

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА. ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДЫ

Ван Хайянь. Философский анализ интеграции традиционной и современной медицины в Китае через призму эволюции медицины в Европе 3

Гайдаренко В.А. Психическое здоровье в зеркале зарубежных СМИ (на базе анализа освещения вопросов психического здоровья телеканалом ВВС) 8

Магомедгаджиев Ш.А., Лебедева Т.М., Лебедева Н.М., Гусейнов Я.Э., Клоконос Н.С. Три метода лечения бруксизма: преимущества и недостатки 11

Ежов М.Ю., Ежов И.Ю., Малышев Е.С. Этапы развития ортопедии XX века на примере истории ортопедических корпораций 17

Чжан Чэнган. Формирование теории жизнедеятельности кишечной микрофлоры, основанной на медицинской гипотезе «Микрофлора кишечника влияет на состояние голода»: новая модель понимания этиологии хронических заболеваний человека 23

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ И СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИКУЛЬТУРА, КУРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ

Дилек О.Т. Профессиональное здоровье и безопасность в государственных больницах (на примере Анталии) 32

Пихтшлева Н.А., Старкова Л.Н. Влияние храпа на состояние тубарной функции у больных первичным храпом и синдромом обструктивного сонного апноэ 38

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Бочкова А.В., Костина Ю.В., Сахнова Е.Е. Оправданность внедрения скрининговых программ с целью профилактики инфекций, вызываемых стрептококком группы В у беременных и новорожденных в России 42

Богатырева Л.Н., Албакова М.Х., Албакова Х.А. Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (Herpes simplex): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика 46

Трушин А.Ю., Перцов А.С. Современные возможности таргетной терапии ALK позитивного немелкоклеточного рака лёгкого 49

ФАРМАКОЛОГИЯ

Гурбанов О.М., Дидигов Б.А., Албогачиева А.А., Арутюнян О.В., Муравьева Я.Э. Измерение водопоглощения композитных материалов светового отверждения 56

Нигматуллина Ю.У., Лозовая Г.Ф. ABC/VEN-анализ ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в терапии злокачественных новообразований предстательной железы (на примере Оренбургской области) 59

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Гридина В.В. Суррогатное материнство: решение демографической проблемы или угроза обществу? (по материалам социологического исследования) 62

Кулакова Т.И., Талалаева Я.С. Нарушение интеграции у детей с расстройством аутистического спектра 70

Седа Хакйемез. Оценка влияния лидерского поведения руководителей служб здравоохранения на мотивацию и творческий подход работников 75

Сельма Нама. Создание новых методов для совершенствования обучения в образовательных классах в сфере безопасного материнства 79

Стародубцев М.П. Организация учебно-педагогического контроля за студентами, занимающимися физической культурой 84

Тунахан А., Аклеров И.Г. Применение стратегического управления в услугах здравоохранения 88

Эмиль У.О. Влияние усталости и стресса на организационные обязательства у работников здравоохранения: на примере частной больницы 95

Иеуинов О.А. Социальный капитал в организационно-управленческом контексте 100

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА

Беляева Е.А. Исторические предпосылки российско-китайского социокультурного взаимодействия 109

Забнева Э.И. Роль института местного самоуправления в становлении гражданского общества 113

Сержантова А.А., Уваров И.А. Агрессия как социально-психологическая форма девиантного поведения. ее причины и последствия 116

Чан Тхи Бик Неок, Динь Тхи Винь Куй, Динь Тхи Фуонг Ань. Сексуальное насилие над детьми во Вьетнаме: проблема и усилия, направленные на его прекращение 120

Мозолецкий В.В. Роль мегаполиса в формировании социально-экономических потребностей населения 127

Ван Цзяньган. Влияние IT-гигантов на политику 131

ФИЛОСОФСКИЕ МИРОВОЗЗРЕНИЯ

Полов В.В., Музыка О.А. Модификация логики изменения Г. фон Вригта 136

Прошкин А.С. Отчуждение как клинический диагноз капитализма в социальной философии Эриха Фромма 139

Сиверцев Е.Ю., Иенатова А.М. Утрата понимания смысла жизни как одна из причин меланхолической депрессии. Философский анализ 143

Дацковский И., Старостин В.П., Жондоров П.Н. Философское обобщение психофизиологических проблем: научный поиск взаимосвязи мозга и психики 149

МЕДИЦИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Жило А.А. Основные критерии результативности воздействия социальной рекламы на ценности современной молодежи 156

Пичуаин В.Г. Проблема психологического влияния на присяжных заседателей 159

Родермель Т.А., Шамухаметова Е.С. Теоретико-практический ракурс особенностей депрессивных состояний у подростков 163

Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-64221 от 31.12.2015
Индекс Репечати 65002
ISSN 2499-9652

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Учредитель: ООО «Городец»

Издаётся с 2010 года

Адрес редакции: 117218, Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2

E-mail: fapz@list.ru Сайт: www.fapz.ucoz.com

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аверин Юрий Петрович, д-р соц. наук, проф., зав. кафедрой Методологии социологических исследований социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова;
Агапов Платон Валериевич, канд. соц. наук, доц., МГУ имени М.В. Ломоносова;
Алиханов Халлар Абдумуслимович, д-р мед. наук, проф., Государственная классическая академия им. Маймонида; **Алиханов Багдади Абдумуслимович**, д-р мед. наук, проф., Центральная клиническая больница РАН; **Апресян Рубен Грантович**, д-р филос. наук, проф., заведующий сектором этики Института философии РАН; **Багдасарьян Надежда Гегамовна**, д-р филос. наук, проф., МГТУ им. Н.Э. Баумана; **Барков Сергей Александрович**, д-р соц. наук, проф., завкафедрой социологии организаций и менеджмента социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова; **Бородин Владимир Иванович**, д-р мед. наук, проф., Терапевтический центр «Гранат»; **Бурмыкина Ирина Викторовна**, д-р соц. наук, проф., Липецкий государственный педагогический университет; **Волков Юрий Григорьевич**, д-р филос. наук, проф., научный руководитель Института социологии и регионоведения Южного федерального университета; **Грабельных Татьяна Ивановна**, д-р соц. наук, проф., Иркутский государственный университет; **Григорьев Святослав Иванович**, д-р соц. наук, проф., чл.-корр. РАН; **Дмитриев Анатолий Васильевич**, д-р филос. наук, проф., чл.-корр. РАН, гл. научный сотрудник Института социологии РАН; **Добрыньков Владимир Иванович**, д-р филос. наук, проф., завкафедрой истории и теории социологии социологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова; **Добрынькова Екатерина Владимировна**, д-р соц. наук, проф., первый проректор Международной Академии Бизнеса и Управления; **Желтов Виктор Васильевич**, д-р филос. наук, проф., декан факультета политических наук и социологии Кемеровского государственного университета; **Каплунова Вера Юрьевна**, д-р мед. наук, гл. научный сотрудник НИО «Метаболический синдром» НИЦ Московского мед. исследовательского ун-та им. И.М. Сеченова; **Кравченко Альберт Иванович**, д-р филос. наук, проф., ведущий научный сотрудник, МГУ имени М.В. Ломоносова; **Мамедов Агамали Кулам-Оглы**, д-р соц. наук, проф., завкафедрой социологии коммуникативных систем социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова; **Маршак Аркадий Львович**, д-р филос. наук, проф., главный научный сотрудник Института социологии РАН; **Найдыш Вячеслав Михайлович**, д-р филос. наук, проф., завкафедрой онтологии и теории познания Российского ун-та дружбы народов; **Овсянников Сергей Александрович**, д-р мед. наук, проф., МГМСУ; **Осипов Александр Михайлович**, д-р соц. наук, проф., главный научный сотрудник Научно-исследовательского центра, Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого; **Петров Владимир Николаевич**, д-р соц. наук, проф., заведующий кафедрой социологии Кубанского государственного университета; **Петрова Татьяна Эдуардовна**, д-р соц. наук, проф., кафедры социологии молодежи и молодежной политики Санкт-Петербургского государственного университета; **Пятницкий Николай Юрьевич**, канд. мед. наук, доц., в.н.с. ФГБНУ НЦПЗ; **Рахманов Азат Борисович**, д-р филос. наук, социологический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова; **Садохин Александр Петрович**, д-р культурологии, проф., почетный работник высшего профессионального образования, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ; **Самыгин Сергей Иванович**, д-р соц. наук, проф., Южный федеральный университет; **Силласте Галина Георгиевна**, д-р филос. наук, проф., заслуженный деятель науки РФ, завкафедрой «Социология» Финансового университета при Правительстве РФ; **Сычев Андрей Анатольевич**, д-р филос. наук, проф., кафедра философии Мордовского государственного ун-та им. Н.П. Огарева; **Терентьев Александр Александрович**, д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН, проф. кафедры биохимии Российского исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

СОСТАВ МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА

Ахметов Сайранбек Махсутович, ректор Казахстанского университета инновационных и телекоммуникационных систем (КазИИТУ), д-р тех. наук, проф., академик Национальной инженерной академии Республики Казахстан, академик РАЕН; **Вуквичич Слободан**, проф., факультет философии, Университет Черногории; **Кропп Фредрик**, декан факультета Монтеррейского университета (США); **Митрович Любиша**, проф., факультет философии, Университет г. Ниш (Сербия); **Титаренко Лариса Григорьевна**, д-р соц. наук, проф., факультет философии и социальных наук, Белорусский государственный университет (Республика Беларусь); **Фарро Антимо Луиджи**, проф., д-р социологии, Римский университет Сапиенца; **Чжан Шууха**, директор Института научной информации Академии общественных наук Китая; **Соколова Галина Николаевна**, д-р филос. наук, проф., заведующий отделом экономической социологии и социальной демографии Институт социологии НАН Беларуси (Минск); **Ари Палениус**, проф., директор кампуса г. Керва Университета прикладных наук Лауреа (Финляндия); **Джун Гуан**, проф., зам. декана Института экономики и бизнес-администрирования, Пекинский технологический университет (Китай); **Лай Дешенг**, проф., декан Института экономики и бизнес-администрирования, Пекинский технологический университет (Китай); **Марек Вочозка**, проф., ректор Технико-экономического института в Чешских Будейовицах (Чехия); **Христиан Мундт**, доктор медицины, директор психиатрической клиники (г. Гейдельберг, Германия); **Она Гражина Ракаускиене**, проф., Университет им. Миколаса Ромериса (Литва)

Главный редактор:

Бородин В.И., д-р мед. наук, проф.

Отпечатано в типографии ООО «Русайнс», 117218, Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2
Тираж 300 экз. Подписано в печать: 15.03.2019
Цена свободная

Все материалы, публикуемые в журнале, подлежат внутреннему и внешнему рецензированию

Table of Contents

THE MEDICINE. APPLIED RESEARCH AND METHODS

<i>Wang Haiyan</i> . Philosophical analysis of the integration of traditional and modern medicine in China through the prism of the evolution of medicine in Europe	3
<i>Gaidarenko V.A.</i> Mental health in the mirror of foreign media (based on the analysis of mental health issues on BBC)	8
<i>Magomedgadzhiev Sh.A., Lebedeva T.M., Lebedeva N.M., Guseinov Ya.E., Klokonos N.S.</i> Three methods of treating bruxism: advantages and disadvantages	11
<i>Yezhov M.Yu., Yezhov I.Yu., Malyshev Ye.S.</i> Stages of development of orthopedics of the XX century on the example of the history of orthopedic corporations	17
<i>Zhang Chengang</i> . Formation of the theory of vital activity of intestinal microflora, based on the medical hypothesis "Intestinal microflora influences the state of hunger": a new model of understanding the etiology of chronic human diseases	23

RESTORATIVE AND SPORTS MEDICINE, MEDICAL PHYSICAL CULTURE, SPA AND PHYSIOTHERAPY

<i>Dilek O.T.</i> Occupational health and safety in public hospitals (by the example of Antalya)	32
<i>Pikhtilev N.A., Starkova L.N.</i> Effect of snoring on the state of tubular function in patients with primary snoring and obstructive sleep apnea	38

MEDICAL AND PROPHYLACTIC TECHNOLOGIES

<i>Bochkova A.V., Kostina Yu.V., Sakhnova E.E.</i> Justification of the introduction of screening programs for the prevention of infections caused by group B streptococcus in pregnant women and newborns in Russia	42
<i>Bogatyeva L.N., Albakova M.Kh., Albakova Kh.A.</i> Congenital infection caused by the herpes simplex virus (Herpes simplex): etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, treatment, prevention	46
<i>Trushin A.Yu., Pertsov A.S.</i> Current possibilities of targeted therapy for ALK positive non-small cell lung cancer	49

PHARMACOLOGY

<i>Gurbanov O.M., Didigov B.A., Albogachieva A.A., Arutyunyan O.V., Muravieva Ya.E.</i> Measurement of water absorption of light-cured composite materials	56
<i>Nigmatullina Yu.U., Lozovaya G.F.</i> ABC / VEN analysis of the range of drugs used in the treatment of malignant tumors of the prostate gland (for example, the Orenburg region)	59

MODERN APPROACHES IN HEALTH PROTECTION

<i>Gridina V.V.</i> Surrogate motherhood: a solution to a demographic problem or a threat to society? (based on sociological research)	62
<i>Kulakova, T.I., Talalaeva, Y.S.</i> Disruption of integration in children with autism spectrum disorder	70

<i>Seda Hatzemez</i> . Assessing the impact of leadership behavior of health care managers on employee motivation and creativity	75
<i>Selma Nama</i> . Creating new methods to improve learning in educational classes in the field of safe motherhood	79
<i>Starodubtsev M.P.</i> Organization of medical and pedagogical control over students engaged in physical culture	84
<i>Tunahan A., Akperov I.G.</i> The use of strategic management in health services	88
<i>Emel U.O.</i> The effect of fatigue and stress on organizational obligations among health care workers: a case study of a private hospital	95
<i>Igumov O.A.</i> Social capital in an organizational and managerial context	100

SOCIAL PROBLEMS OF SOCIETY DEVELOPMENT

<i>Belyaeva E.A.</i> Historical background of the Russian-Chinese socio-cultural interaction	109
<i>Zabneva E.I.</i> The role of the institution of local government in the development of civil society	113
<i>Sergeant A.A., Uvarov I.A.</i> Aggression as a socio-psychological form of deviant behavior. its causes and consequences ..	116
<i>Chan Thi Bik Ngok, Din Thi Vinh Kui, Din Thi Phuong Anh.</i> Child sexual abuse in Vietnam: the problem and the efforts to end it	120
<i>Mozolevsky V.B.</i> The role of the metropolis in shaping the socio-economic needs of the population	127
<i>Wang Jiangang</i> . Influence of IT giants on politics	131

PHILOSOPHICAL WORLD VIEWS

<i>Popov V.V., Music O.A.</i> Modification of the logic of change of G. von Wrygth	136
<i>Proshkin A.S.</i> Alienation as the clinical diagnosis of capitalism in the social philosophy of Erich Fromm	139
<i>Sivertsev E.Yu., Ignatova A.M.</i> Loss of understanding the meaning of life as one of the causes of melancholic depression. Philosophical analysis	143
<i>Datskovsky I., Starostin V.P., Zhondorov P.N.</i> Philosophical generalization of psychophysiological problems: a scientific search for the relationship of the brain and psyche	149

INTERDISCIPLINARY RESEARCH

<i>Zhilo A.A.</i> Main success criteria for the social impact of advertising on values of modern youth	156
<i>Pichugin V.G.</i> The problem of psychological influence on jurors	159
<i>Rodermel T.A., Shamukhametova E.S.</i> Theoretical and practical perspective features of depressive states in adolescents	163

Философский анализ интеграции традиционной и современной медицины в Китае через призму эволюции медицины в Европе

Ван Хайянь,

аспирант кафедры социологии, Российский государственный университет, 380862378@qq.com

В данной статье представлена история интеграции традиционной и современной медицины в Китае. Рассматриваются разные научные точки зрения на эту интеграцию. Также анализируется процесс смены традиционной и современной медицины в Европе с целью выяснения возможности интеграции традиционной медицины с современной в Китае через призму эволюции медицины в Европе.

Ключевые слова: традиционная медицина, современная медицина, интеграция, история развития медицины традиционной и современной медицины.

Медицина - это наука, объектом изучения которой являются закономерности возникновения, развития и изменения человеческой жизни.[3, с.5]

Китайская медицина (традиционная китайская медицина) является самой древней, а также самой системной, философской и эмпирической, широко используемой в современной медицинской науке традиционной медициной. Часто упоминается как китайская традиционная медицина, философская медицина, культурная медицина и т.д. [5]

После того как западная медицина проникла в Китай и начала оспаривать главенствующий статус традиционной китайской медицины среди медицинских направлений, имела место попытка сочетания китайской и западной медицины. В столкновении китайской и западной медицины, китайская медицина настаивала на своём положении, занятом в период развития, и в то же время, страдая от огромного давления, вызванного столкновением китайской и западной медицины, должна была попытаться проявить себя в сочетании китайской и западной медицины.

Понятие «интеграция китайской и западной медицины» было предложено Мао Цзэдуном в 1956 году. [10] Его цель также состояла в управлении практическим процессом сотрудничества между китайскими и западными медицинскими работниками, китайскими и западными медицинскими методами и улучшении эффективности лечения. И так, с целью повышения эффективности медицины, интеграция китайской традиционной и современной медицины уже стала политикой Китая в современности. На Всекитайской конференции по гигиене и здоровью Си Цзиньпин еще раз отметил, что «нужно приложить главные силы на возрождение китайской медицины в целом и китайских лекарств в частности. Продвигать взаимодополнение и развитие китайской и современной медицины в согласованности, стремиться к творческой трансформации и инновационному развитию «культуры сохранения жизни» китайской медицины». [12]

С непрерывным развитием современной науки и техники интеграция китайской и западной медицины стала горячей темой для обсуждения. Однако, можно ли комбинировать китайскую и западную медицину, как их сочетать и где находятся точки соприкосновения, на самом деле не решено. Некоторые люди думают, что сочетание китайской и западной медицины «не имеет практического смысла, и нет четкого руководства для исследователей (Чжао Дэтянь) [13, с. 39-42] ». Интеграция

китайской и западной медицины является политическим лозунгом, а на протяжении многих лет исследователи китайской медицины под этим не совсем ясным лозунгом занимаются изучением сочетания китайской и западной медицины [14, с.6-7]. Поэтому исследования неизбежно «слепы», некоторые считают, что интеграция китайской и западной медицины невозможна, и возможна лишь реализация взаимной поддержки между китайской и западной медициной (Ли Кэ[7], Чжу Ваньхуа[6]). Спор о возможности и научном сочетании между Китаем и Западом тесно связан с вопросами интегрированной медицины китайского и западного типов.

Считается, что сочетание китайской и западной медицины может употребляться в широком и узком смысле. В широком смысле слова, в медицинской практике для медицинского обслуживания или здравоохранения людей сочетание двух разных методов или средств китайской и западной медицины и есть сочетание китайской и западной медицины. Оно не затрагивает существенных различий между двумя теоретическими системами, применения технологий. [2, с.1-3]

Истинная философия монизма гласит, что истина познания одного и того же объекта должна быть уникальной [11, с.8-12]. Поэтому для того же человеческого тела, совместно изучаемого китайской и западной медициной, должен быть только один тип, а не два вида медицины.

В глазах естественных наук «сочетание китайской и западной медицины или модернизация китайской медицины в истинном смысле означает, что теория китайской медицины может использовать современный язык (а не древний философский язык) для определения своих понятий, принципов и логических выводов и формирования научно-теоретической системы; она может противостоять научному подтверждению и фальсификации и может полностью соответствовать современным достижениям в области науки о жизни, чтобы улучшить и совершенствовать себя: механизм лечения китайской медицины может быть доказан современными научными экспериментами и может быть описан на современном языке; её лечебные препараты могут быть «очищены» с помощью современных технологий, не снижая лечебного эффекта; не теряя при этом гибкости, двухсторонней регуляции и безопасности в рамках теории ТКМ, чтобы адаптироваться к требованиям современного преобразования лекарств и препаратов и улучшить эффективность лечения. В конце концов, полная интеграция китайской и западной медицины будет развиваться в более высокую медицинскую модель, то есть сочетание китайской и западной медицины в узком смысле завершит процесс интеграции китайской и западной медицины.

Ввиду узкой интеграции китайской и западной медицины нынешняя ситуация в Китае может быть названа как «сочетание, но не соответствие». До сих пор основные концепции китай-

ской медицины не были полностью доказаны в лаборатории. В клинической практике известные китайские медики, которыми восхищаются пациенты, эксперты китайской и западной медицины, по-прежнему полагаются на традиционную китайскую медицину, чтобы справиться с трудными и тяжёлыми болезнями.

Несмотря на то, что традиционная китайская медицина и западная медицина практикуется много лет, ряд теоретических вопросов, связанных с интеграцией китайской и западной медицины, включая чисто философские и логические аспекты, систематически не изучались. Это, конечно же, очень важная работа, потому что трудно представить себе дисциплину, философская основа которой не выяснена, но которая может в течение длительного времени быть принята или процветать.

Это также и трудная работа, потому что она включает в себя многие аспекты современного мышления. Поэтому необходимо рассматривать историю развития современной медицины в Европе, задуматься о неотъемлемых различиях в эволюции традиционной и современной медицины в Европе и Китае. Только на основе признания разницы мы можем увидеть, являются ли эти два подхода несовместимыми, или нам не хватает условий для совмещения двух теоретических систем, мы сможем выяснить период совмещения, интеграции; сможем создать для этого условия.

Современная медицина берет свое начало от древнегреческо-итальянской школы и античной медицины, главным основоположником которой является древнегреческий философ Пифагор [15]. Однако, людьми, которые реально отделили медицину от магии и суеверий, а также создали систему медицины, выступили «Отец медицины» Гиппократ и Гален. Особенность греческой медицины заключается в соединении развития медицинской теории о человеческом теле с натурфилософией, то есть, создана традиция долговременного свободного исследования, под которой подразумевается наука. Теория «четыре сока (жидкости)» и учение о теплом, влажном, холодном и сухом Гиппократа соответствуют четырем элементам, образующим мир, и внутренней двусторонности всех существ и вещей в мире. Сочетание медицины и натурфилософии способствовало повышению интереса к исследованию самого человека, усилило независимость медицины от Бога, подчеркнуло важность практики. Аристотель сказал: «Целью занятия греков свободным научным исследованием является «стремление к знанию», исследование неизвестного мира, которое не имеет прагматической цели». [1] Такая ценностная ориентация была наследована и европейской культурой.

Хотя, одновременно с этим, греческая философия, тесно связанная с пантеизмом, привела не только к большому уважению, но и боязни природы и человеческого тела. Это, конечно же, мешало дальнейшему развитию медицины. Лечебный метод кровопускания, основанный на учении

четырёх жидкостей Гиппократ и Галена, царствовал в медицине в течение 2000 лет. А теория анатомии Галена была создана на основе анатомирования животных.

По сравнению с китайской древней философией, ядерной мыслью которой является «Гармония» и «Золотая середина», греческая философия отличается большей конкурентоспособностью. Греческие ученые могли публично критиковать своих учителей, соперников и патрициев. Можно сказать, что именно в такой культуре зарождалась традиционная медицина, на основе которой образовалась современная медицина.

В средние века воззрения европейцев на источник мира и человека, отношения человека с Богом подвергались существенным изменениям. Переход из пантеизма в монотеизм полностью изменил статус медицины. Философия медицины Гиппократов теперь совсем не соответствует догматам христианства. Для древних греков стремление к здоровью являлось благородной целью, а христианские теологи толкуют болезни, как наказание или испытание Бога. Лечение является вмешательством в волю Бога. Можно сказать, что монотеизм больше препятствовал исследованию медицины, чем пантеизм, даже угрожал существованию медицины в Европе. Однако, необходимость выживания людей в масштабных эпидемиях, произошедших в средневековье, послужила объективной причиной существования медицины. И медицина Гиппократов, как самая передовая, пользовалась популярностью, как в практике, так и в исследовании. Сторонники греческой медицины нашли её новое толкование, чтобы она была принята христианством. Игнорируя отношения души и тела, медицина рассматривается как вид искусства, ниспосланный Богом. И Гиппократ не описывается, как потомок богов Асклепия и Аполлона, а как человек, занимающийся врачебной практикой от любви к человечеству.

Все заслуги при исцелении больного принадлежат только Богу. Медицина разделена теологами на два вида: религиозная медицина - лечение силой Бога, и медицина человека - лечение с помощью эмпирии и методов. До 9 века у средневековых ученых образовалось общее мнение, что исследование медицины является целой частью мудрости Христа. Если все науки о здоровье происходят от Бога, то христианам не нужно было беспокоиться о возможных конфликтах между теологией и медициной. [16,138] Таким образом, все достижения в медицине Гиппократов продолжали использоваться средневековыми врачами. В это время были созданы больницы и медицинские специальности в университетах. Медицина стала одной из четырех основных наук, заняв свое место среди теологии, юриспруденции и философии. Все это заложило фундамент перехода традиционной медицины к современной медицине, как в теории, так и в практике.

Адаптация традиционной медицины к христианству позволила сохранить методы и теории

традиционной медицины, а также сохранился дух стремления к науке в античной философии. Наука, в том числе медицина, развиваясь, меняет взгляды человека на мир и Бога.

Возрождение (1300-1650 гг.) является важным периодом культурного и идеологического развития Европы. Европа, пережившая экономический, социальный и религиозный распад, осуществила прорыв в торговле, коммерции и урбанизации, страны Европы получили свой современный вид. Научная революция, которая произошла в 16-17 веках и связана с именами Коперника, Кеплера, Галилея и Ньютона, подняла революционную бурю в медицине. Она принесла медицине гуманизм. Анатомию, как наука, стала возможной. Гуманисты, посвятив свои силы написанию книг и статей, сочетали практику и эмпирию с помощью классических теорий, нашлись новые точки зрения в исследованиях. Без работы гуманистов, не создавалась бы новая модель мышления об анатомии и физиологии.

Когда речь идет об анатомии, невозможно не упомянуть такое имя как Везалий. Заметив противоречия, неоднозначность теорий Гиппократов и Галена, и то, что Гален не анатомировал человеческое тело, Везалий решил попытаться описать тело человека только на основе анатомической практики. Его книга «О строении человеческого тела» нанесла большой удар по теории Галена. [15, 80-100] Однако открытия Везалия почти не оказали влияния на хирургию 17 века. И только Уильям Гарвей, основоположник физиологии и эмбриологии, выдвинул новую теорию кровообращения, стал символом образования современной медицины. Таким образом, заложив основу современной физиологии, У. Гарвей закончил царствование учения Галена, которое продлилось более 1500 лет. Это время также отличается междисциплинарными взаимодействиями. Медицинскими исследованиями занимаются не только врачи, но и физики, химики и филологи. Результаты других наук применяются в медицине, например, после изобретения микроскопа, были открыты микроорганизмы, микроциркуляция эпителиоцитов. Были достигнуты заметные успехи в области физической и химической медицины. Больше и больше людей, подготовленных по модели традиционного образования, стали сомневаться в догматизме традиционной медицины. Химическая терапия бросила вызов медицине Галена. Фрэнсис Бэкон сказал, если врачи не принимают догматизм за основу исследования, а собирают материалы в эмпирии, они сделают новые открытия для создания новых теорий... [16, С.156]. «Великое возрождение наук» Бэкона изменило образ науки, способствовало созданию системы новой науки и медицинской философии: больше внимания фокусируется на исследовании самого человека, а не на мысли Бога. Медицина постепенно отдаляется от авторитета Бога.

Три значительных открытия в период индустрии: «Эволюционная теория», «Клеточная теория» и «Закон сохранения энергии» - значительно

развивали современную медицину. В период промышленной революции были изобретены стетоскоп, офтальмоскоп, подкожная инъекция.[15,140-159]. Перед синтетическим хлоралом, хлороформом, энцефалитом и т.д., древние наркотические лекарства померкли. Более того, одновременное использование новых лекарств, антибактериальной и стерильной техники, получивших развитие из хирургической антисептики Листера Джозефа, сделало операционную комнату из дверей к смерти в спокойное место с надеждой [16,431].

В 19 веке самыми большими достижениями выступают создание целлюлярной патологии, пантогении микроорганизма, иммунологии и открытие антибиотиков. Целлюлярная патология Рудольфа Вирхова полностью опровергла теорию “четырёх жидкостей” Гиппократов. Луи Пастер, показав микробиологическую сущность брожения и многих болезней, создал бактериологию как науку и профилактическую прививку. Флеминг открыл Аоморин и другие антибиотики. [8,6] После открытия Вильгельм Рентген x лучей в 1895 г. и радия супругой Кюри в 1896 г., диагностика, профилактика и исследования современной медицины вошли в новую эпоху[4] Все это ускорило уход традиционной медицины от медицинской арены в Европе. Стало очевидно, что современная медицина уже избавилась от влияния натурофилософии, догматизма традиционной медицины и монотеизма, развивается в направлении микроскопии.

С 20 века современная медицина развивается в тесной связи с химией, физикой и стала значительно быстрее вбирать их самые передовые результаты. Среди всех этих дисциплин, ничто не оказало такое большое влияние на современную медицину как биология. С 1953 г., когда Фрэнсис Крик со своими коллегами раскрыли структуру двойной спирали молекулы ДНК, до 1996 г, когда получено клонированное млекопитающее животное Долли, прошло только 13 лет. В 2000 г. *Celera genomics* и *Human genome project* сделали совместное заявление о том, что ими воссоздан и картографирован «точный алфавитный порядок» генома человека. В 2018 г. в Китае родились близнецы, чьи геномы отредактированы, чтобы они имели иммунитет от СПИДа от рождения. Этот эксперимент вызвал критику, как со стороны СМИ, так и со стороны ученых. На данный момент ведется специальное расследование. В США стартует клинический эксперимент по редактированию генома человека [4]. Биомедицина уже стала одной из самых перспективных дисциплин, целью которой заключается в исследовании и решении вопросов в науке о жизни и медицине с помощью биологических и инженерно-технических методов.

Из вышесказанного следует, что современная медицина уже существенно отличается от традиционной в диагностике, например компьютерный томограф, ультразвук, магнитно-резонансная томография, эндоскопия и т.д. От-

личается она и в лечении, например трансляция органов и пробирочный ребенок. В Европе она опровергнула все основные теории традиционной медицины и вытеснила ее. Этот процесс объясняется теорией Томаса Куна, когда старой парадигмой нельзя объяснить некоторые феномены и накопилось достаточно много данных о значимых аномалиях, противоречащих текущей парадигме, научная дисциплина переживает кризис. Появление массовых аномалий приводит к масштабному разрушению старой парадигмы. И новая теория появится после неудачного решения вопросов старой теорией.[9, С.39-42]

Таким образом, истоки западной медицины также схожи и имеют связи с истоками происхождения китайской медицины и западной философии, однако с развитием западной философии и под влиянием идей ньютоновской механики, ее развитие постепенно отделилось от философии. Согласно парадигме современного естествознания, с помощью новейших достижений в естественных науках мы фокусируемся на микроскопическом мире жизни и постоянно открываем тайны жизни. С развитием таких дисциплин, как биология, химия и физика, западная медицина с ее достоверностью, стандартизацией, воспроизводимостью, удобством и простотой использования постоянно побеждала болезни и, наконец, заняла главенствующее место среди медицинских направлений во всём мире.

Из вышесказанного вытекают главные различия в развитии традиционной и современной медицины в Европе и Китае. Хотя с точки зрения современной науки, в Европе традиционная медицина считается не научной и не соизмеримой с современной медициной. Также не было попытки их сочетания, но это не отрицает возможность интеграции китайской традиционной медицины с современной в Китае. Причин для этого несколько. Во-первых, в Европе традиционная и современная медицина прошли диахронный путь развития, то есть современная медицина создана на основе традиционной. Не было их синхронного противоположения. Во-вторых, “наука” с точки зрения традиционной философии имеет другое определение и длинную историю. Традиционная философия уже стала частью национальной культуры и укоренилась в сознании китайского народа. Поэтому традиционная медицина, имеющая тесную связь с древней философией, до сих пор считается научной в Китае. В-третьих, по сравнению с традиционной медициной в Европе, китайская традиционная медицина достигла большего, как в теории, так и в практике. Ей можно вылечить или лучше лечить те болезни, которые современной медициной нельзя уничтожить. В-четвертых, у современной медицины есть такие серьезные недостатки, как: техника превыше всего, недостаточное исследование побочных эффектов от лекарств или лечебных методов из-за замены экспериментальной медициной клинической. К этим же недостаткам можно отнести и игнорирование связи частей тела человека в связи с чрезмерно

детальным разделением медицинских специальностей. В эту же категорию относится чрезмерное лечение, нехватка гуманности в заботе о больных, медицинская этика, связанная с биологией и невозможность современной медицины, как точной науки, быть полностью достоверной и т.д. Необходимость в ликвидации таких существенных недостатков тоже служит предпосылкой для сочетания китайской традиционной и современной медицины.

Литература

1. Аристотель. (перевод) Ву Шоутао. Метафизика // Пекинское коммерческое издательство, Пекин, 1959, с.5.
2. Ван Жунтянь, Ван Чжилань Думы об интеграции китайской и современной медицины//Информация о китайской медицине. Т. 21.2004. №6 .С.1-3.
3. Ван Чжунюэ Философские думы об интеграции китайской и современной медицины: дис. магистр гуманитарных наук. Нанькин: Нанькинский аграрный университет. 2001. с.5.
4. Газета "Выходные дни юга" URL:<http://www.infzm.com/content/142151> Дата обращения 05.12 2018г.
5. Китайская медицина/ Энциклопедия Бэйду <https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%AD%E5%8C%BB/234039?fr=aladdin>(Дата обращения 14.11 2018)
6. Китайская и современная медицина принадлежат к разным категориям, Новости, 18 ноября 2016 г. // Чжу Ваньхуа URL: <http://www.chinanews.com/jk/2016/11-18/8067463.shtml> (Дата обращения 14.11 2018)
- 7.Китайскую и современную медицину можно сочетать, но никак нельзя интегрировать, Новости, 5 августа 2018 г. // Ли Кэ URL: http://www.sohu.com/a/245406787_71648914.11 2018г. (Дата обращения 29.11 2018)
- 8.Ли Вэньхуэй, Лю Ин, Ван Сицэ Краткий обзор истории европейской медицины и философские думы// Negative.2018.№3 .С(4-8).
- 9.Ли Ци Разные парадигмы определили, что китайскую и современную медицину нельзя интегрировать, а только комбинировать // Медицинское обсуждение.2015.№5.С.(39-42).
10. Мысли и практика Мао Цзэдун о развитии китайской медицины/ Ли Хунхэ/Новости КПК <http://cpc.people.com.cn/GB/85037/8568984.html>(Дата обращения 12.12.2018)
11. Пань Фуянь Придержаться истинной философии моноизма.//Вестник Хубэйского педагогического университета. 1992. № 4. С.8-12.
12. Слова Си Цзиньпина о китайской медицине//Новости Китая URL:http://www.baidu.com/link?url=In3jb_t42hYpNyJ4iY8ur99jUArVQ2k48gt3FejqYMFuYCSlKXIFqyRNtSiNvShupQ739apERi3TEFlmXKHp_&wd=&eqid=f752b00c00010a3e000000065bec7612 Дата обращения 14.11 2018г.
13. Чан Суньку Думы о вопросах китайской медицины и интеграции китайской и современ-

ной медицины //Медицина и философия. Т. 49. 2016. № 1. С.39-42.

14. Янь Чунь Обсуждение об интеграции китайской и современной медицины// Информация о китайской медицине и китайском лекарственном средстве. Т. 15.2008. №2 .С.6-7.

15. Lois N.Manger,История медицины, Лю Сюэли(переводчик) //Шанхайское издательство народа, Шанхай, 2018.с.3.

Philosophical analysis of the integration of traditional and modern medicine in China through the prism of the evolution of medicine in Europe

Wang Haiyan

Northwest Normal University

This article presents the history of integration of traditional and modern medicine in China. Different scientific points of view on this integration are considered. It also analyzes the process of changing traditional and modern medicine in Europe in order to clarify the possibility of integration of traditional medicine with modern medicine in China through the prism of the evolution of medicine in Europe.

Key words: traditional medicine, modern medicine, integration, history of development of medicine of traditional and modern medicine.

References

- 1.Aristotle. (translation) Wu, Shoutao. Metaphysics / / Beijing commercial publishing house, Beijing, 1959, p.5.
- 2.Rongtian Wang, Wang Zhilan Ideas on the integration of Chinese and modern medicine/ / Information on Chinese medicine. Vol. 21.2004. No. 6 .P. 1-3.
- 3.Wang Zhongyue Philosophical thoughts on the integration of Chinese and modern medicine: dis. master of arts. Nanjing: Nanjing agricultural University. 2001. p. 5.
4. Newspaper "Days off South" URL: <http://www.infzm.com/content/142151>(Accessed 29.11 2018)
5. Chinese medicine/ encyclopedia of Baidu URL:<https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%AD%E5%8C%BB/234039?fr=aladdin>(Accessed 14.11 2018)
6. Chinese and modern medicine belong to different categories, news, November 18, 2016. / / Zhu Wanhua URL: <http://www.chinanews.com/jk/2016/11-18/8067463.shtml> (Accessed 14.11 2018)
- 7.Chinese and modern medicine can be combined, but can not be integrated, news, August 5, 2018 / / Kee Lee URL: http://www.sohu.com/a/245406787_71648914.11 2018g. (Accessed 29.11 2018)
- 8.Li Wenhui, Liu Ying, Wang Xitse Overview of the history of European medicine and philosophical thoughts// negative.2018.No. 3 .C (4-8).
- 9.Li Ji's Different paradigms have determined that Chinese and modern medicine cannot be integrated, but only combined // Medical discussion.2015.No. 5.C. (39-42).
10. Mao Zedong's thoughts and practice on the development of Chinese medicine/ Li Honghe / CPC news <http://cpc.people.com.cn/GB/85037/8568984.html>(date of application 12.12.2018)
11. Pan Fuyuan Adhere to the true philosophy of monism.//Hubackova Bulletin pedagogical University. 1992. No. 4. Pp. 8-12.
12. Xi Jinping's words about Chinese medicine/ / China news URL:http://www.baidu.com/link?url=In3jb_t42hYpNyJ4iY8ur99jUArVQ2k48gt3FejqYmfuycskxlfqyrntslnvshupq739aperi3tefmxkhp_&wd=&eqid=f752b00c00010a3e000000065bec7612 date
- 13.Chang Sunku Thoughts on issues of Chinese medicine and integration of Chinese and modern medicine / / Medicine and philosophy. Vol. 49. 2016. No. 1. P. 39-42.
14. Yan Chun Discussion on the integration of Chinese and modern medicine/ / Information on Chinese medicine and Chinese medicine. Vol. 15.2008. No. 2 .P. 6-
15. Lois N. Manger,History of medicine, BJ Sueli(translator) //publishing house of Shanghai people, Shanghai, 2018.p.3.

In depth analysis of BBC coverage of mental health issues

Gaidarenko V.A.

Financial University under the Government of Russian Federation

The concept «mental health» is considered in the article. Analysis of the research material showed that in mass media discourse the concepts are verbalized in such a way that they have strong pragmatic impact on the person whom they are addressed to. Certain verbs and word combinations are frequently used for focusing the addressee's attention on particular issues and ways of solving specific mental health problems. In our research we singled out conceptual fields which are created for the pragmatic purposes mentioned above. The two conceptual fields are singled out on the basis of analysis of a number of mass media sources (BBC news programs). Since the verbalizations mentioned in the table are profiled in mass media on a regular basis certain pragmatic effect is created with the purpose of emphasizing BBC agenda concerning solution of the above mentioned problems.

The concept «mental health» is not confined by medical and psychological dimensions. It also contains social group dimensions which regulate spiritual life of individuals.

British scientists focus attention on spiritual and social characteristics of the concept. They specifically point out that preventive measures needed to be implemented to tackle mental illnesses.

Government officials started paying attention to the issue of mental health as virtual life of teenagers is causing serious concern. Of particular importance here are such negative phenomena as cyber bullying, cyber stalking and cyber harassment. Brainwashing of teenagers by radical extremists is also causing concern.

Key words: mass media, mental health issues, addiction

Психическое здоровье в зеркале зарубежных СМИ (на базе анализа освещения вопросов психического здоровья телеканалом ВВС)

Гайдаренко Вадим Анатольевич

кандидат филологических наук, доцент Департамента языковой подготовки, ФГБОУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве РФ», vadim.gaidarenko@mail.ru

В нашей статье мы затронули вопросы освещения вопросов психического или эмоционального здоровья известным британским телеканалом ББС. Зарубежные журналисты фокусируют внимание на психических нарушениях и болезнях, преобладающих в современной Британии и инновационных способах терапевтического воздействия в случаях возникновения подобных недугов. В статье затрагиваются вопросы обучения и терапевтического общения с помощью новых цифровых технологий на базе зарубежного опыта (проанализированы идеи, представленные в новостных и документальных передачах телеканала ВВС). Дистанционные психотерапевтические консультации рассматриваются как перспективное направление лечения и профилактики психических болезней, а также метод психологического обучения. В статье представлены выводы, которые касаются прагматического аспекта воздействия определенных слов и словосочетаний на сознание читателя.

