирует исследователя на истолкование различных способов организации общественной и духовной жизни человечества в качестве антропологически равнозначных (по-шпенглеровски равнодостоинных или – как во французском постмодернизме со времен М. Фуко – антропологически вообще «пустых», нейтральных), коль скоро и содержание культивируемых ценностей (сколь они гуманны, человечны по существу?), и сама необходимость присутствия в культуре каких бы то ни было гуманистических ценностей вообще никакому рациональному объ-

яснению и обоснованию в этом случае уже не подлежат. В силу изначальной якобы разнородности, семантической несовместимости понятий «гуманного» и «разумного», любые цивилизации и культуры – от практикующих ритуальный каннибализм до озабоченных законодательной защитой прав религиозных и сексуальных меньшинств – оказываются в рамках упомянутой релятивистской традиции рационально не соизмеримыми на предмет их гуманистичности, становятся антропологически эквивалентными, что, помимо прочего, сразу же гасит исторический энтузиазм человечества, ослабляет его мотивацию к совершению масштабных преобразовательно-практических действий по облагораживанию и гармонизации форм своей социальной и духовной жизни.

На наш взгляд, единственный разумный способ опровергнуть состоятельность указанной традиции антиномично-противопоставительного толкования «гуманного» и «рационального» – попробовать показать, что «инструментальный» разум человечества не сугубо инструментален (безразличен к вопросу целеполагания), что он, тем более, не является инструментом, пригодным для реализации якобы лишь враждебных человеку, антигуманных целей; показать, что, напротив, подкрепляя рациональными доводами самостоятельно сформированные индивидом, его собственные целевые установки и противодействуя навязываемым ему извне, со стороны социума, враждебным целям, разум по своей природе оказывается человеку вполне дружественен. Получится ли это сделать – будет видно из нижеследующих рассуждений.

Для начала уточним, в каком значении будут употребляться базовые понятия. Руководствуясь принципом семантического «минимализма» и не нагружая последние непривычными для речевой практики или избыточными для решения поставленной перед настоящей работой задач смысловыми коннотациями, условимся:

- под «рационализмом» подразумевать принцип, обязывающий человека при осмыслении (объяснении) причин и мотивов как совершаемых другими субъектами действий, так и собственного поведения руководствоваться вполне определенными – рациональными – соображениями; «рациональными» же будем считать претендующие на доказательность, недеklarативные, рассуждения (размышления), содержащие выстроенное в логически правильном порядке обоснование заявляемого тезиса;

- под «гуманизмом» понимать принцип равносубъектности всех представителей человеческого рода, то есть принцип, согласно которому все люди обладают равной степенью человеческого достоинства, одним из важнейших неотъемлемых составляющих которого является право человека принимать любые решения самостоятельно, «по своему усмотрению».

Уточним, что такое – «либертатное» – толкование природы гуманизма отнюдь не ограничивает целеполагание индивида устремлениями сугубо эгоистического, узкокорыстного характера: он остается свободным в выборе целей своей жизнедеятельности и вправе выбрать для себя, например, добровольное самоограничение вместо погони за мелкими житейскими радостями, последователь-

ную аскезу, а то и вовсе героическое самопожертвование во имя торжества неких благородных и высоких идеалов; единственное ограничение заключается в том, чтобы выбор этот был сделан человеком самим, осознанно (хотя и не обязательно логически безукоризненно, рационально!) и добровольно, а не «заботливо» навязан ему извне другими, заинтересованными в исходе дела, субъектами. Изложенная здесь интерпретация оставляет за понятием гуманизма лишь такое содержание, без которого оно оказалось бы вообще пустым, а именно – способность человека быть самим собой, быть субъектом собственной жизнедеятельности. Взятому в такой интерпретации принципу гуманизма противоречило бы только насильственное ограничение свободы выбора индивида (включая сюда, разумеется, и насильственное лишение его жизни в качестве крайней формы такого ограничения), а также психологическое давление извне, которое, оставаясь сознанием подвергаемого ему человека незамеченным, тем не менее «срабатывало бы», порождало бы у последнего нужные не ему самому, а манипулятору ментальные, психоэмоциональные и поведенческие реакции помимо его собственного к тому желания.

В качестве отправной точки для дальнейших рассуждений примем общеизвестный факт, что в силу несовпадения ролевых функций в системе общественного разделения труда, различия статусных позиций и по многим другим причинам люди преследуют различные цели и далеко не всегда (увы!) пытаются согласовать свои планы посредством рационально организованных, содержащих только логически правильную аргументацию и рассчитанных на достижение взаимовыгодного компромисса переговоров. В случае содержательного антагонизма интересов сторон такой – наиболее разумный и гуманный – сценарий социального взаимодействия становится объективно вообще не реализуемым. В этом случае хотя бы один из субъектов указанного взаимодействия как правило старается принудить другого к совершению им (против или безотносительно к его первоначальным желаниям) нужных первому действий, используя при этом разнообразные приемы: от грубого физического насилия до утонченных и почти незаметных для адресата методов психоэмоционального на него воздействия.

Эффективность такого манипулятивно-принудительного воздействия разнится в зависимости от обстоятельств. Антигуманность его очевидна: адресат воздействия лишается в этом случае своих исконных субъектно-антропных качеств, «умертвляется» как личность, превращаясь в пассивный объект для чьих-то манипуляций. Однако, именно в силу манипулятивного, а не рационально-дискурсивного характера оказываемого на человека воздействия, не разум и несет за него ответственность. Коммуникативная ситуация здесь с самого начала иррациональна: не разум «нашептывает» некоторому субъекту (индивиду, группе, государству и т.д.) те антигуманные и неблагородные цели, для осуществления которых ему требуется манипулировать поведением другого человека (целеполагание – процесс свободный, более волевой, нежели логико-дискурсивный), не посредством разумных доводов эти цели и осуществляются! Не с рациональными, пригодными к

логически правильному обоснованию предложениями некто обращается к другому, и не к его разуму он обращается (поскольку физическое насилие, как и психоэмоциональное давление, не предполагает возможности рациональной и, пожалуй, вообще какой бы то ни было контраргументации и на нее не рассчитано), да и целью воздействия оказывается не столько поведенческая мотивация адресата, сколько порядок самих его действий как таковых (пусть он продолжает наивно думать и желать, что ему угодно, главное – чтобы сделал то, что от него требуется!). Манипулятивное воздействие осуществляется с помощью не логико-дискурсивных, а сугубо практических методов (речевого и невербального характера); объектом воздействия является не сознание (вообще – не личность) человека, а его тело, с особым образом устроенной нервной системой, мозгом и т.д., с такой психофизиологической организацией нервных процессов, которая способна непроизвольно, а то и вовсе неосознанно реагировать на внешнее стимульное воздействие. Самое большее, что можно было бы разуму поставить в укор, так это его помощь злонамеренному субъекту в разработке технологии (методики) манипулятивного обращения с другими людьми, да и то упрек сей справедлив был бы в очень незначительной степени: навыки физического и эмоционального воздействия на другого индивида почти не поддаются рациональному контролю и регламентации как на стадии их формирования, так и в процессе применения. Подобные навыки вырабатываются и оттачиваются по большей части условно-рефлекторным образом, в ходе непосредственного житейского опыта ежедневного общения с себе подобными, и если адресат манипулятивного воздействия не желает мириться с участью пассивного объекта, если сам он при этом обладает еще и достаточно устойчивой психикой, и аналогичными житейским опытом, тем более – физической силой, то его разум уж точно не станет препятствовать ему использовать все эти качества в целях самозащиты.

Таким образом, рассмотренный случай «манипулятивного» социального взаимодействия к разбираемой в данной статье проблеме логической коллизии рационального и гуманного прямого отношения не имеет. Для решения заявленной проблемы интересны были бы лишь те случаи, в которых субъект, оказывающий воздействие на некоторого индивида, не пытается полностью десубъективировать, «расчеловечить» своего контрагента, а, сохраняя за ним право на свободное целеполагание, старается его «уговорить», убедить посредством некоторых доводов в необходимости сделать самому – осознанно и добровольно – нечто такое, что в его первоначальные планы не входило, но в чем заинтересован был субъект воздействия. Наша задача заключается в том, чтобы разобраться, насколько эффективным было бы применение в качестве инструмента реализации такой стратегии «уговоров и убеждений» именно рациональных доводов, то есть доводов, апеллирующих к общезначимым основаниям и выстроенных по общезначимым же логическим правилам, следовательно, оставляющих за адресатом право на активную, по тем же правилам организованную и к тем же основаниям апеллирующую контраргументацию. Рассмотрим типичные варианты реализации указанной коммуникативно-дис-

курсивной стратегии.

Широко распространенным способом дискурсивного воздействия на целевую поведенческую мотивацию индивида является этическая аргументация, звучащая обычно так: «Вам надлежит предпринять определенные действия, поскольку они должны быть предприняты, а выполнять долг, соблюдать нормы – непреложная обязанность любого уважающего себя человека!» Если сами понятия нормы, долга, к непреложности соблюдения которых и призывает этика, употребляются в привычном, общеузуальном значении, то есть как общезначимые, для всех одинаковые по содержанию и для всех одинаково обязательные требования, то такой способ аргументации не содержит в себе ничего антигуманного и дискриминационного даже в том случае, когда он потребовал бы от данного индивида поступиться какими-либо благами и эгоистическими интересами. Не только ему, но и любому другому человеку в аналогичной ситуации следует согласно той же этической максиме поступить точно так же. Обосновать с помощью этических доводов право удовлетворять собственные эгоистические интересы за счет интересов другого человека в принципе невозможно: это опять-таки противоречило бы (И. Кант, и не только он, это в свое время постарался доходчиво объяснить!) понятию нормы как обращенного ко всем и для всех одинакового правила действия, такого правила, которое именно в силу своей всеобщности не может содержать в себе разрешения одному индивиду делать то, что запрещено другому члену того сообщества, на которое оно распространяется (в противном случае норма (правило) превратилась бы в перформативно противоречивое, бессмысленное и саморазрушающееся предписание).

Если этическая аргументация осуществляется с соблюдением законов и правил деонтической логики, то и по части рациональности такой способ построения коммуникативного дискурса претензий также не вызывает. Важнее другое: особенность этической аргументации заключается в том, что неукоснительное соблюдение деонтологических законов и правил крайне ограничивает ее в возможностях оказывать действительное влияние на поведенческую мотивацию свободного в своем целеполагании субъекта (каковым, кстати, вполне может оказаться не только другой индивидуум, но и сам этот субъект, когда он предается нравственным размышлениям о своем «Предназначении», о «Долге», о «Смысле» и «Высшей Цели» собственной жизни и тому подобных вопросах). Единственным логически корректным доводом в пользу необходимости соблюдения некоторой нормы является тавтологическое по существу указание на то, что она (норма) есть, задана или (суть дела это не меняет!) выводима из нормы более общего характера (причем выводима не столько в «классическом» для формальной логики, «материально-имплицитивном» смысле слов «выводимость», «следование», сколько в «релевантно-логическом» их значении, понимаемом как семантическая содержимость меньшей нормы в более широкой, имплицитная подразумеваемость ее в качестве частного случая последней). Непреодолимый для деонтической логики «барьер Юма» между экзистенциальными и нормативными (или императивными) высказывания-

ми делает логически невозможной, «противозаконной» любую апелляцию к некоторому, существующему в мире положению дел («порядку», «состоянию» бытия) как основанию необходимости соблюдения тех нормативных требований (запретов и обязанностей), что были к индивиду предъявлены, да и вообще каких бы то ни было. Из того, что мир устроен некоторым образом, логически не следует, что он должен быть устроен именно так (или как-то иначе); из того факта, что люди в определенных ситуациях поступают определенным образом, вовсе не следует, что именно так (или вообще хоть как-то) они поступать должны, равно как, впрочем, и наоборот: из того, что люди должны так поступать, логически не следует, что именно так они себя и ведут в действительности. С помощью экзистенциальных аргументов (ссылок на существующее положение дел в мире) невозможно логически убедительно обосновать, что именно человеку следует, надлежит делать; невозможно обосновать даже то, что он обязан хотя бы желать делать то, что нормативно вменяется ему в обязанность. Возможности этического дискурса ограничиваются лишь прояснением содержания предъявляемых к человеку требований, но не распространяются на обоснование непреложности их выполнения.

В силу указанного обстоятельства, а также и в силу заведомого логического несовершенства любого нормативного кодекса, прагматическая эффективность этической аргументации, тем более ее эффективность как инструмента манипулятивного воздействия на собеседника, не велика, и в «чистом», деонтологически корректном виде она применяется нечасто; как правило, применяется она лишь в сочетании с активным использованием риторических приемов, обеспечивающих эмоциональное воздействие на аудиторию. Приемы эти порою бывает весьма действенными, порою – не очень; разумеется, они всегда чреватые угрозой вырождения высокой этической патетики в фарисейски напыщенное морализаторство. Однако, будучи приемами именно риторического, а не логико-дискурсивного характера, они, если и способны кого-то дискредитировать, то разве лишь персонально того человека, который к их помощи прибегает, но никоим образом не сам человеческий разум как таковой.