Ключевые слова: психотерапевтические консультации, психические недуги, психическое здоровье, приложение, психологическая адаптация, Всемирная Организация Здравоохранения

Introduction

Mental health issues have been prominently featured in BBC reports recently. In our research we analyze BBC video reports and single out the most effective ways to make a point concerning measures to be taken to tackle the problem from the perspective of BBC journalists. We categorized the reports into "the so called" pragmatic sections. Every section has relevance to the issues singled out. The first section deals with measures taken by the British government to tackle the issues. Attaching stigma to the problem is believed to be the major issue and challenge that a lot of people suffering from mental diseases have. Covering the issue widely in BBC reports and creating the atmosphere of empathy and compassion has become one of the most important aspect which BBC journalists, covering mental health issues, have focused on. Stories of people who have been able to overcome their mental health problems and interviews with members of the royal family have contributed to people believing that their mental health problems are solvable and help is at hand in the form of government sponsored psychological and psychiatric consultations online or physically. The appointment of Minister for Suicide Prevention has been the ultimate proof that British government attaches much importance to fighting mental health diseases.

A purely biological view of mental ill health locates the problem firmly within the head of the individual, and as a society this is dangerous because it absolves us of the responsibility, the need, to examine ourselves. Imagine a lung cancer specialist who refuses to talk about the link between smoking and lung cancer. I'm sure the comparison is simplistic but I don't believe it's entirely inaccurate either. Which is not to say that biology doesn't play a part as well. But as a society there's little we can do to **tackle the causes of mental ill health on a biological level. Whereas, with adequate will** and commitment, there is absolutely masses that could be done to create a mentally healthier environment for children and adults alike.

This is why mental health must be seen as an urgent political and social issue, as well as a biological and psychological one. And it's not just a question of responding to the needs of people with mental health problems, though this is of course important, but of being prepared, as a society, to consider what we might do to reduce people's risk of developing them in the first place. I'd like to see a programme on that.
*Clare Allan*¹

Theresa May's focus on mental illness in her first major speech on health will in itself raise the profile of the issue and reaffirm the drive to achieve true "parity of esteem" with physical health.

¹ www. bbc. co. uk Tue 1 Mar 2016 11.00 GMT Last modified on Wed 14 Feb 2018 21.21 GMT

Promoting mental health first aid training in schools in England illustrates the prime minister's desire to see this as more than an NHS-only issue.

But there is no new Treasury money for the plans. Funding for care is still challenging. NHS Providers, representing mental health and other trusts, predicts the share of local NHS budgets devoted to mental health will fall next year.

Ministers will argue money isn't everything but it remains an unresolved part of the mental health agenda.²

"The online friends I made five or six years ago I'm still friends with to this day and have met many of them in person."³

Materials and methods

We applied the method of semantic and pragmatic analysis of BBC video reports and analysis of governmental documents, dealing with the issue.

Results and discussion

We have categorized the pragmatic aspect of BBC reports into the following pragmatic sections:

1. Creating empathy with the sufferer. First hand reports about people who have suffered from mental health problems and been successfully treated make people identify with the victim and appeal for help in case they are experiencing the same problems.

Isla is in her early 20s. She got hooked on social media as a teenager when going through a difficult time in her life.

"The online communities made me feel included and that I was worthwhile.

"However, I soon began to neglect 'real life' friendships and constantly spent all my time online talking to my friends there.

"I fell into a deep depressive episode aged 16, which lasted for months and was utterly horrible.

"During this time social media made me feel worse, as I would constantly compare myself to other people and make myself feel bad.

"When I was 19, I had another bad depressive episode. I'd go on social media, see all my friends doing things and hate myself for not being able to do them, or feel bad that I wasn't as good a person as them. "Image copyright ISLA WHATELEY

Social media has also been a positive in Isla's life.

"I have blogged a lot about mental health and I'm quite open about it and have good conversations with people about it.

"I find it gives me a platform to talk and talking with people is something I find imperative to my own health."⁴

2. Encouraging people to join clubs for those who have experienced mental health problems.

Socializing with people who suffered from the same mental health problems contributes to establishing close-knit relations in the format of entertainment and recreation. Covering stories about existing so-

cieties can encourage people to join the clubs or establish their own online or physical communities of like-minded individuals. (Mental Health Mates feature BBC London News.youtube.com 19 июля 2016 BBC London, mental health, Bryony Gordon, Mental Health Mates, peer support, wellbeing, men...)⁵

3. Interviewing high -ranking government officials about mental health issues helps people realize that mental health has become one of the priorities for the government and hard questions and challenging interviews are raising the profile of the issue. (David Cameron: 'We need to end stigma of mental health' - BBC News m.yaaya.video 6 October 2017 Download David Cameron: 'We need to end stigma of mental health' - BBC News.)⁶

4. Interviewing prominent psychologists and psychiatrists helps people learn more about mental health problems and how to deal with them.

The thing is in Britain the problem of waiting for psychological consultation has become so serious that people have to wait for up to 18 months to get the appointment with a mental health professional. Here come online psychotherapists. In one of the BBC interviews a young man tells us about his experience of having sessions with a professional psychotherapist with the help of the Internet and the sessions helped him immensely in solving his mental help problem. (Digital Health - BBC Breakfast News youtube.com 9 January 2017... Sarah Bateup appeared on BBC Breakfast News this morning (Jan 6th 2017) to discuss a marked increase in mental health issues among young men...)⁷

Telepsychology is the use of telehealth within the practice of psychotherapy, wherein a medical professional uses online tools to assist patients. Some tools may include, but are not limited to: Skype, email, online chatting, Oovoo, text-messaging, phone call, or using an app for the smart phone. Not only is telepsychology cost-effective, it also helps connect medical professionals to underserved patients while being more comforting and convenient to both parties.⁸

Focusing attention on mental health problems on the part of British government and World Health Organization raises the profile of the issue and helps finding ways of solving the problem. Cyber bullying and gaming addiction are the issues which are paid special attention to. To raise the profile of the issues they are verbalized with a certain degree of frequency in British mass media. The verbs and word combinations presented in the conceptual field «mental health disorders» are verbalized in the same contexts as ways of solving the problems. Methods of treatment of these mental diseases are given in the conceptual field «Ways of tackling mental health problems». By presenting the problems and specific solutions of the problem in the same context the addressee is persuaded in the rightfulness of particular action plan of

⁵ London News.youtube.com 19 July 2016 BBC

⁶ BBC News m.yaaya.video 6 October 2017

⁷ Digital Health - BBC Breakfast News youtube.com 9 January 2017

⁸ "What are Telehealth and Telepsychology?". apa.org. Retrieved 2017-08-08.

² www. bbc.co.uk (17.04. 2017)

³ www. bbc.co.uk (12.03. 2018)

⁴ www. bbc.co.uk (15.03. 2016)

the government. Pragmatic purposes are pursued throughout mass media discourse. To that end certain word combinations are frequently repeated and profiled in mass media texts. Childhood obesity is the concept which can be used as an example. By focusing attention of parents on their children diet with the help of images and frequent verbalization of the concept in the context with such word combinations as fizzy drinks, school diet and sugar tax the government tries to persuade the public in the necessity of particular measures to tackle the problem.

Conceptual field - «Modern mental disorders»	Conceptual field - «Tackling mental disorders»
self-harming was a "massive worry for parents emotional struggles sink into depression mental illness, mental ill health vulnerable people cyber bullying, cyber stalking suicide substance abuse	To cope with stress To manage stress To improve mental health to tackle mental illness to improve mental well-being tackle stigma" and "ensure vulnerable groups have equal access to care and treatment struggle with depression raising the profile of mental health- to tackle mental ill health – бороться с психическими заболеваниями to boost mental health services - улучшить услуги по выявлению и лечению психических недугов
Childhood obesity	Verbalization of the concept: sedentary lifestyle, healthy eating habits, risk of diabetes, risk for depression, active lifestyle

Conclusion

Focusing attention on mental health problems on the part of British government and World Health Organization raises the profile of the issue and helps to find ways of solving the problem. Cyber bullying and gaming addiction are the issues which are paid special attention to. To raise the profile of the issues they are verbalized with a certain degree of frequency in British mass media. The verbs and word combinations presented in the conceptual field «mental health disorders» are verbalized in the same contexts as ways of solving the problems. Methods of treatment of these mental diseases are given in the conceptual field «Ways of tackling mental health problems». By presenting the problems and specific solutions of the problem in the same context the addressee is persuaded in the rightfulness of particular action plan of the government. Pragmatic purposes are pursued throughout mass media discourse.

We have categorized the pragmatic aspect of BBC reports into the following sections:

1. **Creating empathy with the sufferer.**
2. **Encouraging people to join clubs for those who have experienced mental health problems.**
3. **Interviewing high -ranking government officials about mental health issues**
4. **Interviewing prominent psychologists and psychiatrists**

We have also been able to single out 2 conceptual semantic fields

Conceptual field - «Modern mental disorders»	Conceptual field - «Tackling mental disorders»
--	--

References

1. www. bbc. co. uk Tue 1 Mar 2016 11.00 GMT
Last modified on Wed 14 Feb 2018 21.21 GMT
2. www. bbc.co.uk (17.04. 2017)
3. www. bbc.co.uk (12.03. 2018)
4. London News.youtube.com 19 July 2016 BBC
5. BBC News m.yaaya.video 6 October 2017
6. Digital Health - BBC Breakfast News youtube.com 9 January 2017
7. "What are Telehealth and Telepsychology?".
apa.org. 2017-08-08.

Три метода лечения бруксизма: преимущества и недостатки

Магомедгаджиев Шамил Алисултанович

студент, кафедра патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, Первый Санкт-Петербургский государственный *медицинский* университет им. акад. И.П. Павлова, Djavi3d@gmail.com

Лебедева Таисия Михайловна

студент, кафедра стоматологии ортопедической с курсом ортодонтии взрослых, Первый Санкт-Петербургский государственный *медицинский* университет им. акад. И.П. Павлова, Tasya.inlove@gmail.com

Лебедева Наталья Михайловна

студент, кафедра детской стоматологии и ортодонтии, Первый Санкт-Петербургский государственный *медицинский* университет им. акад. И.П. Павлова, Natusik96@gmail.com

Гусейнов Яльчин Эльчин оглы

студент, кафедра стоматологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Yadikk2018@yandex.ru

Клононос Никита Сергеевич

студент, кафедра стоматологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Dedanc@mail.ru

Проведено испытание методов лечения пациентов с диагнозом «бруксизм». В исследовании приняли участие три пациента. В качестве метода лечения в первом клиническом случае было выбрано использование комплекса Миотроникс K7+J5 (Myotronics, США) и ТЭНС-терапия. Во втором случае было выбрано гомеопатическое лечение, в третьем – ботулинотерапия. Лечение каждого пациента после первого этапа сопровождалось ношением окклюзионной релаксационной каппы. Выявлены преимущества и недостатки каждого метода лечения и сделаны выводы об условиях получения долгосрочных результатов лечения бруксизма.

Ключевые слова: бруксизм, парафункция жевательных мышц, ботулотоксин, гомеопатия, транскожная электронейростимуляция, миорелаксационная каппа.

Введение

Парафункции жевательных мышц занимают особую позицию среди стоматологических заболеваний из-за сложности их диагностики и лечения, чрезвычайно разнообразной и сложной клинической картины, имеющей сходство с множеством заболеваний, входящих в компетенцию врачей разного профиля: отоларингологов, стоматологов, неврологов и психиатров. Парафункции жевательных мышц, в частности бруксизм, являются причинами развития заболеваний и осложнений при ортопедическом лечении пациентов, ухудшая прогноз даже кажущихся безупречными реставраций. Данное исследование будет посвящено вопросам лечения бруксизма на основе знаний об его этиологии и патогенезе, действиям по снижению или предотвращению последствий бруксизма.

Бруксизм признан наиболее пагубным из всех видов парафункциональной активности стоматогнатической системы (в 75% наблюдений переломы имплантатов происходят у пациентов с признаками бруксизма) [1]. По мнению Гайдаровой Т.А (2003 г.), термином, характеризующим многообразие его клинических проявлений, служит выражение «синдром бруксизма», охватывающее патологические изменения в жевательной мускулатуре, мышцах других участков тела, а также со стороны центральной нервной и эндокринной систем [2]. Неврологи рассматривают парафункцию жевательных мышц как форму оромандибулярных дистоний [3]. Стоматологам более близка в клиническом понимании формулировка бруксизма, предложенная Американской академией орофациальной боли, определяющая данный феномен как «тотальную парафункциональную активность мышц днем или ночью, проявляющуюся скрежетанием, щелканьем или стискиванием зубов» [4].

Различают дневной бруксизм и бруксизм сна [2]. При дневном бруксизме патологическая стираемость твердых тканей зубов, как правило, отсутствует. Бруксизм сна характеризуется скрежетанием зубами с ритмичными и устойчивыми сокращениями жевательных мышц, а также патологической стираемостью твердых тканей зубов. Бруксизм также делят на первичный, или наследственный, и вторичный, обусловленный патологическими состояниями в челюстно-лицевой области или неврологическими заболеваниями [5]. Вторичный бруксизм может быть связан с приемом лекарственных препаратов, таких как антидепрессанты или наркотики (кокаин, экстази), а так-

же с психомоторными расстройствами (болезнь Паркинсона, депрессия, стресс, тревожные состояния и т.п.).

Причины, вызывающие бруксизм, как парафункциональное нарушение – предмет исследования международного научного сообщества, но для стоматологов представляют клинический интерес две основные темы дискуссий по этому поводу [7, 8].

Первая причина связана с мельчайшими механическими факторами и окклюзионными нарушениями, возникающими у пациентов, не имеющих идеально ровных зубных дуг, когда отдельные элементы зубного ряда смещены и функционируют несколько иначе, чем это предусмотрено физиологическими нормами.

Однако Riph и соавторами была доказана второстепенность окклюзионных нарушений в патогенезе бруксизма [6]. Как главная причина в ряде работ [1, 9, 10, 11, 12] подчеркивается роль ЦНС, психоэмоционального напряжения в развитии бруксизма. Имеются данные авторов [10] о том, что нестабильное психоэмоциональное состояние является одним из пусковых механизмов возникновения бруксизма. По мнению профессора Рудольфа Славичека (Slavicek), бруксизм является своеобразным «выпускным клапаном стресса», способствующим психологической разрядке [13].

Материалы и методы

В нашем исследовании приняли участие три пациента с диагнозом «бруксизм». В качестве метода лечения в первом клиническом случае было выбрано использование комплекса Миотроникс K7+J5 (Myotronics, США) и ТЭНС-терапия. К возможностям этого комплекса относятся:

- компьютеризированное сканирование движений нижней челюсти (K7 CMS),
- электромиографию (K7 EMG),
- сонографию (K7 ESG),
- ультранизкочастотную электромиостимуляцию ТЕНС (J5 Миомонитор).

Во втором случае было выбрано гомеопатическое лечение, в третьем – ботулинотерапия. При этом лечение каждого пациента после первого этапа сопровождалось ношением окклюзионной релаксационной каппы.

Клинический случай № 1

Пациентка О., 31 год, обратилась в клинику по поводу стискивания и скрежетания зубами, мышечной усталости, трещин эмали и ухудшения состояния реставраций.

В течение последних 7—5 лет пациентка наблюдает за собой стискивание и скрежетание в период эмоционального стресса и иногда в течение дня, а также на ночное скрежетание, замечаемое ее семьей. К тому же вечером после рабочего дня у пациентки болит правая часть головы. Кроме того, она жаловалась, что недавние композитные реставрации (менее 5 лет) в

области боковых зубов нижней челюсти постепенно стираются, и появились трещины на передних зубах, что доставляет ей эмоциональный и эстетический дискомфорт.

Первый этап обследования — осмотр и дальнейший сбор анамнеза, проводился с использованием анкеты первичной диагностики Р. Славичека. В настоящее время у пациентки имеется патология желудочно—кишечного тракта компенсированный гипотиреоз. Говоря о стоматологическом анамнезе, пациентка отмечает выраженную чувствительность в области нижней резцов, болезненность в области сустава, головные боли и спазмы в области головы и шеи и проблемы с осанкой. Окклюзионный индекс — 2, что свидетельствует о декомпенсированном состоянии. Пациентка отмечала участки хронической боли в области жевательных мышц, мышц задней поверхности шеи и поясницы. При внешнем осмотре выявлено увеличение углов нижней челюсти и укорочение нижней трети лица, что привело к виду «квадратного» лица и выраженным носогубным складкам.

Во время осмотра полости рта были выявлены фасетки стираемости на боковых зубах нижней челюсти со старыми композитными пломбами с плохим краевым прилеганием. Выражена горизонтальная стираемость резцов нижней челюсти и трещины эмали в области всей передней группы зубов. Кроме этого, имеются абфракционные дефекты в области клыков и премоляров на нижней челюсти. Прикус ортогнатический, пациентка прошла ортодонтическое лечение и использует ретенционную каппу. Каппа за все время использования стерлась в местах наибольшего контакта антагонистов (рис. 1).



Рисунок 1. Ретенционная каппа

При пальпации мышц наиболее болезненными были передние и средние пучки височной мышцы справа и двубрюшные мышцы. Жевательные мышцы слегка напряжены. Пальпация правого височно-нижнечелюстного сустава была болезненна в области латеральных полюсов при ротации и в области заднего суставного пространства, открывание и закрывание рта сопровождалось щелчками в правом суставе.

Вторым этапом обследования являлась функциональная диагностика с использованием комплекса Myotronics K7+J5. Первым шагом было

проведено вычисление индекса LVI с учётом ширины верхних центральных резцов.



Рисунок 2. Миомонитор

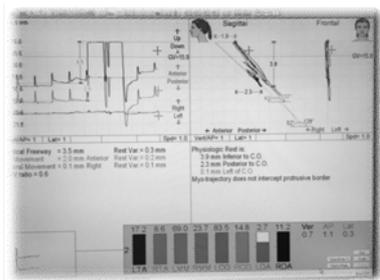


Рисунок 3. Данные кинезиографии

Далее с помощью проведения сеанса ТЭНС терапии в течение 60 минут мы добились расслабления жевательной мускулатуры и оптимального положения нижней челюсти с точки зрения нейромышечной стоматологии с учётом индекса LVI=17. Затем с помощью кинезиографии визуализировали отклонения действительного положения нижней челюсти от оптимального нейромышечного, центральную окклюзию и протрузионное ведение (рис. 2,3).

Финальным этапом была проведена фиксация с помощью быстротвердеющего регистрата оптимального положения нижней челюсти в пространстве черепа и снятие оттисков для изготовления моделей челюстей (рис. 4).



Рисунок 4. Модели челюстей в реконструктивном прикусе

В зуботехнической лаборатории полученные модели верхней и нижней челюсти были соотносены в положении центральной окклюзии реконструктивного прикуса и по ним изготовлена раз-

общающая миорелаксационная каппа из жёсткой пластмассы (рис. 5).

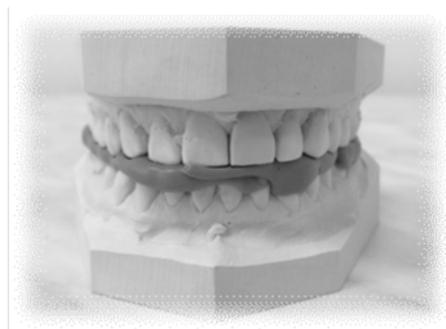


Рисунок 5. Релаксационная каппа

В клинике была произведена припасовка и шлифовывайте каппы в 2 сеанса. Пациентка использует каппу с течение 3-х месяцев. После использования каппы снизилась утомляемость жевательных мышц и прекратились головные боли, практически прекратилось ночное скрежетание зубами. Кроме этого пациентка в связи с улучшением физического состояния и уменьшения боли отмечает и улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности. Данные электромиографии после окончания лечения показали, что мышцы находятся в стабильном, сбалансированном и комфортном состоянии в созданном прикусе. В дальнейшем планируется замена композитных реставраций на боковых зубах и лечение абфракционных дефектов.

Клинический случай №2

Пациентка С., 50 лет, обратилась в клинику с многочисленными жалобами, которые она связывает с проведенным в другом городе ортодонтическим и ортопедическим лечением (несъемное протезирование с опорой на имплантаты): постоянное желание сжимать зубы; головные боли и головокружение; боль и щелчки в левом височно-нижнечелюстном суставе в начале открывания рта; шум в ушах в виде гула и переливающейся воды; периодические ноющие боли в области имплантатов без четкой локализации; снижение эмоционального фона и угнетенное состояние, мысли о суициде.

В процессе сбора анамнеза пациентка подробно описывала все симптомы тихим голосом, отмечала ухудшение состояния при замерзании, поэтому была одета во все черное. Ранее пациентке были изготовлены эластичные каппы, которые немного облегчали симптоматику, но не избавляли от нее.

Первым этапом лечения было изготовление окклюзионной релаксационной каппы из жесткой пластмассы для фиксации центрального соотношения челюстей и уменьшения гипертонуса жевательных мышц. ТЭНС терапия не проводилась.

Вторым этапом было назначено медикаментозное лечение с помощью гомеопатических препаратов:

1) Calcium fluoricum C 12 – через день, потом раз в неделю;

2) Lachesis C 12 - через день, потом раз в неделю;

3) Rhus tox. C 12 - через день, потом раз в неделю.

На контрольном осмотре через две недели пациентка отметила исчезновение головных болей и головокружения, значительное снижение болезненности в левом ВНЧС и исчезновение щелчков, но шумы не исчезли. У пациентки появилась уверенность в успехе лечения и доверие к врачам. Жалобы на ноющие боли в области имплантатов и сжимание челюстей сохранились.

Было рекомендовано продолжить использование каппы и проконсультироваться у остеопата. В медикаментозную схему был добавлен препарат Magnesium phosphoricum C 6 для приема 1 раз в сутки в вечернее время.

На следующее посещение через 2 недели состояние пациентки не изменилось: остались неприятные ощущения в области имплантатов и шумы в ушах, появились боли в правом ВНЧС. Появился свищ в области 43, 44 зубов, безболезненный. В процессе общения с пациенткой мы с остеопатом обратили внимание на постоянное недовольство, неудовлетворённость пациентки, её семейные проблемы, концентрацию внимания на плохом и игнорирование хорошего в жизни.

Было решено продолжить лечение с помощью каппы, лечение у остеопата. В медикаментозную схему был добавлен препарат Nuda lava C 12 для приема 1 раз в неделю, Nepar sulphur C 30 – однократно.

На контрольный осмотр через 2 недели пациентка пришла в яркой одежде, радостном настроении. При осмотре полости рта свищ отсутствовал. Болезненных точек при пальпации жевательных мышц и ВНЧС нет. Остались жалобы на неясный дискомфорт в челюстно-лицевой области. Рекомендовано диспансерное наблюдение и Nepar sulphur C 30 в растворе (половина дозы). Через месяц жалобы на неясный дискомфорт исчезли.

Клинический случай №3

Пациентка М., 29 лет, обратилась в клинику с жалобами на неконтролируемое стискивание зубов в период эмоционального напряжения днём, с которым она связывает «увеличение челюсти» и периодические головные боли напряжения.

Из опроса выяснено, что пациентка занимает руководящую должность. Ранее проходила ортодонтическое лечение. Каппу не использует.

Во время осмотра полости рта были выявлены неглубокие абфракционные дефекты на премолярах и клыках, патологическая стираемость резцов нижней челюсти.

Пальпация жевательных мышц болезненна, мышцы напряжены и гипертрофированы. Болез-

ненна пальпация височных, медиальных крыловидных и двубрюшных мышц. Грудино—ключично—сосцевидная мышца незначительно гипертрофирована. Пальпация обоих ВНЧС слабо болезненна на латеральных полюсах при ротации. Была проведена электромиография жевательных мышц и мышц шеи, которая показала повышение суммарных биопотенциалов мускулатуры.

Было принято решение совместить лечение с помощью окклюзионной релаксационной каппы с применением инъекций препарата «Ботокс» (ботулинический токсин типа А — гемагглютинин комплекс). Он вводился в собственно жевательные, височные, медиальную и латеральную крыловидные мышцы. Большие дозы вводились в собственно жевательную мышцу снаружи (5–10 ЕД в одну точку). Для более равномерного распределения препарата по всей мышце его вводили в несколько точек, 1–2 инъекции проводились из полости рта. Суммарная доза составила 100 ЕД.

На контрольном осмотре через 2 дня пациентка отметила снижение массивности нижней трети лица, расслабление жевательных мышц, улучшение общего состояния. Пальпация мышц была безболезненна, мышцы не напряжены. Пальпация ВНЧС слабо болезненна.

Было рекомендовано контролировать напряжение мышц и пытаться осознанно их расслаблять в период эмоционального стресса, а также ношение окклюзионной релаксационной каппы и терапевтическое лечение абфракционных дефектов. Назначены повторные инъекции препарата «Ботокс» через 3 месяца или по прошествию эффекта.

Анализируя эти клинические случаи, можно выявить преимущества и недостатки каждого метода для индивидуального подбора схемы лечения каждому пациенту с бруксизмом.

Преимуществами использования препаратов ботулотоксина являются быстрое и значительное расслабление гипертрофированных мышц и, как следствие, высокий эстетический результат; возможность проводить внутривнутроточечные инъекции в латеральную крыловидную мышцу; высокая эффективность при правильном проведении.

Недостатками использования препаратов ботулотоксина является необходимость наличия сертификата, разрешающего врачу проведение процедуры и высокие мануальные навыки врача; временный эффект действия препарата (до 6 месяцев) и его высокая себестоимость; возможность местных реакций, микрогематом и болей в месте инъекций; невозможность одновременного применения с бензодиазепинами; отсутствие серьезных исследований с высоким уровнем доказательности.

Преимуществами использования ТЭНС-терапии является безопасность и предсказуемый эффект; неинвазивность метода; высокая эффективность и простота проведения процедуры; воздействие на этиологический компонент бруксизма

и стирание привычных патологических траекторий движения нижней челюсти.

Недостатками использования ТЭНС-терапии является необходимость проведения нескольких сеансов для достижения стойкого эффекта; отсутствия эффекта в области латеральных крыловидных мышц, так как запрещено накладывать электроды на слизистую оболочку полости рта; возможность возникновения неприятных переносимых ощущений во время проведения процедуры у некоторых пациентов.

Преимуществами использования гомеопатических препаратов является отсутствие побочных эффектов; доступность по цене для всех пациентов; простота использования препаратов; безболезненность и неинвазивность; отсутствие противопоказаний; возможность совместного использования фармакотерапии.

Недостатком использования гомеопатических препаратов является отсутствие серьезных исследований с высоким уровнем доказательности.

Заключение

Несмотря на то что бруксизм оказывает влияние главным образом на структуры жевательного аппарата и особенно зубы, в силу полиэтиологичности бруксизма, его центрального происхождения и связи с окклюзионными нарушениями эффективность стоматологического лечения ограничена. Оно может быть направлено лишь на устранение последствий бруксизма и ограничение его деструктивного действия. Соответственно стоматологическая терапия является только симптоматической.

На основе проведенного исследования можно сделать выводы об условиях получения долгосрочных результатов лечения бруксизма. Необходимо соблюдение врачом и пациентов следующих требований:

1. Безоговорочное согласие пациента с предложенным планом лечения с учетом его преимуществ, недостатков и прогноза. Пациент должен стать активным участником лечения понимать, что имеющееся у него состояние может приводить к повреждениям зубов и реставраций после завершения стоматологического лечения;

2. Междисциплинарный подход в лечении бруксизма и выбор нескольких дополняющих друг друга методов лечения;

1. Согласие на компромисс между эстетическими и функциональными параметрами для создания оптимальной окклюзии;

2. Надежная защита в течение длительного периода:

- использование защитной шины после завершения лечения в соответствии с рекомендациями стоматолога (ночная каппа при бруксизме сна и дневное использование каппы во время бодрствования при дневном бруксизме);

- тщательный контроль поведения для снижения психоэмоциональной нагрузки;

- регулярное диспансерное наблюдение в течение всей жизни для мониторинга состояния и своевременного устранения патологических изменений в полости рта.

Литература

1. Attanasio R., Dennis R. Dental management of sleep disorders // Wiley-Blackwell. 2009. С. 274.

2. Гайдарова Т. А. Механизм формирования и патогенетические принципы лечения бруксизма: диссертация на соискание доктора мед. наук / Иркут. гос. ун-т.- Иркутск, 2003. С 1-46.

3. Лихачев С.А., Чернуха Т.Н., Навоша А.В. Редкий дистонический феномен-бруксизм // Неврологический журнал. 2008. Т. 13. №. 6. С. 37-41.

4. Ронкин К.З. Новый протокол использования электромиографии и компьютерной записи движения нижней челюсти для объективной диагностики оптимальной физиологической окклюзии // Dental Market. 2015. №2. С. 72-84.

5. Брокер Д. Бруксизм./ Д. Брокер, Ж.-Ф. Лолук, К. Кнеллесен. М.: Азбука, 2009. С. 84.

6. Бойкова Е.И., Гелетин П. Н., Гинали Н. В., Маслова Н. Н., Юрьева Н. В. К вопросу о терминологии и классификации бруксизма // Бюллетень сибирской медицины. 2013. №5. С.99-103.

7. Мирза А. И., Сирук А. В., Михеева И. В., Рубинова Е. А. Бруксизм (феномен Karolyi, парафункция жевательных мышц). Современный взгляд на проблему // Современная стоматология. 2008. №. 1. С. 201-201.

8. Бойкова Е.И., Гелетин П.Н., Гинали Н.В., Маслова Н.Н., Юрьева Н.В. Электроэнцефалографические аспекты терминологии бруксизма // Медицинский альманах. 2013. №1 (25). С.162-165.

9. Скорикова Л.А. Диагностика, ортопедическое лечение больных с парафункциями жевательных мышц в комплексной терапии невротических состояний: автореф. дис. канд. мед. наук //Краснодар. 1992. С.1-20.

10. Ahlberg K., Ahlberg J., Kononen M., Partinen M., Lindholm H., Savolainen. A. Reported bruxism and stress experience in media personnel with or without irregular shift work // Acta Odontol. Scand. 2003. С. 315–318.

11. Johansson A., Unell L., Carlsson G., Soderfeldt B., Halling A., Widar F. Associations between social and general health factors and symptoms related to temporomandibular disorders and bruxism in a population of 50-year-old subjects // Acta Odontol. Scand. 2004. С. 231–237.

12. Roldan O.V. Parafunctions of the stomatognathic system: their origins and consequences // Rev. Asoc. Odontol. Argent. 1991. С. 1-10.

13. Slavicek R. The Masticatory Organ: Function and Dysfunction. Gamma Med.-viss. Fortbildung-AG, 2002. С 293-296.

14. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки // Стоматология. 2012. Т. 91. № 1. С. 35-39.

15. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Влияние фактора гигиены полости рта на развитие новообразований орофарингеальной зоны // Опухоли головы и шеи. 2015. Т. 5. № 2. С. 39-44.

Three methods of bruxism treatment: advantages and disadvantages

Magomedgadzhiyev Sh.A. Lebedeva T.M., Lebedeva N.M., Clokonos N.S., Huseynov Ya.E.

St. Petersburg State Medical University. Acad. I.P. Pavlova, St. Petersburg State Pediatric Medical University

The treatment of patients with a diagnosis of bruxism has been tested. The study involved three patients. As a treatment method in the first clinical case, the use of the complex Myotronics K7 + J5 (Myotronics, USA) and TENS-therapy was chosen. In the second case, homeopathic treatment was chosen, in the third - botulinotherapy. The treatment of each patient after the first stage was accompanied by using a relaxation mouthguard. The advantages and disadvantages of each method of treatment are revealed and conclusions are made about the conditions for obtaining long-term results of bruxism treatment.

Key words: bruxism, masticatory muscle parafunction, botulinum toxin, homeopathy, transcutaneous electroneurostimulation, myorelaxation splint.

References

1. Attanasio R., Dennis R. Dental management of sleep disorders. Wiley-Blackwell. 2009. P. 274.
2. Gajdarova T. A. Mehanizm formirovaniya i patogeneticheskie principy lecheniya bruksizma: dissertacija na soiskanie doktora med. Nauk [Formation mechanism and pathogenetic principles of bruxism treatment: dr. med. sci. diss.] Irkutsk State University - Irkutsk, 2003. pp. 1-46.
3. Lihachev S.A., Chernuha T.N., Navosha A.V. Redkij distonicheskiy fenomen-bruksizm [Rare dystonic phenomenon-bruxism]. Nevrologicheskij zhurnal. 2008. T. 13. № 6. pp. 37-41.
4. Ronkin K.Z. Novyj protokol ispol'zovaniya jelektromiografii i komp'yuternoj zapisi dvizheniya nizhnej cheljusti dlja obektivnoj diagnostiki optimal'noj fiziologicheskoy okkluzii [A new protocol for the use of electromyography and computer recording of the movement of the mandible for the objective diagnosis of optimal physiological occlusion]. Dental Market. 2015. №2. pp. 72-84.
5. Brokar D. Bruksizm. D. Brokar, Zh.-F. Loljuk, K. Knellesen. Moscow, Azbuka, 2009. S. 84.
6. Bojkova E.I., Geletin P. N., Ginali N. V., Maslova N. N., Jur'eva N. V. K voprosu o terminologii i klassifikacii bruksizma [To the question of terminology and classification of bruxism]. Bjuulleten' sibirskoj mediciny. 2013. №5. pp. 99-103.
7. Mirza A. I., Siruk A. V., Miheeva I. V., Rubinova E. A. Bruksizm (fenomen Karolyi, parafunkcija zhevatel'nyh myshc). Sovremennyy vzglyad na problemu [Bruxism (Karlovi phenomenon, masticatory muscle function)]. Sovremennaja stomatologija. 2008. № 1. pp. 201-201.
8. Bojkova E.I., Geletin P.N., Ginali N.V., Maslova N.N., Jur'eva N.V. Jelektroencefalograficheskie aspekty terminologii bruksizma [Electroencephalographic aspects of bruxism terminology]. Medicinskij al'manah. 2013. №1 (25). pp.162-165.
9. Skorikova L.A. Diagnostika, ortopedicheskoe lechenie bol'nyh s parafunkcijami zhevatel'nyh myshc v kompleksnoj terapii nevroticheskix sostojanij: avtoref. dis. kand. med. nauk [Diagnosis, orthopedic treatment of patients with parafunctions of the masticatory muscles in the treatment of neurotic conditions: aspt. med. sci. diss.]. Krasnodar. 1992. pp.1-20.
10. Ahlberg K., Ahlberg J., Kononen M., Partinen M., Lindholm H., Savolainen. A. Reported bruxism and stress experience in media personnel with or without irregular shift work. Acta Odontol. Scand. 2003. pp. 315-318.
11. Johansson A., Unell L., Carlsson G., Soderfeldt B., Halling A., Widar F. Associations between social and general health factors and symptoms related to temporomandibular disorders and bruxism in a population of 50-year-old subjects. Acta Odontol. Scand. 2004. pp. 231-237.
12. Roldan O.V. Parafunctions of the stomatognathic system: their origins and consequences. Rev. Asoc. Odontol. Argent. 1991. pp. 1-10.
13. Slavicek R. The Masticatory Organ: Function and Dysfunction. Gamma Med.-viss. Fortbildung-AG, 2002. pp. 293-296.
14. Nurieva N.S. Dental complications arising after complex treatment of malignant formations of the oral cavity and pharynx // Dentistry. 2012.V. 91. No. 1. S. 35-39.
15. Kiparisova D.G., Kiparisov Yu.S., Nurieva N.S. The influence of the factor of oral hygiene on the development of neoplasms of the oropharyngeal zone // Tumors of the head and neck. 2015.Vol. 5. No. 2. P. 39-44.

Этапы развития ортопедии XX века на примере истории ортопедических корпораций

Ежов Михаил Юрьевич,

д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ им. М.В. Колокольцева, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ezha2000@mail.ru

Ежов Игорь Юрьевич,

д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ им. М.В. Колокольцева, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Малышев Евгений Степанович,

д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ им. М.В. Колокольцева, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования – проследить историю возникновения и развития ортопедических корпораций и определить особенности их развития для совершенствования отечественной научной и лечебной деятельности.

Определены основные существующие ортопедические корпорации. Изучен их рост от момента основания до настоящего времени. Изучена динамика их номенклатуры, причины и цели ее изменения. На их примере было показано, что развитие медицинских технологий происходит в пять основных этапов: 1 — установление фундамента для научных разработок на основе известных технологий и накопления финансовых возможностей; 2 — переход количества в качество, т.е. расширение производственной и научной базы с целью разработки принципиально новых технологий; 3 — разработка и применение инновационных ортопедических средств и методов; 4 — международное расширение собственного производства и применения инноваций; 5 — обучение специалистов и основание ими новых баз производства востребованных ортопедических средств.

Таким образом, на примере рассмотренных девяти ортопедических корпораций, как родоначальников ортопедического производства, так и новых фирм, мы видим, что возможности для развития не только ортопедического бизнеса, но и внедрения новых технологий практически неограниченны.

Ключевые слова: ортопедия, корпорация, эндопротезирование, инновации, развитие.

Введение

Сегодня хирургическая ортопедия достигла значительных успехов и во многом благодаря качественным имплантатам и инструментам. Насколько для человека важны функции суставов писал еще профессор С.Т. Зацепин: «Организм животного обеспечивает хрящевую ткань всеми необходимыми питательными веществами, но не наоборот». В настоящее время мы имеем возможность, в случае крайней необходимости, заместить функцию суставного хряща эндопротезом. Кроме того, в арсенале ортопедов сегодня практически любые имплантаты для осуществления различных реконструктивно-восстановительных операций.

Цель исследования — проследить историю возникновения и развития ортопедических корпораций и определить особенности их развития для совершенствования отечественной научной и лечебной деятельности.

Как известно, крупнейшими мировыми производителями ортопедических имплантатов и ортопедических инструментов на сегодняшний день являются международные корпорации Биомет, Зиммер, Смит и Нефью, Де Пюи, Матис, Страйкер и некоторые другие.

БИОМЕТ

Штабквартира корпорации: Biomet, Inc. 56 East Bell Drive PO Box 587 Warsaw, Indiana, USA 46581-0587 Phone 574.267.6639 Fax 574.267.8137 <http://www.biomet.com/>

30 ноября 1977 Дэн А. Миллер (Dane Miller, PhD), доктор наук (инженер биоматериалов); Нильс Л. Ноблитт (Niles Noblitt, биоинженер); Джерри Л. Фергюсон и М. Рэй Хароф воплотили их понимание того, как обеспечить пациентов ортопедическими изделиями высшего класса. Корпорация Биомет была основана как группа из восьми компаний. За первый год продажи Биомет составили 17 тыс. \$. С чистым убытком в 63 тысячи долларов. Однако неудержимые основатели продолжали стремиться в будущее ортопедии.

В 1980 г. был достигнут объем продаж 1,1 млн \$. Это позволило финансировать научные исследования, что в 1983 г. позволило предложить первый тотальный эндопротез коленного сустава Эй-ДжиСи (AGC), с полной компонентной заменяемостью. В 1984 г. Биомет расширила производство в Европу, приобретает Компанию Ортопедического Оборудования (Orthopedic Equipment Company, ОЕС), которая обеспечила Биомет широкой линейей внутренних фиксаторов и оборудования для

операционных. Достижение объема продаж в 10,6 млн \$ было достигнуто в том же году. Дэн Миллер назван Персоной малого бизнеса года в штате Индиана.

В 1988 г. Биомет приобрела корпорацию «Электро-биология» (EBI) и предложила линию продукции высшего качества как в электростимуляции роста кости, так и на рынке внешних фиксаторов. Тем самым Биомет не стали ограничиваться только производством имплантатов, но расширили сферу своих интересов и на морфологический аспект ортопедии.

В результате проведенных исследований и коммерциализации разработок в 1989 г. Дэн Миллер признан лучшим управляющим года в секторе высоких технологий.

На артроскопический рынок Биомет приходит в 1990 г. с созданием подразделения Биомет-Спортивная Медицина (Biomet Sports Medicine).

За выдающиеся результаты деятельности в 1991 г. президент США Дж. Буш наградил Дэна Миллера и Нильса Ноблитта наградой «Успех в национальном управлении бизнесом».

В 1992 г. Биомет приобрел «Хирургическую корпорацию В. Лоренца» (W. Lorenz Surgical, Inc.), стабильного лидера черепно-челюстно-лицевого рынка, открыв новые возможности развития для Биомет.

В 1993 г. результатом продолжающихся исследований явилась разработка тотального эндопротеза коленного сустава Мэксим (Maxim®).

С приобретением «Медицинской Корпорации Киршнера» в 1994 г. Биомет ещё более продвинулся на рынке продукции для реконструктивных операций, производимой подразделением Биомет-Микрофиксация (Biomet Microfixation).

Компания продолжила быстро продвигаться в Европе и расширять номенклатуру продукции за счет объединения своих ресурсов в 1998 г. с немецкой фирмой «Мерк» (Merck KGaA of Darmstadt, Germany), имеющей опыт более чем 300 летней деятельности в фармацевтической отрасли, образовав предприятие Биомет-Мерк.

Весной 2004 года корпорация Биомет выкупила часть фирмы «Мерк» в Совместном Предприятии Биомет-Мерк, что привело к созданию Группы Биомет-Европа (Biomet-Europe). Разработаны передовые имплантаты в области эндопротезирования суставов - Технология E1 (E1® Technology), эндопротез коленного сустава Авангард (the Vanguard® Complete Knee System). Одномышелковый Оксфордский эндопротез коленного сустава (The Oxford® Partial Knee) был одобрен Управлением по пищевой и медицинской продукции США (FDA, США) для использования на их территории.

После длительного периода активной и чрезвычайно успешной деятельности в 2006 г. бессменный Президент Корпорации Дэн А. Миллер вышел на пенсию. Залогом дальнейшего развития корпорации явилось наличие сплоченной команды исследователей и руководителей, созданной, поддерживаемой и развиваемой осно-

вателем фирмы. В результате этого в 2011 г. объем продаж в 90 странах мира превысил 2,5 млрд \$, количество сотрудников – 7 тыс. чел.

Сегодня корпорация продолжает свое развитие и производит различные ортопедические и травматологические инструменты и имплантаты. В частности, эндопротезы и инструментарий для имплантации всех суставов нижней конечности. Компания лидирует на многих международных рынках. Имеется полное соответствие стандартам ISO 13485, ISO 9001: 1994, EN 46001: 1996 и приложению 2 директивы ЕС 93\42\ЕЕС. Стандартизация проводится регулярно. Корпорацией постоянно ведутся технологические исследования, в производстве используются специально разработанные станки, компьютеро-управляемые роботы с 6-осевым движением манипуляторов. Корпорация оказывает поддержку ортопедам на месте, тем самым помогая формировать будущее ортопедической хирургии и науки во всем мире.

ЗИММЕР

Адрес корпорации: P.O. Box 708 1800 West Center Street Warsaw, IN 46581-0708 Telephone: +1-800-613-6131 <http://www.zimmer.co.za> Джим Крайнс (Jim Crines), исполнительный вице-президент.

Компания была основана в 1927 году Джастином О. Зиммером, родившимся 31 августа 1884 г. на семейной ферме Мильтона и Нэнси Зиммер в Варшаве, штат Индиана. В юности мистер Зиммер намеревался стать телеграфным оператором. Однако вскоре он согласился быть менеджером по продаже медицинских шин в Варшавской фирме. Он хорошо изучил рынок и решил открыть свой собственный бизнес по производству новых шин, уйдя из старой фирмы. Название этой фирмы было Де Пьюи.

В те дни 1926 года «никто, кроме отца не верил в успешность бизнеса» – вспоминала его дочь. «Мать была против, так же как и родители отца». Он нашел двух инвесторов – Вильяма Фелкнера и Вильяма Роджерса, которые дали ему 33 процента прибыли за его опыт и знания.

В 1927 году его дочь часто видела его, мистера Эттингера, и бывшего коллегу по старой компании доктора К.Ф. Литла, работающими в подвале дома над новым ортопедическим оборудованием. К маю 1927 был готов образец для Собрания Американской Медицинской Ассоциации в Вашингтоне и вскоре – каталог 50 видов шин.

В 1928 г. Зиммер представляет кровать для больных с переломами, имеющую удерживающие полосы на момент смены белья при опускании матраса, и достигает объема продаж 160 тыс. долл. за первый год деятельности. Уже через год Зиммер выходит на мировой рынок, когда шотландский хирург заказывает шин на 1 тыс. долл.

Несмотря на экономический спад в США, к 1930 г. ежегодные продажи Зиммер достигают 200 тыс. долл. Зиммер проходит через Депрессию без потерь. На следующий год Зиммер открывает линии производства стержня Штейнмана, гвоздя Кюнчера, шин Бёлера-Брауна и других устройств Бёлера. В 1933 г. Зиммер открывает отдел под-

держивающих повязок-брейсов. К концу 30-х гг. Zimmer представляет мощную пилу доктора Вернона Лака, с мотором и проводом, которая может быть простерилизована.

К началу 40-х гг. годовые продажи Zimmer достигают 1 млн долл, и уже через десятилетие к 1950 г. Zimmer представляет первый тазобедренный эндопротез, разработанный совместно с доктором Палмером Айхером, и годовые продажи достигают 2 млн долл. В то же время умирает основатель компании Дж.О. Zimmer.

Корпорация продолжает свое развитие не только в области ортопедии, и в 1952 г. Zimmer представляет Американской Медицинской Ассоциации высокоуспешный неортопедический инструмент – электродерматом Брауна.

Дальнейший научно-технический рост фирмы приводит к тому, что в 1958 г. Zimmer представляет Спинальный инструментарий Харрингтона для лечения сколиоза.

Первый тотальный коленный эндопротез был разработан компанией почти через 20 лет после создания тазобедренного (в 1968 г.). Компания не ограничивается изготовлением имплантатов, и в следующем году открываются линии перевязочного материала. К концу десятилетия годовые продажи Zimmer – 27 млн долл.

Компания не ограничилась разработкой единичных моделей эндопротезов, и в 1971 г. был представлен первый тотальный эндопротез тазобедренного сустава Zimmer в комбинации металл-пластик типа Чарнли. На следующий год Zimmer становится подразделением Нью-Йоркской компании Бристоль-Майерс и впервые в мире успешно применяет полиэтилен в различных ортопедических устройствах.

Еще через год – в 1973 г. – Zimmer представляет первый тотальный эндопротез коленного сустава «металл-пластик».

К концу этого десятилетия в 1979 г. в корпорации появляются компьютерные технологии.

Zimmer продолжает оставаться новатором и в последующие годы. Так, в 1983 г. Zimmer спонсирует первую в мире артроскопическую телесессию. Спутник транслирует артроскопическую операцию из Чикаго в 27 городов. Более 1 тыс. хирургов участвуют в этой обучающей программе.

В последнее десятилетие XX века компания продолжает расширяться. В 1992 г. построено новое здание штаб-квартиры в Варшаве (США). В 1993 г. открывается новый завод в г. Понс (Пуэрто-Рико). В 1994 г. Zimmer представляет костный матрикс Коллаграфт. На следующий год Zimmer представляет тотальный эндопротез коленного сустава НексГен, выполненный принципиально с новым подходом и инновационными технологиями и инструментарием, и представляет набор инструментов Микромил, позволяющий облегчить оперативную технику.

К концу века – в 1997 г. – президентом Zimmer становится Рэй Элиот, а на следующий год Zimmer достигает соглашения с «Интегрированными Хирургическими Системами» (ISS) для ис-

пользования продукции Zimmer «Хирургической ассистирующей системой Рободок» в эндопротезировании суставов. В итоге в том же году Zimmer был представлен к «Награде за высокие результаты» в эндопротезировании суставов, а на следующий год Независимым Ортопедическим Исследованием корпорация признана предоставляющей «Исключительные услуги для хирургов-ортопедов». Zimmer удостоен первого места в 11 из 17 категорий услуг.

В начале XXI века в 2001 г. представлена технология тотального эндопротезирования тазобедренного сустава из двух 3-х сантиметровых разрезов, вместо стандартного одного 15-20 см. Технология называется «минимально инвазивная хирургическая операция (МИХО)» – «minimally invasive surgery (MIS)» «двух разрезов».

В 2003 г. Zimmer присоединяет «Центрпульс» – швейцарского ортопедического производителя и ведущую реконструктивную компанию Европы. Одновременно растет предложение Zimmer на спинальном и стоматологическом рынках.

Через три года была представлена миниинвазивная технология тотального эндопротезирования коленного сустава, а на следующий год – в 2005 г. – представлена электромагнитная компьютерная система для малоинвазивной техники тотального эндопротезирования коленного сустава. Тогда же выпускается «айНэв» (iNav™) – портативная электромагнитная навигационная система, разработанная совместно с «Корпорацией Мед-троник», для коленного эндопротезирования.

В 2006 г. Zimmer выпускает коленный эндопротез «Половое решение», разработанный специально для женщин.

Еще одним из генеральных итогов деятельности корпорации стало получение права интеллектуальной собственности на «Бриджит костнорезекционный инструментарий – рука – электромеханический телеманипулятор», активируемая голосовой командой, используемая в хирургии. Объем продаж составил 3,5 млрд \$.

ВАЛЬДЕМАР ЛИНК

Главный офис в Германии: Waldemar Link GmbH & Co. KG Barkhausenweg 10 D-22339 Hamburg Tel. +49 (0)40-539 95-0 Fax +49 (0)40-538 69 29 E-mail: info@linkhh.de.

Арнольд Келлер – технический директор. Гельмут Д. Линк – управляющий компанией (второе поколение его семьи). Центральный завод расположен в Norderstedt, Germany, откуда ежедневно выпускается множество инструментов и имплантатов. Компания Вакукаст (Vacucast) – компания группы Линк.

Медицинский бизнес был основан Вальдемаром Линк 1 января 1948 г в Гамбурге – Waldemar Link GmbH & Co KG. Первые эндопротезы тазобедренного и коленного суставов были разработаны в 1960 г. Корпорация проводит металлургические исследования с целью разработки инновационных методик изготовления эндопротезов. В настоящее время эта компания производит раз-

личные имплантаты и инструменты и является международной компанией.

«Если ориентироваться только на известные стандарты – никогда не стать настоящим врачом» (Гельмут Д. Линк).

ДЕ ПЮИ

Отдел реконструкции суставов: DePuy Orthopaedics, Inc. 700 Orthopaedic Drive Warsaw, IN 46582 tel: (574) 267-8143 or (800) 473-3789 fax: 1-800-669-2530 e-mail: info@dpuys.jnj.com

Компания Де Пюи была одним из первых производителей ортопедических имплантатов в США. Компанию основал в 1895 году Ревра Де Пюи, бизнесмен, родившийся в 1860 г. в штате Мичиган, городе Гранд Рэпидс (Grand Rapids), совершивший переворот в лечении переломов: он начал производство проволочных шин, которые заменили деревянные. Скончался Ревра Де Пюи в 1921 году. В 1905 г. он нанял первого представителя для продажи шин – Джастина О. Зиммера, который покинул компанию в 1927 г., чтобы открыть собственный бизнес (см. выше).

Сейчас Де Пюи – одна из ведущих мировых ортопедических компаний. Исследователи компании были в числе первых, внедривших в начале 60-х годов тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Именно эти разработки в основном и продолжают выходить на ортопедический рынок.

Компания DePuy International представляет продукцию DePuy на всех рынках за пределами американского континента. Штаб-квартира расположена в Великобритании, а сеть компаний охватывает Европу, Азию, Африку и Австралию. В подразделении корпорации работает более двухсот человек. С 1998 г. компания вошла в корпорацию Джонсон и Джонсон.

МАТИС

Штабквартира: Mathys Ltd Bettlach Güterstrasse 5, P.O. Box CH-2544 Bettlach, Switzerland Tel. +41 (0)32 644 1 644 Fax +41 (0)32 644 1 161 - VAT 575377 E-mail: info@mathysmedical.com Internet: <http://www.mathysmedical.com/>

Один из заводов по выпуску керамических эндопротезов расположен в Германии, Тюрингия, Мюрсдорф, где был выпущен эндопротез «Бионит» с парой трения «керамика по керамике», как идеальная альтернатива протезам «металл по металлу». Исследованиями было отмечено, что материал «Ceratus» в 3 раза более прочный, чем широкоизвестный «Бионит». «Керамис» состоит из алюминиевого и циркониевого оксидов, используемых в определенных пропорциях. Этот новый материал позволяет использовать более тонкие стенки впадин и, соответственно, головки большего диаметра.

Партнеры и филиалы корпорации располагаются в десятках стран всего мира. Количество сотрудников по миру – 418 чел (2006 г). Объем продаж – 74,2 млн швейц. франков. Представители корпорации работают более чем в 30 странах мира.

СТРАЙКЕР

2825 Airview Boulevard, Kalamazoo, Michigan 49002 Phone: 269 385 2600 Fax: 269 385 1062.

Компания Страйкер (<http://www.stryker.com>) основана врачом Гомером Страйкером (г. Каламазу, США) в 1941 году для производства и внедрения новых инструментов и технологий, которых ему не хватало в повседневной работе.

Компания производит: эндопротезы крупных суставов, металлофиксаторы для остеосинтеза, фиксаторы позвоночника, эндоскопическое оборудование, хирургические инструменты, навигационные системы.

Примеры вклада компании в развитие ортопедии:

- протез тазобедренного сустава Exeter в форме двойного клина, используемый с 1970 по 2010 год с модификациями;

- совместно с проф. Герхардом Кюнчером разработаны и выпущены в продажу интрамедулярные стержни для остеосинтеза длинных трубчатых костей. Сначала эти стержни были широко известны под названием Grosse & Kempf, а сейчас используются под двумя торговыми марками: T2 и S2;

- цифровая эндоскопическая видеокамера;
- разработка активного инфракрасного слежения для хирургических навигационных систем;
- серийный выпуск систем для проведения перкутанной вертебропластики при поражениях тел позвонков.

В настоящее время корпорация является одним из крупнейших в мире производителей медицинского оборудования, имплантатов и инструментов, поставляемых более чем в 120 стран мира.

СМИТ И НЕФЬЮ

Smith & Nephew plc Registered Number: 00324357 15 Adam Street, London WC2N 6LA UK Tel: +44 (0)20 7401 7646 Fax: +44 (0)20 7930 3353.

Компания была основана в Англии 150 лет назад Томасом Джеймсом Смитом, открывшим небольшую аптеку в Галле (Hull) в 1856 г. После его смерти в 1896 году бизнес принял его племянник Горацио Нельсон Смит. К концу 1990 гг. корпорация включила в себя ряд компаний, работающих в области ортопедии. Основные направления деятельности компании – лечение ран, эндоскопия и ортопедия. Компания входит в сотню фирм по капитализации. Представительства компании открыты по всему миру.

ААП-КЭНИГЗЕЕ

aap Implantate AG Lorenzweg 5 12099 Berlin Tel.: +49 30 75019-0 Fax: +49 30 75019-111 E-Mail: info@aap.de www.aapNL.com

ААП – молодая немецкая компания, занимающаяся производством эндопротезов суставов, металлоконструкций для травматологии и ортопедии, биоматериалов высшего класса.

Königsee Implantate GmbH – это развивающаяся компания, разрабатывающая современные изделия с применением последних технологических и медицинских разработок. Производимый компа-

нией ассортимент превышает 400 товарных линеек и более 9000 наименований для остеосинтеза и эндопротезирования (<http://koenigsee.ru>).

Работая в тесном контакте с известными университетами и клиниками в Европе, компания внедряет в разработку идеи, основанные на продолжительных клинических наблюдениях.

Обсуждение

Анализируя развитие ортопедических корпораций можно выделить основные вехи.

КОРПОРАЦИЯ БИОМЕТ

1977 – основание компании;

1983 – повышение прибыли и разработка тотальных эндопротезов;

1987-92 – расширение номенклатуры ортопедического производства изделий (15-летний период): спинальная ортопедия; артроскопия; челюстно-лицевая хирургия; фармакология.

1. Увеличение финансового оборота в 100 раз за 15-летний период с 24 млн долл. до 2,5 млрд долл. (1986-2011 гг.) позволило разработать принципиально новые ортопедические средства и их международное применение.

КОРПОРАЦИЯ ЗИММЕР

1927 – основание компании;

1950 – длительный 25-летний период передела количества производства ортопедических изделий в качество принципиально новых разработок и расширения компании:

1950 – тотальные эндопротезы; 1952 – дерматомы; 1958 – спинальная ортопедия; 1961 – дренажные системы; 1971 – тотальные эндопротезы;

1983 – обучающие телесессии и гранты для научных разработок;

2000 – трансфузиология, трабекулярный металл, миниинвазивные хирургические технологии;

2003 – стоматология, международные обучающие программы;

2005 – производство имплантатов из ксенотканей.

Корпорации ВАЛЬДЕМАР ЛИНК, ДЕ ПЬЮИ, СИНТЕЗ, СМИТ И НЕФЬЮ, ААП также подтверждают подобную тенденцию.

Так, Вальдемар Линк за период с 1948 по 1960 пришли к разработке тотальных эндопротезов.

Корпорация Де Пьюи начала разрабатывать тотальные эндопротезы после периода с 1860 по 1927 гг.

Компании Синтез потребовался период с 1941 по 1970 для производства эндопротезов суставов.

Корпорация Смит и Нефью с 1856 занималась фармацевтическим производством, перейдя в 1990 г. на ортопедический рынок.

Корпорация ААП является примером восприятия новых знаний и их применения в международном масштабе, что является подтверждением тезиса о переходе количества ортопедического производства в распространение качественно новых технологий.

Таким образом, на примере основных современных ортопедических корпораций, видно, что развитие медицинских технологий происходит в пять основных этапов: 1 — установление фундамента для научных разработок на основе известных технологий и накопления финансовых возможностей; 2 — переход количества в качество, т.е. расширение производственной и научной базы с целью разработки принципиально новых технологий; 3 — разработка и применение инновационных ортопедических средств и методов; 4 — международное расширение собственного производства и применения инноваций; 5 — обучение специалистов и основание ими новых баз производства востребованных ортопедических средств.

Эти этапы позволили не только разработать принципиально новые методы, но и обеспечить международное расширение их производства и применения путем распространения новых знаний.

Выводы

Таким образом, на примере рассмотренных девяти ортопедических корпораций, как родоначальников ортопедического производства, так и новых фирм, мы видим, что возможности для развития не только ортопедического бизнеса, но и внедрения новых технологий практически неограниченны.

Так, компания Биомет вышла на рынок, когда такие корпорации, как Зиммер или Де Пьюи уже активно расширяли свое производство и предлагали широкий спектр ортопедической продукции. Тем не менее это не помешало компании выйти на лидирующие позиции в мире и обеспечить свое присутствие во множестве стран и достичь финансового оборота и линейки продукции, близких к компаниям-основателям. Если рассматривать корпорацию Зиммер, то по воспоминаниям родственников основателя фирмы – Дж. О. Зиммера – никто не верил в успех начатого им дела. Однако в настоящее время эта корпорация – один из ведущих лидеров ортопедического производства, ортопедических исследований и инвестирования в медицинскую науку.

Как говорили братья Мэйо, и что является законом для их клиники: «Главное правило хирурга – польза для пациента». А по словам основателя корпорации «Вальдемар Линк» Гельмута Д. Линка: «Если ориентироваться только на известные стандарты – никогда не стать настоящим врачом». Эти высокие принципы, как мы увидели, помогли им не только стать достойными врачами, ведущими производителями, но и обеспечить развитие ортопедической науки для всего мира.

Литература

1. <http://www.biomet.com/ci/team.cfm>
2. <http://www.zimmer.co.za/z/ctl/op/global/action/1/template/HM/id/>
3. <http://www.linkhh.de/english/index.html>
4. <http://www.kilmerhouse.com/2008/04/revra-depuy-and-the-orthopaedics-business/>
5. <http://www.endoprotezirovanie.com/p/depuy.html>

6. <http://www.mathysmedical.com/>
7. <http://www.osteoline.ru/company/management.php>
8. http://www.plusorthopedics.com/worldwide_en,869.html
9. <http://www.koenigsee.ru>
10. Sud. Sivarasu, Sum. Sivarasu, S. Sheelarani, T.L. Mathew. Techno-economical analysis of the potential rise of demand for the artificial high flexion knee in the Indian orthopaedics market// Journal of Medical Marketing, 2010. - № 10, P.115–121.
11. International Directory of Company Histories. - Vol. 45. - St. James Press, 2002.
12. Нуриева Н.С. Особенности протезирования после хирургического лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны // Уральский медицинский журнал. 2010. № 12. С. 105.
13. Нуриева Н.С. Использование мини-дентальных имплантатов 3М ESPE MDI в съемном протезировании // Новое в стоматологии. 2012. № 7. С. 32.

History of the orthopaedical corporations as development of modern orthopaedy

Yezhov M.Yu., Yezhov I.Yu., Malyshev E.S.

Volga Federal District Research Medical University

The purpose of research is to trace the history and development of orthopedic corporations and to determine the characteristics of their development for the improvement of the national scientific and medical activity.

The main existing orthopedic corporations were determined. The article concerns their growth from its inception to the present, the dynamics of their nomenclature, the reasons and goals of its change. There was shown on their example that the development of medical technologies occurs in five major steps: 1 - establishing a foundation for scientific research on the basis of known technologies and storage of financial opportunities; 2 - the transition from quantity to quality, i.e., expansion of production and the scientific basis for the development of innovative technologies; 3 - development and application of innovative orthopaedic tools and methods; 4 - international expansion of its own production and the application of innovations; 5 - the training of specialists and the foundation of new orthopedic production plants.

Thus, there were shown, on example of nine orthopaedic corporations, as the pioneers of orthopedic production and new firms, that the possibilities for the development of not only the orthopedic business, but also of new technologies are almost unlimited.

Key words: orthopaedy, corporation, joint replacement, innovations.

References

1. <http://www.biomet.com/ci/team.cfm>
2. <http://www.zimmer.co.za/z/ctl/op/global/action/1/template/HM/id/>
3. <http://www.linkhh.de/english/index.html>
4. <http://www.kilmerhouse.com/2008/04/revra-depuy-and-the-orthopaedics-business/>
5. <http://www.endoprotezirovane.com/p/depuy.html>
6. <http://www.mathysmedical.com/>
7. <http://www.osteoline.ru/company/management.php>
8. http://www.plusorthopedics.com/worldwide_en,869.html
9. <http://www.koenigsee.ru>
10. Sud. Sivarasu, Sum. Sivarasu, S. Sheelarani, T.L. Mathew. Techno-economical analysis of the potential rise of demand for the artificial high flexion knee in the Indian orthopaedics market// Journal of Medical Marketing, 2010. - № 10, P.115–121.
11. International Directory of Company Histories. - Vol. 45. - St. James Press, 2002.
12. Nurieva N.S. Features of prosthetics after surgical treatment of malignant tumors of the oropharyngeal zone // Ural Medical Journal. 2010. No. 12. P. 105.
13. Nurieva N.S. The use of 3M ESPE MDI mini-dental implants in removable prosthetics // New in dentistry. 2012. No. 7. P. 32.

Формирование теории жизнедеятельности кишечной микрофлоры, основанной на медицинской гипотезе "Микрофлора кишечника влияет на состояние голода": новая модель понимания этиологии хронических заболеваний человека

Чжан Чэнган

Институт радиационной медицины, академия военных наук, научно-исследовательский центр для военного познавательного и психического здоровья PLA, 2482143490@qq.com

В настоящее время работа по профилактике и контролю хронических заболеваний, таких как ожирение, гипергликемия, гипертония, гиперлипидемия и опухоли различной этиологии реализуется на недостаточном уровне. В этих условиях необходимо осуществлять постоянный поиск новых подходов к профилактике таких болезней. К такому подходу необходимо отнести предложенную автором на основании обобщения исследований последних 20 лет гипотезу «центризма кишечной микрофлоры» в отношении такого фактора как чувство голода. В работе отмечается, что чувство голода возникает под влиянием кишечной микрофлоры, а не определяется соответствующим центром головного мозга. На основании обращения к этиологии хронических заболеваний показано, что гипотеза о том, что ощущение голода, а также являющееся причиной его пищевое поведение определяется микрофлорой кишечника, использующей слизистую желудочно-кишечного тракта в качестве источника для ее возобновления. Однако в случае, когда микрофлора кишечника нарушается из-за переизбытка употребления антибиотиков, нездорового образа жизни, а также наличия вредных пищевых привычек становится причиной нарушений естественного уровня микрофлоры кишечника. А этот фактор, в свою очередь, становится причиной возникновения факторов, вызывающих хронические заболевания. Кроме того, метаболиты, возникающие в этих условиях, становятся причиной стимулирования и поддержания статуса хронических заболеваний в организме. Показано, что в ситуации, когда осуществляется контроль за чувством голода, причиной которого является кишечная микрофлора, добровольцы могли легко переносить режим гибких разгрузочных дней в течении одной или двух недель, при отсутствии потребности в продуктах питания, в том числе овощей и фруктов, за исключением воды и при этом ведя нормальный образ жизни.

Большое количество хронических заболеваний таких как ожирение, метаболический синдром, синдром гиперчувствительности, аутоиммунные и эндокринные нарушения были существенным образом улучшены после применения гибких схем разгрузочных дней. Следовательно, «Теория микрофлоры кишечника» позволит приобрести новую перспективу развития профилактики и контроля хронических заболеваний.

Ключевые слова: микрофлора кишечника, теория микрофлоры кишечника, чувство голода, режим гибких разгрузочных дней, голодание, хронические болезни, профилактика и контроль хронических болезней, управление развитием здравоохранения, современные лекарственные средства, традиционная китайская медицина, Медицина 3.0

Количество хронических заболеваний, таких как ожирение, диабет, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, аутизм, рак [1] постоянно увеличивается не только в Китае, но и в остальных странах мира. Не вызывает сомнения факт о том, что несмотря на повсеместное изучение данных заболеваний, кооперация между учеными в данной области достаточно низко распространена, особенно в 21 веке. Все это становится дополнительной причиной распространения хронических заболеваний. В своей связи более актуальными становятся слова доктора Э.Л. Турдо о том, что болезни надо «иногда вылечивать, часто облегчать и всегда обеспечивать комфорт». Состояние бесполезности современной медицины частично указывает и существующие подходы к профилактике и контролю хронических заболеваний.

Обществом не принимался тот факт, что именно хронические заболевания могут стать причиной гибели человечества, однако факт заключается в том, что борьба с ними проигрывается. Кроме того, контроль аппетита у людей постоянно ослабляется, что приводит к депрессиям, аутизму и психическим заболеваниям. Возникает вопрос, почему возникают хронические заболевания? Какова их этиология? Как происходит развитие изучение данных болезней? Будут ли излечены хронические заболевания в этом столетии? Кто мы и куда идем? Данные вопросы необходимо решать в будущем, а также и в процессе развития «теории центризма кишечной микрофлоры». Лаборатория, в которой осуществляет научную деятельность автор, осуществляет изучение «теории центризма кишечной флоры» более 20 лет. До 2012 года подходы к обучению были традиционными, основанном на этимологии хронических заболеваний, особенно с точки зрения мутации человеческих генов и нерегулярной экспрессии и аномальной модификации белка человека.

Также как и другие лаборатории, в нашей лаборатории мы использовали анализ экспрессии генов, такие как ДНК-чип, полимеразная цепная реакция или другие протеомные подходы для изучения взаимосвязи между генами и белками с хроническими заболеваниями, а также с использованием моделей изучения на животных. Однако в то же время становится очевидно, что несмотря

на все эти многочисленные лабораторные исследования не было выявлена «настоящая» причина возникновения хронических болезней. Легко увидеть и понять в течение формирования и развития хронических болезней в большей или меньшей степени происходит мутация и нерегулярное выражение человеческих генов и белка. Однако какова причина возникновения этих ошибок? В настоящее время это неизвестно. Многие ученые считают обоснованным положение о том, что «ошибка содержится в генах и белке человека, что и является основной причиной хронических болезней», но вероятно это не полностью можно отнести к этиологии хронических болезней.

Данная сложная ситуация заставила задуматься о том, как ответить на данный серьезный вопрос с 2013 года: какова реальная этиология хронических болезней? Действительно ли вероятно некоторая фатальная ошибка на основании существующих знаний об этиологии хронических болезней, которая является причиной недоверности «теории центризма микрофлоры кишечника». Основанные на многократной проверке на добровольцах, и при применении эвристических методов проверки было определено, что этиология хронических болезней человека заключается в пищевых привычках человека. Однако в то же время было показано, это не ключевая характеристика этиологии хронических болезней. Неожиданно было выявлено, что то что мы едим так как чувствуем голод, однако самое ощущение голода происходит не от центра насыщения мозга, а из-за воздействия микрофлоры кишечника, что и стало ключевым в исследовании. Другими словами, было обнаружено, что причина, по которой человек потребляет еду не в том, что голод в действительности ощущается, а в том, что микрофлора кишечника требует пищи и энергии для завершения восстановления в кишечнике человека.

Данная ключевая гипотеза и легла в основу новой «теории центризма кишечной микрофлоры». А в настоящее время в ее подтверждение появляется все больше доказательств. В обоснование данных предположений была замещена диета на прием пищи с некоторыми специальными пребиотиками, при этом было выявлено, что чувство голода в этих условиях уменьшается и в некоторых случаях исчезает. При этом замещение обычного режима питания может быть продолжено в течение одной или двух недель для большинства добровольцев. В данный период добровольцы замещают диету на прием пищи некоторыми специальными пребиотиками (в количестве 10 граммов на один прием пищи) и даже отказаться от еды.

Данный режим питания называется гибкими разгрузочными днями в нашем исследовании, что отличается от другой практики разгрузочного питания в течении определенного периода, так как людям разрешается употреблять в пищу небольшое количество овощей и фруктов. В тече-

нии одной недели такого питания волонтерам было необходимо употреблять микрофлору кишечника в некоторые специальные пребиотики в количестве 10 грамм за один прием и употреблять 4 литра воды, и при этом вести обычный образ жизни. В результате после одной недели добровольцы потеряли в среднем по 4 килограмма без видимого дискомфорта. При этом исследования, проведенные в 10 медицинских учреждениях с помощью объективных медицинских показателей. Кроме того, мы выявили, что неделя такого разгрузочного питания является эффективной не только для снижения массы тела, но и также оказало влияние на улучшение гиперлипидемии, гипертонии, гипергликемии, а также язвенной болезни желудка и гастрита [3-6].

Кроме того, данная технология была впервые продемонстрирована в начале 2013 года, когда были испробована на волонтере для периодической оценки эффективности в течение 6 месяцев. После применения питания в форме гибких разгрузочных дней с начала 2013 года волонтер потерял около 20 килограммов, кроме того была решена проблема ожирения печени. При этом Индекс массы тела снизился в 33,1 (90 килограммов/1,65*1,65) до 25,7 (70 килограммов/1,65*1,65). После 2013 года были проведены более эффективные клинические испытания по контролю веса, в результате которого мы перепроверили и повторно проанализировали полученные медицинские знания, равно как и была исследована этиология хронических заболеваний.

Начиная с 2008 года или ранее и до конца 2012 года исследованный упомянутый выше доброволец страдал от избыточного веса и гипергликемией, а также ожирением печени. При этом иные подходы были использованы и в результате их были получены отрицательные результаты и вес не был снижен.

Первые исследования в области воздействия микрофлоры кишечника на ожирение были проведены доктором Гордоном и доктором Липинг Зао. В работах данных исследователей впервые были объяснена зависимость между данными показателями, что стало основой для развития идеи по предложению метода по снижению веса [7-10]. Однако эмпирических исследований недостаточно для доказательства наличия такой зависимости, необходимо раскрытие механизма воздействия микрофлоры кишечника на чувство голода, и соответственно на пищевое поведение. Для построения теоретической модели данного процесса были изучены дополнительные аспекты воздействия регулярного питания на микрофлору кишечника. Для исследователей оказалось неожиданным то, сигнал о пищевом поведении определяется микрофлорой кишечника, что отличается от предыдущих знаний о деятельности мозга. Все эти предположения стали основой новой гипотезы, объясняющей положения «теории центризма кишечной флоры», которая позволила определить структуру тела и этиологию хронических заболеваний. Кроме того, было показано, что аппетит

человека тоже был определен кишечной микрофлорой, что было показано в предыдущих исследованиях [3,11-13]. Все данные факторы были учтены при формировании логического обоснования для формирования теории «теория центризма кишечной микрофлоры».

С позиции данной теории, человеческий организм представляет собой двойную ДНК-систему, первой из которых является непосредственно человеческий геном и второй - ДНК-системы кишечной микрофлоры, который посылает сигналы человеку о пищевых привычках для получения энергии [14]. В случае, если данная изомеридная система ДНК будет работать с высокой координацией, человек будет здоровым, в противном случае в организме появятся одно или несколько хронических заболеваний.

В дальнейшем было исследовано развитие представлений о том, каким образом «теория центризма кишечной микрофлоры» развивалась в последних исследованиях.

После оплодотворения родителя предоставляют свою ДНК оплодотворенной яйцеклетке, которая стала началом новой человеческой жизни. После этого начинается беременность, а оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в стенку матки. При рождении человек приобретает первую ДНК, однако в то же время новый организм окружают микроорганизмы. В дальнейшем после быстрой взаимной адаптации в кишечнике начинает жизнь значительное количество микроорганизмов, которые будут сопровождать человека всю жизнь. При этом в отличие от первого генома, системы ДНК комменсальных микроорганизмов образуют второй геном человека. Поэтому человеческое тело является на самом деле суперсимбионтом в течение всей жизни [14-18].

Теоретически, в период эмбрионального развития плод не испытывает чувство голода, так как во время эмбрионального развития получает питание через пуповину. Каким образом при этом новорожденный может испытать чувство голода. В современной литературе основное внимание уделяется исследованию того, как соответствующий центр мозга позволяет контролировать потребности в питании. Однако в данной работе будет предложена новая концепция, согласно которой кишечная флора, отличная от центра насыщения мозга, должна отвечать за формирование чувства голода и приводить к следующему диетическому поведению. Очевидно, что понимание того что если человек не будет употреблять пищи то умрет является верным, и безусловно это является истиной для жизни человека. В то же время, было показано, что панический страх голода не является эмоцией, определенной непосредственно потребностью самого человека. В кишечнике человека обитает около 10^{14} бактерий, в потребности которых входит их эффективное воспроизводство, для обеспечения которого необходимо питание. Как показывает опыт, даже при отсутствии пита-

ния для организма человека, если при этом с помощью пребиотиков осуществлять питание для микрофлоры кишечника, то чувство голода существенно уменьшится или исчезнет. Примечателен тот факт, что «отсутствие ощущение голода» может продолжаться 4-6 часов в дневное время, что точно соответствует времени трехразового приема пищи.

Таким образом, для доказательства основной гипотезы используется методология контрдоказательств, сущность которой заключается в том, что было определено уменьшение или прекращение чувства голода. Таким образом, можно понять механизм сохранения кишечной микрофлоры согласно которому она нуждается в пище для собственного воспроизводства, поэтому при его отсутствии может использовать для питания слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Именно это и сигнализирует в мозг человека (наиболее вероятно что в центра насыщения), а затем мозг человека посылает сигнал о необходимости потребления пищи. Потребление пребиотиков прекращает потребление слизистой оболочки желудка, и ориентируется на потребление и переваривание пищи. Поэтому, по мнению автора, потребляемая человеком пища на самом деле используется для того, чтобы предотвратить потребление слизистой оболочки желудка. Поэтому, автором делается вывод о том, что мы в первую очередь едим для того, чтобы осуществлять питание для микрофлоры кишечника и во вторую для питания человека. Данное положение было проверено с помощью волонтеров. Другими словами, чувство голода и мотивация к употреблению пищи возникает не в мозгу человека, а определяется кишечной микрофлорой, что в итоге создает привычки питания человека [4,5].

С учетом упомянутых выше новых точек зрения, основанных на мотивации того, что «пищевое поведение человека определяется голодом кишечной микрофлоры», можно с новых позиций исследовать возникновение хронических заболеваний. Так, является широко известным что обычно микролора кишечника новорожденных имеет высокое качества, которое можно назвать здоровой кишечной флорой. Однако у взрослого она может постепенно уменьшаться и разрушаться, что становится причиной возникновения нарушений микрофлоры кишечника. Другими словами, в течении всей жизни человека микрофлора кишечника имеет тенденцию к разрушению. При этом существует значительное количество факторов, способствующих этому. К ним относятся, например, злоупотребление антибиотиками и нездоровый образ жизни, переизбыток и чрезмерное употребление алкоголя. По мнению автора, в случае если кишечная микрофлора получает такие неблагоприятные раздражители, она начинает постепенно разрушаться, а в случае нарушения она будет непрерывно посылать неправильные сигналы в кишечник человека из-за чрезмерного размножения употребляющих жир бактерий, таких как *Enterobacter cloacae* B29 [8]

В том случае, если происходит нарушение кишечной микрофлоры, слизистая оболочка желудка будет легко разрушена, что приведет к «синдрому неплотной кишки», который приводит к попаданию вредных бактерий в организм человека из слизистой желудочно-кишечного тракта. Попадая в такие органы как женская грудь или печень они могут нанести вред данным органам и даже стать причиной образования опухолей. Таким образом, предлагаемая теория позволяет изменить взгляд на современное питание человека, который продолжая питаться в соответствии со своими привычками продолжает отравлять свой организм и провоцировать развитие хронических заболеваний. Другими словами, даже при нормальном питании могут возникнуть хронические заболевания, если у человека нарушена кишечная микрофлора. При этом пациенты, страдающие от хронических заболеваний не смогут излечиться даже если будут употреблять здоровую пищу, так как у них уже является нарушенной микрофлора кишечника, что приводит еще к большему ожирению, гипергликемии, гиперлипидемии, гипертонии и даже раку.

Данный теоретический анализ также выявляет зависимость между нарушенной микрофлорой кишечника и хроническими заболеваниями. При этом, можно предположить что в будущем изучение данной взаимосвязи приведет к расширению понимания хронических заболеваний. Поэтому для того, чтобы мы могли исследовать особенности человеческого тела, необходимо пересмотреть возможности кишечной микрофлоры. Необходимо более глубоко исследовать тот кат, что здоровая микрофлора кишечника является причиной здоровья человека, а разрушенная – причиной возникновения хронических заболеваний. При этом даже здоровое трехразовое питание не позволит человеку с нарушенной микрофлорой кишечника избавиться от хронических заболеваний. При этом только восстановление микрофлоры кишечника позволит предотвратить и контролировать хронические заболевания.

Таким образом, улучшение микрофлоры кишечника должно стать первым шагом в профилактике и контроле хронических заболеваний. В случае, если микрофлора кишечника нарушена пищевое поведение человека является своего рода «хроническим самоубийственным» поведением из-за неправильных метаболических сигналов, генерируемых и поступающих в организм человека нарушенной микрофлорой кишечника постоянно. Существует ряд методов для устранения воздействия нарушенной микрофлоры, таких как потребление ценных пребиотиков и пробиотиков или использование некоторых лекарств для ингибирования нарушенной микрофлоры кишечника или использование технологии трансплантации фекальной микробиоты [19,20]. В данном случае пациенты страдающие хроническими заболеваниями должны точно выполнять назначения врача по улучшению микрофлоры. При этом также весьма

значимым является применение в течение одной недели применение гибкого режима питания, заключающегося в течении одной недели гибкого разгрузочного режима питания в течении которого микрофлора кишечника может восстановиться до нормального состояния используя технологию секвенирования 16S рДНК [21]. В действительности, даже в случае если пациенты не применяли метод гибких разгрузочных дней в течении одного или двух дней в неделю, разрушенная микрофлора кишечника частично восстанавливалась. Не менее значимо и употреблять постоянно вместо первого приема пищи специальные пребиотики, что является эффективным способом массы тела и защиты от хронических заболеваний, связанных с ожирением.

Исследование гипотезы о том, что «чувство голода происходит из-за воздействия микрофлоры кишечника» и предоставили ряд логических предположений в рамках анализа отношений между человеческим телом и кишечной флорой, необходимо также проанализировать структуру человеческого тела с новых позиций. В течение нескольких тысяч лет человеческое тело, как было признано, имело две части: само тело человека, все что формирует его биологическую основу (главным образом, мышцы, кости и другие ткани), и человеческий мозг, ответственный за обучение и память и духовную составляющую существования. Что касается биологической основы психической деятельности, устоявшиеся в современной науке положения в основном указывают на мозг человека, но не на другие ткани и органы. Однако в таком случае возникает вопрос, что представляет собой разум человека? Безусловно, разум и духовные потребности человека исходят из человеческого мозга. Однако как проявляется аппетит человека, какова его этимология?