С нормативно-этическим способом обоснования необходимости совершения (индивидом, группой людей) определенных действий в определенных жизненных ситуациях смыкается давно и широко распространенный и в философских, и в богословских кругах тип аргументации, который в соответствии с достаточно устоявшейся традицией будем далее именовать «метафизическим». Данный способ аргументации представляет собой апелляцию к некоему «идеальному плану» бытия, якобы укорененному в потаенных, сущностных его глубинах (то ли как имманентное начало мироздания, то ли как начало «трансцендентное», как свыше вложенный в наш бренный мир «Замысел Божий», в данном случае – непринципиально, главное – чтобы указанный идеальный план (замысел) был миром принят в качестве своей субстанциальной основы и программы самореализации, «энтелехии»). Именно он, этот «идеальный план», придавая бытию глубинную смысловую прозрачность, сверхэмпирическую интелли-

гибельность, оказывается, предусматривает в качестве средства своего самоосуществления еще и определенные человеческие действия. «Мир (Бытие) должен стать таким-то, потому что он в сущности своей уже (и всегда) таков! Осталось немного: только привести наличное, сиюминутно-эмпирическое его существование в адекватное соответствие с его же вневременной исконной (имманентной или трансцендентной) сущностью, а для этого – и людям необходимо предпринять некоторые действия; действия, изначально предусмотренные (Божественным Провидением или Космическим Разумом), заложенные в субстанциональную программу самореализации Бытия!» – такова стандартная модель «метафизических» рассуждений, которую в различных терминологических и стилистических вариациях мы веками встречаем в истории классической философии и богословия или их неоплатоническо-пантеистическом синтезе.

С формально-логической стороны представленный способ аргументации является довольно ловкой попыткой хитроумно обойти упоминавшийся «Юмов барьер» между суждениями существования и суждениями долженствования, предложить дополнительный и более «веский» довод в пользу необходимости выполнения человеком предъявляемых к нему требований, чем тавтологическое обращение к содержанию самих этих требований (единственному доводу, «законному» с точки зрения деонтической логики). Бесспорно, любая норма звучала бы более весомо, если бы она могла опереться не только на себя, но и на авторитет законодателя, надмирная мудрость и вселенское могущество которого были бы абсолютны и для человека неоспоримы; тем охотнее любое (нормативное или непосредственно императивное) предписание исполнялось бы человеком, чем в большей степени последний был бы уверен, что, исполняя его, он действует по воле «Высшего Разума», что, опираясь на всю мощь умопостигаемого Бытия, он соучаствует в процессе самоосуществления последнего, помогает Бытию быть, причем быть именно таким, каким ему быть должно, каким изначально оно и было кем-то свыше замыслено.

Впрочем, попытка обойти один из базовых принципов деонтической логики предпринимается в разбираемом случае «негодными» в логическом отношении средствами, которые являются средствами скорее риторическими, рассчитанными на эмоциональное убеждение аудитории, нежели средствами логико-доказательными. В действительности Юмов запрет на логическую выводимость суждений со связкой «должен» из суждений с логической связкой «есть» (равно как и наоборот) распространяется на любые экзистенциальные, описывающие некоторое состояние бытия суждения, а не только на фактуально-эмпирические, употребления которых профессиональным мастерам «метафизического жанра» действительно удается порой успешно избегать. С логической точки зрения мир (бытие) не должен быть каким-то определенным только лишь потому, что он – такой-то, так-то устроен (а люди, в нем живущие, соответственно, не обязаны ничего определенного для реализации какого-либо «онтологического долженствования» делать); мир вообще никому ничего не должен вне зависимости от того, идет ли речь о субстанциальном,

сверхчувственно-умопостигаемом его устройстве или об устройстве эмпирически наблюдаемом, физически материальном, научными методами изучаемом. «Запрет Юма» сохраняет силу в любом случае. Поскольку логическими средствами обойти его невозможно, метафизический способ рассуждений мы вправе квалифицировать лишь в качестве квази- (или даже псевдо-) рационального.

Что касается антропологической стороны, то вопрос о гуманистической релевантности метафизического дискурса однозначному решению, пожалуй, не поддается. Противоречит ли высшим гуманистическим принципам некоторый способ обоснования обязательности выполнения человеком предъявляемых к нему (нормативных) требований, зависит в конечном счете от содержания самих этих требований. Разумеется, и техника обоснования тоже играет свою роль. Попытка ввести аудиторию в заблуждение, создать иллюзию обоснованности адресуемых ей требований, тогда как последние в действительности этому обоснованию так и не «поддались», обычно расценивается как беззастенчивое попрание гуманистических принципов и нравственных идеалов, однако, только в том случае, когда это происходит осознанно и злонамеренно, именно с целью манипулирования аудиторией. Между тем отнюдь не самоочевидно, что такой злонамеренный обман собеседника непременно происходит в каждом случае публичного развертывания метафизической аргументации, так же как не очевидно, что уж если некоторое дезинформирование собеседника и осуществляется, то делается оно непременно с неблагоприятными, манипулятивно-корыстными целями и ему во зло. Во всяком случае, выдающихся корифеев жанра метафизических размышлений такие подозрения наверняка покорили бы, вызвали бы чувство искреннего возмущения и протеста. Что же до остальных, то необходимый для успешной работы в этом дискурсивном жанре высокий уровень ментальной культуры, взращенной на чтении лучших образцов классической философской и богословской литературы (от Платона и неоплатоников до Г. В. Гегеля и Ф. Шеллинга, М. Хайдеггера и М. А. Лифшица), а также общая утонченность духовного строя личности, острота эстетических и нравственных чувств, глубокое понимание личной ответственности за произносимое слово сами по себе уже являются довольно надежной страховкой от использования метафизической аргументации в неблагоприятных целях. И все-таки, справедливости ради, нельзя не отметить, что возможность именно такого ее использования в самой логической структуре подобной аргументации содержится.

Возможность использования, пусть даже и не вполне преднамеренного, метафизических рассуждений в манипулятивных целях, нередкая подмена строгого доказательства эмоционально экспрессивной риторикой, обуславливается эмпирической непроверяемостью посылочных суждений, описывающих умопостигаемую «сущностную» структуру бытия, которая якобы сама и требует в процессе собственной «самореализации» («самообъективации») от человека (а то и от всего человечества) совершения определенных действий. Будучи не-фактуальными, эти суждения заведомо не поддаются ни эмпирической верификации, ни фальсификации. За их «истинностью» стоит только сила

личных убеждений, прозорливость «интеллектуальной интуиции» и креативная мощь имагинативных способностей того, кто их произносит или с ними соглашается. Оставаясь, разумеется, субъективно глубоко мотивированными, логически эти посылочные суждения оказываются произвольными, а потому не находятся в логически необходимой же связи с любыми другими суждениями, тем более – с суждениями нормативными (или императивными), которые именно с их помощью субъект метафизического дискурса и пытается обосновать. Поскольку из неопределенно-истинной посылки логически вытекает какое угодно, произвольное, следствие, то использование в целях убеждения другого индивида универсальных и безотказных, пригодных для обоснования чего угодно (причем без видимого нарушения законов логики!) метафизических аргументов становится делом весьма соблазнительным для любого субъекта, который не обязательно является злонамеренным, достаточно – просто искренне и глубоко убежденным в собственной правоте.