На самом деле, в течение последних нескольких лет, снова и снова проверяя теорию «теория центризма кишечной микрофлоры», авторы пришли к выводу о том, что особенности аппетита человека являются причиной микрофлоры кишечника, а не из человеческого мозга. Фактически, было выявлено, что в случае, если человек предпочитает какую-то особую пищу, на самом деле это определяется тем, что микрофлора его кишечника нуждается в такой пище как биохимическом субстрате для питания и размножения. Если этого вида пищи недостаточно, то особая кишечная флора не завершит размножение, и человек будет находиться в состоянии депрессии. То есть аллотриофагия, и склонность людей предпочитать некоторые виды пищи и ненавидеть некоторые другие продукты объясняется с помощью «теории центризма микрофлоры кишечника». Таким образом, микрофлора кишечника человека сохраняет память о питании с использованием системы ДНК микрофлоры кишечника. Подобные ситуации могут широко наблюдаться в природе, например, в кишечнике тигров, львов и волков обитает большое количество мясоедных бактерий, напротив, в кишечнике обитает большее количество травоядных бактерий. лошади, коровы и овцы. Взаимный

отбор был разработан природой для удовлетворения потребностей в пище для различных видов животных. У людей всеядные бактерии жили в кишечнике человека и поэтому пища человека должна включать в себя как мясо, так и овощи, чтобы гарантировать разнообразие и богатство кишечной флоры человека. Это является причиной того, почему люди должны употреблять в пищу мясо и овощи, чтобы поддерживать диверсификацию нашей микрофлоры кишечника, так как человеческий аппетит согласно гипотезе в предлагаемой «теории центризма кишечной флоры» является инструментом сохранения в различных видах бактерий.

Исходя из вышеизложенного, нам необходимо переосмыслить новую структуру человека. В соответствии с «теорией центризма кишечной флоры», необходимо представить новую модель, где первая часть - это физиологическая система (само тело человека), вторая часть - система микрофлора кишечника, отвечающая за психическую систему человека (психологическая система), а третья часть – непосредственно мозг человека, отвечающая за умственную и духовную систему, включая обучение и память, мышление и духовные потребности человека. Физиологическая система человека (то есть само тело человека) имеет только нейтральную особенность и обеспечивает только поддержку костей, мышц и крови людям и не имеет никаких психологических характеристик. Тем не менее, система кишечной флоры посредством управления аппетитом определяет мотивацию к употреблению пищи. По мнению автора, аппетит человека к материальным потребностям также связан с кишечной флорой. Когда у человека кишечная флора типа А, его аппетит определяется потребностями микрофлоры кишечника А, в противном случае будет отображаться аппетитом типа В из-за наличия кишечной флоры В. Согласно «теории центризма кишечной флоры» человеческое тело определяется как «видеопроектор», в то время как кишечная флора является источником естественных сигналов, содержащих «видео» природы, хранящихся в системе ДНК кишечной флоры с использованием нервной системы и характеристик психики человека. Таким образом, человечество все больше предпочитает систему кишечной флоры, ведущую к ощущению голода, пищевым, а также материальным потребностям человека, в то время как человеческий мозг ориентирован на удовлетворение духовных потребностей. Также было продемонстрировано, что во время однодневного гибкого разгрузочного дня, когда люди переходят в особый статус «не голодать и не есть», духовные потребности, значительно повышенные вместе с потребностями в еде, снижаются, что постоянно наблюдается в наших клинических исследованиях.

Все это позволяет прогнозировать новый период, связанный с успехами в профилактике и контроле хронических заболеваний. В последние несколько тысяч лет истории человечества посвящены обеспечению едой и одеждой, которые

являются едва ли не самыми важными вещами в жизни человека. Значительная часть общества работает, чтобы удовлетворить потребности в еде - это наиболее значимая проблема, возникающая каждый день. Однако, из наших исследований было обнаружено, что голод происходит не из-за центра насыщения в мозгу человека, а из-за воздействия микрофлоры кишечника. Данное положение имеет прорывной характер, и обновляет современные знания для того, чтобы переосмыслить основу потребностей в пище и происхождении и контроля человеческого аппетита, а также духовных потребностей наших людей. С точки зрения «теории центризма микрофлоры кишечника», поскольку нарушенная микрофлора кишечника является этиологией хронических заболеваний, поэтому нам необходимо разработать различные эффективные технологии для преобразования и оздоровления микрофлоры кишечника. Как только нарушенная микрофлора кишечника станет здоровой, различные хронические заболевания смогут контролироваться. Это должна стать идейной основой профилактической медицины. В этих условиях общество не будет нуждаться в чрезмерных инвестициях в профилактику и лечение хронических заболеваний, что станет началом новой эры развития медицины в Китае и других странах.

В этой статье была представлена «теория центризма кишечной флоры», позволяющая изучить этиологии хронических заболеваний человека. Общеизвестным является положение о том, что человечество постоянно проигрывает войну за кишечную микрофлору. В то же время врачи, пациенты и их семьи, а также правительства всех стран мира заинтересованы в их контроле и профилактике, тем не менее, высокий уровень заболеваемости хронических заболеваний требует прорывных инноваций в современных медицинских системах. После примерно двух десятилетий тщательных исследований и достижений многих лабораторных исследований предложена «теория центризма кишечной флоры», и были выявлены следующие положения для решения проблемы хронических заболеваний:

- 1) человеческое тело является хозяином микрофлоры кишечника и находится с ней в симбиотических отношениях;
- 2) микрофлора кишечника обитает в нем для доступа к пище и получения возможностей производства;
- 3) ощущение голода у человека возникает в результате воздействия микрофлоры кишечника, воздействующей на соответствующий центр человеческого мозга;
- 4) мотивацией к еде является предоставление питания микрофлоре кишечника, которая в противном случае будет питаться и разрушать слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта
- 5) пищу человека можно рассматривать как источник жизни микрофлоры кишечника
- 6) в ситуации, когда микрофлора кишечника разрушается из-за злоупотребления антибиоти-

ками и нездорового образа жизни, плохих привычек питания и т.д., нарушенная микрофлора кишечника будет производить все больше и больше индуцирующих факторов и метаболитов, которые будут постоянно вызывать и поддерживать статус хронических заболеваний в теле человека;

7) не только чувство голода, но и особенности аппетита также инициализируются и предоставляются микрофлорой кишечника, что означает, что это именно она, а не человеческий мозг управляет потребностью в еде;

8) в случае, когда мы контролируем чувство голода, иницируемое микрофлорой кишечника, посылающей сигналы в мозг человека за время приема пищи, с помощью некоторых специальных пребиотиков, добровольцы могут легко войти в течение одной или двух недель применяя гибкие разгрузочные дни без необходимости употреблять, за исключением только воды;

9) многие хронические заболевания, такие как ожирение, метаболические синдромы, синдром гиперчувствительности, аномальные иммунные функции, эндокринные нарушения, могут быть значительно улучшены в течение одной недели применения гибких разгрузочных дней. Поэтому предлагаемая теория «центризма кишечной флоры», вероятно, является решением проблемы профилактики и контроля распространения хронических заболеваний.

Теория «центризма кишечной флоры» не только привносит большой вклад в развитие профилактики и контроля за распространением хронических заболеваний, но и обеспечивает новое понимание предназначения человека, его симбиотической связи с микрофлорой кишечника. Не менее значимым является то, что аппетит человека является отражением жизнедеятельности его кишечной микрофлоры, что позволило выявить то, что психологические аспекты личности также определяются деятельностью кишечника. Так, именно измененная микрофлора кишечника вызывает психические заболевания, связанные с расстройством настроения. Кроме того, «теория центризма кишечной флоры» определяет то, что материальные потребности происходят из-за кишечной флоры, а духовные – в результате деятельности мозга человека, что приводит к новому пониманию биологии, медицины и физиологии, а также гуманитарных и социальных наук, является источником новых концепций философии. Несмотря на то, что «теория центризма кишечной флоры» является в настоящее время научной гипотезой, в ее поддержку существует ряд доказательств. Данная теория не только противоречит современным положениям медицинской науки о том, что хронические заболевания происходят в результате мутации генов, но и содержит положение о том, что именно мутации микрофлоры кишечника вызывают мутации, оказывающие влияние на возникновение хронических заболеваний. Другими словами, можно разделить развитие медицины на

три типа – Медицина 1.0 или традиционная медицины, Медицина 2.0 или современная (западная) медицина, и Медицина 3.0 – новая медицина, основанная на «теории центризма кишечной флоры». В эпоху этой новой медицины первостепенное внимание должно уделяться здоровью флоры кишечника человека, именно оно должно стать основой новой профилактической медицины и управления здравоохранением.

Все это позволяет стать шансом для пересмотра распространенных в Китае и в странах Запада высказывание о том, что «хронические заболевания вызваны питанием». Это положение теперь может быть эмпирически доказано с помощью предлагаемой теории о том, что ощущение голода происходит из-за кишечной микрофлоры и неконтролируемого пищевого поведения, что является причиной хронических заболеваний и ожирения. Известная английская поговорка «следуй за чревом» на самом деле означает «следуй за кишечником» с точки зрения предлагаемой теории. Поэтому в продолжение исследований необходимо трансформировать концепцию возникновения хронических заболеваний с использованием новой логики процесса. Кроме того, необходимо пересмотреть концепцию потребностей человека, более точно разделить материальные и духовные потребности, на новом уровне подойти к пониманию цели существования человека. Можно предположить далее, что микрофлора кишечника определяет материальную потребность человека, формирование его материальной основы в том время как мозг человека отвечает за все духовные потребности.

Хотя вкусная еда и напитки может доставлять удовольствие человека, тем не менее эти основные потребности должны в основной восприниматься человеческим организмом как основа для роста и поддержания биохимического метаболизма. Если бы мы не обладали знанием о том, что «аппетит определяется микрофлорой кишечника», то можно легко приобрести зависимость от неконтролируемого аппетита, потребности в постоянном чувственном наслаждении едой. Однако после того, как был выявлен механизм отделения потребностей микрофлоры кишечника от потребностей человеческого тела и выявить, что аппетит определяется микрофлорой кишечника, стало возможно контролировать потребности в пище. Следовательно, мы можем переориентироваться на получение духовных потребностей вместо материальных. Безусловно, человек нуждается в пище, и эта потребность передается микрофлорой кишечника, однако цель бытия не в физическом удовлетворении потребностей, а в познании мира и удовлетворении духовных потребностей.

В случае, если человек теряет контроль над потребностями в еде микрофлоры кишечника, то он приобретает зависимость от еды, что является основой для возникновения хронических заболеваний, а также является причиной преступности и войн. По мнению автора, человечество было создано так, чтобы соединить материальные по-

требности, определяемые кишечной микрофлорой и духовные, порождаемые мозгом человека. Понимание того, что человеческий мозг предпочитает думать, а микрофлора кишечника питаться, будет очевидно ядро предлагаемой теории, а человечество найдет путь к здоровью и миру. Однако хронические заболевания, преступления и войны возникают из-за преваляирования материальных потребностей, диктуемых кишечной микрофлорой, они не исходят из мозга человека. Другими словами, если современное общество осознает что контроль за хроническими заболеваниями необходим, будут использованы различные стратегии его контроля, в том числе такие как теория гибких разгрузочных дней, основанных на предлагаемой теории, что даст человечеству возможности иметь новое будущее, источники развития духовной цивилизации в рамках парадигмы гуманизма. Однако все это станет возможно только в случае если мы сможем понимать «язык» микрофлоры кишечника.

Если глубже рассмотреть предлагаемую теорию, то можно увидеть следующее. Является общепризнанным тот факт, что обучение и память является наиболее значимыми процессами в жизни человека. В мозгу человека кратковременная память осуществляется гиппокампом, а долговременная – корой головного мозга. Однако и та и другая является абстрактной памятью, и для ее обработки необходим человеческий мозг, позволяющий обрабатывать значительное количество сигналов и информации с использованием аксонов и дендритов нейронных клеток. Однако, исследовав обучение и память с точки зрения предлагаемой теории можно выявить, что микрофлора кишечника хранит непосредственную память о еде используя системы ДНК. В то же время является общепризнанным тот факт, что если есть подходящие субстраты, то бактерии могут начать свое размножение автоматически, следуя биологическому закону с биохимическими реакциями и физиологическим метаболизмом.

Поэтому является разумным предположить, чтобы разные бактерии запоминали свои потребности в определенных продуктах питания. Однако можно ли сказать, что информация о человеке хранящаяся в памяти, фактически хранилась в микрофлоре кишечника, чтобы удовлетворить требования в определенных продуктах питания? По мнению автора, это объективное объяснение прямой памяти для людей, нуждающихся в еде. Необходимо понимать, что «прямая память» не должна проходить процессы обучения, в то время как «косвенная память» действительно испытывала потребность в том, чтобы люди используя мозг обучались преобразованию сущности вещей. Как упоминалось выше, кратковременная память обрабатывается в гиппокампе, а долговременная - в коре головного мозга, а сам процесс такой обработки называется «обучением». В то же время, одни клетки бактерий обладали знанием о том как употреблять пищу, и у них нет необходимости

осуществлять процесс «обучения», так как память об их потребностях хранится в их ДНК.

При воспроизводстве (размножении) бактерий информация о пище передается посредством их ДНК. Даже в том случае, если бактерии не находились в кишечнике человека, а например в почве, их функции будут проявляться естественным образом. Однако, попадая в кишечник, микрофлора начинает реализовывать биологическую программу для приобретения потребностей в пище. Таким образом, в развитие предлагаемой теории авторы считают, что память человека о продуктах питания это результат совместных решений между микрофлорой кишечника и человеческим мозгом, где первая обеспечивала непосредственную память, а человеческий мозг – косвенную память о еде. Другими словами, для человека прямые потребности в определенной пище определяются микрофлорой кишечника, в то время как наша собственная потребность в пище обрабатывается человека посредством процессов памяти и обучения в течении всей жизни.

В соответствии с данными значимыми результатами можно сделать вывод о том, что человек действительно нуждается в пище, но чувство голода должно быть контролируемым, в противном случае человек приобретет пищевую зависимость. Однако это только материальная стороны вопроса. Однако есть еще и духовная составляющая. Так, именно нематериальные потребности должны быть основными. По мнению автора, это возможно так как именно для их удовлетворения был создан человек. Поэтому, мы предполагаем, что цивилизация получит новую основу для дальнейшего развития на основе глубокого понимания отношений между человеком и его кишечной микрофлорой, а также мозгом человека на основании предлагаемой теорией, которая будет одним их элементов перехода от преваляирования материальных потребностей к духовным в ближайшем будущем.

Подводя итоги необходимо отметить, что в современной науке, когда новые положения формируются в результате продолжительных исследований, нет необходимости широко представлять предлагаемую нами теорию. В условиях, когда все хронические болезни человека фактически не контролируются необходимо задавать более глубокие вопросы – о том, насколько правильны медицинские знания в целом. В этом и состоит суть науки, где отсутствие сомнений означает отсутствие прогресса. Основываясь на значительном количестве клинических испытаний была предложена теория воздействия микрофлоры кишечника на пищевое поведение человека и проведено ее клиническое обоснование, а также исследована ее биологическая основа. По мнению автора, причиной, по которой данная теория не была предложена ранее заключается в том, что большинство исследователей-медиков сосредоточились на исследования только тела человека (преимущественно, на генах и белках), и поэтому непреднамеренно или специально игнорировали воздей-

ствии кишечной флоры, обитающей в нашем организме. Большинство из нас предпочли бы не верить что мы, люди, нуждаясь в еде фактически жили ради нашей микрофлоры кишечника. С другой стороны, именно она существует для того, чтобы мы могли жить, смогли осознать законы природы с помощью интеллекта.

Другими словами, «Теория центризма микрофлоры кишечника» основана на данных двух положениях:

- микрофлора кишечника определяет пищевые привычки человека с помощью чувства голода, посылаемого посредством соответствующих сигналов мозга, что помогает человеку обладать определенной структурой тела, наиболее отражающего потребности в выживании;

- мозг человека помогает понять структуру и принципы природы для использования причин существования человечества. Так, микрофлора кишечника заставляла людей потреблять больше еды, чем необходимо, при этом мозг человека отвечал за то, чтобы люди имели возможность размышлять о том, зачем мы едим а также о других глубоких философских проблемах.

Это основания «теории центризма кишечной микрофлоры, которая может стать основанием для развития профилактики и контроля хронических заболеваний и помогает нам понять мир, понимание законов природы (термин «Qiushi» на китайском языке), что должно стать миссией человечества.

Если бы мы могли правильно понять истинность данных вопросов, то мы будем постоянно испытывать страдания от хронических заболеваний, преступлений и войн. С другой стороны, когда люди смогут понять законы природы, то человек сможет освободиться от хронических болезней, преступлений и войн. В течении истории человечества по завоеванию природы, именно разум человека, мудрость которая сможет показать путь к здоровью ума и тела.

Информация о финансировании исследования

Это исследование было поддержано Национальным Базовым Исследовательски Проектом (973 program, 2012CB518200); Основная программа (81371232, 81573251) Фондом естественных наук Китая; Специальными ключевыми программами для исследований и разработок лекарств Китая (2012ZX09102301-016, 2014ZX09J14107-05B); Фондом объединенного исследовательского центра трансляционной медицины между Пекинским исследовательским центром протеомов и больницей Тяньцзинь Баоди (TMRC201301).

Литература

1. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. Clin Sci (Lond). 2016; 130: 943-986.

2. Kumar A, Allaudeen N. To Cure Sometimes, to Relieve Often, to Comfort Always. JAMA Intern Med. 2016; 176: 731-732.

3. Zhang C. Human micro ecology, especially gut micro flora provides unprecedented opportunities and challenges for new drug research and development. Chin J Pharmacol Toxicol. 2016; 30: 703-713.

4. Gong W, Huang Q, Gao D, Qu W, Li Z, et al. Application of flexible abrosia for body weight control among youths. Military Medicine. 2016; 40: 651-656.

5. Huang Q, Teng S, Gao D, Dong H, Sha J, et al. Emergency plans of flexible abrosia to raise efficiency in disaster rescue. Disaster Medicine and Rescue (Electronic Edition). 2015; 4: 81-85.

6. Ren Q, Huang J, Huang R, Liang L, Chen K, et al. Preliminary study on flexible abrosia technology to improve hypertension. Food and Nutrition in China. 2017; 23: 70-75.

7. Backhed F, Ding H, Wang T, Hooper LV, Koh GY, Nagy A, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. Proc Natl Acad Sci USA. 2004; 101: 15718-15723.

8. Fei N, Zhao L. An opportunistic pathogen isolated from the gut of obese human causes obesity in germfree mice. ISME J. 2013; 7: 880-884.

9. Turnbaugh PJ, Backhed F, Fulton L, Gordon JL. Diet-induced obesity is linked to marked but reversible alterations in the mouse distal gut microbiome. Cell Host Microbe. 2008; 3: 213-223.

10. Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Margrini V, Mardis ER, et al. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. Nature. 2006; 444: 1027-1031.

11. Zhang C. New medicine and bacteriocentric theory and a revolution in prevention and control of chronic diseases. Science & Technology Review. 2005; 33: 106-111.

12. Zhang C. Enlightenment on Youyou Tu winning the Nobel Prize on R&D of artemisinin. Science & Technology Review. 2015; 33: 86-89.

13. Zhang C. New medicine, gut flora-centric theory and cloud hospital. Beijing: The Ancient Books Publishing House on Traditional Chinese Medicine. 2016.

14. Fujimura KE, Slusher NA, Cabana MD, Lynch SV. Role of the gut microbiota in defining human health. Expert Rev Anti Infect Ther. 2010; 8: 435-454.

15. Vakhitov T, Sitkin SI. The super organism concept in biology and medicine. Eksp Klin Gastroenterol. 2014; 72-85.

16. Gevers D, Knight R, Petrosino JF, Huang K, McGuire AL, et al. The Human Microbiome Project: a community resource for the healthy human microbiome. PLoS Biol. 2012; 10: e1001377.

17. Integrative HMP RNC. The Integrative Human Microbiome Project: dynamic analysis of microbiome-host omics profiles during periods of human health and disease. Cell Host Microbe. 2014; 16: 276-289.

18. Lewis CM Jr, Obregon-Tito A, Tito RY, Foster MW, Spicer PG. The Human Microbiome Project: lessons from human genomics. Trends Microbiol. 2012; 20: 1-4.

19. Cheng YW, Fischer M. The Present Status of Fecal Microbiota Transplantation and Its Value in the Elderly. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2017; 15: 349-362.

20. Fischer M, Sipe B, Cheng YW, Phelps E, Rogers N, et al. Fecal microbiota transplant in severe and severe-complicated *Clostridium difficile*: A promising treatment approach. *Gut Microbes.* 2017; 8: 289-302.

21. Gong WJ, Sun CQ, Teng SZ, Gao DW, Li ZH, Wang GS, Zhang CG. Evaluation of a novel fasting approach using plant polysaccharides per meal in human symbionts. *Int Clin Med,* 2018, 2(1):1-12

22. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Влияние фактора гигиены полости рта на развитие новообразований орофарингеальной зоны // Опухоли головы и шеи. 2015. Т. 5. № 2. С. 39-44.

23. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки // Стоматология. 2012. Т. 91. № 1. С. 35-39.

The Gut Flora-Centric Theory Based on the New Medical Hypothesis of “Hunger Sensation Comes from Gut Flora”: A New Model for Understanding the Etiology of Chronic Diseases in Human Beings

Chenggang Zhang,

Institute of Radiation Medicine, Academy of Military Medical Sciences, Academy of Military Sciences, Research Center for the Military Cognitive and Mental Health of PLA

We are continuously losing the war on the prevention and control of Chronic Diseases (CDs) such as obesity, hyperglycemia, hypertension, hyperlipidemia and various kinds of tumors. After about two decades of careful studies and based on the rapid scientific progresses of many laboratories in the world, we finally decided to propose a new hypothesis of the “Gut Flora-Centric Theory (GFCT)” with the key issue that “the human hunger sensation comes from the gut flora other than from the feeding center of the human brain” to address the etiology of CDs. Based on this hypothesis, the hunger sensation and the following eating behavior seemed to be caused and guided by the gut flora to digest and utilize the gastrointestinal mucosa as their food for proliferation. After we eating food, the gut flora will in turn digest the food and no longer destroy the gastrointestinal mucosa. When the gut flora was destroyed because of the abuse of antibiotics and unhealthy lifestyles and bad eating habits, the disordered gut flora will produce more and more CDs-inducing factors and metabolites to the human body which will continuously induce and maintain the CDs status in our body. When we controlled the hunger sensation initialized by the gut flora sending to the human brain per meal time, the volunteers can easily enter the status of flexible fasting for one or two weeks without needing any food or vegetables and fruits except for only needing water during these days with normal life style. A large number of CDs such as obesity, metabolic syndromes, hypersensitivity syndrome, abnormal immune functions and endocrine disorders were observed to be significantly improved after the flexible fasting operations. Therefore, the GFCT theory will probably provide a new perspective and shed light for prevention and control of CDs.

Keywords: Gut flora; Gut flora-centric theory; Hunger sensation; Flexible fasting; Fasting; Chronic diseases; Prevention and control of chronic diseases; Health care management; Current medicine; Traditional Chinese Medicine; Medicine version 3.0

1. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. *Clin Sci (Lond).* 2016; 130: 943-986.

2. Kumar A, Allaudeen N. To Cure Sometimes, to Relieve Often, to Comfort Always. *JAMA Intern Med.* 2016; 176: 731-732.

3. Zhang C. Human micro ecology, especially gut micro flora provides unprecedented opportunities and challenges for new drug research and development. *Chin J Pharmacol Toxicol.* 2016; 30: 703-713.

4. Gong W, Huang Q, Gao D, Qu W, Li Z, et al. Application of flexible abrosia for body weight control among youths. *Military Medicine.* 2016; 40: 651-656.

5. Huang Q, Teng S, Gao D, Dong H, Sha J, et al. Emergency plans of flexible abrosia to raise efficiency in disaster rescue. *Disaster Medicine and Rescue (Electronic Edition).* 2015; 4: 81-85.

6. Ren Q, Huang J, Huang R, Liang L, Chen K, et al. Preliminary study on flexible abrosia technology to improve hypertension. *Food and Nutrition in China.* 2017; 23: 70-75.

7. Backhed F, Ding H, Wang T, Hooper LV, Koh GY, Nagy A, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2004; 101: 15718-15723.

8. Fei N, Zhao L. An opportunistic pathogen isolated from the gut of obese human causes obesity in germfree mice. *ISME J.* 2013; 7: 880-884.

9. Turnbaugh PJ, Backhed F, Fulton L, Gordon JI. Diet-induced obesity is linked to marked but reversible alterations in the mouse distal gut microbiome. *Cell Host Microbe.* 2008; 3: 213-223.

10. Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, et al. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature.* 2006; 444: 1027-1031.

11. Zhang C. New medicine and bacteriocentric theory and a revolution in prevention and control of chronic diseases. *Science & Technology Review.* 2005; 33: 106-111.

12. Zhang C. Enlightenment on Youyou Tu winning the Nobel Prize on R&D of artemisinin. *Science & Technology Review.* 2015; 33: 86-89.

13. Zhang C. New medicine, gut flora-centric theory and cloud hospital. Beijing: The Ancient Books Publishing House on Traditional Chinese Medicine. 2016.

14. Fujimura KE, Slusher NA, Cabana MD, Lynch SV. Role of the gut microbiota in defining human health. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2010; 8: 435-454.

15. Vakhitov T, Sitkin SI. The super organism concept in biology and medicine. *Eksp Klin Gastroenterol.* 2014; 72-85.

16. Gevers D, Knight R, Petrosino JF, Huang K, McGuire AL, et al. The Human Microbiome Project: a community resource for the healthy human microbiome. *PLoS Biol.* 2012; 10: e1001377.

17. Integrative HMP RNC. The Integrative Human Microbiome Project: dynamic analysis of microbiome-host omics profiles during periods of human health and disease. *Cell Host Microbe.* 2014; 16: 276-289.

18. Lewis CM Jr, Obregon-Tito A, Tito RY, Foster MW, Spicer PG. The Human Microbiome Project: lessons from human genomics. *Trends Microbiol.* 2012; 20: 1-4.

19. Cheng YW, Fischer M. The Present Status of Fecal Microbiota Transplantation and Its Value in the Elderly. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2017; 15: 349-362.

20. Fischer M, Sipe B, Cheng YW, Phelps E, Rogers N, et al. Fecal microbiota transplant in severe and severe-complicated *Clostridium difficile*: A promising treatment approach. *Gut Microbes.* 2017; 8: 289-302.

21. Gong WJ, Sun CQ, Teng SZ, Gao DW, Li ZH, Wang GS, Zhang CG. Evaluation of a novel fasting approach using plant polysaccharides per meal in human symbionts. *Int Clin Med,* 2018, 2(1):1-12

22. Kiparisova D.G., Kiparisov Yu.S., Nurieva N.S. The influence of the factor of oral hygiene on the development of neoplasms of the oropharyngeal zone // Tumors of the head and neck. 2015. Vol. 5. No. 2. P. 39-44.

23. Nurieva N.S. Dental complications arising after complex treatment of malignant formations of the oral cavity and pharynx // Dentistry. 2012. V. 91. No. 1. S. 35-39.

Профессиональное здоровье и безопасность в государственных больницах (на примере Анталы)

Дилек Озтурк Ташдемир

докторант, Южный Университет (ИУБиП),
dtasdemir73@gmail.com

Для обеспечения более надежного изучения важно изучить изменения в области профессионального здоровья и безопасности в секторе здравоохранения, собрать информацию о несчастных случаях на рабочем месте и профессиональных заболеваниях, с которыми сталкиваются медицинские работники, трудящиеся в секторе здравоохранения, и оценить уровень поведения и знания в области здоровья и безопасности труда. Цель этой научной статьи – оценить осведомленность медицинских работников о безопасности и гигиене труда и оценить их осведомленность.

В исследовании в рамках метода количественных исследований использовалась форма анкеты. Личностное интервью было проведено со 100 работниками здравоохранения в государственной больнице в Анталии. Было установлено, что профессиональное здоровье и безопасность медицинских работников, участвовавших в исследовании, воспринимались как средний уровень с точки зрения правил безопасности, приоритета безопасности, проверженности руководства, обучения безопасности, руководства, обучения безопасности, руководства по безопасности, поощрения сотрудников, связи по вопросам безопасности, осведомленности о безопасности, участия сотрудников, безопасного поведения и аспектов безопасности процесса.

В целях повышения уровня осведомленности о гигиене и безопасности труда медицинские работники должны пройти обучение, чтобы обеспечить более позитивные подходы к практике в области охраны окружающей среды.

Ключевые слова: Здоровье, работники здравоохранения, охрана труда и безопасность, количественное исследование.

Введение

Чтобы сохранить существование людей, необходимо защитить свою жизнь. Для достижения этой цели важно защитить свое здоровье. Важность безопасности и гигиены труда подчеркивается, когда речь идет о «праве на жизнь и здоровье», которое было рассмотрено во многих национальных и международных нормативных актах и по-прежнему присутствует во время существования человека. В результате быстрых изменений в технологической и других областях индустриализации и ее продолжения, изменения в работе и условиях труда вышли на первый план защиты физического, психического здоровья сотрудников. В результате это явление, изначально появившееся как «здоровье работников и безопасности труда», превратилось в более всеобъемлющее выражение, как «гигиеническое здоровье и безопасность труда» в результате недостаточной концепции. Таким образом, предполагается, что условия труда и окружающая среда будут здоровыми и безопасными.

Возникают такие результаты как, охрана труда и безопасность, условия труда работника, здоровая и безопасная рабочая обстановка, обеспечение мира на работе, повышение эффективности работы и косвенное повышение благосостояния общества. Первая юридическая работа по охране труда в мире – это закон под названием Health and Morale of Apprentices, опубликованный в Англии в 1802 года, который предусматривает защиту женщин и детей, работающих на тяжелых работах, улучшение условий труда и сокращение рабочего времени до 12 часов. Рассмотрение вопроса о гигиене и безопасности труда в качестве правового регулирования варьируется в зависимости от скорости, с которой страны берут индустриализацию и технологические разработки. В целях регулирования правил, касающихся трудовой жизни в международной арене, приняли меры для многих стран-членов с большим количеством соглашений и рекомендаций, как №155 Охрана здоровья и безопасности Международной Организации Труда (International Labour Organization – ILO), Контракт По Рабочей Среде, Конвенция О Службах Гигиены Труда №161 и Рекомендация О Службах Гигиены Труда №112.

Положения, касающиеся гигиены и безопасности труда, были преимущественно в Законе о труде № 4857 до вступления в силу Закона о гигиене и безопасности труда от 30.06.2012. Недавно принятый Закон О Безопасности и Гигиене Труда – это целенаправленный закон, который всесторон-

не охватывает вопросы охраны труда и техники безопасности, одновременно обеспечивая процедуры параллельно с Законом О Труде. При осуществлении закона предусматривается постепенный переход.

В соответствии с Законом № 6331 о безопасности и гигиене труда в нашей стране было введено множество правил. В рамках этого исследования статей были оценены подходы медицинских работников к вопросу о гигиене и безопасности труда, а также знания и отношение к новому закону.

Цели, значение и меры гигиены и безопасности труда

Когда учитывается определения концепции охраны труда и техники безопасности, цели исследований по этому вопросу обобщаются следующим образом (Шахин, 2010:22):

- Защита работников: защита здоровья работников путем поддержания их на самом высоком уровне с точки зрения физических, умственных и социальных аспектов;
- Создание безопасной рабочей среды: принятие мер против несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, создание комфортной и безопасной рабочей среды;
- Повышение эффективности работы: повышение производительности труда и, следовательно, повышение производительности за счет защиты работников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, улучшение их состояния здоровья и согласование работы с работником;
- Продолжение трудовой жизни сотрудников: обеспечение идентификации и лечения профессиональных заболеваний и предоставление им возможности снова вернуться на работу из-за несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний;
- Оценка профессионального здоровья и безопасности: оценка потерь, вызванных профессиональными несчастными случаями и профессиональными заболеваниями, посредством объективных и научных инструментов.

Мероприятия, осуществляемые в рамках охраны труда и техники безопасности, включают в себя обеспечение улучшения здоровья, безопасности и эффективности работника и адаптацию условий на рабочем месте для здоровой и безопасной работы. Сокращение или устранение негативных последствий профессиональных несчастных случаев и профессиональных заболеваний для рабочей силы со страховыми пособиями дорого обойдутся. Другим фактором, повышающим важность ОHS, является то, что расходы, которые необходимо предпринять для устранения ущерба, причиненного профессиональными несчастными случаями и профессиональными заболеваниями, намного выше, чем затраты на ОHS, которые направлены на предотвращение или сокращение их (Vayisoğlu Zorlu, 2008: 14).

А. Важность Работника

Несоблюдение или отсутствие элементов гигиены и безопасности труда приводит к тому, что работники подвергаются профессиональным заболеваниям или же несчастным случаям. Сотрудники, подвергшиеся профессиональным несчастным случаям или же заболеваниям, могут временно или постоянно потерять всю или же часть рабочей силы.

Б. Важность работодателя

Обеспечение профессионального здоровья и безопасности имеет большое значение как для работника, так и для работодателя. Профессиональные несчастные случаи или заболевания, возникающие в рамках дефицита ISG, вызывают потерю продукции, например замедление или остановку производства, постоянную или частичную потерю рабочей силы, снижение производительности.

Расходы, связанные с отсутствием элементов ОHS с точки зрения работодателей, можно разделить на две группы (Gerek, 2006: 20):

- Прямые затраты: предсказуемые и предотвратимые издержки. Расходы на здравоохранение, возникающие в результате уплаты убытков и потерь в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, временных и постоянных пособий по нетрудоспособности, компенсации за смерть, пенсии по инвалидности, уголовных платежей и т.п. расходы. Эти расходы могут быть застрахованы.
- Косвенные затраты: непредсказуемые затраты, которые трудно контролировать и часто незастрахованные расходы. Это чистые затраты на ремонт, обновление машинного оборудования, которое повреждено из-за несчастных случаев на производстве и потерь, связанных с продуктом или сырьем.

В. Важность экономической перспективы

Трудовые происшествия и профессиональные заболевания вызывают огромные потери в экономике страны в результате замедления или прекращения производственной деятельности из-за рабочей силы, времени, машинного оборудования и потерь сырья. Из-за отсутствия мер безопасности и гигиены труда, принятые в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в экономике и государстве, следующие:

- Отсутствие взносов в производство, доходность и валовой национальный продукт (ВНП), предоставляемых работниками, которые умерли или получили ранения, а также потерю производства и доходов, полученных работником в будущем.

ВИДИМОЕ РАСХОДЫ

- Медицинские расходы
- Затраты, уплачиваемые по страхованию
- Компенсационные расходы

НЕВИДИМЫЕ РАСХОДЫ

- Потеря рабочего дня и силы
- Судебные расходы
- Сверхурочная работа

- Стоимость ущерба для строительства, оборудования, оснастки, производства или продукции

- Расходы, связанные с прерыванием работы

- Стоимость проверок, исследований и переписки на рабочем месте

- Снижение себестоимости

- Затраты на моральный дух сотрудников

- Стоимость обучения, предоставляемого временным работникам, замененным травмированными работниками

- Неуплата взносов социального страхования, которые они должны платить во время работы

- Предоставление пенсии для оставшихся в живых умерших сотрудников, для вдов и сирот или же пенсии по инвалидности для тех, кто не сможет работать.

- Стоимость медицинских расходов, затраченных на лечение работников;

- Предоставление временного пособия по нетрудоспособности до тех пор, пока не вылежится и сможет снова работать;

- Выплата компенсации «материальный и духовный ущерб, компенсация за лишение поддержки» со стороны работодателей;

- Потеря расходов на образование для обучения сотрудников.

Г. Важность управления человеческими ресурсами

Есть общие черты между гигиеной труда и безопасностью с Управлением Человеческими Ресурсами (УЧР). Одна из целей обоих заключается в повышении производительности труда. Повышение производительности работника зависит от его безопасности. С охраной труда и безопасностью обеспечение безопасности сотрудников от опасностей несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и повышения безопасности на рабочем месте соответствует функции защиты УЧР (Vayisoğlu Zorlu, 2008: 21).

Меры предосторожности

Меры безопасности и гигиены труда – эта систематическая работа, направленная на устранение или минимизацию опасных ситуаций, проблем со здоровьем и профессиональных заболеваний, с которыми сталкиваются сотрудники в результате работы или из-за различных факторов в рабочей среде. Эти исследования проводятся через системы управления рисками, такие как совет по охране труда и технике безопасности, профессиональная медицина, уход на рабочем месте и OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Management System) «Система управления охраной труда и промышленной безопасностью», «Система Управления Охраной Труда и Безопасностью» (HESME).

OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Management System) – это признанная во всем мире система, разработанная Британским Ин-

ститутот Стандартов (BSI) для управления рисками безопасности и гигиены труда на рабочих местах и снижения рисков и повышения эффективности. Основная цель создания этой системы состоит в том, что она является активной. В дополнение к превентивному принципу, инварианты этого принципа используют понятия управления и обратной связи. Важность такого подхода заключается в том, что он обнаруживает ошибки без возникновения опасностей и, таким образом, способствует развитию. Эта система основана на цикле PUKO, разработанном Дамингом (Özkılıç, 2005).

Материалы и Методы

Предмет исследования

Предметом исследования является рассмотрение текущих изменений в области охраны труда и техники безопасности, сбор информации о несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, которым подвергаются медицинские работники, а также измерение уровня осведомленности и отношения к здоровью и безопасности на рабочем месте, особенно в отношении текущих событий в этой области.

Цель исследования

Целью данного исследования является изучение отражений в области охраны здоровья и безопасности труда в секторе здравоохранения, сбор информации о несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, с которыми сталкиваются работники здравоохранения, для измерения уровня поведения и знаний о гигиене и безопасности труда. В рамках этого исследования была взята анкетирование в больнице, и сотрудникам было предложено заполнить анкету и в свете результатов опроса он был направлен на определение уровня и недостатков знаний о гигиене и безопасности труда в секторе здравоохранения и повышение квалификации сотрудников в других больницах в рамках исследования.

Важность исследования

Профессиональные несчастные случаи и заболевания вызывают значительные потери для сотрудников и работодателей. Чтобы обеспечить более надежный способ работы, важно сначала знать перспективы, подходы и уровни знаний людей о безопасности и гигиене труда. Рассматривая размер сектора и множество сотрудников, работники сектора здравоохранения с большинством несчастных случаев на производстве возглавляют важные группы.

Метод Исследования

Исследования будут проводиться литературные поиски, связанные с охраной здоровья и безопасностью, Закон о гигиене и безопасности труда № 6331 о гигиене и безопасности труда и предыдущих правилах будет сопоставлен, и в этой связи был применен вопросник, а также в анкетировании были исследованы гипотезы: взаимосвязь между уровнем образования по вопросам охраны труда и промышленной безопасности, Отношения между уровнем обучения по гигиене

В ходе исследования будет проведен литературный поиск по охране труда и технике безопасности, будут сопоставлены Закон о Гигиене и Безопасности Труда № 6331 и предыдущие правила, и связи с этим был применен анкетирования. С опросом; Были исследованы взаимосвязь между проблемой OHS на уровне образования, уровне обучения OHS и интересом к осознанию этого вопроса, а также отношениями между обучением OHS и профессиональными заболеваниями и подтверждением несчастному случаю на рабочем месте. В этой статье был применен анкетирование, который прошел проверки на достоверность и надежность, и применился к 100 медицинским работникам в Анталии. Анкета была использована в программе SPSS (IBM SPSS Statistics 23.0).

Область Исследования и Выбор Образца

Исследование было проведено для 100 медицинских работников государственной больницы в городе Анталия.

Инструменты сбора данных

Данные были собраны методом анкетирования. Анкета состоит из текста, в котором указывается цель исследования, а затем описательная информация (включая демографическую информацию), а затем 49 вопросников, подготовленных в стиле 5-точечного ликерта.

Результаты

Опросник Ликерт, состоящий из 49 вопросов, был применен к работникам здравоохранения для изучения отражений в области гигиены и безопасности труда в секторе здравоохранения, сбора информации о профессиональных заболеваниях, встречающихся у работников здравоохранения, работающих в секторе здравоохранения, а также для измерения уровня поведения и знаний о безопасности и гигиене труда. Данные были проанализированы в пакетной программе SPSS 23. Полученные результаты отражены в таблицах ниже.