Впрочем, и убеждения (верования) не всесильны! Их могущество неумолимо лишь до тех пор, пока они не сталкиваются с убеждениями столь же искренними, но иными. Те же обстоятельства, что обеспечивают пригодность метафизического способа рассуждений быть орудием манипулятивного воздействия на другого человека, подрывают его инструментальную эффективность. Эмпирическая непроверяемость посылочных допущений (о подлинной сущности бытия) вкупе с логической произвольностью выводимых из них следствий (о должных формах человеческого поведения) обеспечивает широчайший простор для «риторического маневра» не только субъекту метафизического дискурса, но и адресату его наставительно-ригористического послания. Руководствуясь иными взглядами на мир и другими (например, гедонистическими или утилитаристскими, а не жертвенно-альтруистическими) представлениями о должном, тот в силах защищаться, причем защищаться посредством тех же средств, тех же приемов аргументации, что и те, которыми некто пытается навязать ему субъективно неприемлемую для него модель поведения. Эмоциональная страстность и полемическая хлесткость, с каковыми оппоненты обычно отвечали прославленным мастерам метафизической риторики, отстаивая собственные (как метафизические, так и контрметафизические, сциетично-позитивистские) убеждения и альтернативные моральные принципы, служат тому красноречивым примером.

Таким образом, не будучи в гуманистическом плане абсолютно нейтральным, метафизический способ рассуждений тем не менее не представляет для желающего сохранить за собой право на свободное целеполагание и действие человека большой угрозы: возможности его использования одним субъектом в качестве инструмента управления поведением другого весьма ограничены, способность же последнего к успешному противостоянию оказываемому на него дискурсивному давлению не менее велика, чем сила самого этого давления. В том случае, когда воззрения коммуникантов на Мир и Долг близки, метафизический способ аргументации избыточен (никому никого ни в чем убеждать и не нужно, их общение

будет подобием приятной светской беседы людей, с отрадой констатирующих совпадение убеждений), в случае же серьезного расхождения, тем более – противоречия, их взглядов и убеждений, этот способ аргументации – без использования дополнительных приемов эмоционального давления на собеседника – просто неэффективен.

Перебирая различные модели дискурсивной практики, мы подошли, наконец, к той из них, которая во все времена в первую очередь и ассоциировалась с идеей человеческой рассудительности. Чаще всего она в обиходе именуется «рассудочной», «инструментальной», «прагматической» или даже «утилитарной», и, если обращать внимание на сугубо логическую сторону дела (игнорируя посторонние, обусловленные конкретно-историческими обстоятельствами и при этом не очень возвышенные, хотя и весьма значимые сами по себе смысловые коннотации), такие номинации с изрядной долей условности можно было бы принять.

Разбираемая дискурсивная модель представляет собой последовательность построенных на фактуально-эмпирических послышках умозаключений не о целях, к которым некоторому субъекту надлежит стремиться, а о тех действиях, которые ему необходимо (полезно) было бы предпринять, чтобы достичь преследуемых им целей (как вариант – целей того сообщества, с которым он себя субъективно ассоциирует и интересам которого стремится содействовать). Поскольку «необходимость» здесь выступает в сугубо технологическом, каузально-результативном, а не в морально-этическом, правовом, сакрально-мистическом или ином деонтологическом качестве, такой способ рассуждений не противоречит ни Юмову, ни какому-либо иному логическому запрету, и потому именно он всегда справедливо квалифицировался как безукоризненно рациональный.

Что же касается антропологической стороны вопроса, то пригодность некоторого способа построения коммуникативного дискурса быть использованным адресату во зло, стать орудием властного управления его сознанием и поведением стоило бы обсуждать всерьез только в случае, когда с помощью некоторых доводов (в нашем случае – доводов логически корректных, «рациональных») другого человека можно было бы убедить (или он сам себя смог бы ими убедить в некоем мазохистском припадке автосуггестивного манипулирования) в том, что он:

– либо заблуждается в понимании подлинного содержания своих желаний (заблуждается по сути или хотя бы в вопросе об их субординации, не умеет верно расставить приоритеты, отделить важное от второстепенного, сиюминутное от долгосрочно-стратегического);

– либо руководствуется не самыми достойными целями (существуют, дескать, цели и другие, более заслуживающие реализации; именно на них уважающему себя человеку и следовало бы сосредоточить свои усилия).

Если бы некоторый способ аргументации в самом деле был способен вынудить индивида изменить первоначальные намерения и, приняв навязанные ему извне цели в качестве своих, совершить действия в ущерб собственным интересам, то его, конечно, вполне правомерно было бы расценивать как манипулятивный и антигуманный. Одна-

ко способен ли в самом деле на это разбираемый тип дискурсивной практики?

Разумеется, «инструментальному» (прагматически ориентированному и только с эмпирически наблюдаемыми объектами имеющему дело) разуму вполне по силам решить задачу функциональной субординации преследуемых человеком целей, равно как и разработать программу действий, необходимых для достижения любых (потенциально осуществимых) из них. Обе задачи логически однотипны, обе решаются посредством анализа фактуальных обстоятельств, каузально однотипным образом обуславливающих как логически просчитываемую результативность действий, предпринимаемых человеком для достижения поставленных целей, так и функционально-технологическую субординированность (первичность/производность) самих этих целей. При этом применять рационально-прагматическую аргументацию – означает приводить эмпирически проверяемые доводы, что – без сознательного искажения фактов или нарушения правил логики – делает принципиально невозможным обман собеседника. Апеллируя к тем же фактуально-эмпирическим данным, что и те, которыми оперирует «обманщик–манипулятор», руководствуясь теми же, что и он, логическими правилами их (этих данных) осмысления, человек способен осуществлять успешную контраргументацию, причем используя (в отличие от ранее рассмотренного примера «метафизической» дискуссии) вполне рациональные, логически корректные средства. Таким образом, методологическая однотипность, с которой разум решает проблемы и функциональной субординированности выдвигаемых человеком целей, и оптимального подбора средств (технологии, методики) их достижения, делает указанную рационально-прагматическую аргументацию «безопасной» для индивида, по крайней мере, со стороны целедостижения. Сколь же велика тогда была бы потенциальная ее опасность для человеческой свободы в аспекте целеполагания, если бы эта аргументация была использована «не по назначению», а как инструмент манипулятивного воздействия на аудиторию? Сразу ответим, что и эта опасность – невелика.

В самом деле, своими желаниями, намерениями, убеждениями и прочими целевыми установками (как, впрочем, и своей личностной индивидуальностью вообще (см., напр.: [7, 38–39])) человек не в силах распоряжаться столь же произвольно и самовластно, как, например, способен это делать владелец с принадлежащим ему на правах частной собственности имуществом. За ситуативно всегда обусловленными целями стоят более фундаментальные мотиваторы человеческой жизнедеятельности – потребности, которые, даже когда они реализуют себя в осознанной форме, как интересы, всегда объективны по происхождению и содержанию и обусловлены в конечном счете закономерными особенностями как окружающей индивида среды, так и его собственной телесной природы. Как бы по-разному человек ни интерпретировал свои подлинные потребности, «отменить» с помощью каких-либо рациональных (или не очень!) доводов само ощущение своей нуждемости в чем-то, перестать желать то, чего ему недостает, он вряд ли способен. Поэтому, даже если бы по-

средством некоторых рациональных (или кажущихся таковыми) аргументов человека и удалось бы убедить (или он сам себя смог бы убедить) в том, что одни цели чем-то лучше (важнее) других и что ему стоило бы добровольно отказаться от субъективно более привлекательных вторых в пользу объективно более значимых первых, осуществить такую переориентацию на практике ему было бы неимоверно трудно (без дополнительного эмоционально-волевого усилия, посредством одних только доводов разума – вообще невозможно). Одного этого обстоятельства уже было бы достаточно, чтобы к манипулятивным возможностям «инструментального разума» отнестись с большим скепсисом. Впрочем, можно привести не только психологические, но и логические основания для подобного скепсиса.

Допустим (пусть и, скорее всего, только в качестве ирреального условия), что с помощью некоторых аргументов удалось бы рационально обосновать превосходство одних целей над другими по каким-то параметрам, например, превосходство конечных («терминальных») целей над промежуточными («инструментальными»), или групповых (этнических, конфессиональных, кастовых, сословных, классовых, общегосударственных и т.д.) над индивидуально-личными, альтруистических над эгоистическими, религиозно-мистических над повседневно-бытовыми и т.п. Даже в этом случае мы, оставаясь в пределах логики, все равно были бы не вправе ссылаться на указанный факт (обоснованности превосходства одних целей над другими по определенным признакам) как на достаточное логическое основание для требований от индивида того, чтобы он отказался от своих прежних («второсортных») устремлений в пользу иных, более достойных целей. И дело заключается не только в том, что нечто, превосходя другое в одном отношении, может уступать ему в ином. Важнее то, что логически люди вообще не обязаны делать нечто (например, одни цели предпочитать другим) только на том основании, что мир (бытие) устроен некоторым образом, например, устроен так, что одни его элементы (некоторые человеческие цели) по определенным признакам отличаются от других (превосходят их или уступают им). Субъективные предпочтения, целевые установки людей, согласно «принципу Юма», свободны: они не должны «подстраиваться» под некоторое, пусть даже и достоверно известное, состояние бытия; человеческие предпочтения не обязаны, к примеру, быть транзитивными или быть вообще. Таким образом, используя одну только рациональную, логически корректную аргументацию, было бы невозможно не только вынудить другого человека самому изменить свою первоначальную целевую мотивацию (в пользу иных, например, кем-то для него предлагаемых в качестве более достойных реализации целей), но и хотя бы предъявить ему – от имени логики – само это требование.

Итак, не рациональная аргументация, а причудливая идеологическая помесь эмоциональной патетики, метафизических откровений, морализаторских причитаний и крайне недалекой (в смысле протяженности цепочки логически прослеживаемых последствий принимаемых человеком решений) прагматики бывают способными настолько деформировать сознание индивида (порою – и

крупных социальных групп, сословий, классов, даже интеллектуальной элиты), что, приняв навязанные извне цели за свои исконные, он, забывая о собственных интересах, начинает жертвенно служить интересам чужим. Что же касается разума, то приведенные выше рассуждения уже позволяют сделать вывод о, как минимум, его невраждебности человеку: не помогая своими (логическими) средствами формированию тех корыстных намерений субъекта, для реализации которых ему потребовалось бы пытаться манипулировать сознанием и поведением другого индивида, разум также и не предоставляет в распоряжение «злоумышленника-манипулятора» своих логико-аргументативных ресурсов, необходимых тому для успешной реализации его неблагоприятных и антигуманных целей. Тем самым разум встает (пусть даже непреднамеренно, а просто в силу своей логической организации) на охрану суверенных прав индивида на свободное от внешних посягательств целеполагание: такие посягательства становится невозможным осуществлять, по крайней мере, с помощью рациональных, логически корректных, аргументов. Впрочем, самое главное заключается даже не в этом. Еще важнее то, что, помимо способности разума выполнять антропологически охранительную функцию, некоторые особенности когнитивного процесса позволяют ему проявить свою «дружественность» человеку и более непосредственным образом, напрямую оказывая такое влияние на мотивационно-целеполагающую активность индивида, которое закрепляло бы и усиливало естественную склонность последнего к самосохранительному поведению.

Будучи рефлексивным по своей природе, разум побуждает человека, стремящегося к рациональной организации своей деятельности, предпринимать усилия по выяснению того, насколько эти стремления оказываются состоятельными, насколько велика достигаемая степень рациональности осуществляемой им деятельности. Если речь идет о деятельности познавательной, то логически это означает необходимость познающему субъекту выстраивать рассуждения, удовлетворяющие довольно строгим требованиям. Так, стремясь дать каузальное объяснение (обоснование) некоторому событию q (социальному явлению, поступку другого человека, собственным планируемым действиям и т.п.) и ссылаясь в этой связи на некоторое обстоятельство p , обусловившее событие q (оказавшееся логическим основанием истинности утверждений $o\ q$), познающий субъект тем самым оказывается в ситуации, которая требует от него обоснования того, что событие (факт) p является не только необходимым, но и достаточным условием (основанием) события (факта) q . Только доказав достаточность выявленного им условия (причины) объясняемого факта (события) человеческий разум смог бы счесть свою работу успешно выполненной, получив возможность удостовериться в предельной эффективности собственных познавательных усилий и удовлетвориться осознанием полной рационалистичности (аргументативной убедительности) своих объяснений. Однако залогом осуществимости данной задачи, то есть доказуемости того, что p есть достаточное условие (основание) q , является доказуемость способности q в свою очередь быть

необходимым условием для р. «Р есть достаточное условие q, если и только если q есть необходимое условие р» [2, 77]. И чем более длинным окажется последовательный ряд событий (фактов) q, предположительно обусловленных обстоятельством р, тем с большей вероятностью окажется истинным (хотя бы – субъективно правдоподобным) заключение о том, что эта гипотеза верна и q действительно обусловлено именно р.