Таблица 1
Распределение работников здравоохранения по описательным характеристикам (n=100)

	Число (n)	Процент (%)
Пол		
Мужчина	54	54,0
Женщина	46	46,0
Возраст		
Между 18-30 годами	8	8,0
Между 31-40 годами	31	31,0
Между 41-50 годами	40	40,0
51 и старше	21	21,0
Семейное положение		
В браке	83	83,0
Холостой	17	17,0
Образование		
Начальный класс	6	6,0
Старший класс	20	20,0
Бакалавриат	66	66,0
Магистратура/докторантура	8	8,0
Общий стаж в больнице в котором они работают		
Между 1-5 годами	18	18,0
Между 11-15 годами	10	10,0
16 лет и выше	72	72,0
Статус удовлетворенности в больнице		
Да	55	55,0
Нет	7	7,0
Частично	38	38,0

В таблице 1 распределение медицинских работников, включенных в исследование, дается в соответствии с их описательными характеристиками. Когда анализируется таблица 1, 54 % медицинских работников, включенных в исследование, составляют мужчины, а 46 % женщины, 8 % в возрасте от 18 до 30 лет, 31 % в возрасте 31-40, 40 % в возрасте 41-50 и 21 % в возрасте 51 и выше, а также 83 % женатые, 17 % холостые, 6 % выпускники начальной школы, 20 % - выпускники средних школ, 66 % - бакалавры, 8 % - магистры, общий стаж в больнице в котором они работают составили от 1 до 5 лет - 18 %, 11-15 лет - 10 %, 72 % - 16 лет и выше, а также были удовлетворимы от больницы в котором они работают 55 %, 7 % - не были удовлетворены, 38 % - были частично удовлетворены.

Таблица 2
Распределение работников здравоохранения по описательным характеристикам (n=100) (продолжение)

	Число (n)	Процент (%)
Профессиональная авария на рабочем месте		
Да	1	1,0
Нет	99	99,0
Время, проведенное врозь из-за несчастного случая на производстве		
20 рабочих дней	1	1,0
Не было отдельного времени	99	99,0
Любая ситуация, связанная с проблемой со здоровьем		
Нет	68	68,0
Гипертония	7	7,0
Сердечно-сосудистые заболевания	3	3,0
Болезнь легких	10	10,0
Желудочно-кишечные заболевания	1	1,0
Другие	11	11,0
Статус курения		
Да	43	43,0
Нет	49	49,0
Бросил (а)	8	8,0
Курение на рабочем месте		
Да	20	20,0
Нет	80	80,0
Использование алкоголя		
Да	22	22,0
Нет	75	75,0
Бросил (а)	3	3,0
Частота употребления алкоголя		
Каждый день	2	2,0
2-3 раза в день	5	5,0
Один раз в неделю	10	10,0
Один раз в месяц	4	4,0
Редко, в особых случаях	19	19,0
Без ответа	60	60,0

В Таблице 2 распределение медицинских работников, включенных в исследование, дается в соответствии с их характеристиками. При анализе таблицы 2 было установлено, что %1,0 медицинских работников, которые были включены в исследование, имели несчастные случаи на рабочем месте, 20 рабочих дней были не в рабочем месте, 68 % не имели проблем со здоровьем, 7 % из них имели гипертонию, 3 % сердечно-сосудистые заболевания, 10 % заболевания легких, 1 % желудочно-кишечного тракта, 11 % других проблем со здоровьем, 43 % курили, 49 % не курили, 8 % бросили курить, 20 % курили сигареты на рабочем месте, 80 % курили на рабочем месте, 22 % употребляли алкоголь, 75 % не употребляли спиртных напитков, 3 % бросили пить, 2 % упо-

требляли алкоголь ежедневно, 5 % использовали алкоголь каждые 2-3 дня, 10 % употребляли алкоголь один раз в неделю, 4 % использовали алкоголь один раз в месяц, 19 % редко употребляли алкоголь в особые дни, 60 % не ответили на употребление алкоголя.

Таблица 3
Описательные статистические данные о безопасности труда размеры участников.

Размер No	Размеры культуры безопасности	n	\bar{x}	ss	Min.	Max.
1	Правила безопасности	100	3,02	0,874	1,00	5,00
2	Приоритет безопасности	100	3,24	0,956	1,00	5,00
3	Обязательства руководства	100	3,07	0,851	1,00	5,00
4	Обучение безопасности	100	3,21	1,020	1,00	5,00
5	Руководство безопасностью	100	2,96	1,152	1,00	5,00
6	Продвижение сотрудников	100	3,02	1,034	1,00	5,00
7	Безопасность связи	100	3,15	0,945	1,00	5,00
8	Понимание безопасности	100	3,42	1,064	1,00	5,00
9	Участие сотрудников	100	3,30	0,929	1,00	5,00
10	Безопасное поведение	100	3,15	1,010	1,00	5,00
11	Безопасность процесса	100	3,15	1,204	1,00	5,00

Таблица 4
Исследование взаимосвязи между уровнями восприятия культуры профессиональной безопасности и корреляционным анализом участников

	Правила безопасности	Приоритет безопасности	Обязательства руководства	Обучение безопасности	Руководство безопасностью	Продвижение сотрудников	Безопасность связи	Понимание безопасности	Понимание безопасности	Участие сотрудников	Безопасное поведение	Безопасность процесса
Правила безопасности	R 1											
Приоритет безопасности	R 0,000	1										
Обязательства руководства	R 0,707**	R 0,000	1									
Обучение безопасности	R 0,822**	R 0,748**	R 0,000	1								
Руководство безопасностью	R 0,647**	R 0,650**	R 0,769**	R 0,000	1							
Продвижение сотрудников	R 0,590**	R 0,591**	R 0,778**	R 0,788**	R 0,000	1						
Безопасность связи	R 0,760**	R 0,633**	R 0,801**	R 0,818**	R 0,842**	R 0,000	1					
Понимание безопасности	R 0,748**	R 0,653**	R 0,796**	R 0,682**	R 0,670**	R 0,807**	R 0,000	1				
Участие сотрудников	R 0,657**	R 0,552**	R 0,636**	R 0,606**	R 0,632**	R 0,745**	R 0,785**	R 0,000	1			
Безопасное поведение	R 0,705**	R 0,524**	R 0,642**	R 0,672**	R 0,527**	R 0,733**	R 0,748**	R 0,801**	R 0,000	1		
Безопасность процесса	R 0,751**	R 0,710**	R 0,800**	R 0,750**	R 0,728**	R 0,824**	R 0,823**	R 0,760**	R 0,771**	R 0,000	1	
	R 0,571**	R 0,657**	R 0,586**	R 0,532**	R 0,461**	R 0,546**	R 0,630**	R 0,604**	R 0,654**	R 0,620**	R 0,000	1

**P<0,001

Когда были изучены средние уровни восприятия профессионального здоровья и безопасности работников, наблюдалось что они участвовали в среднем уровне «Правила безопасности» (3,02±0,874), «Приоритет безопасности» (2,54±0,956), «Обязательства руководства» (3,07±0,857), «Обучение безопасности» (3,21±1,021), «Руководство безопасностью» (2,96±1,152), «Продвижение сотрудников»

(3,02±1,034), «Безопасность связи» (3,15±0,945), «Понимание безопасности» (3,42±1,064), «Участие сотрудников» (3,30±0,929), «Безопасное поведение» (3,15±1,010), «Безопасность процесса» (3,15±1,204).

Когда сравнивались правила и приоритет безопасности, определялась статистическая значимость (r=0.707; p=0,000<0.05). По этой причине правила безопасности увеличиваются с увеличением приоритета безопасности.

Когда сравнивалась лояльность правил управления и безопасности, она была статистически значимой (r=0.822; p=0,000<0.05). По этой причине правила безопасности возрастают по мере увеличения лояльности руководства. Наблюдалось статистически значимое различие между соблюдением приоритета управления и безопасности (r=0.748; p=0,000<0.05). По этой причине приоритет безопасности возрастает по мере увеличения лояльности по управлению.

Результаты показывают статистическую значимость. Следовательно, по мере повышения безопасности процесса, увеличиваются правила безопасности, приоритет безопасности, обязательства руководства, обучение безопасности, лидерство в области безопасности, поощрение сотрудников, связь в области безопасности, осведомленность о безопасности, участие сотрудников и безопасное поведение.

Выводы

Практика гигиены и безопасности труда быстро распространяется в мире и в нашей стране с индустриализацией. Вступление в силу Закона о гигиене и безопасности труда показывает, что эти основы были заложены и в нашей стране. В этом законе раскрывается необходимость обслуживания и охраны труда на рабочих местах. Основным принципом гигиены и безопасности труда является защита сотрудников, повышение эффективности и качества продукции. Самый простой способ защитить сотрудников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний – это образование. Можно будет свести к минимуму вред здоровью людей и потерю службы, обеспечить непрерывность учебных мероприятий и обеспечить здоровые условия труда.

Турция, с точки зрения несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, занимает один из первых мест в мире.

Защита прав на безопасность среди работников зависит от защиты систем охраны труда и безопасности государственных и рабочих групп в их рабочих отношениях. Чтобы защитить права безопасность труда, необходимо изучить способы устранения или уменьшения опасностей, возникающих в результате работы. Здоровая и безопасная рабочая среда сотрудников обеспечивается систематическими и научными исследованиями на рабочем месте. Предоставляя научные исследования на предприятиях, сотрудники смогут работать в более здоровой и безопасной обстановке. Культура здоровья и безопасности должна приниматься на всех предприятиях, и понимание должно быть непрерывным.

Literatür

1. Akkaya, G. (2007) Avrupa Birliđi ve Türk Mevzuatı Açısından Sađlık Kuruluşlarında İş Sađlığı, İş Güvenliđi, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı
2. Erginbaş, E. (2010), Avrupa Birliđi'nin Türkiye'de İş Sađlığı ve Güvenliđine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
3. Gerek, N. (2006). İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
4. Hatipođlu, Ö. (2006) İş Sađlığı ve Güvenliđinin Mevcut Durumu ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı.
5. ILO, (2010). Digest of comments of the ILO's supervisory bodies related to the informal economy – Extending the scope of application of labour laws to the informal economy.
6. Orhan, F. (2007). Sađlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanede Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
7. Özkılıç Ö. (2005), İş Sađlığı ve Güvenliđi Yönetim Sistemleri ve Risk Deđerlendirme Metodolojileri, Ankara, Tisk Yayınları, ss.7-14.
8. Şahin, S. (2010), OHSAS – İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi'nde İnsan Kaynakları'nın Yeri ve Önemi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
9. Tiryaki, D. (2011). İş Sađlığı ve Güvenliđindeki Gelişmeler: Altınova Tersaneleri Çalışanlarının Farkındalıklarının Deđerlendirilmesi. Yalova: Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
10. TMMOB Maden Mühendisleri Odası (2010). Madencilikte Yaşanan İş Kazaları Raporu
11. TMMOB (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliđi), (2011). İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi Alanında Temel Bilgiler, Mühendislikte, Mimarlıkta ve Planlamada Ölçü, TMMOB Adına TMMOB İstanbul İl Koordinasyon Kurulu, Ekim 2011.
12. TMMOB Maden Mühendisleri Odası (2012). İş Sađlığı ve Güvenliđi Oda Raporu
13. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 155 Sayılı Sözleşme, <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>, (16.08.2018)
14. Vayisođlu, Z. A. (2008). İnsan Kaynakları Açısından İşçi Sađlığı ve Güvenliđi Tedbirleri ve Konuyla İlgili Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimleri Enstitüsü / İşletme Ana Bilim Dalı
15. Yılmaz, G. (2009). İş Kazalarının Nedenleri ve Maliyeti, Mühendis ve Makine, 50(592), 27-32
16. http://www.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/8ee4c7d73782a48_ek.pdf?dergi=536, 16.08.2018.

Occupational health and safety in public hospitals (Antalya province example)

Dilek Ozturk Tashdemir

In order to ensure more reliable work, it is important to examine the reflection of developments in the field of Occupational Health and safety in the health sector, to gather information about occupational accidents and occupational diseases encountered by health workers in the health sector, to measure the behavior and level of information about occupational health and safety. This article aims to assess the awareness of health workers on occupational health and safety by measuring their knowledge levels.

The questionnaire was used within the scope of quantitative research method. 100 health workers were interviewed face to face at a state hospital in Antalya. It was determined that health workers who participated in the study perceived the security rules of Occupational Health and safety, security priority, management commitment, safety training, safety leadership, promotion of employees, safety communication, safety awareness, participation of employees, safe behavior, process safety sub-dimensions in a medium level.

Health workers should be provided with training to provide more positive approaches to occupational health and safety awareness.

Key words: Health, Health Worker, Occupational Health and safety, quantitative study

References

1. Akkaya, G. (2007) Avrupa Birliđi ve Türk Mevzuatı Açısından Sađlık Kuruluşlarında İş Sađlığı, İş Güvenliđi, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı
2. Erginbaş, E. (2010), Avrupa Birliđi'nin Türkiye'de İş Sađlığı ve Güvenliđine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
3. Gerek, N. (2006). İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
4. Hatipođlu, Ö. (2006) İş Sađlığı ve Güvenliđinin Mevcut Durumu ve Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı.
5. ILO, (2010). Digest of comments of the ILO's supervisory bodies related to the informal economy – Extending the scope of application of labour laws to the informal economy.
6. Orhan, F. (2007). Sađlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanede Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
7. Özkılıç Ö. (2005), İş Sađlığı ve Güvenliđi Yönetim Sistemleri ve Risk Deđerlendirme Metodolojileri, Ankara, Tisk Yayınları, ss.7-14.
8. Şahin, S. (2010), OHSAS – İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi'nde İnsan Kaynakları'nın Yeri ve Önemi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
9. Tiryaki, D. (2011). İş Sađlığı ve Güvenliđindeki Gelişmeler: Altınova Tersaneleri Çalışanlarının Farkındalıklarının Deđerlendirilmesi. Yalova: Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
10. TMMOB Maden Mühendisleri Odası (2010). Madencilikte Yaşanan İş Kazaları Raporu
11. TMMOB (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliđi), (2011). İşçi Sađlığı ve İş Güvenliđi Alanında Temel Bilgiler, Mühendislikte, Mimarlıkta ve Planlamada Ölçü, TMMOB Adına TMMOB İstanbul İl Koordinasyon Kurulu, Ekim 2011.
12. TMMOB Maden Mühendisleri Odası (2012). İş Sađlığı ve Güvenliđi Oda Raporu
13. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 155 Sayılı Sözleşme, <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>, (16.08.2018)
14. Vayisođlu, Z. A. (2008). İnsan Kaynakları Açısından İşçi Sađlığı ve Güvenliđi Tedbirleri ve Konuyla İlgili Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimleri Enstitüsü / İşletme Ana Bilim Dalı
15. Yılmaz, G. (2009). İş Kazalarının Nedenleri ve Maliyeti, Mühendis ve Makine, 50(592), 27-32
16. http://www.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/8ee4c7d73782a48_ek.pdf?dergi=536, 16.08.2018.

Влияние храпа на состояние тубарной функции у больных первичным храпом и синдромом обструктивного сонного апноэ

Пихтилева Наталья Алексеевна,

аспирант кафедры Лор и глазных болезней ГБОУ ВО «Рязанский медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, pixtileva@gmail.com

Старкова Лариса Николаевна,

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры Лор и глазных болезней ГБОУ ВО «Рязанский медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Министерства Здравоохранения Российской Федерации, StarkovaLarisa12235@gmail.ru

Целью данного исследования было изучение влияния первичного храпа (ПХ) и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) на функцию слуховой трубы. Обследовано 89 пациентов с ПХ и СОАС. Храп и СОАС устанавливался на основании анкетных данных и полисомнографии. Состояние тубарной функции исследовалось при тимпанометрии и тестировании слуховой трубы по стандартным методикам на аудиометре АА 222. Всем пациентам проводился осмотр лор-оганов, пациенты с новообразованиями, полипами или острым воспалением лор-органов исключались из исследования. Контрольная группа включала 50 человек без храпа и СОАС. Исследование показало, что храп и СОАС являются фактором риска развития тубарных нарушений. С помощью критерия χ^2 (критерий хи квадрат) Пирсона равного 25,0066 при $p < 0,001$ (с поправкой Йетса-23,314 при $p < 0,001$) установлена статистически значимая связь между ПХ и СОАС и развитием дисфункции слуховой дисфункции. Первичный храп и синдром обструктивного апноэ сна способствует развитию тубарной дисфункции

Ключевые слова: храп, апноэ, тубарная функция, тимпанометрия.

Введение. Храп выявляется у 95% пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС), но может быть и самостоятельным заболеванием [4,10]. Храп отмечается у 20% мужчин и 5% женщин после 30 лет и более 60% мужчин и 40% женщин после 60 лет. СОАС и ПХ отмечается у 1-11 % населения [1, 3, 8, 11]

Общепризнанным и неоспоримым фактом является то, что храп возникает при вибрации мягких тканей глотки и мягкого неба [1]

Одной из причин дыхательных расстройств во сне является снижение тонуса мускулатуры глотки, участвующей в дыхательном цикле, из-за чего происходит провисание мягкого неба. Дистоничное мягкое небо соприкасается с боковыми стенками глотки и корнем языка во время вдоха, нарушается баланс между силами, сближающими боковые, заднюю стенку глотки, небную занавеску [5,6]. Но даже у здоровых людей при переходе от бодрствования ко сну возможно возникновение храпа. В норме у здоровых людей в 1 и 2 стадии фазы медленного сна и фазу быстрого сна возможно возникновение дыхательных расстройств [4,8].

Мягкое небо имеет большое значение в жизни человека, участвуя в глотательной и голосообразовательной функциях, защите дыхательных путей от аспирации и высушивающего действия воздуха. Основным предназначением мягкого неба является разобщение носоглотки от ротовой части глотки во время глотания и фонации. При глотании мягкое небо направляется вверх и прижимается к задней стенке глотки, при этом мышцы нижнего отдела мягкого неба напрягаются так, что достигают задней стенки глотки в области [7,8]

В состоянии бодрствования мышцы мягкого неба действуют согласованно, обеспечивая нормальный дыхательный процесс за счет содружественной работы двух групп мышц мягкого неба, выполняющих функции расширителей (мышца, напрягающая мягкое небо (*m.tensor veli palatine*, небно-язычная (*m.palatoglossus*) и небно-глоточная (*m.palatopharyngeus*) мышцы) или сжимателей глотки (мышца, поднимающая мягкое небо-*m. levator veli palatini*). [5,6]

Гипотония орофарингеальных мышц глотки во время сна и патологическая податливость мягкого неба во время сна приводит к звуковому феномену храпа, а гипертрофия этих структур способствует развитию обструктивного апноэ. Патоморфологическое исследование мягких тканей глотки, резецируемых у больных с СОАС и ПХ во время

операции, выявили множественные патологические изменения, характерные для хронического продуктивного воспаления с гипертрофией и атрофией мышечных волокон мягкого неба с фиброзными и жировыми включениями между ними.[7,8]

Функциональные и структурные изменения мышц мягкого неба могут привести не только к храпу и синдрому обструктивного апноэ сна, но и к дисфункции слуховой трубы, а соответственно и к снижению слуха.

Слуховая труба (tuba auditivae) не имеет собственных мышц. Открытие и закрытие слуховой трубы осуществляется мышцами мягкого неба

Нормальное функционирование слуховой трубы и вентиляция барабанной полости является важным условием хорошего слуха. Нарушение проходимости слуховой трубы ведет к снижению внутрибарабанного давления, что в свою очередь ухудшает подвижность механических структур среднего уха и жидкостных сред лабиринта. Совокупность этих процессов может приводить к ухудшению звукопроводения. [2]. Установлено также, что к нарушению функции слуховой трубы приводит не только функциональные и структурные нарушения в отдельных мышцах мягкого неба, но и нарушение их совместной работы [2].

Для диагностики храпа и СОАС используются различные методики анкетирования и самонаблюдения, но решающим методом является полисомнография, которая позволяет установить факт апноэ, индекс апноэ, уровень десатурации и многие другие жизненно важные параметры [1,3,4 10].

Состояние тубарной функции можно оценить по данным тимпанометрии. Тимпанометрия позволяет установить показатели внутрибарабанного давления, в том числе и при выполнении нагрузочных проб Тойнби Вальсальвы.[2, 9] Классификация тимпанограмм проводится в соответствии с классификацией J.Jerger (1970), которая обозначает нормальные показатели функционирования слуховой трубы как тимпанограмму типа А, гиподисфункция слуховой трубы чаще всего имеет тип С., а нарушения при тестировании слуховой трубы представляют собой малые (менее 10daPa) изменения внутрибарабанного давления при выполнении пробы Тойнби или Вальсальвы.

Цель работы :выявить влияние храпа и СОАС на развитие тубарной дисфункции .

Материалы и методы. На кафедре глазных и ЛОР болезней ФГБОУ ВО РязГМУ им. ак. Павлова обследовано 89 больных, из них с СОАС - 34 пациента , с ПХ -55пациентов .Все пациенты подписывали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

В группе пациентов с СОАС было 25 мужчин и 9 женщин, среди пациентов с ПХ было 31 мужчина и 24 женщины. Давность первичного храпа составила от 0.5 до 30 лет, в среднем 7.3 года. Давность храпа в группе пациентов с СОАС со-

ставляла от 2 до 30 лет, в среднем 11,8 лет. Средний возраст пациентов составил 47,43

Всем обследуемым проводился опрос - анкетирование с изучением жалоб и давности храпа, наличия \ отсутствия СОАС, исследование лор - органов, тимпанометрия с тестированием слуховой трубы и полисомнография. Критерии исключения. Пациенты с новообразованиями, полипами или острым воспалением лор-органов исключались из исследования

При интерпретации результатов тимпанометрии учитывался тип тимпанограммы и результаты тестирования слуховой трубы(ETF-тест).

В качестве группы сравнения обследовано 50 здоровых лиц без ПХ и СОАС. Средний возраст в контрольной группе составил 40,9 лет.

Результаты. Выявленные изменения орофарингальных структур у пациентов с привычным храпом: у 19 (34) пациентов отмечена начальная гипертрофия мягкого неба; у 30(56%) больных отмечалась явная гипертрофия язычка, мягкого неба, небных миндалин; у 3(5%) больных – парусное мягкое небо; у 3(5%) больных имелись рубцовые изменения мягкого неба, небных ниш после выполненных ранее оперативных вмешательств. У пациентов с СОАС изменения орофарингеальных структур включали: 1пациент (3%)- начальная гипертрофия мягкого неба, у 3(9%) пациентов отмечены послеоперационные рубцовые изменения в области мягкого неба, небных ниш; у 30(88%) отмечалась явная гипертрофия язычка. У 8 пациентов (24%) имелась гипертрофия небных миндалин

Со стороны полости носа у пациентов с первичным храпом без СОАС у 14 пациентов (25%) обнаружено искривление перегородки носа и гипертрофия носовых раковин с нарушением функции носового дыхания, у 2 пациентов (4%) ранее выполнена хирургическая операция в полости носа.

При проведении тимпанометрии и нагрузочных тестов слуховой трубы у пациентов с храпом без СОАС и у пациентов с СОАС получены данные, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Тимпанограммы у больных с первичным храпом и храпом с СОАС

Тимпанограмма	Пациенты с храпом без СОАС	Пациенты с храпом с СОАС
Тип С	21(38%)	7(20%)
Тип А и нормальные баронагрузочные тесты	18(33%)	7(20%)
Тип А и нарушенные баронагрузочные тесты	16(29%)	20(60%)
Итого	55(100%)	34(100%)

В группе пациентов с ПХ у 18 пациентов(33%) функция слуховой трубы не нарушена, у 37 пациентов(67%) отмечалась явная (тип С) или скрытая (нарушения в тесте слуховой трубы) тубарная дисфункция . Аналогичные данные получены у пациентов с СОАС:В этой группе нормальная функция слуховой трубы отмечена у 7(20%) пациентов, нарушение функции слуховой трубы отмечено у 27 пациентов(80%).

В нашем исследовании давность первичного храпа до развития признаков дисфункции слуховой трубы составила в среднем $6,8 \pm 4$ года

У пациентов с храпом и СОАС появление тубарных нарушений возникало в среднем через $6,5 \pm 3,2$ года после появления храпа.

Таким образом, нарушение тубарной функции у пациентов с ПХ зарегистрировано в 67% наблюдений, а у пациентов с СОАС- в 80% наблюдений.

В контрольной группе (50 пациентов) получены следующие результаты: начальная гипертрофия мягкого неба зафиксирована у 6 пациентов, у 14 пациентов отмечено отклонение перегородки носа с нарушением носового дыхания, у 2 пациентов септопластика была выполнена ранее, у 4 пациентов отмечалась гипертрофия небных миндалин 1 ст, у 1 пациента -рубцовое изменение небных ниш вследствие выполненной ранее тонзилэктомии.

Состояние тубарной функции у наблюдаемых контрольной группы представлено в таблице 2.

Таблица 2
Тубарная функция у контрольной группы.

Тимпанограмма	Тип С	Тип А и нормальные баронагрузочные тесты	Тип А и нарушенные баронагрузочные тесты
Пациенты контрольной группы	3(6%)	36(72%)	11(22%)

Как видно из таблицы, в контрольной группе тубарная функция нарушена в 28% случаев.

Соотношение тубарной дисфункции в различных группах наблюдения представлено на рисунке 1.

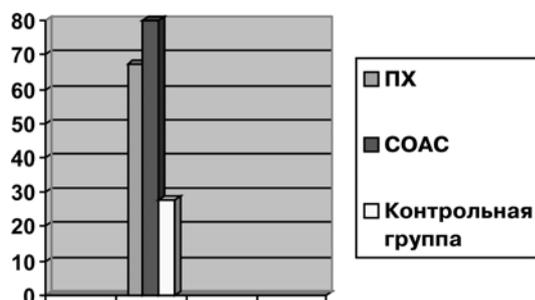


Рисунок 1. Процент выявленных тубарных нарушений в различных группах наблюдения.

Отмечается значительное увеличение наблюдений тубарных нарушений у храпящих пациентов.

Анкетирование и полисомнография позволили установить, что храп отмечался у всех 89 пациентов и составлял от 10 до 50% времени сна, в среднем $29,9\% \pm 1,3\%$.

Средние значения десатурации составили от 94,7% до 62,8% при норме 90%.

В исследованных группах(ПХ и СОАС) индекс апноэ/гипопноэ зафиксирован от 0,3 до 69,4/ час (норма 5\ час).

Проведено изучение связи храпа как фактора риска развития тубарной дисфункции с помощью критерия χ^2 (критерий хи квадрат) Пирсона. При

расчете проведена оценка значимости различий исходов(тубарная дисфункция или ее отсутствие) в зависимости от воздействия фактора риска (храп во сне) с критерием χ^2 Пирсона равным 25,0066 при $p < 0,001$ (с поправкой Йетса-23,314 при $p < 0,001$).Также проведена статистическая оценка силы между фактором риска (храп) и исходом(тубарная дисфункция) .Установлено, что имеется относительно сильная связь(ϕ -критерий равен 0,425), теснота связи -средняя (критерий сопряженности Пирсона равен 0,391), нормированное значение коэффициента Пирсона составило 0,553,что свидетельствует об относительно сильной связи между храпом во сне и тубарной дисфункцией.

Таблица 3
Соотношение длительности храпа во сне и тубарных изменений.

Длительность храпа во сне(в %от времени сна)	Отсутствие тубарных нарушений	Изменения на тимпанорамме	
		Тип А и изменения при нагрузочном тестировании слуховой трубы	Тип С
0-10%	13	9	0
11-20%	8	6	6
21-30%	3	8	9
31-40%	1	6	9
41-50%	0	7	4

Выводы. Полученные данные позволяют утверждать, что возникающие при первичном храпе и при синдроме обструктивного апноэ сна изменения в мышцах мягкого неба приводят к нарушению функционирования слуховой трубы, что в свою очередь способствует развитию различных форм тугоухости , а храп как первопричина остается не диагностированным. Своевременная диагностика первичного храпа и синдрома обструктивного апноэ сна , хирургическая коррекция измененных назо- и орофарингеальных структур будут способствовать сохранению тубарной и слуховой функции.

Литература

1. Блоцкий А.А. Феномен храпа и синдром обструктивного сонного апноэ/ А.А. Блоцкий, М.С.Плужников Санкт-Петербург.2002.с 102
2. Бобошко М.Ю. Слуховая труба/ М.Ю. Бобошко, А.И.Лопотко. Санкт –Петербург.Диалог.2014
3. Бузунов Р.В. Нехирургические методы лечения храпа и синдрома обструктивного апноэ сна / Р.В. Бузунов, В.Е. Ерошина. Российская ринология.2002 №1 с 22-27
4. Вейн А.М..Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение .М.:Эйдос Медиа,2002.310с.
5. Овчинников Е.Л.Храпение: биофизические механизмы, физиологические и клинические проявления эффекта.Ч.1/ Е.Л. Овчинников и др.// Российская оториноларингология. 2007№3 с 9-13.
6. Овчинников Е.Л.Храпение: биофизические механизмы, физиологические и клинические проявления эффекта.Ч.2/ Е.Л. Овчинников и др.// Российская оториноларингология. 2007№6 с 98-104.

7. Старкова Л.Н. Хирургическое лечение храпа в анатомо-клиническом освещении. Автореферат дисс... канд. медицинских наук. М. 2004. 26с.

8. Старкова Л.Н. Изучение топографо-анатомического строения мягкого неба в свете хирургического лечения храпа и синдрома обструктивного апноэ сна \ Л.Н. Старкова, Н.А. Пихтилева, А.В. Рондалева. Актуальные проблемы клинической и экспериментальной патологии. Материалы межрегиональной научной конференции студентов, врачей ученых и преподавателей вузов России. Рязань 2017г с 126-132

9. Таварткиладзе Г.А. Руководство по клинической аудиологии. М.: Медицина. 2013. 676с

10. Эсенбаева А.К. Влияние затрудненного носового дыхания на храп и синдром обструктивного апноэ сна. Автореферат дисс... канд. медицинских наук. М. 2011. 25с

11. Terry Young, Linda Evans, Laurel Finn, Mari Palta. Estimation of the Clinically Diagnosed Proportion of Sleep Apnea Syndrome in Middle-aged Men and Women. , Sleep20(9) 704-706

The effect of snoring on the state of auditory tube function in patients with primary snoring and obstructive sleep apnea syndrome

Pikhtileva N.A., Starkova L.N.

Ryazan Medical University named after Academician I.P. Pavlova

The purpose of this study was research into the effects of primary snoring (PS) and obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) on the functions of the auditory tube. 89 Patients with PS and OSAS were investigated. PS and OSAS were confirmed on the basis of questionnaires, polysomnography or pulse oximetry. The condition of the auditory tube functions were tested with tympanometry and by using standard checks on a AA 222 audiometer. All patients were subjected to health evaluations of their ear, nose and throat (ENT). Patients with neoplasms, polyps or ENT organ inflammation were excluded from the study. The control group consisted of 50 people with no PS or OSAS. The research concluded that PS and OSAS are a risk factor for the development of auditory tube disorders. A statistically significant relationship between PS and OSAS and the development of auditory dysfunction was established using the Pearson χ^2 criterion equal to 25,0066 at $p < 0,001$ (with Yates correction-23,314 at $p < 0,001$). Primary snoring and obstructive sleep apnea syndrome contribute to the development of tubal dysfunction.

Key words: snoring, apnea, auditory tube function, tympanometry.

References

1. Blotsky A.A. The phenomenon of snoring and obstructive sleep apnea syndrome / A.A. Blotsky, M.S. Pludnikov St. Petersburg. 2002. с 102
2. Boboshko M.Yu. Auditory tube / M.Yu. Boboshko, A.I. Lopotko. Saint –Petersburg. Dialogue 2014
3. Buzunov R.V. Non-surgical treatment of snoring and obstructive sleep apnea / R.V. Buzunov, V.E. Eroshin. Russian rhinology, 2002, No. 1 pp. 22-27
4. Wayne A.M. Sleep apnea syndrome and other sleep disorders associated with sleep: clinic, diagnosis, treatment. M.: Eidos Media, 2002. 310s.
5. Ovchinnikov, E.L. Snoring: biophysical mechanisms, physiological and clinical manifestations of the effect. CH.1 / E. L. Ovchinnikov et al // Russian otolaryngology. 2007№3 from 9-13.
6. Ovchinnikov, E.L. Snoring: biophysical mechanisms, physiological and clinical manifestations of the effect. CH.2 / E. L. Ovchinnikov et al // Russian otolaryngology. 2007№6 from 98-104.
7. Starkov L.N. Surgical treatment of snoring in anatomical and clinical coverage. Abstract of Diss ... candidate of medical sciences. M. 2004. 26s.
8. Starkova L.N. Study of the topographic-anatomical structure of the soft palate in the light of the surgical treatment of snoring and obstructive sleep apnea \ L.N. Starkova, N.A. Pikhtilev, A.V. Rondalev. Actual problems of clinical and experimental pathology. Materials of the interregional scientific conference of students, doctors, scientists and university professors in Russia. Ryazan 2017 from 126-132
9. Tavartiladze G.A. Clinical Audiology Guide. M.: Medicine 2013. 676s
10. Esenbayeva AK. Effect of obstructed nasal breathing on snoring and obstructive sleep apnea. Abstract of Diss ... candidate of medical sciences. M. 2011. 25s
11. Terry Young, Linda Evans, Laurel Finn, Mari Palta. Estimation of Sleep Apnea Syndrome in Middle-Aged Men and Women. , Sleep20 (9) 704-706

Оправданность внедрения скрининговых программ с целью профилактики инфекций, вызываемых стрептококком группы В у беременных и новорожденных в России

Бочкова Анна Валерьевна,

студент ФГБОУ ВО «Первый московский государственный Университет И.М. Сеченова», Министерство здравоохранения России (Сеченовский университет), anna.bochkova96@yandex.ru

Костина Юлия Владиславовна,

студент ФГБОУ ВО «Первый московский государственный Университет И.М. Сеченова», Министерство здравоохранения России (Сеченовский университет), kjvms34@gmail.com

Сахнова Екатерина Евгеньевна,

студент ФГБОУ ВО «Первый московский государственный Университет И.М. Сеченова», Министерство здравоохранения России (Сеченовский университет), shkolicak14@mail.ru

Актуальность: Стрептококки группы В являются условно-патогенными бактериями, которые способны вызывать тяжелые инфекции у беременных, женщин в первые дни после родов и новорожденных. С целью профилактики данных осложнений во всем мире применяется практика внутривидовой антибиотикопрофилактики, однако, единой рекомендации к ее назначению нет.

В настоящее время в России не проводится систематическое выявление контаминированных стрептококком группы В женщин, а также нет статистики по этиологии сепсисов новорожденных.

Цель. На основании имеющихся данных, выяснить необходимость проведения систематического скрининга беременных женщин для определения колонизации стрептококком группы В на поздних сроках гестации и решения вопроса о проведении антибиотикопрофилактики.

Результаты. Было отмечено, что выявление контаминированных стрептококком группы В беременных женщин достигало высоких значений (16,3%), что говорит о необходимости проведения систематического скрининга на сроке 35-37 недель с целью определения дальнейшей тактики профилактики инфекций.

Ключевые слова: стрептококки группы В, беременность, инфекции новорожденных, антибиотикопрофилактика, скрининг.

Введение:

Стрептококк группы В (СГВ) или *Streptococcus agalactiae*- это грамм-положительный, аэробный диплококк, являющийся представителем условно-патогенной микрофлоры желудочно-кишечного тракта и может колонизировать уретру и влагалище. До 30% взрослых здоровых людей являются носителями СГВ, преимущественно бессимптомными формами [1,2].

У данной бактерии имеется большой арсенал факторов вирулентности, в числе которых имеются гемолитический токсин и белки-адгезины, способствующие проникновению в ткани, а также молекулярная мимикрия и протеазы, препятствующие распознаванию клетками иммунного ответа.[5] По капсульным полисахаридам СГВ подразделяется на 10 типов(I-IX). Отмечено, что тип III наиболее часто вызывает менингит у новорожденных в первые три месяца жизни [2]. Распространенность типов и эпидемическая обстановка в разных странах неодинакова (примеры географической распространенности представлена в табл. 1) [3]. Среди беременных женщин показатель носительства СГВ в мире варьирует от 6,5 до 36% женщин. К факторам риска колонизации беременных женщин относятся: молодой возраст женщины (18-22 года); начало половой жизни после 18 лет; мочеполовые инфекции в анамнезе [1,3].

СГВ может передаваться фекально-оральным, половым и вертикальным путями, а также анатомически близкое расположение анального отверстия и влагалища способствует распространению микрофлоры прямой кишки на мочеполовый тракт [4]. По длительности колонизация может быть хронической или возникать периодически, поэтому выявление СГВ на ранних сроках беременности не означает контаминацию в родах.

Доказано, что колонизация в период беременности способствует развитию хориоамнионита, эндометрита, материнского сепсиса, преждевременных родов (22-37 неделя гестации), мертворождения, а также является самой частой причиной развития детских инфекций [1,4].

В зависимости от времени возникновения, детские инфекции подразделяют на ранние и поздние. Ранними считаются проявления инфекции в виде пневмонии, сепсиса, реже менингита в пер-

вые 7 дней жизни новорожденного и приводят к летальным исходам в 5-20 % случаев. [2] При этом показатели заболеваемости и смертности для ранних инфекции в два раз превышают таковые для поздних [1].

Заражение плода может произойти в виде восходящей инфекции (хориоамнионита) или при прохождении через контаминированные родовые пути. В среднем у 1%-2% детей, рожденных от колонизированных матерей, развиваются ранние инфекции [2].

Таблица 1

Адаптирована из Shabayek, S., & Spellerberg, B. (2018). Group B Streptococcal Colonization, Molecular Characteristics, and Epidemiology. *Frontiers in Microbiology*, 9. doi:10.3389/fmicb.2018.00437

Наиболее часто встречаемый тип стрептококка группы В	Регион
Ia, Ib, II, III, V	США, Европа
Ia	Мексика
IV, Ia	Объединенные Арабские Эмираты
Ia, VI	Малазия
VI, VIII	Япония
V	Египет

Диагностика и способы профилактики.

На настоящий момент основу профилактики ранних СГВ-инфекций представляет внутривенное введение антибактериальных препаратов во время родов. Однако показания к назначению антибиотикопрофилактики во всем мире различны. Чаще всего применяются два подхода. Первый основан на наличии акушерских факторов риска (роды при сроке беременности < 37 недель, безводный период ≥ 18 часов, температура тела ≥ 38 °C). Второй — универсальный культуральный скрининг на *S. agalactiae* на поздних сроках беременности (35–37 недель). Для диагностики применяются ПЦР-метод и посев биоматериала (порция свободно выпущенной мочи, отделяемое слизистой влагалища, отделяемое слизистой прямой кишки) на питательную среду [1].

Эпидемиология и лечение неонатального сепсиса, вызванного СГБ, значительно изменились за последние два десятилетия. Первоначально скрининг и лечение основывались на оценке исключительно факторов риска. После большого многоцентрового когортного исследования в 2002 году, в котором выяснилось, что универсальный скрининг превосходит по эффективности скрининг, основанный на оценке риска, руководство в США рекомендовало универсальное обследование (с использованием вагинального и ректального мазка) на СГВ-колонизацию в 35-37 недель беременности (заболеваемость до введения скрининга 1.7/1000 новорожденных, после- 0.21/1000 новорожденных, $p < 0.05$) [6].

Для того, чтобы оценить результаты внедрения скрининговой программы по профилактике неонатального сепсиса, вызванного стрептококком группы В, в Великобритании было проведено обсервационное исследование, в котором участвовали женщины, родившие в период с марта 2014 года по декабрь 2015 года. Все они

прошли скрининг на наличие СГБ на 35–37 недели беременности.

Выявленная частота носительства GBS у женщин, прошедших скрининг на исследование ректовагинальных мазков, составила 29,4% (1822/6193; 95% ДИ от 28,3% до 30,6%). Все штаммы GBS, были чувствительны к пенициллину, но 206/1822 (11,3%) изолятов были устойчивы к клиндамицину. Из 42 женщин, имевших показания для проведения антибиотикопрофилактики (АБП), 35 (83,3%) получали АБП за 2 или более часов до рождения, а 26 женщин (61,9%) получали АБП не менее чем за 4 часа до рождения. Среднее количество введенных доз антибиотика составляло 2.

По результатам исследования, в период 2009–2013 годов, когда использовалась стратегия профилактики, основанная на оценке факторов риска, у 25 детей, рожденных от 25 276 матерей, развилась ранняя неонатальная инфекция, вызванная стрептококком группы В, что составляет 0,99/ 1000 живорождений. В период с марта 2014 года по декабрь 2015 года у 3/9098 всех живорожденных и только у 1/6309 детей обследованных матерей развился неонатальный сепсис (ОР=0.16; $p < 0.05$ [7].

По результатам исследования, проводимого во всех государственных больницах Гонконга, было выявлено, что общее количество случаев рождения детей с неонатальной инфекцией, вызванной СГВ за 3 года было 29/122139. Следовательно, заболеваемость после внедрения универсального скрининга снизилась на 75% (и составила 0,24/ 1000 рождений, $p < 0.001$) по сравнению с заболеваемостью, когда стратегия скрининга на основе клинического риска использовалась повсеместно [8].