Пытаясь же выполнить последнее требование, субъект познания порою сталкивается с проблемой, драматизм которой, не столь очевидный в общелогической ее постановке, сразу проявляется, когда дело доходит до познавательной практики (особенно – практики исторического познания). Наши факты (события) р и q могут быть разведены (и разведены далеко) во времени: прогнозируемые исторические события, ожидаемые действия других людей, планируемые индивидом собственные поступки q могут быть в реальном мире еще не состоявшимися на момент выдвижения гипотезы об их каузальной обусловленности некоторым фактуальным обстоятельством р. В этом случае высказанную гипотезу логически строго (хотя бы сколько-нибудь правдоподобно, субъективно убедительно) обосновать не получится; не получится до тех пор, пока познающий субъект не сумеет дождаться фактического наступления ожидаемых (предполагаемых, планируемых) событий q и воочию убедиться, что они в действительности таковы, каковыми были спрогнозированы. Если исходить из того, что факт (событие) р – не единственный во вселенной, что он находится в конкретно-ситуативном (порой весьма причудливом!) сочетании с другими фактами (событиями), заранее знать (тем более – знать наверняка), к каким именно последствиям это сочетание приведет и какое именно из возможных следствий будет обусловлено (причем с необходимостью и достаточностью) каким именно причинным фактором, невозможно. В этой связи у познающего субъекта появляется – в дополнение к физиологическому инстинкту самосохранения – еще и когнитивная заинтересованность в том, чтобы жить и жить как можно дольше (во всяком случае – столь долго, сколько понадобилось бы ему для того, чтобы успеть дождаться появления и проследить весь (возможно, бесконечно длинный) ряд ожидаемых и могущих быть интерпретируемыми в качестве подтверждающих р – гипотезу фактов (событий) q).

Стремясь (сообразно своей рефлексивной природе) быть как можно более разумным и знать, насколько успешно это стремление ему удастся реализовать, становясь тем самым судьей в собственном деле, наш разум обретает в этом деле и свой особый интерес (интерес, правда, весьма благородный и бескорыстный, репутацию судьи только украшающий), который заключается в том, чтобы быть уверенным (и готовым эту уверенность дискурсивно обосновать) в правосудности (разумности и справедливости) принимаемых им по делу решений, а следовательно, и в том, чтобы жить и работать на своем судебском посту столь долго, сколько понадобилось бы для окончательного прояснения сути разбираемого дела, для вынесения и убедительного (хотя бы для самого судьи) обоснования вынесенного приговора. И точно так же, как странно и опрометчиво

было бы для вынесшего приговор судьи уйти в отставку, даже не узнав, вступил ли его приговор в законную силу (а чтобы убедиться в разумности и справедливости назначенного преступнику наказания пришлось бы ждать еще дольше, пока не прояснилось бы, стал ли тот по отбытии наказания добропорядочным гражданином), как непоследовательно и неразумно было бы для ученого-естествоиспытателя, разработавшего методику эмпирической проверки выдвинутой им гипотезы, «сходить с дистанции» до завершения проверочного эксперимента, точно так же и для человеческого разума было бы делом крайне иррациональным, противоречащим его собственным когнитивным интересам заканчивать мыслительную работу (тем более, заканчивать ее бесповоротно, вместе с жизнью своего материального носителя – человека) еще до того, как указанная работа логически была бы завершена. По этой причине любые дискриминационные, ухудшающие условия познавательной деятельности человека, требования к нему со стороны других индивидов, церкви, государства и иных политических организаций или институтов культуры (тем более – любые обращенные к человеку призывы пожертвовать собой во имя неких «Высших Целей», «Идеалов» и «Абсолютных Ценностей»), какими бы экспрессивными риторическими возгласами и «барабанным боем» они ни сопровождались, разумом этого человека вынуждены рассматриваться не просто как не-рациональные (то есть логически слабо или неправильно аргументированные), а (что гораздо сильнее!) как анти-рациональные, как контр-рациональные, то есть как содержательно противоречащие собственным когнитивным интересам разума (которые совпадают в данном случае с естественными потребностями его носителя – человека).

Итак, оставаясь, согласно определению его придирических критиков, «инструментальным», т.е. предназначенным быть ментальным инструментом именно целедостигающей человеческой деятельности, разум – несмотря на всю свою «инструментальность» – выказывает свою изначальную дружественность человеку. Выказывает он ее не только тем, что отказывается быть удобным и эффективным орудием манипулирования сознанием и поведением индивида (прагматическая неэффективность свойственна и «этическому», и «метафизическому» вариантам дискурсивного употребления разума), но и тем, что, подкрепляя и усиливая естественную жизненную установку человека на самосохранение, предоставляет в его распоряжение те свои логические ресурсы, которые необходимы для разоблачения нередко антигуманного содержания обращенных к нему со стороны общества требований и призывов, а следовательно, для успешной, логически корректной дискурсивной самозащиты (контраргументации).

Таким образом, несмотря на бесспорную справедливость упреков осуществляющему по строгим логическим правилам свою мыслительную и коммуникативную деятельность человеческому разуму в познавательном не-все-могуществе, методологической не-универсальности, и вопреки столь популярным в современной философской литературе страстным инвективам в адрес антропологической репрессивности, «инструментальности» и антигуманности рационально организованного мышления,

«гуманизм» и «рационализм» (если брать эти понятия в привычной и для данной работы также парадигмальной трактовке, которая не отнимает у человека ничего, даже права на самопожертвование, коль скоро таков был бы его собственный, свободный и осознанный выбор) оказываются не только совместимыми, логически не противоречащими друг другу жизненными принципами, но и, более того, принципами содержательно пересекающимися, находящимися в логически не случайной, а необходимой, семантически релевантной связи между собой.

Последний тезис (обоснование которого и составляло задачу настоящей работы) многое объясняет в исторической жизни человечества. Так, например, он позволяет понять, почему во все времена (в том числе и те, которые явно не предрасполагали человека к интенсивному развитию и публичной демонстрации своих интеллектуальных способностей), разумность, равно как и свобода (обе взятые, разумеется, в исторически конкретном их содержании), выступали неизменными атрибутами человеческого достоинства и, пусть даже оставаясь прерогативой социальной элиты, признаком вхождения в статусно привилегированную группу, хотя бы в таком качестве «по умолчанию»

допускались к индивидуально-личному культивированию вопреки господствовавшим иррационалистическим и нонлиберальным ориентациям официальной культуры. Что еще важнее, доказуемость тезиса о логической совместимости, смысловой родственности принципов рационализма и гуманизма сама является весьма убедительным свидетельством того, что исторически различные модели организации общественной и культурной жизни человечества являются рационально соизмеримыми на предмет наполненности их гуманистическим содержанием. О гуманистических ценностях и идеалах, о культурно-историческом прогрессе совсем не обязательно вести речь исключительно на языке оценочно-вкусовых сентенций: они могут быть предметом и вполне рациональных, логически правильных, доказательных рассуждений. Такие рассуждения могут оказаться и содержательнее, и теоретически интереснее многих иных, пусть и риторически изящных, построений, выдержанных в духе культурно-исторического релятивизма, которые, вольно или невольно, открывают дорогу, ведущую к оправданию как антигуманизма, так и иррационализма одновременно.