Эти данные подтверждают, что внутриродовая профилактика на основе универсального скрининга должна быть реализована, так как непосредственно связана со снижением риска развития у новорожденных неонатального сепсиса, вызванного стрептококком группы В [7].

Так как распространенность колонизации стрептококком группы В среди беременных женщин по миру разная [3], для выбора тактики проведения антибиотикопрофилактики учитывается и экономическая сторона вопроса.

Так в Квинсленде было проведено ретроспективное исследование, в котором оценивалась частота встречаемости раннего неонатального сепсиса у новорожденных, вызванного стрептококком группы В в течение двух периодов времени: 2000-2004 гг. и 2011-2014 гг. С 2000-2004 гг. антибиотикопрофилактика не проводилась, а с 2011-2014 проводилась на основании факторов риска. Результаты исследования показали, что частота встречаемости раннего неонатального сепсиса у недоношенных детей, рожденных в период с 2011-2014 составляет 13,3%, а у детей, рожденных в период с 2011-2014 – 29,8% (ОШ 0.36, 95% ДИ=0.14–0.84). Коэффициент смертности детей, рожденных в период с 2011-2014 гг., составил

1,2%, по сравнению с таковым коэффициентом в период с 2000-2004 гг. - 11,9%. Однако, средний уровень заболеваемости новорожденных ранним неонатальным сепсисом, вызванным стрептококком группы В, в исследуемые периоды времени остался на прежнем низком уровне и составил 0.33/1000 новорожденных (СО ± 0.08). В связи с тем, что уровень заболеваемости ранним неонатальным сепсисом до введения антибиотикопрофилактики оставался на низком уровне, а после ее проведения не изменился, проведения скрининга в Квинсленде считается экономически невыгодным. [9]

В настоящее время в России не проводится обязательный скрининг беременных на носительство СГВ и учет случаев раннего неонатального сепсиса новорожденных, родившихся от матерей, колонизированных СГВ, однако исследование, проведенное в 2017 году на базе родильного дома №18 и Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта доказывает их необходимость.

В период с февраля по октябрь 2012 г. было проведено исследование на анализ частоты колонизации беременных женщин стрептококками группы В. В исследовании приняли участие 490 беременных женщин в возрасте от 18 до 43 лет (28,8 ± 4,5), вставших на учет в сроке до 12 недель. Анализ на СГВ проводили с применением культурального метода и валидированного ПЦР-теста. *S. agalactiae* были обнаружены у 16,3 % беременных женщин (80 пациенток из 490 обследованных), что свидетельствует о высокой частоте встречаемости женщин, колонизированных *S. agalactiae*. [10]

В 2015 году на базе филиала №2 больницы им. А. К. Ерамишанцева было проведено проспективное исследование, целью которого являлось определение частоты встречаемости стрептококка группы В у рожениц и новорожденных. Было обследовано 57 беременных женщин, которые были разделены на две группы: 1-ая включала 35 рожениц с доношенной беременностью (37-41 нед.), 2-ая группа включала 22 роженицы с преждевременными родами на сроке 35-37 недель. Всем роженицам при поступлении и их новорожденным был проведен экспресс-тест на наличие СГВ. Среди пациенток первой группы у 9(25,7%) был получен положительный результат теста, при этом 5 пациенток заранее получали антибактериальную терапию во 2 и 3 триместрах в связи с бессимптомной бактериурией и острым циститом. Во второй группе положительным оказался результат у четырех женщин из 22. [11]

Заключение

Проведенные исследования доказывают необходимость дальнейшего изучения распространенности колонизации родовых путей стрептококком группы В у беременных и введения скрининга для выявления контаминированных пациенток с последующим проведением анти-

биотикопрофилактики с целью снижения риска внутриутробного инфицирования и сепсиса новорожденных.

Литература

1. Хван В.О., Шипицына Е.В., Зацюрская С.Л., и др. Частота и факторы риска колонизации беременных женщин стрептококками группы В // Журнал акушерства и женских болезней. — 2017. — Т. 66. — No 6. — С. 44–58. doi: 10.17816/JOWD66644-58
2. Money, D., & Allen, V. M. (2018.. No. 298-*The Prevention of Early-Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(8., e665–e674. doi:10.1016/j.jogc.2018.05.032
3. Shabayek, S., & Spellerberg, B. (2018.. *Group B Streptococcal Colonization, Molecular Characteristics, and Epidemiology. Frontiers in Microbiology*, 9. doi:10.3389/fmicb.2018.00437
4. Vornhagen, J., Adams Waldorf, K. M., & Rajagopal, L. (2017.. *Perinatal Group B Streptococcal Infections: Virulence Factors, Immunity, and Prevention Strategies. Trends in Microbiology*, 25(11., 919–931. doi:10.1016/j.tim.2017.05.013
5. Patras, K. A., & Nizet, V. (2018.. *Group B Streptococcal Maternal Colonization and Neonatal Disease: Molecular Mechanisms and Preventative Approaches. Frontiers in Pediatrics*, 6. doi:10.3389/fped.2018.00027
6. Le Doare, K., Heath, P. T., Plumb, J., Owen, N. A., Brocklehurst, P., & Chappell, L. C. (2018.. *Uncertainties in screening and prevention of Group B Streptococcus disease. Clinical Infectious Diseases*. doi:10.1093/cid/ciy1069
7. Gopal Rao, G., Nartey, G., McAree, T., O'Reilly, A., Hiles, S., Lee, T., ... Bassett, P. (2017.. *Outcome of a screening programme for the prevention of neonatal invasive early-onset group B Streptococcus infection in a UK maternity unit: an observational study. BMJ Open*, 7(4., e014634. doi:10.1136/bmjopen-2016-014634
8. Ma, T. W. L., Chan, V., So, C. H., Hui, A. S. Y., Lee, C. N., Hui, A. P. W., ... Leung, K. Y. (2017.. *Prevention of early onset group B streptococcal disease by universal antenatal culture-based screening in all public hospitals in Hong Kong. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(7., 881–887. doi:10.1080/14767058.2017.1300649
9. Julie C. Chen, Sue Jenkins-Marsh, Vicki Flendy, Susan Ireland, Meryta May, Keith Grimwood, and Helen G. Liley. (2018. *Early-onset group B streptococcal disease in a risk factor-based prevention setting: A 15-year population-based study* doi.org/10.1111/ajo.12891
10. Хван В.О., Шипицына Е.В., Зацюрская С.Л.. *Клинико-микробиологическое обоснование профилактики акушерской и перинатальной патологии, обусловленной стрептококками группы В // Журнал акушерства и женских болезней. — 2018. — Т. 67. — № 1. — С. 73–84. doi: 10.17816/JOWD67173-84*

11. Леваков С.А., Боровкова Е.И. *Контаминация родовых путей у беременных стрептококком группы В: актуальность внедрения скрининговых программ. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 2: 19-23. DOI: 10.17749/2070-4968.2015.9.2.019-023*

Justification for introduction of screening programs to prevention of infections caused by Streptococcus group B in pregnant women and newborns in Russia

Bochkova A.V., Kostina Ju.V., Sakhnova E.E.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Background: Group B streptococci (*Streptococcus agalactiae*) are conditionally pathogenic bacteria, causing severe neonatal and maternal infections in the early days after parturition. All over the world the practice of intrapartum chemoprophylaxis is applied as prophylaxis of such complications. However, there are no recommendations for it.

Nowadays there is no systematic identification of women contaminated streptococcus group B in Russia, also there is no statistics on the etiology of neonatal sepsis.

Objective: to determine the necessity of systematic screening of pregnant women for determination the colonization of pregnant women by streptococcus group B in the later stages of gestation and introduction of systematic intrapartum chemoprophylaxis.

Results: It was noted that the detection of contaminated streptococcus group B in pregnant women reached high values (16.3%), which suggests the need for systematic screening for a period of 35-37 weeks in order to determine the further tactics of infection prevention.

Keywords: streptococcus group B, pregnancy, neonatal infections, antibiotic prophylaxis, screening.

References

1. Khvan VO, Shipitsyna EV, Zatsorskaya SL, and others. The frequency and risk factors for the colonization of pregnant women by group B streptococci // *Journal of Obstetrics and Female Diseases*. - 2017. - T. 66. - No 6. - P. 44–58. doi: 10.17816 / JOWD66644-58

2. Money, D., & Allen, VM (2018. No. 298-The Prevention of the Early-Onset Neonatal Group B. Streptococcal Disease. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40 (8., E665 – e674. Doi: 10.1016 /j.jogc.2018.05.032
3. Shabayek, S., & Spellerberg, B. (2018 .. Group B Streptococcal Colonization, Molecular Characteristics, and Epidemiology. *Frontiers in Microbiology*, 9. doi: 10.3389 / fmicb.2018.00437
4. Vornhagen, J., Adams Waldorf, KM, & Rajagopal, L. (2017 .. Perinatal Group B Streptococcal Infections: Virulence Factors, Immunity, and Prevention Strategies. *Trends in Microbiology*, 25 (11., 919–931. Doi : 10.1016 / j.tim.2017.05.013
5. Patras, K. A., & Nizet, V. (2018 .. Group B Streptococcal Maternal Colonization and Neonatal Disease: Molecular Mechanisms and Preventative Approaches. *Frontiers in Pediatrics*, 6. doi: 10.3389 / fped.201.000.00027
6. Le Doare, K., Heath, PT, Plumb, J., Owen, NA, Brocklehurst, P., & Chappell, LC (2018 .. Streptococcus disease. *Clinical Infectious Diseases*.doi : 10.1093 / cid / ciy1069
7. Gopal Rao, G., Nartey, G., McAree, T., O'Reilly, A., Hiles, S., Lee, T., ... Bassett, P. (2017. Outcome of a screening program for Streptococcus infection in a UK maternity unit: an observational study *BMJ Open*, 7 (4., e014634. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-014634
8. Ma, TWL, Chan, V., So, CH, Hui, ASY, Lee, CN, Hui, APW, ... Leung, KY (2017 .. on the group b) in all public hospitals in Hong Kong. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31 (7., 881–887. doi: 10.1080 / 14767058.2017.1300649
9. Julie C. Chen, Sue Jenkins-Marsh, Vicki Flenady, Susan Ireland, Meryta May, Keith Grimwood, and Helen G. Liley. (2018. Early-onset group of disease: a 15-year population-based study doi.org/10.1111/ajo.12891
10. Khvan VO, Shipitsyna EV, Zatsorskaya SL. Clinical and microbiological rationale for the prevention of obstetric and perinatal pathology caused by group B streptococcus // *Journal of Obstetrics and Women diseases*. - 2018. - T. 67. - № 1. - P. 73–84. doi: 10.17816 / JOWD67173-84
11. Levakov S.A., Bоровкова Е.И. Contamination of the birth canal in pregnant women with streptococcus group B: the relevance of the introduction screening programs. *Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2015; 2: 19-23. DOI: 10.17749 / 2070-4968.2015.9.2.019-023

Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (Herpes simplex): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика

Богатырева Лидия Николаевна

кандидат медицинских наук, кафедра акушерства и гинекологии, Ингушский государственный университет, Khadizhet.albakova@mail.ru

Албакова Мадина Хасолтановна

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии Ингушский государственный университет, Albakova2017@mail.ru

Албакова Хадижет Асхабовна

старший преподаватель, кафедра акушерства и гинекологии, Ингушский государственный университет, Khadizhet.albakova@mail.ru

Статья посвящена проблеме врожденной герпетической инфекции вирусов простого герпеса 1 и 2 типов. Показано, что врожденное заболевание герпетической инфекцией является угрозой для репродуктивных функций населения, вызывает неонатальный герпес, мертворождение и самопроизвольные выкидыши, пороки развития плода, увеличивает летальность новорожденных детей. Представлены данные о распространенности вирусов простого герпеса 1 и 2 типов среди населения, в том числе среди женщин детородного возраста, что обуславливает риск внутриутробного инфицирования плода. Раскрыты разные виды патологии плода и беременности при внутриутробном инфицировании герпетической инфекцией. Описана клиническая картина заболевания у новорожденных, которая зависит от клинической формы внутриутробной герпетической инфекции. Показан полиорганный характер поражения нервной, бронхолегочной, сердечно-сосудистой, гепато-билиарной и пищеварительной системы. Обоснована необходимость профилактики неонатального заражения, которая предполагает обследование и лечение беременных женщин, имеющих в анамнезе генитальный герпес. Показано, что комплексный метод диагностики и лечения, обуславливает эффективность терапии и благоприятный прогноз.

Ключевые слова: внутриутробная герпетическая инфекция, простой герпес, диагностика герпеса, лечение, противовирусная терапия простого герпеса.

Герпес-вирусные инфекции являются одной из наиболее серьезных медико-социальных проблем, поскольку имеют высокую распространенность среди населения, обладают тенденцией к затяжному течению и являются фактором, влияющим на репродуктивное здоровье населения. Герпетическая инфекция или простой герпес (herpes simplex) вызывается вирусами простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ-1 и ВПГ-2), которые относятся к роду Simplexvirus, подсемейству Alphaherpesvirinae, семейству Herpesviridae. Вирусы простого герпеса по антигенной структуре делятся на два типа. ВПГ-1 чаще приводит к поражению респираторных органов, а ВПГ-2 к развитию генитального герпеса и генерализованной инфекции у новорожденных. Существуют данные, согласно которым имеет место развитие генитального герпеса, вызванного ВПГ-1 [5, с. 4]. Врожденная инфекция, вызванная вирусами простого герпеса – тяжелое инфекционное заболевание плода (новорожденного), развивающееся вследствие интранатальной контактной (реже – антенатальной трансплацентарной) передачи возбудителя.

Распространенность ВПГ-1 среди населения многих стран мира достигает 90%–95%, а распространенность ВПГ-2 достигает 20%–30%. Простой герпес вызывает поражения кожи и слизистых оболочек, поражения нервной системы и других систем организма. Герпетическая инфекция вызывает врожденную патологию плода и заболевания у новорожденных, что обуславливает проблему сохранения репродуктивного здоровья населения. Не менее 1/3 женщин детородного возраста инфицированы ВПГ-2. До 70% детей инфицированы ВПГ-2 от матерей без проявления генитального герпеса в анамнезе и во время родов [1, с. 105]. При рецидивирующих формах риск внутриутробного инфицирования составляет 5–8%, а при атипичных проявлениях герпетической инфекции – 60%. Острый первичный генитальный герпес приводит к самопроизвольному выкидышу, преждевременным родам, инфицированию плода в 40–50% случаев [1, с. 109].

При первичной или рецидивирующей генитальной инфекции женщины во время беременности имеет место самый высокий риск воздействия ВПГ-2 для новорожденного, который возникает во время родов. Передача ВПГ-2 от матери, которая инфицирована генитальным герпесом, к плоду происходит в процессе прохождения по родовым путям. Входными воротами для вируса являются

носоглотка, кожа, конъюнктива плода. При наличии у матери генитального герпеса риск заражения плода во время родов составляет около 40% случаев. Только у 1/3 женщин, инфицированных генитальным герпесом, инфекция вызывает везикулезные высыпания. Чаще у женщин наблюдается бессимптомная или малосимптомная инфекция, являющаяся серьезной угрозой для плода и новорожденного. В период вирусемии у беременной женщины, страдающей любой формой простого герпеса при первичной инфекции, плод может быть заражен и трансплацентарно. Различные варианты инфицирования приводят к патологии плода и беременности: поражению плодных оболочек, преждевременному прерыванию беременности, невынашиванию беременности, риску антенатальной гибели плода, к порокам развития плода при инфицировании на ранних сроках беременности, при инфицировании плода на поздних сроках беременности – к вариативности течения инфекции от рождения ребенка с бессимптомной инфекцией до тяжело-го течения с летальным исходом [5, с. 5-6].

Среди новорожденных распространенность инфекции, вызванной ВПГ-1 и ВПГ-2, составляет 17,7% и 16,8% соответственно. Клиническими особенностями инфекции, вызванной ВПГ-1 и ВПГ-2, являются: в 48,6% случаях сосудистая дезадаптация, в 45,7% случаях синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, в 34,3% случаях синдром угнетения, в 34,2% случаев везикулярная сыпь, в 32,4% судороги, в 22,9% случаев лихорадка. Реже наблюдаются менингоэнцефалит, который выявлен в 14,2% случаев, и геморрагический синдром, наблюдаемый в 11,4% случаев [2, с. 283]. Клиническая картина заболевания у новорожденных зависит от клинической формы внутриутробной герпетической инфекции: генерализованная форма с церебральными и висцеральными повреждениями; локализованная форма, сопровождающаяся поражением кожи (везикулез), слизистых полости рта и глаз; висцеральная форма, сопровождающаяся поражением легких, печени, селезенки, надпочечников; форма с преимущественным поражением нервной системы [3]. У детей первого года жизни клиническая картина поражения ВПГ-1 и ВПГ-2 характеризуется полиорганным характером поражения нервной, бронхолегочной, сердечно-сосудистой, гепато-билиарной и пищеварительной системы. Характер поражения обусловлен состоянием преморбидного фона (хронические воспалительные гинекологические заболевания, осложнения беременности у матерей, перинатальное поражение ЦНС, низкая оценка по шкале Апгар), а также тяжестью и характером иммунологических нарушений [2].

Согласно данным, диссеминированная форма клинически выраженной перинатальной герпетической инфекции наблюдается в 50% случаев, первичная неврологическая форма – в 30% случаев, поражения кожи и слизистых – в 20% случаев [7]. Развитие диссеминированной инфекции (ВПГ-сепсиса) происходит в течение

9-11 дней после родов с выраженным мультиорганным характером. В патологический процесс вовлекается головной мозг, печень и кожи. Имеет место высокая летальность новорожденных, которая составляет 80%, если не оказана медицинская помощь [7]. Локализованное неврологическое заболевание возникает через 15–17 дней после родов. Кожных поражений в 30% случаев у новорожденных с неврологическими симптомами герпетической инфекции не обнаруживается. При отсутствии лечения летальность составляет 17% случаев, осложнения длительного характера наблюдаются у 60% выживших детей. Локализованное поражение кожи и слизистых оболочек развивается приблизительно через 10–11 дней после родов. Могут возникать неврологические осложнения у 25% детей, даже при отсутствии симптомов поражения центральной нервной системы [5].

Согласно исследованиям Р.Р. Маматказина и соавт., активация Т-клеток мимикрирующими эпитопами вируса-инфекта при вирусиндуцированной патологии происходит не в начальных стадиях острого процесса, а позднее, что является причиной того, что первичный инфекционный процесс переходит в хроническую форму. В связи с этим важным становится разработка технологий ранней диагностики нарушений функциональной, метаболической, иммунологической адаптации новорожденных [4]. В клиническую практику внедрены современные методы лабораторной диагностики, которые позволяют проводить не только верификацию этиологического агента и выявление серологических маркеров иммунного ответа, но и выявлять остроту инфекционного процесса.

Диагностика форм тяжести и вариантов течения инфекции ВПГ-1 и ВПГ-2 у новорожденных включает комплекс методов, состоящих из оценки преморбидного фона, клинического обследования, определения специфического противовирусного ответа, детекции ДНК вируса методом ПЦР и определения иммунного статуса. Изменения в иммунном статусе отражаются в нарастании готовности лимфоцитов к апоптозу и в изменении костимулирующего сигнала, влияющего на пролиферацию, дифференцировку и переключение классов В-лимфоцитов. Это являются одним из важных механизмов формирования разных форм тяжести и течения заболевания у детей первых месяцев жизни. В основе доклинической диагностики инфекционного процесса у новорожденных лежит обнаружение нарушений интерферонового статуса и усиления выработки провоспалительных цитокинов. Хронические воспалительные гинекологические заболевания у матерей относятся к факторам риска, предрасполагающим реализацию воспалительного процесса [2].

В зависимости от риска развития неонатального герпеса с целью профилактики неонатального инфицирования ВПГ-1 и ВПГ-2 проводятся лечебные мероприятия в отношении беременных женщин. Основным и главным принципом терапии является назначение специфических противови-

русных препаратов. У женщины, планирующей беременность, в случае наличия частых рецидивов простого герпеса риск инфицирования плода снижается посредством эффективного лечения женщины. Профилактика неонатального заражения ВПГ предполагает обследование беременных, имеющих в анамнезе генитальный герпес, которое проводится в течение последних недель беременности посредством взятия пробы для культивирования ВПГ. Для женщин с клиникой генитального герпеса или с положительным результатом вирусологической диагностики рекомендуют кесарево сечение или курс ацикловира и санацию родовых путей эпигеном в течение 4 недель, предшествующих родам [5].

В отношении новорожденных, которые могли быть инфицированы во время родов, проводится мониторинг. С этой целью сразу после родов у всех новорожденных исследуют пуповинную кровь на наличие ВПГ (ПЦР, культивирование), определяют титр специфических IgM- и IgG-антител и сравнивают их с материнскими. Диагностируют неонатальный герпес и начинают проводить противогерпетическую терапию в случае, когда у новорожденного обнаруживают или ВПГ, или положительную ПЦР, или специфические IgM-антитела, а также повышение уровня IgG-противогерпетических антител, значительно превышающих их уровень у матери [6].

Эффективная терапия инфекции ВПГ-1 и ВПГ-2, обеспечивающая благоприятный прогноз, предполагает комплексный метод лечения, включающий: ацикловир в дозе 60 мг/кг массы тела в сутки, разделенной на 3 введения путем медленной (в течение 1 часа) внутривенной инфузии каждые 8 часов до 10 - 12 дней. В случаях генерализованной формы и развития менингоэнцефалита курс лечения продлевается до 21 дня; иммуновенин – в дозе 3-4 мл на 1 кг массы через день от 3 до 6 вливаний; ликопид – дозе 0,5 мг 1 раз в сутки 10 дней. При наличии неврологических симптомов в программу лечения рекомендуется включить последовательно следующие препараты: кортексин, цитотект, церебролизат, энцефабол [2].

В заключение важно отметить, что решение задачи эффективной профилактики и лечения герпесвирусных инфекций требует дальнейшего изучения ее патогенетических механизмов для выбора оптимального метода диагностики, лечения и прогноза возможных осложнений у новорожденных.

Литература

1. Викулов Г.Х. Иммунологические аспекты герпесвирусных инфекций // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - № 5. – С. 104-114.
2. Кравченко Л.В. Клинико-патогенетические аспекты герпесвирусных инфекций у детей первых месяцев жизни : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.09, 14.00.36. - Ростов-на-Дону, 2009. - 43 с.

3. Кудашов Н.И. // Вестник акушера-гинеколога. – 1993. - № 1-2. - С. 5-12.

4. Маматказина Р.Р. Герпесвирусная инфекция и особенности противовирусного иммунитета / Р.Р. Маматказина, О.А. Остроумов, А.И. Ищенко и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. - № 4. Т.6.- С. 49-57.

5. Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. Герпетическая инфекция (простой герпес). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение. - Электророск: ЗАО «ЭКОлаб», 2011. - 48 с.

6. Макацария А.Д., Догущина Н.В. Герпетическая инфекция, антифосфолипидный синдром и синдром потери плода. – М.: Триада - X, 2008. – 80 с.

7. Freij B.J., Sever J.L. Herpes virus infections in pregnancy: risks to embryo, fetus and neonate // Clinics in Perinatology. – 1988. - № 15. – С. 203–231.

Congenital infection caused by herpes simplex virus (Herpes simplex): etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment, prevention

Bogatyreva L.N., Albakova M.Kh., Albakova Kh.A.

Ingush State University

The article is devoted to the problem of congenital herpetic infection of herpes simplex virus types 1 and 2. It is shown that congenital herpetic infection is a serious threat to the reproductive health of the population, causing neonatal herpes, spontaneous miscarriages, stillbirth, the formation of fetal malformations, increasing the mortality rate of newborns. The data on the prevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 in the population, including women of childbearing age, which causes the risk of intrauterine infection of the fetus. Different types of fetal and pregnancy pathology in intrauterine infection with herpetic infection are revealed. The clinical picture of the disease in newborns, which depends on the clinical form of intrauterine herpetic infection, is described. Shows the multi-organ nature of lesions of the nervous, respiratory, cardiovascular, hepatobiliary and digestive system. The necessity of prevention of neonatal infection, which involves the examination and treatment of pregnant women with a history of genital herpes. It is shown that the complex method of diagnosis and treatment determines the effectiveness of therapy and a favorable prognosis.

Key words: intrauterine herpes infection, herpes simplex, diagnosis of herpes, treatment, antiviral therapy of herpes simplex.

References

1. Vikulov G. H. Immunological aspects of herpesvirus infections // Clinical dermatology and venereology. - 2015. - № 5. - P. 104-114.
2. Kravchenko L. V. Clinical and pathogenetic aspects of herpesvirus infections in children of the first months of life: dis abstract. ... doctors of medical Sciences: 14.00.09, 14.00.36. - Rostov-on-don, 2009. - 43 p.
3. Kudashov N. And. / / Bulletin of obstetrician-gynecologist. - 1993. - №1-2. - P. 5-12.
4. Mamatkazina P. P. Herpesvirus infection and peculiarities of antiviral immunity / Mamatkazina P. P., O. A. Ostroumov, A. I. Ishchenko et al. // Questions of gynecology, obstetrics and Perinatology. - 2007. - № 4. Vol.6.- P. 49-57.
5. Mardany S. G., Kirpichnikova G. I., Neverov V. A. Herpetic infection (herpes simplex). Etiology, epidemiology, pathogenesis, clinic, laboratory diagnostics, treatment. - Elektrogorsk, JSC «Ecolab», 2011. - 48 p.
6. Makatsariya A. D., Dolgushina N. In. Herpes infection of antiphospholipid syndrome and fetal loss syndrome. - Moscow: Triad-X, 2008. - 80 p.
7. Freij B. J., Sever, J. L. Herpes virus infections in pregnancy: risks to embryo, fetus and neonate // Clinics in Perinatology. - 1988. - № 15. - P. 203-231.

Современные возможности таргетной терапии ALK позитивного немелкоклеточного рака лёгкого

Трушин Александр Юрьевич

студент, ФГАОУ ВО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), iundead1996@gmail.com

Перцов Андрей Сергеевич

студент, ФГАОУ ВО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Таргетная терапия — это развивающийся метод лечения, который действует на специфические молекулярные мишени в раковых клетках. В современной онкологии для распространённого рака лёгкого рекомендуют выявлять четыре мутации: EGFR, ALK, ROS1, BRAF. Для каждой из них существуют таргетные препараты, которые улучшают прогноз заболевания. В данном обзоре речь пойдёт о фармакотерапии у пациентов с ALK позитивным немелкоклеточным раком лёгкого.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак лёгкого, таргетная терапия, ALK ингибиторы.

Рак лёгких — одно из наиболее распространённых онкологических заболеваний, для которого характерен высокий уровень смертности. Также примерно 57% пациентов, на момент постановки диагноза, имеют отдалённые метастазы, что сказывается на прогнозе заболевания. [1] Ежегодно во всём мире регистрируется около 2 млн случаев рака лёгких, при этом, в тот же год умирает почти 1.8 млн человек, по данным GLOBOCAN 2018. [2] В зависимости от размера клеток существует два основных типа рака лёгких: немелкоклеточный рак лёгких (НМРЛ) и мелкоклеточный рак лёгких. НМРЛ встречается чаще, около 85 % всех случаев. [3]

Ещё 10 -15 лет назад среди пациентов с распространённым НМРЛ выделяли всего две основные группы: плоскоклеточный и неплоскоклеточный рак лёгких. Данное разделение основывалось на гистологическом заключении, а подходы в лечении таких пациентов были практически одинаковы. Основу лечения занимала химиотерапия на основе препаратов платины. При таком подходе медиана общей выживаемости (ОВ) составляла около 12 месяцев. [4] Такие результаты сложно назвать удовлетворительными, но за последние годы ситуация в данной области изменилась к лучшему. В изучении НМРЛ был сделан значительный прорыв, пришло новое понимание заболевания с точки зрения молекулярной биологии и генетики, открыты новые классы препаратов, превосходящие по своей эффективности химиотерапию на основе препаратов платины. [5] В современной онкологии для распространённого рака лёгкого рекомендуют выявлять 4 мутации: EGFR, ALK, ROS1, BRAF. Для каждой из них существуют таргетные препараты, которые улучшают прогноз заболевания. В данном обзоре речь пойдёт о фармакотерапии у пациентов с ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase) позитивным раком лёгкого. [6]

Перегруппировка ALK впервые была идентифицирована как онкогенный драйвер для НМРЛ в 2007 году, в частности, перегруппировка генов между ALK и EML4 (echinoderm microtubule-associated protein like 4). Мутация ALK встречается редко, всего 3-7% случаев при НМРЛ. [7,8,9] Но обычно ALK позитивные пациенты более молодые, никогда не курили или курили очень мало, по гистологии опухоль чаще всего представлена аденокарциномой, что в свою очередь затрудняет своевременную диагностику заболевания. [10]

Вышеуказанное, по нашему мнению, повышает актуальность выявления мутации ALK.

Было показано, что присутствие перегруппировки ALK обеспечивает высокую чувствительность к ингибиторам тирозинкиназы ALK (ALK-TKIs) и в значительной степени исключает мутации рецептора эпидермального фактора роста EGFR и KRAS. [11,12] Первым препаратом, одобренным для лечения пациентов с ALK позитивным метастатическим НМРЛ, стал кризотиниб. В рандомизированном клиническом исследовании (РКИ) III фазы PROFILE 1014 авторы сравнили кризотиниб и химиотерапию (пеметрексед плюс цисплатин или карбоплатин) в первой линии. В исследование включались пациенты с гистологически подтверждённым распространённым неплоскоклеточным НМРЛ, плюс подтверждённой мутацией ALK при помощи FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) реакции. Все пациенты, до включения в исследование, не получали системного лечения по поводу заболевания. Другие критерии отбора включали: возраст 18 лет и старше, ECOG статус от 0 до 2, адекватная функция печени, почек и костного мозга (согласно протоколу исследования). Так же в РКИ имели право участвовать пациенты с ранее лечеными (локальные методы лечения) метастазами в головной мозг, если метастазы были неврологически стабильными в течение не менее 2 недель и у пациентов не было постоянной потребности в глюкокортикоидах. В качестве критериев оценки ответа опухоли на терапию использовали RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) версии 1.114. [13]

343 были рандомизированы на две группы 1:1. Первая группа получала перорально кризотиниб в дозе 250 мг дважды в день, вторая группа – внутривенная химиотерапия (пеметрексед 500 мг/м² плюс цисплатин 75 мг/м² или карбоплатин AUC 5-6) каждые 3 недели до 6 курсов. Для пациентов, получающих химиотерапию, было разрешено перейти на лечение кризотинибом после прогрессирования заболевания. Первичной конечной точкой была выживаемость без прогрессирования (ВБП), оцененная независимым рентгенологическим обзором. [13]

Кризотиниб, в качестве препарата первой линии, продемонстрировал улучшение выживаемости без прогрессирования по сравнению со стандартной химиотерапией - медиана ВБП: 10.9 месяца против 7.0 месяцев, отношение рисков 0,45; 95% ДИ 0,35 - 0,60; p < 0.001. Частота объективного ответа 74% и 45% соответственно, p < 0.001. Но при оценке общей выживаемости не было значительного различия между пациентами в группе с кризотинибом и пациентами в группе с химиотерапией. Исследователи считают, что результаты мог исказить тот факт, что в данном РКИ был разрешён кроссовер и около 70 % пациентов из группы химиотерапии после прогрессирования перешли в группу кризотиниба. [13]

У 30-50 % пациентов с ALK позитивным НМРЛ на момент постановки диагноза уже есть метастазы в ЦНС, в таких случаях кризотиниб не может являться препаратом выбора, так как он в минимальных количествах проникает через гематоэнцефалический барьер (концентрация в цереброспинальной жидкости 0,617 нг/мл, концентрация в плазме крови 237 нг/мл). [14,15] Часто прогрессирование заболевания, у пациентов принимавших кризотиниб, представлено именно изолированными метастазами в ЦНС, что ухудшает прогноз заболевания и создаёт сложности в лечении пациентов. [16] Следующим логичным шагом была разработка ALK-TKIs проникающих через гематоэнцефалический барьер и сдерживающих рост метастазов в ЦНС.

Алектиниб - ингибитор тирозинкиназы ALK (ALK-TKIs) второго поколения. Как показали доклинические исследования, алектиниб ингибирует ALK – фосфорилирование и ALK опосредованную активацию сигнальных путей PI3K/AKT/mTOR, JAK/STAT, RAS-ERK. Всё это приводит к снижению жизнеспособности опухолевых клеток в нескольких клеточных линиях. [17] Алектиниб применяют в дозе 600 мг дважды в день во время еды (пища богатая жирами), такая доза была выбрана по результатам исследования 1 фазы AF-002JG. [18] Но больше всего алектиниб интересен тем, что доклиническое исследование показало, что препарат хорошо проникает в головной мозг и не переносится Р-гликопротеином (P-gp), который является основным фактором для поддержания гематоэнцефалического барьера. [19]

Алектиниб в 5 раз сильнее чем кризотиниб, с точки зрения ингибирования ALK, а также продемонстрировал активность против некоторых ALK-кризотиниб-резистентных мутаций (L1196M, C1156Y и F1174L). [20] Основным доказательством применения алектиниба в клинической практике в качестве препарата первой линии у пациентов с распространённым ALK позитивным НМРЛ является рандомизированное клиническое исследование 3 фазы BO28984 (ALEX). В исследование включались пациенты с гистологически или цитологически подтверждённым распространённым ALK позитивным НМРЛ. Пациенты были от 18 лет и старше, ECOG статус от 0 до 2, без предыдущего системного курса лечения по поводу НМРЛ, с адекватной функцией печени, почек и костного мозга. Так же включались пациенты с метастазами в головной мозг и лептоменингеальными метастазами, если предыдущая лучевая терапия ЦНС была выполнена за 14 дней и более до зачисления в РКИ. В качестве критериев оценки ответа опухоли на терапию использовали RECIST версии 1.1. [21]

В исследовании ALEX было рандомизировано 303 пациента с ранее не леченным распространённым ALK позитивным НМРЛ для приёма алектиниба (600 мг дважды в день) либо кризотиниба (250 мг дважды в день). Первичная конечная точка – ВБП, Вторичные конечные точки: ВБП оцененная независимым комитетом, время до про-

грессирования в ЦНС, частота объективного ответа и общая выживаемость. [21]

На момент публикации исследования в 2017 году в *The New England Journal of Medicine* были получены данные в пользу эффективности алектиниба по сравнению с кризотинибом в первой линии лечения. По данным исследователей алектиниб не достиг медианы ВБП, а медиана ВБП у кризотиниба была равна 11.1 месяцам. По данным независимого обзорного комитета медиана ВБП у алектиниба 25,7 месяца [95% ДИ, 19,9-NE], а у кризотиниба 10,4 месяца [95% ДИ, 7,7-14,6]; отношение рисков 0,50; 95% ДИ 0,36 - 0,70; $p < 0.001$. Время до прогрессирования в ЦНС было значительно дольше в группе алектиниба, чем в группе кризотиниба. На отметке 12 месяцев частота развития метастазов в ЦНС была 9,4 % в группе алектиниба [95% ДИ, 5,4-14,7] против 41,4% [95% ДИ, 33,2-49,4] в группе кризотиниба, $p < 0,001$. На основании этих данных можно сделать вывод об эффективности алектиниба в первой линии лечения. [21]

У пациентов получавших алектиниб, нежелательные явления были сопоставимы по частоте и тяжести с нежелательными явлениями в группе кризотиниба. Нежелательные явления, которые произошли при более высокой частоте с алектинибом, чем с кризотинибом на 5% и более были: анемия (20% против 5%), миалгия (16% против 2%), увеличение билирубина в крови (15% против 1%), костные боли (7% против 2%) и фоточувствительность (5% против 0%). Нежелательные явления, которые чаще встречались с кризотинибом: тошнота (48% против 14%), диарея (45% против 12%) и рвота (38% против 7%), увеличение АЛТ (30% против 15%), увеличение АСТ (25% против 14%), периферические отёки (28% против 17%), головокружение (14% против 8%), алопеция (7% против 1%). [21]

В предшествующим клиническом исследовании 3 фазы J-ALEX, которое проводилось на азиатской популяции, тоже была доказана эффективность алектиниба по сравнению с кризотинибом. [22]

На последнем ежегодном собрании Американского Общества Клинической Онкологии (2018 ASCO annual meeting) были представлены обновлённые результаты исследования ALEX. Время наблюдения за пациентами составило 36 месяцев. Медиана ВБП у группы алектиниба 34.8 месяца [95% ДИ, 17.7-NE] против 10.9 месяцев [95% ДИ, 9.1-12,9] в группе кризотиниба, $p < 0.001$. (Рис.1) [23]

Обновлённые данные исследования ALEX ещё больше закрепляют лидерство за алектинибом, как препаратом выбора для первой линии терапии распространённого ALK позитивного немелкоклеточного рака лёгкого. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) в клинических рекомендациях присвоила алектинибу категорию 1 предпочтительный в лечении ALK позитивного НМРЛ. [6]

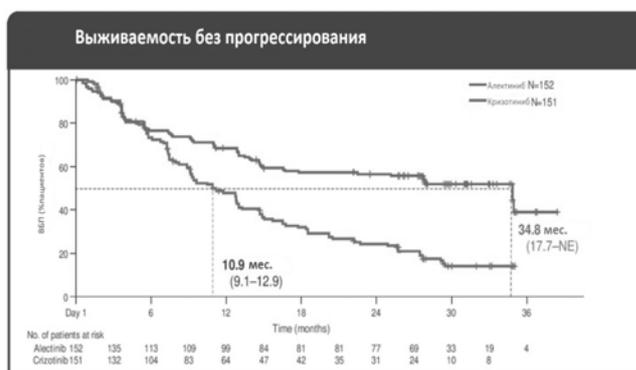


Рис.1 Обновлённые результаты исследования ALEX. Рисунок алаптирован из постера ASCO Meeting Abstract #9043.