¹Вообще-то, принципы деонтической логики распространяются на любые, а не только на являющиеся непосредственным предметом этического осмысления моральные нормы; они распространяются и на нормы правовые, на административные предписания, на методологические программы познавательной деятельности и даже на правила игр. Все эти нормативно-регулятивные структуры деонтологически однотипны, подчиняются одним и тем же законам, регламентирующим их взаимную сочетаемость и выводимость. Однако, в отличие от моральных, все остальные виды норм сопровождаются весьма строгой системой карательных санкций и потому предполагают разнородную мотивацию (и аргументацию, соответственно) к их соблюдению: как бескорыстно-этическую («Делай, что должно, и пусть будет, как будет!»), так и утилитарно-прагматическую («Нормы и правила выгоднее выполнять, чем игнорировать, если желаешь избежать наказания, провала или гибели!»). Поскольку о последнем типе аргументации речь будет впереди, сейчас уместно было ограничиться обсуждением особенностей только этического дискурса, а не «нормативного» вообще.

²Несовершенство это обусловлено взаимной неопределимостью главных (и единственных подкрепляемых санкциями) деонтологических операторов «обязательно» и «запрещено»: логически коррелятивную пару к «запрещенному» образует «разрешенное» (хотя даже последний тезис не был абсолютно бесспорен, к примеру, для Г. фон Вригта. См.: [1, 299–301]; [3, 250]). Между тем только часть разрешаемого себе людьми принимается ими как «обязательное», другая же (в полном объеме заведомо не перечислимая) является нормативно нейтральной, «безразличной», а сам критерий их разделения оказывается логически произвольным (интуитивно также порой не самоочевидным!), тогда как лишь в терминах «обязательного» и «безразличного» в так называемой «минимальной абсолютной деонтической» логике определимы и «разрешенное», и «запрещенное» (подробнее см., напр.: [4, 44–46]).

³Такая убежденность, искренняя вера человека в то, что он докопался до корней, постиг подлинную «Суть вещей» и «Абсолютную Истину» мироздания (настолько абсолютную, что она уже не нуждается ни в какой эмпирической проверке), а вместе с «Истиной» узрел еще и «Верный Путь», которым надлежит следовать человечеству ради торжества упомянутой «Истины», как известно, сочетается обычно с отнюдь не «демократическим» стилем общения. Авторитарная догматичность мышления, волевая непреклонность в сочетании с эмоциональной ригидностью, безжалостность к заблудшим и упорствующим в своей слепоте наряду с заботливо-отеческим, опекающе-наставническим отношением к тому, кто готов пастырское руководство принять, личное бесстрашие и жертвенный альтруизм в союзе с ригористичной требовательностью к ближнему – вот типичные черты психологического портрета выдающихся мэтров философии «большого (метафизического) стиля», душевное благородство и бескорыстие нравственных устремлений которых, разумеется, всегда выше любых подозрений. Те же черты легко различимы и в облике их учеников и последователей, также оставивших заметный след как в мировой, так и в отечественной культуре новейшего времени, деятельность которых (вероятно даже вопреки их собственным желаниям) порой довольно органично вписывалась в дискурс официальной власти.

⁴В процессе осознания объективные человеческие потребности могут получить и неадекватное, превратное толкование, причем не только в силу вполне естественных субъективных ошибок самого интерпретатора, но и по причине объективной заинтересованности в таком толковании со стороны классовых групп, различных социальных институтов, государства, а то и всей социальной системы в целом, могущей успешно функционировать порою лишь при условии неадекватного понимания ее агентов своей действительной роли в процессе этого функционирования (подробнее см.: [5]). Бесспорно, свою лепту в процесс генерирования таких объективно заданных неадекватностей, идеологических иллюзий, «превращенных форм» общественного сознания и ложно понятых личных интересов способен вносить и человеческий рассудок. Участвуя в процессе вторичной «рационализации», а значит, и легитимации, обоснования и оправдания всех тех иллюзий и мнимостей, которые скрывают и маскируют собой подлинное содержание общественных отношений, он в этом случае демонстрирует себя уже в качестве орудия манипулятивного (пусть и непреднамеренного) давления на человека. Однако пространство проявления именно таких – не самых благородных – способностей человеческого сознания не слишком широко: субъективное истолкование людьми исполняемых ими ролей и функций хотя и не обязано полностью совпадать с их объективным содержанием, но и не может ему противоречить полностью; в противном случае осознанность всех этих социальных ролей и функций оказалась бы не условием, а препятствием к их реализации, а общественным отношениям

лучше было бы в этом случае и вовсе оставаться бессознательными. К тому же, вовлекаясь в работу по разработке и оправданию очередных идеологических иллюзий, нашему рассудку приходится изменять самому себе, пользоваться не строго рациональными (логически правильными и фактуально подкрепляемыми) доводами, а приемами скорее квазирациональными, паралогическими, порой откровенно риторическими, аргументативная несостоятельность которых для квалифицированного критика очевидна. Когда же человеческое мышление желает мобилизовать весь потенциал своей рассудительности, оно оказывается вполне способным и на логически убедительное разоблачение любых идеологических фантомов, «превращенных форм» сознания и практики, и даже на научно обстоятельное объяснение самого социального механизма их формирования. Осуществленный К. Марксом теоретический анализ «превращенных форм» капиталистического производства (прибыли, цены, банковского процента, ренты, заработной платы) высокие познавательные-объяснительные возможности нашего разума подтверждает вполне наглядно.

⁵Подчеркнем, что q в нашем случае может выступать только в качестве необходимого, но не достаточного условия p , иначе q , подобно Спинозовой субстанции, окажется достаточным и в иных причинах не нуждающимся условием собственного существования, а человеческое знание о нем – интуитивно достоверным, аксиоматически самоочевидным и не нуждающимся вообще ни в каком обосновании. Вместе с тем, необходимым условием для p каузально обусловленный последним факт q быть все-таки обязан: в противном случае p вообще не удастся квалифицировать в качестве условия q (тем более – условия достаточного). Невозможно быть условием (основанием, причиной) чего-то неизвестного, случайного или вовсе не существующего, т. е. того, что не позволяет себя с определенностью идентифицировать и фактуально верифицировать. Ничто (нечто неопределенное или случайное) ни в чем и не нуждается и ничего в свое оправдание (обоснование) не требует! Понимание, условием чего же именно, какого q , является факт p , входит в определение самого факта p . Хотя бы в этом смысле q оказывается необходимым условием (основанием) для каузально обусловившего его p .