Ещё одним современным ALK ингибитором является бригатиниб. Бригатиниб нацелен на широкий диапазон мутаций ALK и перестроек ROS1, а также единственный ALK ингибитор, показавший в клеточных линиях свою активность при мутации EGFR. [24, 25]

Большинство пациентов с распространённым ALK позитивным НМРЛ, которые начинают лечение с кризотиниба неуклонно прогрессируют, это связано с тем, что кризотиниб плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, плюс рак приобретает новые биологические свойства, в виде кризотиниб-резистентных мутаций (например: L1196M, G1202R, S1206Y, 1151Tins). [26] В доклинических моделях, бригатиниб сильно ингибировал все протестированные мутации устойчивости к ALK, включая G1202R, и преодолел механизмы устойчивости к другим ALK ингибиторам. В рандомизированном клиническом исследовании 2 фазы ALTA, с участием 222 пациентов рефрактерным к кризотинибу, изучали эффективность бригатиниба во второй и последующих линиях лечения. В исследовании пациенты, принимавшие бригатиниб в дозе 180 мг (с 7-дневным начальным периодом в 90 мг), показали лучшие результаты. Медиана ВБП составила 12.9 мес. [95% ДИ, 11,1-NE], ЧОО 54% [97.5% ДИ, 43% - 65%]. Эти данные были схожи с результатами предыдущих исследований, поэтому бригатиниб был одобрен в качестве препарата 2 линии для пациентов, которые прогрессировали после лечения кризотинибом. [25,27]

В РКИ 3 фазы ALTA-1L напрямую сравнили бригатиниб против кризотиниба для пациентов с распространённым ALK позитивным НМРЛ. В исследование включались пациенты старше 18 лет, которые имели местно-распространённый нерезектабельный или метастатический НМРЛ, как минимум с одним измеримым очагом по критериям RECIST версии 1.1,25, ECOG статус от 0 до2, с подтверждённым положительным ALK статусом и ранее не получавшие ALK ингибиторы. Пациенты исключались из исследования, если получали более одной линии системной химиотерапии или лучевой терапии (за исключением – стереотаксическая лучевая терапия, если она была закончена за 14 дней и более до начала исследования). Ис-

следование проводилось в 124 центрах в 20 странах. Пациенты были стратифицированы в соответствии с исходными метастазами в головной мозг (присутствуют или отсутствуют) и по предшествующему лечению (была химиотерапия или нет). Пациенты были рандомизированы на две группы (в соотношении 1:1) для приёма бригаитиниба в дозе 180 мг (с 7-дневным начальным периодом в 90 мг) или кризотиниба в дозе 250 мг дважды в день. Был разрешён кроссовер после прогрессирования на кризотинибе (35 пациентов перешли в группу бригаитиниба). [25]

Мы хотим отметить, что на момент написания статьи были представлены промежуточные данные исследования ALTA-1L, 36 из 137 пациентов (26%) в группе бригаитиниба и 63 из 138 пациентов (46%) в группе кризотиниба, поэтому к результатам нужно относиться более критично и дождаться полного анализа. Показатель выживаемости без прогрессирования был выше в группе бригаитиниба. ВБП на отметке 12 месяцев составила 67% [95% ДИ, 56 -75] в группе бригаитиниба против 43% [95% ДИ, 32-53] для группы кризотиниба, отношение рисков для прогрессирования или смерти 0,49 [95% ДИ, 0,33-0,74]; $p < 0.001$. По заявлению авторов основное преимущество их исследования заключается в том, что ВБП была оценена независимым комитетом (использовалось ослепление – члены комитета не знали к какой группе относится тот или иной пациент), что сводит к минимуму вероятность предвзятости исследователей. [25]

Профили безопасности бригаитиниба и кризотиниба были совместимы с таковыми в предыдущих исследованиях. Повышение уровня креатининазы не было связано с частотой или тяжестью миалгии, или костно-мышечной боли. Скорость снижения дозы из-за каких-либо нежелательных явлений составило 29% в группе бригаитиниба и 21% в группе кризотиниба. Стоит отметить, что раннее начало легочных событий (интерстициальная болезнь легких и пневмонит) наблюдались только в группе пациентов, принимавших бригаитиниб. [25]

Церитиниб – это ALK ингибитор второго поколения ALK, который одобрен FDA (Food and Drug Administration) для пациентов с метастатическим НМРЛ, у которых опухоли являются ALK-положительными. [28]

Рандомизированное клиническое исследование 3 фазы продемонстрировало, что среди ALK-положительных пациентов с НМРЛ, которые прогрессировали после приёма кризотиниба, церитиниб показал лучшие результаты по сравнению с химиотерапией. В исследовании ASCEND-5 231 пациент были рандомизированы на церитиниб 750 мг в день или химиотерапию. Пациенты, получавшие церитиниб, показали лучшую ВБП (5,4 месяца против 1,6 месяца; отношение рисков 0,49) и ЧОО (39,1% против 6,9%), различия были статистически значимыми. Хотя не было отмечено улучшения общей выживаемости, нужно помнить, что, 75 пациентов,

которым была назначена химиотерапия, переходили в группу церитиниба после прогрессирования, что могло исказить результаты. [29,33]

Начальные испытания были проведены с использованием дозы 750 мг в день на голодный желудок, рандомизированное исследование ASCEND-8 продемонстрировало эквивалентность между этой дозой и 450 мг в день с пищей, также более низкая доза связана со снижением желудочно-кишечной токсичности.(30) Теперь утвержденная доза церитиниба составляет 450 мг перорально один раз в день во время еды. [31,33]

Церитиниб продемонстрировал улучшенную эффективность по сравнению с комбинированной химиотерапией в первой линии. В исследовании ASCEND-4. Медиана ВБП (при оценке независимого комитета) составила 16,6 месяца [95% ДИ, 12,6 – 27,2] в группе церитиниба и 8,1 месяц [95% ДИ, 5,8 – 11,1] в группе химиотерапии (отношение рисков 0,55 [95% ДИ, 0,42-0,73]; $p < 0.00001$). [32,33]

В конце 2018 года для лечения ALK позитивного НМРЛ был одобрен ещё один препарат – лорлатиниб. Лорлатиниб является мощным, проникающим через гематоэнцефалический барьер ингибитором ALK третьего поколения. В исследованиях фазы 1 активность наблюдалась у пациентов с ALK-положительными немелкоклеточным раком легкого, большинство из которых имели метастазы в ЦНС или прогрессирование после других ALK ингибиторов. В клиническом не рандомизированном исследовании 2 фазы (NCT01970865) пациенты с гистологическим или цитологическим ALK позитивным или ROS1 позитивным, распространённым НМРЛ, с метастазами в ЦНС или без них, с ECOG от 0 до 2, адекватной функцией внутренних органов были зачислены в 6 расширенных когорт (EXP 1-6) на основании статуса ALK и ROS1, предыдущей терапии, и получали перорально 100 мг лорлатиниба ежедневно непрерывно в 21-дневных циклах. Первичной конечной точкой был общий и интракраниальный ответ опухоли. Результаты оценивались центральным независимым комитетом. В исследовании было зарегистрировано 228 ALK позитивных пациентов и 47 ROS1 положительных. ALK позитивные пациенты были разделены на 5 когорт (EXP1-EXP5). EXP 1 - 30 пациентов не получавших до исследования никакой системной терапии, EXP 2 - 27 пациентов прежде получающие только кризотиниб, EXP 3A - 32 пациента получавшие кризотиниб и химиотерапию, EXP 3B - 28 пациентов проходивших лечение: один ALK ингибитор второго поколения с или без химиотерапии, EXP 4 - 65 пациентов - два ALK ингибитора с или без химиотерапии, EXP 5 - 46 пациентов - три предыдущих ALK ингибитора с или без химиотерапии. Самые лучшие результаты были достигнуты в EXP1 – объективный ответ был достигнут у 27 пациентов (90%) [95% ДИ, 73,5-97,9], 3 пациента имели первоначальное метастатическое повреждение ЦНС, у 2 из них отмечался объективный интракраниальный ответ (по сведениям центрального независимого комитета). В остальных группах также отмечались удовлетво-

рительные результаты, ЧОО в разных группах составляла от 36% до 69%. [34]

В соответствии с широким мутационным охватом ALK и проникновением в ЦНС, лорлатиниб продемонстрировал значительный общий и интракраниальный ответ как у пациентов, не получавших лечения, так и у тех, кто прогрессировал на кризотинибе, ингибиторах тирозинкиназы ALK второго поколения или после трёх предыдущих ингибиторов ALK. Таким образом, лорлатиниб может представлять собой эффективный вариант лечения пациентов с ALK положительным немелкоклеточным раком лёгких во второй и последующих линиях терапии, а для регистрации препарата в первой линии лечения следует провести РКИ 3 фазы, и сравнить с ALK ингибиторами (возможно даже не с кризотинибом). [34]

В ходе многих клинических исследований было доказано, что у пациентов с распространённым ALK положительным НМРЛ ALK ингибиторы эффективнее химиотерапии на основе препаратов платины. NCCN рекомендует использовать алектиниб (предпочтительно), бригатиниб, церетиниб, кризотиниб в качестве препаратов первой линии и алектиниб, бригатиниб, церетиниб, лорлатиниб – во второй и последующих линиях лечения. Таким образом, использование вышеуказанных препаратов поможет более эффективно лечить пациентов с ALK положительным НМРЛ.

Литература

1. Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(1), 7–30. doi:10.3322/caac.21387.
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. doi:10.3322/caac.21492.
3. O'Brien, T. D., Jia, P., Aldrich, M. C., & Zhao, Z. (2018). Lung Cancer: One Disease or Many. *Human Heredity*, 65–70. doi:10.1159/000488942.
4. Sandler, A., Gray, R., Perry, M. C., Brahmer, J., Schiller, J. H., Dowlati, A., ... Johnson, D. H. (2006). Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 355(24), 2542–2550. doi:10.1056/nejmoa061884.
5. Forde, P. M., & Ettinger, D. S. (2013). Targeted therapy for non-small-cell lung cancer: past, present and future. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 13(6), 745–758. <http://doi.org/10.1586/era.13.47>
6. NCCN Guidelines Version 2.2019 Non-Small Cell Lung Cancer.
7. Lockney, N. A., & Wu, A. J. (2017). Alectinib for the management of ALK-positive non-small cell lung cancer brain metastases. *Journal of Thoracic Disease*, 9(2), E152–E154. <http://doi.org/10.21037/jtd.2017.02.05>.
8. Soda M, Choi YL, Enomoto M, et al. Identification of the transforming EML4-ALK fusion gene in non-small-cell lung cancer. *Nature* 2007; 448:561-6. doi:10.1038/nature05945.
9. Pikor, L. A., Ramnarine, V. R., Lam, S., & Lam, W. L. (2013). Genetic alterations defining NSCLC subtypes and their therapeutic implications. *Lung Cancer*, 82(2), 179–189. doi:10.1016/j.lungcan.2013.07.025.
10. Shaw AT, Yeap BY, Mino-Kenudson M et al. Clinical features and outcome of patients with non-small-cell lung cancer who harbor EML4-ALK. *J Clin Oncol*. 2009; 27:4247-53. doi:10.1200/JCO.2009.22.6993.
11. Ly AC, Olin JL, Smith MB. Alectinib for advanced ALK-positive non-small-cell lung cancer. *Am J Health Syst Pharm*. 2018 Apr 15;75(8):515-522. doi:10.2146/ajhp170266.
12. Takahashi, T., Sonobe, M., Kobayashi, M., Yoshizawa, A., Menju, T., Nakayama, E., ... Date, H. (2009). Clinicopathologic Features of Non-Small-Cell Lung Cancer with EML4–ALK Fusion Gene. *Annals of Surgical Oncology*, 17(3), 889–897. doi:10.1245/s10434-009-0808-7.
13. Solomon, B. J., Mok, T., Kim, D.-W., Wu, Y.-L., Nakagawa, K., Mekhail, T., ... Blackhall, F. (2014). First-Line Crizotinib versus Chemotherapy in ALK-Positive Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 371(23), 2167–2177. doi:10.1056/nejmoa1408440.
14. Gainor JF, Dardaei L, Yoda S et al. Molecular mechanisms of resistance to first- and second-generation ALK inhibitors in ALK-rearranged lung-cancer. *Cancer Discov*. 2016; 6:1118-33. PMID: PMC5050111 DOI: 10.1158/2159-8290.CD-16-0596.
15. Costa DB, Kobayashi S, et al. CSF concentration of the anaplastic lymphoma kinase inhibitor crizotinib. *J Clin Oncol* 2011; 29: e443-5; PMID:21422405; <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2010.34.1313>.
16. Chun SG, Choe KS, Iyengar P, Yordy JS, Timmerman RD. Isolated central nervous system progression on Crizotinib: an Achilles heel of non-small cell lung cancer with EML4-ALK translocation? *Cancer Biol Ther*. 2012 Dec;13(14):1376-83. doi:10.4161/cbt.22255.
17. FDA ALECENSA® (alectinib) capsules, for oral use Initial U.S. Approval: 2015 Reference ID: 4177381 https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/208434s003lbl.pdf
18. Gadgeel SM, et al. Safety and activity of alectinib against systemic disease and brain metastases in patients with crizotinib-resistant ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (AF-002JG): results from the dose-finding portion of a phase 1/2 study. *Lancet Oncol*. 2014 Sep;15(10):1119-28. doi:10.1016/S1470-2045(14)70362-6.
19. Kodama, T., Hasegawa, M., Takanashi, K., Sakurai, Y., Kondoh, O., & Sakamoto, H. (2014). Antitumor activity of the selective ALK inhibitor alectinib in models of intracranial metastases. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 74(5), 1023–1028. doi:10.1007/s00280-014-2578-6.
20. Sullivan, I., & Planchard, D. (2016). ALK inhibitors in non-small cell lung cancer: the latest evidence and developments. *Therapeutic Advances in Medical*

Oncology, 8(1), 32–47.
<http://doi.org/10.1177/1758834015617355>.

21. Peters, S., Camidge, D. R., Shaw, A. T., Gadgeel, S., Ahn, J. S., Kim, D.-W., ... Mok, T. (2017). Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 377(9), 829–838. doi:10.1056/nejmoa1704795.

22. Hida, T., et al. (2017). Alectinib versus crizotinib in patients with ALK-positive non-small-cell lung cancer (J-ALEX): an open-label, randomised phase 3 trial. *The Lancet*, 390(10089), 29–39. doi:10.1016/s0140-6736(17)30565-2.

23. Updated efficacy and safety data from the global phase III ALEX study of alectinib (ALC) vs crizotinib (CZ) in untreated advanced ALK+ NSCLC. D. Ross Camidge, Solange Peters, Tony Mok, Shirish M. Gadgeel and al. 2018 ASCO Meeting Abstract #9043

24. Uchibori, K., Inase, N., Araki, M., Kamada, M., Sato, S., Okuno, Y., ... Katayama, R. (2017). Brigatinib combined with anti-EGFR antibody overcomes osimertinib resistance in EGFR-mutated non-small-cell lung cancer. *Nature Communications*, 8, 14768. doi:10.1038/ncomms14768.

25. Camidge, D. R., Kim, H. R., Ahn, M.-J., Yang, J. C.-H., Han, J.-Y., Lee, J.-S., ... Papat, S. (2018). Brigatinib versus Crizotinib in ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. doi:10.1056/nejmoa1810171.

26. Katayama, R., Shaw, A. T., Khan, T. M., Mino-Kenudson, M., Solomon, B. J., Halmos, B., ... Engelman, J. A. (2012). Mechanisms of Acquired Crizotinib Resistance in ALK-Rearranged Lung Cancers. *Science Translational Medicine*, 4(120), 120ra17–120ra17. doi:10.1126/scitranslmed.3003316.

27. Kim, D.-W., Tiseo, M., Ahn, M.-J., Reckamp, K. L., Hansen, K. H., Kim, S.-W., ... Camidge, D. R. (2017). Brigatinib in Patients With Crizotinib-Refractory Anaplastic Lymphoma Kinase-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized, Multi-center Phase II Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2490–2498. DOI: 10.1200/JCO.2016.71.5904.

28. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/205755s0091bl.pdf (Accessed on May 31, 2017).

29. Shaw, A. T., Kim, T. M., Crinò, L., Gridelli, C., Kiura, K., Liu, G., ... Felip, E. (2017). Ceritinib versus chemotherapy in patients with ALK-rearranged non-small-cell lung cancer previously given chemotherapy and crizotinib (ASCEND-5): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 18(7), 874–886. doi:10.1016/s1470-2045(17)30339-x.

30. Cho, B. C., Kim, D.-W., Bearz, A., Laurie, S. A., McKeage, M., Borra, G., ... Wrona, A. (2017). ASCEND-8: A Randomized Phase 1 Study of Ceritinib, 450 mg or 600 mg, Taken with a Low-Fat Meal versus 750 mg in Fasted State in Patients with Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK)-Rearranged Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC).

Journal of Thoracic Oncology, 12(9), 1357–1367. doi:10.1016/j.jtho.2017.07.005.

31. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/205755s0101bl.pdf (Accessed on January 06, 2018).

32. Soria, J.-C., Tan, D. S. W., Chiari, R., Wu, Y.-L., Paz-Ares, L., Wolf, J., ... de Castro, G. (2017). First-line ceritinib versus platinum-based chemotherapy in advanced ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (ASCEND-4): a randomised, open-label, phase 3 study. *The Lancet*, 389(10072), 917–929. doi:10.1016/s0140-6736(17)30123-x.

33. Alice T Shaw, MD, PhD Benjamin Solomon, MBBS, PhD. Anaplastic lymphoma kinase (ALK) fusion oncogene positive non-small cell lung cancer. Nov 20, 2018. <https://www.uptodate.com/contents/anaplastic-lymphoma-kinase-alk-fusion-oncogene-positive-non-small-cell-lung-cancer>

34. Solomon, B. J., Besse, B., Bauer, T. M., Felip, E., Soo, R. A., Camidge, D. R., ... Shaw, A. T. (2018). Lorlatinib in patients with ALK-positive non-small-cell lung cancer: results from a global phase 2 study. *The Lancet Oncology*. doi:10.1016/s1470-2045(18)30649-1.

35. Shabanov P., Lebedev A.A., Russanovsky V.V., Pavlenko V.P., Streltsov V.F. Glucocorticoids can play a dual role in activation of the reinforcing system of the brain: directly activate the system and modulate the dopaminergic mechanisms of reward // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. T. 15. № S2. C. S264.

36. Лебедев А.А., Воеводин Е.Е., Андреева Л.И., Русановский В.В., Павленко В.П., Стрелцов В.Ф., Шабанов П.Д. Reinforcing properties of neuropeptides administered into the extended amygdala of chronically alcoholized rats // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. T. 15. № S2. C. S294.

Current possibilities of targeted therapies for ALK positive non-small cell lung cancer

Trushin A.Yu., Pertsov A.S.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Targeted therapy is a developing treatment method that acts on specific molecular targets in cancer cells. In modern oncology for advanced lung cancer recommend testing 4 mutation: EGFR, ALK, ROS1, BRAF. For each of them, there are targeted drugs that improve the prognosis of the disease. This review focuses on pharmacotherapy in patients with ALK positive lung cancer.

Keywords: non-small cell lung cancer, targeted therapy, ALK inhibitors.

1. Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(1), 7–30. doi:10.3322/caac.21387.
2. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. doi:10.3322/caac.21492.
3. O'Brien, T. D., Jia, P., Aldrich, M. C., & Zhao, Z. (2018). Lung Cancer: One Disease or Many. *Human Heredity*, 65–70. doi:10.1159/000488942.
4. Sandler, A., Gray, R., Perry, M. C., Brahmer, J., Schiller, J. H., Dowlati, A., ... Johnson, D. H. (2006). Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 355(24), 2542–2550. doi:10.1056/nejmoa061884.
5. Forde, P. M., & Ettinger, D. S. (2013). Targeted therapy for non-small-cell lung cancer: past, present and future. *Expert Review*

- of Anticancer Therapy, 13(6), 745–758. <http://doi.org/10.1586/era.13.47>
6. NCCN Guidelines Version 2.2019 Non-Small Cell Lung Cancer.
 7. Lockney, N. A., & Wu, A. J. (2017). Alectinib for the management of ALK-positive non-small cell lung cancer brain metastases. *Journal of Thoracic Disease*, 9(2), E152–E154. <http://doi.org/10.21037/jtd.2017.02.05>.
 8. Soda M, Choi YL, Enomoto M, et al. Identification of the transforming EML4-ALK fusion gene in non-small-cell lung cancer. *Nature* 2007; 448:561-6. [10.1038/nature05945](https://doi.org/10.1038/nature05945).
 9. Pikor, L. A., Ramnarine, V. R., Lam, S., & Lam, W. L. (2013). Genetic alterations defining NSCLC subtypes and their therapeutic implications. *Lung Cancer*, 82(2), 179–189. [doi:10.1016/j.lungcan.2013.07.025](https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2013.07.025).
 10. Shaw AT, Yeap BY, Mino-Kenudson M et al. Clinical features and outcome of patients with non-small-cell lung cancer who harbor EML4-ALK. *J Clin Oncol*. 2009; 27:4247-53. [doi: 10.1200/JCO.2009.22.6993](https://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.6993).
 11. Ly AC, Olin JL, Smith MB. Alectinib for advanced ALK-positive non-small-cell lung cancer. *Am J Health Syst Pharm*. 2018 Apr 15;75(8):515-522. [doi: 10.2146/ajhp170266](https://doi.org/10.2146/ajhp170266).
 12. Takahashi, T., Sonobe, M., Kobayashi, M., Yoshizawa, A., Menju, T., Nakayama, E., ... Date, H. (2009). Clinicopathologic Features of Non-Small-Cell Lung Cancer with EML4–ALK Fusion Gene. *Annals of Surgical Oncology*, 17(3), 889–897. [doi:10.1245/s10434-009-0808-7](https://doi.org/10.1245/s10434-009-0808-7).
 13. Solomon, B. J., Mok, T., Kim, D.-W., Wu, Y.-L., Nakagawa, K., Mekhail, T., ... Blackhall, F. (2014). First-Line Crizotinib versus Chemotherapy in ALK-Positive Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 371(23), 2167–2177. [doi:10.1056/nejmoa1408440](https://doi.org/10.1056/nejmoa1408440).
 14. Gainor JF, Dardaei L, Yoda S et al. Molecular mechanisms of resistance to first- and second-generation ALK inhibitors in ALK-rearranged lung cancer. *Cancer Discov*. 2016; 6:1118-33. PMID: 265050111 DOI: 10.1158/2159-8290.CD-16-0596.
 15. Costa DB, Kobayashi S, et al. CSF concentration of the anaplastic lymphoma kinase inhibitor crizotinib. *J Clin Oncol* 2011; 29: e443-5; PMID:21422405; [http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2010.34.1313](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.34.1313).
 16. Chun SG, Choe KS, Iyengar P, Yordy JS, Timmerman RD. Isolated central nervous system progression on Crizotinib: an Achilles heel of non-small cell lung cancer with EML4-ALK translocation? *Cancer Biol Ther*. 2012 Dec;13(14):1376-83. [doi: 10.4161/cbt.22255](https://doi.org/10.4161/cbt.22255).
 17. FDA ALECENSA® (alectinib) capsules, for oral use Initial U.S. Approval: 2015 Reference ID: 4177381 https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/208434s003lbl.pdf
 18. Gadgeel SM, et al. Safety and activity of alectinib against systemic disease and brain metastases in patients with crizotinib-resistant ALK-rearranged non-small-cell lung cancer (AF-002JG): results from the dose-finding portion of a phase 1/2 study. *Lancet Oncol*. 2014 Sep;15(10):1119-28. [doi: 10.1016/S1470-2045\(14\)70362-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70362-6).
 19. Kodama, T., Hasegawa, M., Takanashi, K., Sakurai, Y., Kondoh, O., & Sakamoto, H. (2014). Antitumor activity of the selective ALK inhibitor alectinib in models of intracranial metastases. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 74(5), 1023–1028. [doi:10.1007/s00280-014-2578-6](https://doi.org/10.1007/s00280-014-2578-6).
 20. Sullivan, I., & Planchard, D. (2016). ALK inhibitors in non-small cell lung cancer: the latest evidence and developments. *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 8(1), 32–47. <http://doi.org/10.1177/1758834015617355>.
 21. Peters, S., Camidge, D. R., Shaw, A. T., Gadgeel, S., Ahn, J. S., Kim, D.-W., ... Mok, T. (2017). Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 377(9), 829–838. [doi:10.1056/nejmoa1704795](https://doi.org/10.1056/nejmoa1704795).
 22. Hida, T., et al. (2017). Alectinib versus crizotinib in patients with ALK -positive non-small-cell lung cancer (J-ALEX): an open-label, randomised phase 3 trial. *The Lancet*, 390(10089), 29–39. [doi:10.1016/s0140-6736\(17\)30565-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30565-2).
 23. Updated efficacy and safety data from the global phase III ALEX study of alectinib (ALC) vs crizotinib (CZ) in untreated advanced ALK+ NSCLC. D. Ross Camidge, Solange Peters, Tony Mok, Shirish M. Gadgeel and al. 2018 ASCO Meeting Abstract #9043
 24. Uchibori, K., Inase, N., Araki, M., Kamada, M., Sato, S., Okuno, Y., ... Katayama, R. (2017). Brigatinib combined with anti-EGFR antibody overcomes osimertinib resistance in EGFR-mutated non-small-cell lung cancer. *Nature Communications*, 8, 14768. [doi:10.1038/ncomms14768](https://doi.org/10.1038/ncomms14768).
 25. Camidge, D. R., Kim, H. R., Ahn, M.-J., Yang, J. C.-H., Han, J.-Y., Lee, J.-S., ... Popat, S. (2018). Brigatinib versus Crizotinib in ALK-Positive Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. [doi:10.1056/nejmoa1810171](https://doi.org/10.1056/nejmoa1810171).
 26. Katayama, R., Shaw, A. T., Khan, T. M., Mino-Kenudson, M., Solomon, B. J., Halmos, B., ... Engelman, J. A. (2012). Mechanisms of Acquired Crizotinib Resistance in ALK-Rearranged Lung Cancers. *Science Translational Medicine*, 4(120), 120ra17–120ra17. [doi:10.1126/scitranslmed.3003316](https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3003316).
 27. Kim, D.-W., Tiseo, M., Ahn, M.-J., Reckamp, K. L., Hansen, K. H., Kim, S.-W., ... Camidge, D. R. (2017). Brigatinib in Patients With Crizotinib-Refractory Anaplastic Lymphoma Kinase-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized, Multi-center Phase II Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2490–2498. DOI: 10.1200/JCO.2016.71.5904.
 28. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/205755s009lbl.pdf (Accessed on May 31, 2017).
 29. Shaw, A. T., Kim, T. M., Crinò, L., Gridelli, C., Kiura, K., Liu, G., ... Felip, E. (2017). Ceritinib versus chemotherapy in patients with ALK-rearranged non-small-cell lung cancer previously given chemotherapy and crizotinib (ASCEND-5): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 18(7), 874–886. [doi:10.1016/s1470-2045\(17\)30339-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(17)30339-x).
 30. Cho, B. C., Kim, D.-W., Bearz, A., Laurie, S. A., McKeage, M., Borra, G., ... Wrona, A. (2017). ASCEND-8: A Randomized Phase 1 Study of Ceritinib, 450 mg or 600 mg, Taken with a Low-Fat Meal versus 750 mg in Fasted State in Patients with Anaplastic Lymphoma Kinase (ALK)-Rearranged Metastatic Non–Small Cell Lung Cancer (NSCLC). *Journal of Thoracic Oncology*, 12(9), 1357–1367. [doi:10.1016/j.jtho.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jtho.2017.07.005).
 31. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/205755s010lbl.pdf (Accessed on January 06, 2018).
 32. Soria, J.-C., Tan, D. S. W., Chiari, R., Wu, Y.-L., Paz-Ares, L., Wolf, J., ... de Castro, G. (2017). First-line ceritinib versus platinum-based chemotherapy in advanced ALK -rearranged non-small-cell lung cancer (ASCEND-4): a randomised, open-label, phase 3 study. *The Lancet*, 389(10072), 917–929. [doi:10.1016/s0140-6736\(17\)30123-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30123-x).
 33. Alice T Shaw, MD, PhD Benjamin Solomon, MBBS, PhD. Anaplastic lymphoma kinase (ALK) fusion oncogene positive non-small cell lung cancer. Nov 20, 2018. <https://www.uptodate.com/contents/anaplastic-lymphoma-kinase-alk-fusion-oncogene-positive-non-small-cell-lung-cancer>
 34. Solomon, B. J., Besse, B., Bauer, T. M., Felip, E., Soo, R. A., Camidge, D. R., ... Shaw, A. T. (2018). Lorlatinib in patients with ALK-positive non-small-cell lung cancer: results from a global phase 2 study. *The Lancet Oncology*. [doi:10.1016/s1470-2045\(18\)30649-1](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(18)30649-1).
 35. Shabanov P., Lebedev A.A., Russanovsky V.V., Pavlenko V.P., Streltsov V.F. GLUCOCORTICOIDS CAN PLAY A DUAL ROLE IN ACTIVATION OF THE REINFORCING SYSTEM OF THE BRAIN: DIRECTLY ACTIVATE THE SYSTEM AND MODULATE THE DOPAMINERGIC MECHANISMS OF REWARD // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. V. 15. No. S2. S. S264.
 36. Lebedev A.A., Voevodin E.E., Andreeva L.I., Russanovsky V.V., Pavlenko V.P., Streltsov V.F., Shabanov P.D. REINFORCING PROPERTIES OF NEUROPEPTIDES ADMINISTERED INTO THE EXTENDED AMYGDALA OF CHRONICALLY ALCOHOLIZED RATS // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. V. 15. No. S2. S. S294.

Измерение водопоглощения композитных материалов светового отверждения

Гурбанов Орхан Мехман оглы

студент, кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Orkhan_gurbanov@list.ru

Дидигов Берд Абукарович

студент, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Berd.didigov@gmail.com

Албогачиева Аза Алиевна

студент, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Azaaza12.96@mail.ru

Арутюнян Овсанна Вардановна

студент, кафедра внутренних болезней стоматологического факультета, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Harutyunyan.ellada@inbox.ru

Муравьева Яна Эдуардовна

студент, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Jannny91@mail.ru

Произведено измерения показателя водопоглощения у композитных материалов светового отверждения. Для измерения водопоглощения использовали аналитические весы, электронный микрометр, термостат, шаблоны для композитного материала. Наименьший показатель водопоглощения получен у композитного материала Charisma «Heraeus Kulzer», наибольший – у DentLight «VladMiVa». Все исследованные материалы имели показатели водопоглощения в пределах нормы ГОСТ 31574-2012.

Ключевые слова: композиционный материал светового отверждения, водопоглощение, микрометр.

Введение

Светоотверждаемые композиционные материалы сегодня являются основными реставрационными материалами в терапевтической стоматологии. Ассортимент композиционных материалов, представленных на стоматологическом рынке, очень широкий. Тем не менее, проблема поиска идеального пломбировочного материала до настоящего времени полностью не решена, что подтверждается большим количеством новых разработок в материаловедении. На создание нового материала и выход его на стоматологический рынок уходит в среднем 4–6 лет. На доклиническом этапе тщательно изучаются физические, химические, биологические свойства экспериментального образца на предмет соответствия принятым стандартам.

Одним из исследуемых физико-механических свойств светоотверждаемых композитных материалов является водопоглощение. Композиты должны иметь низкий показатель водопоглощения. Если композит может абсорбировать воду, значит он способен абсорбировать и другие компоненты ротовой жидкости, что приведет к изменению его цвета и нарушению краевого прилегания. Водопоглощение связано со способностью полимерной матрицы абсорбировать воду. Стекланный наполнитель сам не абсорбирует воду, но может адсорбировать ее на свою поверхность. Поэтому величина водопоглощения зависит от содержания полимера в композите и качества связи между полимером и наполнителем. Изучению водопоглощения светоотверждаемых композитов посвящено малое число работ, кроме этого, сами производители материалов редко указывают значения этого показателя в технической документации.

Исходя из этого, изучение влияния процесса нагревания на изменение водопоглощения светоотверждаемых композитных материалов и анализ результатов нагревания, выявление преимуществ и недостатков является актуальной научно-практической задачей для улучшения качества стоматологических реставраций.

Материалы и методы

Исследование проводилось в соответствии с требованиями ГОСТ 31574-2012 «Материалы стоматологические полимерные восстановительные. Технические требования. Методы испытаний.»

Исследовали 3 светоотверждаемых композитных материалов оттенка А3: Filtek ULTIMATE «3M

ESPE», Charisma «Heraeus Kulzer», DentLight «VladMiVa». Из каждого материала было изготовлено 5 опытных образцов: цилиндров диаметром 15 мм и высотой 0,5 мм.

Нами был использован аппарат для светового отверждения – программируемый фотополимеризатор стоматологических светодиодный ФПС – 01 А2 «ТехноГамма» мощностью 1000-1200 Вт. Интенсивность и глубина проникновения излучения соответствует излучению галогенового полимеризатора мощностью 900 мВт/см².

Для измерения длины образцов использовали микрометр электронный GARWIN GMG-MK5075 Микрометр электронный МКЦ-75, 75 мм - 0,001, ГОСТ 6507-90 с погрешностью 0.001 мм.

Для измерения массы образцов использовали прецизионные аналитические весы Pioneer PA64C Ohaus I класса точности с дискретностью 0,0001 мг (рис. 1).



Рисунок 1. Весы аналитические с образцом материала

Для воссоздания условий ротовой полости использовали термостат Binder BD 115 с естественной конвекцией.

В соответствии со стандартом ГОСТ 31574-2012 в пластиковую круглую форму помещали исследуемый композит и изготавливали образцы диаметром 15 мм и толщиной 0,5 мм. Затем образцы закрывали кварцевым стеклом и облучали в течение времени, рекомендованного изготовителем. После этого образцы взвешивались с точностью в пределах ±0,0001 мг и полученная масса m_1 записывалась. Образцы с установленной постоянной массой помещались в дистиллированную воду при соотношении массы образца к массе воды 1:10 и выдерживались в термостате в воде при температуре 37±1°С в течение 7 дней. По истечению этого срока образцы извлекали, промывали проточной водой, промокали поверхность фильтровальной бумагой до исчезновения видимой влаги и взвешивали, записы-

вая полученную массу m_2 . Значение показателя водопоглощения W_b , мкг/мм³, рассчитывали по формуле:

$$W_b = \frac{m_2 - m_1}{V}$$

где m_1 – постоянная начальная масса образца, мкг;

m_2 – масса образца после выдержки в воде при температуре 37±1°С в течение 7 дней, мкг;

V – объем образца, мм³. Объем образцов диаметром 15 мм и толщиной 0,5 мм составляет 88 мм³.

Результаты исследования

Были получены следующие массы образцов и рассчитано водопоглощение в соответствии со стандартом ГОСТ 31574-2012 (таблица 1, 2, 3). Норма водопоглощения светоотверждаемого композитного материала по ГОСТ – не более 50 мкг/мм³.

Таблица 1

Название материала, номера образцов	Charisma Heraeus Kulzer				
	CI	CII	CIII	CIV	CV
m_1 , мкг	264500	222900	274700	233800	272500
m_2 , мкг	265500	223700	276200	234700	273500
Водопоглощение, мкг/мм ³	11,36	9,09	17,05	10,23	11,36

Таблица 2

Название материала, номера образцов	Filtek ULTIMATE «3M ESPE»				
	FI	FII	FIII	FIV	FV
m_1 , мкг	267300	280500	243600	218600	269300
m_2 , мкг	269600	282800	245700	220600	271700
Водопоглощение, мкг/мм ³	26,14	26,14	23,86	22,73	27,27

Таблица 3

Название материала, номера образцов	DentLight «VladMiVa»				
	DI	DII	DIII	DIV	DV
m_1 , мкг	301500	312500	273700	313500	272600
m_2 , мкг	304200	315400	276100	315400	27500
Водопоглощение, мкг/мм ³	30,68	32,95	27,27	31,95	32,4

Как видно из таблиц, наибольший уровень водопоглощения у материала DentLight «VladMiVa» - в среднем он составил 31,05±2,27 мкг/мм³. Далее следует Filtek ULTIMATE «3M ESPE» - среднее значение водопоглощения 25,23±1,87 мкг/мм³. Наименьшее водопоглощение у материала Charisma Heraeus Kulzer – 11,82±3,07 мкг/мм³. У всех материалов показатель водопоглощения в пределах нормы ГОСТ 31574-2012. Высокие значения водопоглощения композита могут быть связаны с несколькими причинами. Возможно, что материал содержит фракцию с высокой растворимостью, которая и оставляет пространства, заполняемые водой (это может быть связано с неполным отверждением полимера). В дополнение к этому полимер может содержать воздушные пустоты, образовавшиеся при замешивании или наложении пломбы. Еще одной причиной высокого водопоглощения мог быть гидролитический распад связи между наполнителем и полимером, который приводит к абсорбции воды на поверхности частиц наполнителя. Это может привести к двум важным последствиям. Во-первых, по мере того, как утрачивается связь между частицами

наполнителя и полимером, наполнитель будет терять свою эффективность упрочняющего компонента материала, приводя в результате к разрушению пломбы. Во-вторых, поверхностная прочность частицы наполнителя будет снижаться, что приведет к повышению износа. Таким образом, высокий показатель водопоглощения должен вызывать определенное беспокойство относительно качества композита. Однако, все исследуемые композиты уложились в пределы нормы.

Выводы

По итогам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Предпочтительнее использовать светоотверждаемые композитные материалы с наименьшим показателем водопоглощения.
2. Наименьший показатель водопоглощения у материала Charisma Heraeus Kulzer, наибольший – у DentLight «VladMiVa».
3. Показатели водопоглощения всех материалов в пределах нормы ГОСТ 31574-2012.

Литература

1. Виллерсхаузен, Б. Актуальное определение места стоматологических пломбировочных композитов // Клиническая стоматология. 2003. № 3. С. 10–21.
2. Настольная книга стоматолога, работающего материалами фирмы Heraeus Kulzer // Клиническая стоматология (прилож. к журн.). М. 2000. 144 с.
3. Kugel, G. Direct and indirect adhesive restorative materials: a review // American journal of dentistry. 2000. Vol. 13. P. 35–40.
4. Leinfelder, K. Packable composites: overview and technical considerations // J. Esthet. Dent. 1999. Vol. 11. P. 234–249.
5. Attar, N. Flow, strength, stiffness and radiopacity of flowable Resin Composites // J. Can. Dent. Assoc. 2003. Vol. 69(8). P. 21–516.
6. Wakefield, C. Advances in restorative materials // Dent. Clin. North Am. 2001. Vol. 45. P. 7–29.
7. Нуриева Н.С. Особенности протезирования после хирургического лечения злокачественных опухолей орорфарингеальной зоны // Уральский медицинский журнал. 2010. № 12. С. 105.

Measurement of water absorption of light-cured composite materials

Gurbanov O.M., Didigov B.A., Albogachieva A.A., Harutyunyan O.V., Muraveva Ya.E.

First St. Petersburg State Medical University. Acad. I.P. Pavlova
The water absorption index was measured for light-cured composite materials. Analytical weighter, electronic micrometer, thermostat and templates for composite material were used to measure water absorption. The lowest water absorption is obtained from the Charisma "Heraeus Kulzer" composite material, the highest - from DentLight "VladMiVa". All studied materials had water absorption values within the normal range of GOST 31574-2012.

Key words: light-cured composite material, water absorption, micrometer.

References

1. Villerskhauzen, B. Klinicheskaya stomatologiya. 2003. № 3. pp. 10–21.
2. Handbook of a dentist working with materials from Heraeus Kulzer. Klinicheskaya stomatologiya (journal supplement). M. 2000. p. 144.
3. Kugel, G. American journal of dentistry. 2000. Vol. 13. P. 35–40.
4. Leinfelder, K. J. Esthet. Dent. 1999. Vol. 11. P. 234–249.
5. Attar, N. J. Can. Dent. Assoc. 2003. Vol. 69(8). P. 21–516.
6. Wakefield, C. Dent. Clin. North Am. 2001. Vol. 45. P. 7–29.
7. Nurieva N.S. Features of prosthetics after surgical treatment of malignant tumors of the oropharyngeal zone // Ural Medical Journal. 2010. No. 12. P. 105.

ABC/VEN-анализ ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в терапии злокачественных новообразований предстательной железы (на примере Оренбургской области)

Нигматуллина Юлия Ульфатовна

старший преподаватель, кафедра управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, poet200707@mail.ru

Лозовая Галина Федоровна

доктор фармацевтических наук, профессор, кафедра управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, poet200707@mail.ru

В последнее время в медицине, в целом, и клинической фармакологии, в частности, широко используется понятие «рациональное использование лекарств», которое включает в себя три тесно связанных аспекта: клиническую эффективность, безопасность и экономическую целесообразность терапии.

В настоящей работе проведен ABC/VEN-анализ ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в лечении рака предстательной железы. Оценена работа льготного и розничного отделов фармацевтических организаций Оренбургской области.

Ключевые слова: ABC/VEN-анализ, противоопухолевые препараты, злокачественные новообразования предстательной железы, фармакоэкономика, качество фармакотерапии, льготное лекарственное обеспечение.

ABC/VEN-анализ, как метод оценки структуры расходов, представляет собой распределение лекарственных препаратов (ЛП) по трем классам (А, В и С) в зависимости от объемов их потребления на протяжении определенного периода, и на категории (V, E и N) в зависимости от степени важности для спасения жизни. Использование метода позволяет рассмотреть потребление ЛП в экономической перспективе, нивелировать необоснованные затраты и устранить возможные нарушения в сфере логистики [1, с. 323-327].

Как известно, ABC-классификация основана на распределении закупаемых ЛП по группам в зависимости от величины затрат по их ценовой стоимости: «А» – 80 % всех закупок, «В» – 15 % всех закупок, «С» – 5 %. ABC-классификация может проводиться, как по торговым наименованиям (ТН), так и по международным непатентованным наименованиям (МНН) ЛП.

Классификация затрат по VEN категориям (V – жизненно важные, E – необходимые, N – второстепенные ЛП) может проводиться формально: при включении препарата в Перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП, который утверждается Правительством Российской Федерации (РФ), так и с использованием метода экспертных оценок [2, с. 51-57].

Целью исследования явилось проведение ABC/VEN-анализа ЛП, применяемых в лечении злокачественных новообразований предстательной железы (ЗНПЖ), льготного и розничного отделов фармацевтических организаций города Оренбурга.

Материалом исследования послужили данные оперативной и бухгалтерской отчетности розничного и льготного отделов Аптеки Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областной аптечный склад» (г. Оренбург, ул. Карагандинская, 102) и аптечного пункта при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Оренбургский областной клинический онкологический диспансер", (г. Оренбург, проспект Гагарина, д. 11). Для проведения ABC/VEN-анализа были отобраны ЛП, применяемые в лечении ЗНПЖ, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами лечения выбранной нозологии. VEN-анализ проводился формально с

использованием утвержденного Правительством РФ Перечня жизненно необходимых и важнейших ЛП.

Результаты. По данным настоящего исследования за 2016 год израсходовано 29 168 788 руб. на льготное обеспечение противоопухолевыми ЛП больных со ЗНПЖ Оренбургской области. Наиболее весомые затраты приходятся на Областной бюджет - 22 349 608 руб., что составило 76,6% всех затраченных средств. Из Федерального бюджета израсходовано 6 735 140 руб. (23,1%). В розничном звене реализация противоопухолевых ЛП составила 84 040 руб. (0,3 % от всего объема закупленных ЛП) (рис. 1).