⁶Пока выявленный q – ряд следствий остается конечным, гипотеза о том, что он обусловлен именно причиной p , остается только гипотезой, а не окончательной истиной: в противном случае наше умо-заклучение обрело бы форму неправильного модуса условно-категорического силлогизма ($(p \rightarrow q; q) \Rightarrow p$, что неверно). Отдельной проблемой является вопрос: не превращается ли этот неправильный модус в логически приемлемый, если функцию обуславливаемого q будет выполнять не единичный факт (событие), а все бесконечное и при этом актуально выполненное (перебранное, пересчитанное) множество событий, заполняющих оставшуюся после события p часть истории Вселенной? Данный вопрос, равно как и смежный вопрос «приводит ли увеличение длины перебранного (пересчитанного) q – ряда фактов, предположительно обусловленных фактом p , к повышению коэффициента вероятной истинности данной гипотезы или только к увеличению степени ее субъективной правдоподобности?», не имеет однозначного решения. Решение это зависит от «металогических», содержательных, допущений об особенностях каузального устройства бытия вообще, от того, в частности, понимаем ли мы причинно-следственную связь как непрерывно-линейную или как прерывно-ветвящуюся, рассматриваем ли мы «вероятность» как категорию сугубо гносеологическую, характеризующую лишь состояние наших знаний о мире, или как категорию онтологическую, выражающую особенности объективной каузальной организации самого мироздания. Впрочем, будучи чрезвычайно важными и интересными сами по себе, перечисленные вопросы не являются непреодолимой преградой для решения поставленных в настоящей работе задач. В нашем случае приемлемым был бы уже «слабый» вариант решения: если некоторая модель рассуждений повышает, в отличие от других, хотя бы правдоподобность получаемых заключений, то руководствоваться ею для познающего субъекта было бы рациональным решением, отказаться от нее – иррациональным.

⁷Разумеется, в мире виртуальном, ментально конструируемом, эти факты (события) существовать обязаны; в противном случае никакую гипотезу об их каузальной обусловленности чем бы то ни было оказалось бы невозможно разработать и сформулировать вообще.

Ссылки

1. Вригт Г. Х. фон. Нормы, истина и логика // Вригт Г. Х. фон. Логико-философские исследования: Избр. труды. М.: Прогресс, 1986. С. 290–410.
2. Вригт Г. Х. фон. Объяснение и понимание // Вригт Г. Х. фон. Логико-философские исследования: Избр. труды. М.: Прогресс, 1986. С. 35–242.
3. Вригт Г. Х. фон. О логике норм и действий // Вригт Г. Х. фон. Логико-философские исследования: Избр. труды. М.: Прогресс, 1986. С. 245–289.
4. Ивин А. А. Логика норм. М.: Изд. МГУ, 1973. 122 с.
5. Мамардашвили М. К. Форма превращенная // Философская энциклопедия: в 5 т. Т. 5. М.: ИФ АН СССР, 1970. С. 386–387.
6. Соколов А. С. Социально-онтологические проблемы и направления в классической и марксистской философии. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2011. 340 с.
7. Хабермас Ю. Понятие индивидуальности // Вопросы философии. 1989. № 2. С. 35–40.
8. Юм Д. Трактат о человеческой природе // Юм Д. Соч.: в 2 т. Т. 1. М.: С-Э Мысль, 1965. С. 77–810.

References

1. Wright G.H. von. 1986. «Norms, Truth and Logic». In: Wright G.H. von. Logic-philosophical investigations: collected works. Moscow, RF: Progress: pp. 290–410.
2. Wright G.H. von. 1986. «Explanation and Understanding». In: Wright G.H. von. Logic-philosophical investigations: collected works. Moscow, RF: Progress: pp. 35–242.
3. Wright G.H. von. 1986. «On the Logic of Norms and Actions». In: Wright G.H. von. Logic-philosophical investigations: collected works. Moscow, RF: Progress: pp. 245–289.
4. Ivin A. A. 1973. «A Logic of Norms». Moscow, RF: MGU: 122 p.
5. Mamardashvily M. K. 1970. «Turned Form». In: Philosophical Encyclopedia. Vol. 5. Moscow, USSR: Philosophical Institute of Academia of Science: pp. 386–387.
6. Sokolov A. S. 2011. The Problems and Directions of Social Ontology in Classic and Marxist's Philosophy. Saarbrücken, Germany: Lambert Academic Publishing: 340 p.
7. Hubermas Ju. 1989. «The Concept of Individuality». In: Problems of Philosophy (Journal). Moscow, RF: № 2: pp. 35–40.
8. Hume D. 1965. «Treatise of Human Nature». In: Hume D. Writes. Vol. 1. Moscow, RF: Thought: pp. 77–810.

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe
(Warszawa, Polska)

Czasopismo jest zarejestrowane i publikowane w Polsce. W czasopiśmie publikowane są artykuły ze wszystkich dziedzin naukowych. Czasopismo publikowane jest w języku polskim, angielskim, niemieckim i rosyjskim.

Artykuły przyjmowane są do dnia 30 każdego miesiąca.

Częstotliwość: 12 wydań rocznie.

Format - A4, kolorowy druk

Wszystkie artykuły są recenzowane

Każdy autor otrzymuje jeden bezpłatny egzemplarz czasopisma.

Bezpłatny dostęp do wersji elektronicznej czasopisma.

East European Scientific Journal

(Warsaw, Poland)

The journal is registered and published in Poland.

Articles in all spheres of sciences are published in the journal. Journal is published in **English, German, Polish and Russian.**

Articles are accepted till the 30th day of each month.

Periodicity: 12 issues per year.

Format - A4, color printing

All articles are reviewed

Each author receives one free printed copy of the journal

Free access to the electronic version of journal

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelny - Adam Barczuk

Mikołaj Wiśniewski

Szymon Andrzejewski

Dominik Makowski

Paweł Lewandowski

Rada naukowa

Adam Nowicki (Uniwersytet Warszawski)

Michał Adamczyk (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Peter Cohan (Princeton University)

Mateusz Jabłoński (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Piotr Michalak (Uniwersytet Warszawski)

Jerzy Czarnecki (Uniwersytet Jagielloński)

Kolub Frennen (University of Tübingen)

Bartosz Wysocki (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Patrick O'Connell (Paris IV Sorbonne)

Maciej Kaczmarczyk (Uniwersytet Warszawski)

Dawid Kowalik (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Peter Clarkwood (University College London)

Igor Dziedzic (Polska Akademia Nauk)

Alexander Klimek (Polska Akademia Nauk)

Alexander Rogowski (Uniwersytet Jagielloński)

Kehan Schreiner (Hebrew University)

Bartosz Mazurkiewicz (Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki)

Anthony Maverick (Bar-Ilan University)

Mikołaj Żukowski (Uniwersytet Warszawski)

Mateusz Marszałek (Uniwersytet Jagielloński)

Szymon Matysiak (Polska Akademia Nauk)

Michał Niewiadomski (Instytut Stosunków Międzynarodowych)

Redaktor naczelny - Adam Barczuk

Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe — 166 st.

Aleje Jerozolimskie 85/21, 02-001 Warszawa, Polska

E-mail: info@eesa-journal.com , <http://eesa-journal.com/>