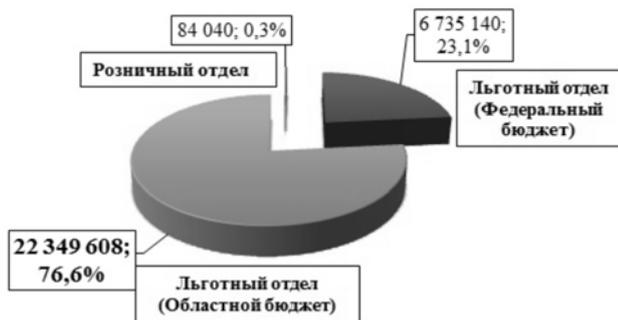


Рис. 1. Структура затрат на лекарственные препараты, применяемые для лечения ЗНПЖ в г. Оренбурге, 2016 г., руб.

ABC-анализ полученных данных льготного отпуска противоопухолевых ЛП показал, что 83 % бюджетных средств израсходовано на 6 ТН (Зитига, Элигард, Бусерелин-депо, Бусерелин-лонг ФС, Джевтана, Золадекс), вошедших в группу «А»; на 8 ТН группы «В» – 14 % и на 7 ТН группы «С» – 4 %. Наиболее затратными противоопухолевыми ЛП в группе «А» оказались: «Зитига» (МНН - Абиратерон) – 36,9%, а также Элигард (МНН - Лейпролерин) - 17% от всех затрат на льготные ЛП (табл. 1.).

Вышеуказанные ЛП применяются для лечения метастатического кастрационно-резистентного и гормоночувствительного рака предстательной железы (РПЖ) [3, с. 463-469]. Большая часть ЛП «Зитига» и «Элигард» закупается из Областного бюджета Оренбургской области, так как ЗНПЖ впервые выявляются на поздних стадиях развития заболевания.

Результаты VEN-анализа ассортимента льготных противоопухолевых ЛП показали, что в группу «V» (жизненно важные ЛП) вошло 19 ТН ЛП (90%), что составило 98,9 % затрат льготного обеспечения населения.

ABC/VEN-анализ льготных ЛП, позволил сделать вывод, что в группах «А» и «В» ассортимента все ЛП относятся к жизненно необходимым и важнейшим. В группе «С» только ЛП «Бонефос» - (27 %) отнесён в группу «N». «Бонефос» применяется с целью снижения риска возникновения гиперкальциемии и патологических

переломов при метастатическом поражении костей и входит в стандарт химиотерапевтического лечения ЗНПЖ на III-IV стадиях [4, с. 1-8; 6, с. 15-16].

Таблица 1

ABC – анализ ассортимента льготных лекарственных препаратов, применяемых в лечении рака предстательной железы

Наименование ЛП		Областной бюджет		Федеральный бюджет		Итого, руб.	ABC
МНН	ТН	Кол-во, уп.	Сумма, руб.	Кол-во, уп.	Сумма, руб.		
Абиратерон	Зитига®	47	10 771 510	-	-	10 771 510	A
Лейпролерин	Элигард	153	4 341 920	24	689 090	5 031 010	
Бусерелин	Бусерелин-депо; Бусерелин-лонг	312	1 221 550	494	1 910 120	3 131 670	
Кабазитаксел	Джевтана	12	2 911 788	-	-	2 911 788	
Гозерелин	Золадекс®	47	538 600	182	1 761 150	2 299 750	B
Золедроновая кислота	Резокластин; Резокластин ФС; Золе-рикс; Резорба; Золедронат-Тева	87	180 880	501	1 659 760	1 840 640	
Трипторелин	Диферелин	60	686 530	48	630 500	1 317 030	
Доксорубицин	Доксорубицин-ЛЭНС®; Доксорубицин-РОНЦ	4039	775 860			775 860	
Доцетаксел	Доцетаксел-Рус; Доцетера; Новотакс	101	648 350			648 350	C
Клодроновая кислота	Бонефос	23	209 890			209 890	
Бикалутамид	Бикалутамид; Бикана	297	62 730	410	85 520	148 250	

По результатам ABC/VEN-анализа ассортимента розничного отдела противоопухолевых ЛП, применяемых в терапии ЗНПЖ, выделены всего две категории «А» и «В» вследствие малого количества отпущенных ЛП. При этом в группу «А» вошло 9 ТН противоопухолевых ЛП, а в группу «В» - 2 ТН – «Диферелин» и «Бусерелин-лонг» (табл. 2.). Следующее связано с тем, что исследуемая нозология обеспечивается в основном посредством льготной программы «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами».

VEN-анализ ассортимента розницы показал, что все приобретенные ЛП относятся к жизненно важным и необходимым, и отнесены в группу V (100%).

Проведенный ABC/VEN-анализ льготного и розничного звена позволяет сделать вывод о том, что бюджетные средства расходуются в основном целесообразно. Все противоопухолевые ЛП, на обеспечение которых затрачивается более 80% средств из Областного и Федерального бюджетов, отнесены к группе «V» - необходимые для спасения жизни. Розничное звено дополняет льготное, непрерывно обеспечивая онкологических больных эффективными и безопасными ЛП.

По результатам ABC/VEN-анализа на приобретение ЛП «Золедроновая кислота» на 2016 год из Областного и Федерального бюджетов затрачено

1 659 760 руб. (6,3% от всех затрат). По данным клинических исследований у больных, принимавших ЛП «Золедроновая кислота» отмечалось позднее развитие первых костных осложнений, что, в свою очередь, улучшало качество жизни больных с ЗНПЖ [6, с. 76-81]. Важно отметить, что наряду с Золедроновой кислотой, закупался ЛП «Бонефос», который по результатам анализа был отнесен к группе «С» - затраты менее 5% и категории «N» - «второстепенные ЛП». Однако на сегодняшний день не подтверждено увеличение общей выживаемости пациентов с ЗНПЖ на фоне применения ЛП Золедроновой кислоты и Клодроновой кислоты соответственно [7, с. 657]. Необходимо дальнейшее исследование целесообразности закупок вышеуказанных ЛП.

Таблица 2
ABC/VEN-анализ розничного сегмента лекарственных препаратов, применяемых в лечении рака предстательной железы

Наименование ЛП		Кол-во, уп.	Сумма, руб	V, N-шифр	Доля затрат в %	Группа ABC
МНН	ТН					
Доксорубицин	Доксорубицин-ЛЭНС®; Доксорубицин-Тева; Доксорубицин-Эбеве	81	44 130	V	38,82	
Бикалутамид	Бикалутамид Сандоз; Бикалутамид Канон; Бикалутамид-Тева; Билумид; Бикана	13	220 940	V	20,18	A
Трипторелин	Диферелин	1	9000	V	7,92	
Бусерелин	Бусерелин-лонг	2	7 970	V	7	B

Таким образом, ABC/VEN-анализ позволят скорректировать структуру ассортимента противоопухолевых и сопровождающих лечение ЗНПЖ ЛП, а также скоординировать работу нескольких взаимосвязанных отделов: льготного, розничного, а также работу медицинских организаций.

Литература

- Халафян А. А., Кошкарлов А. А., Фабрицкая Е. Ю. Система поддержки принятия решений на основе ABC/VEN-анализа льготного потребления лекарственных препаратов // *Фундаментальные исследования*. – 2016. – № 4-2. – С. 323-327.
- Бурыкин И. М., Алеева Г. Н., Хафизьянова Р. Х. Возможность использования abc/ven-анализа в системе управления качеством фармакотерапии учреждения здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – Т. 1. – № 4.
- Носов Д. А. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака предстательной железы // *В сб.: Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии*. – 2016.

4. Государственный реестр лекарственных средств. Инструкции по применению лекарственного препарата «Бонефос». [Электронный ресурс] – (<https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>)

5. Арыбжанов Д. Т., Умарова К. Р., Суттибаева Р. С. Бонефос в лечении костных метастазов // *Сибирский онкологический журнал*. 2007. №. S2.

6. Ньюшко К. М., Калпинский А. С., Каприн А. Д. Профилактика развития осложнений у больных раком предстательной железы с метастазами в костях // *Research'n Practical Medicine Journal*. – 2015. – Т. 2. – №. 3.

7. Comparison between zoledronic acid and clodronate in the treatment of prostate cancer patients with bone metastases / F. Wang, W. Chen, H. Chen et al. // *Med Oncol*. – 2013. – Vol. 30, № 3 – P. 657.

8. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Влияние фактора гигиены полости рта на развитие новообразований орофарингеальной зоны // *Опухоли головы и шеи*. 2015. Т. 5. № 2. С. 39-44.

9. Нуриева Н.С. Особенности протезирования после хирургического лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны // *Уральский медицинский журнал*. 2010. № 12. С. 105.

ABC/VEN-analysis of anticancer medicines used in the treatment of prostate cancer

Nigmatullina Ju.U., Lozovaya G.F.

Orenburg State Medical University, Bashkir State Medical University
Recently, the concept of "rational use of drugs" is widely used in medicine and clinical pharmacology. It includes three closely related aspects: clinical efficacy, safety and economic feasibility of treatment.

In the present paper we conducted ABC/ VEN analysis of range of medicines used in the treatment of prostate cancer. We evaluated the performance of preferential and retail departments of the pharmaceutical organizations of the Orenburg region

Keywords: ABC/VEN-analysis, anticancer drugs, prostate cancer, pharmacoconomics, quality of pharmacotherapy, preferential provision of medicines.

References

- Khalafyan A. A., Koshkarov A. A., Fabritskaya E. Yu. Decision support system based on ABC / VEN analysis of preferential consumption of drugs // *Basic research*. - 2016. - №. 4-2. - p. 323-327.
- Burykin I. M., Aleeva G. N., Khafizyanova R. Kh. Possibility of using abc / ven-analysis in the quality management system of pharmacotherapy of a health care institution. *Fundamentalnye issledovaniya*. - 2014. - V. 1. - №. four.
- Nosov D. A., et al. Practical recommendations on drug treatment of prostate cancer // In collection: *Practical recommendations on the treatment of malignant tumors of the Russian Society of Clinical Oncology*. - 2016.
- The state register of medicines. Instructions for use of the drug "Bonefos." [Electronic resource] - (<https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>)
- Arybzhonov D. T., Umarova K. R., Suttiabaeva R. S. Bonefos in the treatment of bone metastases // *Siberian Journal of Oncology*. - 2007. - №. S2.
- Nyushko KM, Kalpinsky A. S., Kaprin A. D. Prevention of the development of complications in patients with prostate cancer with bone metastases // *Research'n Practical Medicine Journal*. - 2015. - V. 2. - №. 3
- Comparison between zoledronic acid and clodronate treatment of patients with bone metastases / F. Wang, W. Chen, H. Chen et al. // *Med Oncol*. - 2013. - Vol. 30, No. 3 - P. 657.
- Kiparisova D.G., Kiparisov Yu.S., Nurieva N.S. The influence of the factor of oral hygiene on the development of neoplasms of the oropharyngeal zone // *Tumors of the head and neck*. 2015. Vol. 5. No. 2. P. 39-44.
- Nurieva N.S. Features of prosthetics after surgical treatment of malignant tumors of the oropharyngeal zone // *Ural Medical Journal*. 2010. No. 12. P. 105.

Суррогатное материнство: решение демографической проблемы или угроза обществу?

Гридина Вера Валерьевна

кандидат педагогических наук, доцент кафедры социологии, политологии и истории Отечества, Самарский государственный технический университет, samavera@mail.ru

В связи со снижением показателей рождаемости и ростом числа бесплодных пар в нашей стране широкое распространение получило использование различных репродуктивных технологий. Среди них особое место отводится суррогатному материнству, споры вокруг которого не прекращаются до сих пор. В статье освещаются существующие проблемы суррогатного материнства с точки зрения социальных, морально-этических, медицинских, правовых аспектов, анализируются аргументы сторонников и противников данной репродуктивной технологии. Представлены результаты прикладного социологического исследования, проведенного в Самарском государственном техническом университете. Исследование было посвящено определению степени информированности и отношения студентов к суррогатному материнству, его влиянию на институт семьи в современном обществе.

Ключевые слова: суррогатное материнство, вспомогательные репродуктивные технологии, генетические родители, демографический кризис, социологическое исследование, общество, студенческая молодежь.

В последние годы в нашей стране широко обсуждаются проблемы, связанные со снижением рождаемости. Демографический кризис связывают с рядом причин: увеличение возраста вступления в брак по сравнению с предыдущими десятилетиями, позднее рождение первого ребенка, рост числа бесплодных браков, составляющих 15-20% от числа всех супружеских пар [1;4;16;24]. Как следует из отчета Росстата, уровень рождаемости в нашей стране в 2017 г. снизился на 10,7%, а число умерших превысило число родившихся на 8% [7]. Одной из мер государственной поддержки населения в вопросах деторождения являются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), среди которых особое место занимает суррогатное материнство (СМ).

Суррогатное материнство сегодня считается одной из популярных репродуктивных технологий во всем мире. Россия входит в десятку стран-лидеров по развитию и использованию репродуктивных технологий. В нашей стране действуют несколько сотен клиник, которые на коммерческой и бюджетной основе оказывают помощь пациенткам, не способным зачать ребенка естественным путем. Несмотря на то, что данная технология используется в мире около 40 лет, ее использование продолжает вызывать споры среди юристов, психологов, социологов, врачей, священнослужителей.

В связи с актуальностью данной темы, в мае 2018 года среди студентов Самарского государственного технического университета (СамГТУ) было проведено социологическое исследование по рассматриваемой теме. Целью исследования стало определение информированности и отношения респондентов к суррогатному материнству, его влиянию на институт семьи в современном обществе. Основным методом исследования стал анкетный опрос студентов, обучающихся на старших курсах дневного и заочного отделений. Участниками исследования стали 300 респондентов, среди которых 49% мужчин и 51% женщин. Материальное положение участников опроса в целом можно охарактеризовать как среднеобеспеченное, доходы каждого члена семьи половины опрошенных составили более 25 тыс. руб.

Около 70% участников опроса отметили, что знают о том, что представляет собой суррогатное материнство. Половина респондентов относятся положительно к данной репродуктивной технологии, 28,5% безразлично и отрицательно – 7% опрошенных. Как показали ответы респондентов,

они недооценивают масштабы распространённости данной технологии в нашей стране. Если в 2008 г. в России было рождено 192 ребёнка благодаря суррогатному материнству, то в 2015 году на свет с ее помощью появилось уже более 3800 детей (цифры за 2016-2017 гг. еще подсчитываются) [22]. Треть опрошенных считает, что в РФ благодаря суррогатному материнству ежегодно появляется на свет до 100 детей, еще 30,5% считают, что это несколько сотен детей в год; 25% уверены, что в России ежегодно от суррогатных матерей рождается около тысячи детей. Лишь 13,5% ответили, что эта цифра достигает 3- 5 тысяч детей. В зависимости от ряда различных факторов, стоимость услуг суррогатной матери может достигать 3-4 млн. руб. Почти половина опрошенных (43%) приблизительно точно оценивают стоимость подобных услуг, называя цифру - более 1 млн. руб.

Основной причиной популярности данной репродуктивной технологии респонденты (62%) считают примеры известных деятелей искусства, «звезд» эстрады, которые пользуются услугами сурмам. Среди других причин - активная пропаганда суррогатного материнства через СМИ (20,5%); современный кинематограф (13%); нарушение фертильности современных женщин (4,5%). Таким образом, по мнению студентов, именно массовые коммуникационные каналы формируют положительное отношение молодежи к данной технологии.

Положительно относятся к поддержке государством суррогатного материнства в нашей стране 75% опрошенных, безразлично - 23%, тех, кто считает, что в нашей стране его следует запретить, всего 2%. При этом, среди сторонников СМ встречается немало тех, кто считает себя верующими и даже религиозными людьми. Среди участников опроса - 64,5 % исповедуют христианство; 16,5% - атеисты; 12% - скептики, сомневающиеся в существовании сверхъестественных сил; 5% исповедуют ислам, 2% - иудаизм. Респондентов, в жизни которых религиозная вера играет определяющую роль и влияет на поведение и поступки - 6,5%, и в их числе те, кто высказал отрицательное отношение к СМ. Хотя основная часть респондентов считает себя последователями христианства, однако не во всем следует его положениям (58,5%). Видимо, поэтому они не совсем верно определяют отношение традиционных конфессий к суррогатному материнству. Около 60% опрошенных считают, что «суррогатное материнство – важное богоугодное дело, которым можно воспользоваться, если женщина не может родить ребенка самостоятельно». На вопрос о том, считают ли, что СМ противоречит вероучению наиболее распространенных в России религий (христианство, ислам), лишь 18,5% ответили - «однозначно противоречит», 34% - «не противоречит» и почти половина опрошенных затруднились с выбором ответа. Между тем, отношение традиционных религий к СМ в целом можно охарактеризовать

как отрицательное. Так, в официальных источниках Русской православной церкви указывается, что если нарушается целостность брачных отношений и в них появляется третье лицо, то суррогатное материнство недопустимо. «Если пара не способна к зачатию..., то по обоюдному согласию ребенка можно усыновить или произвести интракорпоральное (внутрителесное) оплодотворение половыми клетками мужа. Последнее не разрушает целостности брачного союза...» [12;20]. Таким образом, православная церковь осуждает суррогатное материнство, предпочитая ему усыновление ребенка из приюта. Такой же позиции придерживается и католическая церковь, которая считает суррогатное материнство неприемлемым, поскольку оно «противоречит единству брака и достоинству человеческого деторождения». В исламе суррогатное материнство также отвергается, т.к. считается, что беременность должна быть плодом законного супружества.

Несмотря на то, что большинство респондентов поддерживает СМ, подобное отношение, на наш взгляд, можно считать скорее равнодушием, чем осознанной позицией, поскольку, если бы возникла такая необходимость, 17% респондентов ни при каких обстоятельствах не воспользовались бы услугами суррогатной матери; воспользовались лишь в случае крайней необходимости – 59%. Остальные затруднились ответить на данный вопрос. На вопрос анкеты «Если бы в Вашей семье не было возможности естественным путем родить ребенка, при этом средств было бы достаточно, что бы Вы выбрали...», основная часть студентов ответили - усыновление (51%), затем СМ (43%), остальные воспользовались бы ЭКО. На вопрос «Допускаете ли Вы лично возможность использования услуг сурмамы?», положительно ответили 8,5%; лишь в том случае, если не будет возможности завести детей самостоятельно - 60,5%; посчитали, что суррогатное материнство - недопустимое для их семьи явление - 8,5%, предпочли бы взять ребенка из детдома – 22,5%. Ответы респондентов позволяют считать, что они всерьез не задумываются о возможном бесплодии, надеются на рождение собственных детей и поддерживают СМ скорее «заодно» с большинством. Об этом свидетельствует и то, что 40% респондентов относятся к СМ как к «купле-продаже детей» и 36% назвали его «противоестественной» технологией рождения детей.

В настоящее время суррогатное материнство подразделяется на два вида: гестационное (полное), когда суррогатная мать только вынашивает ребенка и традиционное (частичное), когда яйцеклетка суррогатной матери участвует в оплодотворении. Согласно российскому законодательству, суррогатная мать не должна быть одновременно донором яйцеклетки, поэтому второй способ суррогатного материнства в России запрещен с 2012 года. Ответы подавляющего большинства респондентов (95%) показывают, что они не отличают существующие виды СМ и уверены, что в РФ применяется его традиционная форма. Видимо,

респонденты выбрали данный вариант ответа, опираясь лишь на его название.

В России суррогатное материнство законодательно закреплено Семейным кодексом Российской Федерации (в 1995 г.) и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в 2012 г.). Студентам было предложено ответить, какие законы РФ регулируют принципы СМ (можно было выбрать любое количество ответов). Большинство опрошенных ответили, что это Семейный кодекс РФ – 83,8%, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – 48,2%, Конституция РФ – 18,9%, Арбитражный процессуальный кодекс Российской Федерации – 4,8%. Как видно из результатов опроса, студентам не составило особой сложности ответить на данный вопрос. Именно в СК РФ дано определение понятию «суррогатная мать» и определены нормы, регламентирующие правоотношения в сфере репродукции человека с привлечением суррогатной матери (ст. 51-52) [19]. С вступлением в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были введены уточняющие положения по суррогатному материнству. Так, в п. 10 ст. 55 были сформулированы требования к суррогатной матери. Суррогатной матерью может стать женщина в возрасте 25-35 лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья и давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство [5]. Женщина, состоящая в зарегистрированном браке, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. В законе прописано, что воспользоваться этим методом могут люди, которые по медицинским показаниям не могут иметь детей. Воспользоваться услугами СМ могут пары, состоящие в законном браке, не зарегистрировавшие свои отношения, либо одинокие, определенные законом как "потенциальные родители" [17;20]. В анкету был включен блок вопросов, позволяющий оценить степень информированности респондентов о требованиях к потенциальным родителям и суррогатной матери для возможности их участия в договоре о суррогатном материнстве.

На вопрос «должна ли по закону женщина, желающая стать суррогатной матерью, состоять в браке?», – 63% ответили «не обязательно»; не знают – 28%; должна – 9%. На вопрос о количестве собственных детей, которые должны быть у суррогатной матери, основное число респондентов ответило: один ребенок – 57%; их может не быть – 25%; двое детей – 13,5%. В качестве необходимых требований законодательства к суррогатной матери, опрошенные указали: возраст 20 - 35 лет – 71,9%; наличие не менее одного собственного ребенка – 40%; замужняя претендентка может стать суррогатной матерью только с согласия мужа – 46%; осуществление данной

услуги возможно исключительно по медицинским показаниям: бесплодие, наследственные заболевания – 39%; у предполагаемой сурмамы должно быть врачебное заключение об удовлетворительном состоянии здоровья – 73%; должно быть подписано добровольное разрешение на проведение медицинского вмешательства по программе суррогатного материнства – 44%. Ответы студентов позволяют считать, что в целом они достаточно осведомлены о том, какие требования предъявляет закон РФ к суррогатной матери.

Какие же характеристики должны быть присущи суррогатной матери, по мнению молодых респондентов? Наиболее важными при выборе, по их мнению (можно было выбрать любое число ответов), является ее рост, вес, группа крови (60%), социальный статус (27%), национальность (20,5%), предыдущий опыт в качестве сурмамы («повторница») – 18%, профессия и высшее образование (4% и 3% соответственно). Если бы респондентам пришлось выбирать суррогатную мать, они обратили бы внимание на ее физиологические показатели (здоровье) – 92,4%; социальные характеристики (статус, образование) – 49,2%; экономические (материальное положение) – 22,2%. Из медицинских показателей им наиболее важны: здоровье – 88,1%, психическое состояние – 75,2%, отсутствие вредных привычек – 66,5%, генетика – 57,8%, возраст – 56,7%, количество и наличие собственных детей – 42,7%. Из социальных показателей наибольшее значение имеет отсутствие у сурмамы судимости – 85%; уровень образования – 44%, социальный статус и занимаемая ею должность – 42%, место работы – 30%.

Несмотря на имеющееся в российском законодательстве определение суррогатного материнства, многие отечественные ученые и юристы отмечают его неточность и предлагают собственные подходы и критерии к его определению. Они отмечают, что существующее в законодательстве понятие суррогатного материнства содержит неясности, что позволяет двояко толковать одну и ту же статью [9;18;21]. Это, в частности, касается вопросов передачи заказчиком рожденного младенца [10], необходимости применения к суррогатной матери гражданско-правовых санкций в случае невыполнения ею своих обязанностей [3; 23]. Мы выражаем согласие, что под защитой государства, в первую очередь, должна находиться судьба будущего ребенка, и в случае нарушения суррогатной матерью или «потенциальными родителями» своих обязательств, на них должны быть наложены определенные санкции. В настоящее время такие женщины заносятся в «черные списки», позволяющие в некоторой степени обезопасить супружеские пары, принявшие решение о проведении процедуры СМ. В анкету был включен вопрос о «черных списках сурмам». Большинство опрошенных впервые услышали об этих списках из анкеты (58%) или догадываются об их существовании (32,5%). Причины попадания в «черный список», по мнению респондентов - мошенниче-

ство в сфере СМ (72,4%); наличие или приобретение во время вынашивания венерических заболеваний, СПИДа, гепатита С, инфекций (71,9%); нарушение принятых обязательств (женщина не выходит на связь, не отвечает на звонки, не посещает клинику во время вынашивания) - (45,4%). Примечательно, что 55,1% респондентов указали, что женщина попадает в «черный список» в случае ее отказа вернуть себе ребенка после его рождения, что показывает их неосведомленность, поскольку суррогатная мать по закону может оставить после рождения новорожденного себе или отказаться от него.

Формирование отношения к суррогатному материнству во многом складывается из личных мотивов человека, его нравственных ориентиров и представлений о семье, материнстве, правах детей и обязанностях родителей, потому у него есть свои сторонники и противники. Проанализируем, какие проблемные стороны при реализации СМ отмечаются разными авторами и как относятся к ним студенты СамГТУ.

Одним из аргументов против суррогатного материнства является то, что оно превращает детей в товар и предмет договорных отношений, а материнство – в оплачиваемую работу, коммерческую услугу или эксплуатацию женщин [1;11;25]. Суррогатное материнство рассматривается авторами как легализация найма женщин для вынашивания ("биологическая проституция", «рабочее брюхо», «матка напрокат») [2;20]. Студенты СамГТУ не поддерживают данное мнение. Лишь 39% согласились с утверждением, что «СМ - это купля-продажа детей»; 21% респондентов согласны, что СМ – это «продажа» женского тела для вынашивания чужого ребенка; 22% считают, что суррогатная мать – это инкубатор для популярного товара в лице новорожденного младенца, остальные высказались против данных утверждений. Респонденты СамГТУ также не поддержали мнение, что рождение детей от суррогатной матери можно считать коммерческой услугой, поставленной на поток. Лишь 20% студентов согласны, что «вынашивание детей можно считать видом работы, поточной индустрией по производству «товара» для определенной сферы». При этом 61% респондентов СамГТУ согласились с тем, что многие женщины становятся суррогатными матерями из финансовых соображений и «СМ - реальная возможность заработать круглую сумму денег». Половина опрошенных поддерживает мнение, что «женщина вынашивает ребенка на заказ и нет никакой разницы, каким образом он появится на свет».

В анкете мы попросили респондентов высказать мнение о том, должно ли государство, по их мнению, предоставлять право сурмаме вернуть выношенного ею ребенка, если она примет такое решение? Большинство опрошенных (48%) ответили отрицательно, поскольку суррогатная мать, по их мнению, получила деньги за свою работу, поэтому у нее нет никаких прав на ре-

бенка, тем более, что она не является биологической матерью новорожденного малыша. 21% респондентов отметили, что все права сурмамы должны регулироваться законом еще до момента рождения ею ребенка; 16,5% считают, что у суррогатной матери должно быть право вернуть рожденного ею ребенка; 16% посчитали, что если обе стороны подписали соглашение о суррогатном материнстве, сурмама не может оспорить родительские права второй стороны после записи их как родителей; 8,5% отметили, что родителям предварительно следует получить заверенный нотариусом документ от суррогатной матери на отказ от ребенка.

Еще одним аргументом противников суррогатного материнства является защита эмбрионов и прав детей, рожденных по программе суррогатного материнства. Законодательство РФ направлено на интересы суррогатной матери, «потенциальных родителей», однако права ребенка практически не защищаются. Мы считаем, что эмбрион является началом новой жизни и проблема использования жизнеспособных эмбрионов должна решаться на законодательном уровне. Оставшиеся после оплодотворения яйцеклеток 85-90% «неиспользованных» эмбрионов можно уничтожить, продать, передать для имплантации другим женщинам, либо использовать в экспериментах или биопроизводстве [1]. Данный факт позволяет ученым и представителям религиозных конфессий утверждать, что применение ЭКО недопустимо, поскольку с их точки зрения эмбрион является человеком. Сегодня в России проблема «лишних эмбрионов» остается открытой и не имеет юридического статуса, поэтому в случае их хранения в замороженном виде срок их жизни может продлеваться на неопределенное время, во время которого оплодотворенная яйцеклетка подвергается фоновому радиоактивному облучению, в связи с чем возрастает вероятность мутации, которая может проявиться как наследственное заболевание только в последующих поколениях [12].

Еще один нерешенный вопрос, связанный с защитой прав детей, заключается в том, что суррогатное материнство обостряет понимание ребенком личной и семейной идентичности, ставя его перед вопросом о том, кто его настоящая мать [13;20]. Суррогатной матери тоже приходится сдерживать себя во время беременности, чтобы не привязаться к ребенку, с которым у нее неизбежно возникают тесные психологические связи. Генетической матери, ее супругу и новорожденному младенцу также будет сложнее адаптироваться к новым социальным ролям. Генетические родители нередко ощущают свою несостоятельность как «настоящих» родителей, постоянно живут в напряжении и страхе, поскольку утаивают от ребенка факт его рождения от другой женщины, чтобы не спровоцировать кризис идентичности у ребенка. Однако ответы студентов СамГТУ показывают, что они не задумываются всерьез о данных проблемах или просто не замечают их существования. Они не считают ребенка, родившегося

от суррогатной матери – «товаром без права на выбор» (73%). Лишь 21% респондентов уверены, что «отказываясь от ребенка, сурмама лишает его эмоциональной связи с собой, тем самым «блокируя» его механизмы самозащиты, в результате чего, вырастая, он становится более тревожным, угнетенным, с повышенной склонностью к депрессиям». Только треть опрошенных (32,5%) считают, что «никакие деньги не смогут компенсировать утраченную связь матери и ребенка, после того как она вынуждена будет отдать его другой женщине» и 34% респондентов с жалостью относятся к сурмам, которые чаще всего из-за денег сознательно лишают себя материнства. На вопрос «должен ли, по Вашему мнению, ребенок знать, что был рожден от суррогатной матери?», основная часть респондентов затруднилась ответить (51%); 36,5% ответили отрицательно, поскольку это может в дальнейшем ему навредить. В случае, если респонденты оказались бы сами на месте суррогатной матери, 43% стала бы интересовать дальнейшая судьба и жизнь ребенка, которого они выносили, 41% затруднились ответить, и лишь 16% ответили, что им это было бы совсем неинтересно. При этом, на вопрос, способны ли генетические родители принять ребенка от сурмамы как собственного, большинство (56%) ответили, что смогут; считают, что это будет зависеть от конкретной ситуации в семье – 34% и уверены, что не смогут – 10% респондентов.

Таким образом, вопросы использования суррогатного материнства неоднозначно воспринимаются молодежью и требуют решения проблем не только медицинских, биологических, юридических, но и морально-этических, социальных. Однако, как показывают результаты опроса, респонденты хотя и достаточно хорошо информированы о СМ, но не задумываются всерьез об ответственности, которую должны брать на себя генетические родители и суррогатная мать.

Среди важнейших социальных проблем суррогатного материнства отметим его возможную доступность для однополых семей и модернизацию традиционного понимания семьи как общественного института. Сегодня по данным вопросам ведутся серьезные научные и общественные дискуссии. Среди одиноких мужчин и однополых пар наблюдается рост интереса к суррогатному материнству в целях «приобретения» себе детей, что актуализирует вопрос о нарушениях такими ситуациями прав ребёнка [15;26]. Отсутствие ограничений в возможности использования услуг суррогатной матери для однополых пар может повлиять на увеличение числа неполных семей, попытки узаконить СМ для гомосексуальных пар, что также свидетельствует о кризисе традиционной семьи. Мы уверены, что при рассмотрении вопросов доступности ВРТ некоторыми группами населения, необходимо учитывать, в первую очередь, интересы детей и их право воспитываться в полной семье [2]. Считаем, что современные методы репродукции

должны широко обсуждаться, поскольку они могут иметь серьезные последствия, напрямую влияющие на преобразования самого института семьи. В анкету был включен вопрос об отношении к указанным проблемам студентов СамГТУ. На вопрос «Кому, по Вашему мнению, законом должно быть отказано в СМ?», респонденты ответили: «никому не стал(а) бы запрещать – 44%; паре из двух женщин или мужчин – 38%; мужчине-одиночке 6,5%; семейной паре, которая не может иметь детей, но способна усыновить ребенка – 5%; женщине старше 40 лет – 4%; всем бы запретил - 2,5%.

Традиционная семья – основа процветающего государства, которое должно выступать гарантом защиты ценностей традиционной семьи. Однако быстрое развитие биомедицинских технологий заставляет всерьез задуматься о возможных последствиях их бесконтрольного применения, особенно, когда начинают разрушаться понятия о традиционной семье и кровнородственных связях. В то же время, данная проблема практически не беспокоит современную молодежь, о чем свидетельствуют результаты опроса. На вопрос «Как Вы считаете, если в нашей стране суррогатное материнство приобретет широкую популярность и станет общедоступным, изменит ли это отношение россиян к институту семьи в целом?», большинство респондентов ответили, что «СМ никак не повлияет на отношение россиян к браку и семье и ничего не изменит – 54%. Приблизительно одинаковое число респондентов считает, что СМ укрепит семью и брак – 23% и уверены, что СМ может отрицательно повлиять на отношение населения к институту семьи и брака и разрушит его основы – 23%. Большинство опрошенных (81%) высказались против того, что «суррогатное материнство - типичное явление современного постмодернистского общества, в котором попирается сущность любви и понимание семьи.

Еще одна важная проблема, связанная с СМ - это здоровье рожденного потомства. Сегодня, когда повзрослели дети первых поколений, рожденных при помощи ВРТ, появились и результаты медицинских исследований, которые указывают, что эти дети составляют определенную группу риска по здоровью. Медицинские исследования по данной проблеме позволяют утверждать, что широкое применение ВРТ может привести к появлению новой популяции людей с высоким риском развития кардио-метаболических, сердечно-сосудистых заболеваний, риском перинатальных осложнений, врожденных пороков развития и редких импринговых заболеваний у детей [4;8]. Массированное гормональное и лекарственное воздействие на женщину на протяжении всей беременности оказывает вредное влияние на нее и будущего ребенка. Некоторые авторы указывают на существование связи между методами лечения бесплодия и развитием детских онкологических заболеваний среди детей, рожденных с помощью методов ВРТ. По мнению авторитетных российских ученых, ЭКО существенно увеличивает риск рождения ребенка-инвалида [6] и ни-

кто не может гарантировать, что ребенок, рожденный при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, будет здоровым, как психически, так и физически.

Основным аргументом сторонников суррогатного материнства является то, что для бездетной семьи данная репродуктивная технология - единственный способ получить генетически "своего" ребенка и ничем не хуже усыновления. По их мнению, суррогатное материнство не коммерциализация деторождения, а акт любви и сотрудничества, обдуманый и осознанно принятый суррогатной матерью с учетом возможных последствий. Отметим, что участники опроса поддерживают данную позицию. Так, 60% опрошенных ответили, что СМ - это нужное и важное дело, когда женщина не может родить ребенка сама. С формулировкой «суррогатное материнство - спасательный круг, благородная миссия, шанс помочь бездетным семьям, возможность ощутить счастье полноценной семьи» согласились 64% опрошенных.

Еще одним аргументом в поддержку суррогатного материнства является то, что женщина за выполнение своей работы получает хорошую материальную компенсацию и моральное удовлетворение от пользы, которую приносит обществу [14], в то время как от запрета суррогатного материнства ничего кроме вреда не будет, поскольку бездетные семьи так и останутся таковыми. Студенты СамГТУ также поддерживают данные аргументы.

Хотя суррогатное материнство законодательно разрешено и широко используется в нашей стране, оно продолжает вызывать серьезные разногласия среди ученых, медиков, представителей власти, церкви, общественности. Анализ подходов к его использованию показывает, что среди специалистов различного профиля нет однозначного ответа на вопрос о необходимости его применения. В суррогатном материнстве одни видят инновационную отрасль медицины и «спасательный круг» в условиях демографического кризиса и проблем с фертильностью, другие - доходный бизнес, третьи - угрозу морали и семье, трансформацию кровнородственных связей, если оно получит распространение среди однополых пар. Половина опрошенных студентов считает, что к СМ следует относиться как к обычной услуге, предлагаемой современной медициной. Прогресс нельзя остановить и данная технология будет активно развиваться. Несмотря на дороговизну и неоднозначность отношения к СМ, оно востребовано бездетными парами, для которых рождение генетически своего ребенка является более желанным, чем усыновление чужого малыша. Рост числа предложений стать суррогатной матерью позволяет утверждать, что коммерческое суррогатное материнство сегодня становится одним из видов женской занятости. Любой запрет на востребованные в обществе услуги может способствовать возникновению нелегального рынка, в условиях которо-

го невозможно будет обеспечить гарантии и права ни ребенку, ни «потенциальным родителям», ни суррогатной матери. В этих условиях задача государства — создание регулируемой и подконтрольной законодательной базы в сфере вспомогательных репродуктивных технологий. Необходимо, чтобы защищались права ребенка, вводились ограничения на использование СМ для однополых пар, чтобы применялся данный метод только в государственных, а не частных медицинских учреждениях. За ненадлежащее исполнение своих обязанностей и отказ от ребенка государством должна быть введена ответственность и наложены штрафные санкции как для суррогатных матерей, так и «потенциальных родителей».

Результаты проведенного в СамГТУ исследования показывают, что если женщина решила стать суррогатной матерью, критиковать ее сегодня никто не станет. Отношение респондентов к ней достаточно безразличное (56,5%), как к человеку, который получает высокий заработок за предоставление необходимой обществу услуги. Поскольку развитие биомедицинских технологий происходит сегодня настолько быстро, что общество не успевает осмыслить их возможные последствия, нам еще предстоит решить, нужен ли нам данный способ для продолжения рода.

Литература

1. Акбашева С.Г. Проблема суррогатного материнства // Novainfo [Электронный ресурс] URL: <https://novainfo.ru/article/4757/> - 2016. – Т.1 - №42. - С. 303-306 (дата обращения: 10.01.2019).
2. Артемий Сильвестров (диак.) Социальные и этические аспекты перспективы законодательного запрета суррогатного материнства в России [Электронный ресурс] URL: http://ruskline.ru/special_opinion/2016/nyabr/socialnye_i_eticheskie_aspekty_perspektivy_zakonodatelnogo_zapreta_surrogatnogo_materinstva_v_rossii/ (дата обращения: 10.01.2019).
3. Артюшина О.Н., Прохорова М.В. Отдельные вопросы суррогатного материнства в России // Вестник КГУ. – 2017. - № 2.
4. Башмакова Н. В., Цивьян П. Б., Чистякова Г. Н., Данькова И. В., Трапезникова Ю. М., Бычкова С. В., Ремизова И. И. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т.61. - №5. - С. 14–18.
5. Герасимов А.В., Афанасьева А.Ю. Проблемы суррогатного материнства по российскому законодательству // Вестник Красноярского университета МВД России. – 2014. - №4 (26).
6. Главный педиатр России выступает против поддержания на государственном уровне технологии искусственного оплодотворения [Электронный ресурс] / «Интерфакс». URL: <http://www.interfax-russia.ru/Siberia/report.asp?id=45881&p=1> (дата обращения: 10.01.2019).
7. Естественное движение населения в разрезе субъектов РФ за январь-декабрь 2017 года

[Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/free_doc/2017/demo/edn12-17.htm (дата обращения: 10.01.2019).

8. Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. - №5. - С.15-22.

9. Леженин В. Н. Проблемы договорных отношений, связанных с суррогатным материнством /В. Н. Леженин// Актуальные проблемы гражданского права, гражданского и арбитражного процесса : материалы науч. конф. Воронеж, 15–16 марта 2002 г. / под ред. Е. И. Носыревой, Т. Н. Сафроновой. – В 2 ч. Ч. 1. Гражданское право. – Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2002.

10. Митрякова Е.С. Правовое регулирование суррогатного материнства в России: автореф. дис. ...канд. юр. наук. – Тюмень, 2006. – 23 с.

11. Новицкая Т.Е. Социально–этические аспекты использования современных вспомогательных репродуктивных технологий // Веснік Палескага дзяржаўнага ўніверсітэта. Серыя прыродазнаўчых навук. - 2015. - №1. – С. 20-24.

12. Обухов М. (прот.) О некоторых этических сторонах ЭКО и т.н. «суррогатного материнства». Церковно-общественный совет по биоэтической этике при Московской Патриархии [Электронный ресурс] URL: <http://bioethics.orthodoxy.ru/analitika/reproduktivnyie-tekhnologii/145/> (дата обращения: 10.01.2019).

13. Оксюковская Д.И., Сафина Д.Ю. Суррогатное материнство. Этические и правовые аспекты // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2017. – Т. 7. - № 6.

14. Пестрикова А.А. Суррогатное материнство в России: монография / А.А. Пестрикова. – Самара: Самар. гуманит. акад., 2008. – 180 с.

15. Понкин И.В., Понкина А.А. Оценка суррогатного материнства с позиций права и биоэтики // Право и образование. - 2014. - N10. - С. 97-109.

16. Рудакова Б., Замаховская Л.Ю., Стрижова Т.В., Трубникова О.Б., Татарина Л.В. Исходы экстракорпорального оплодотворения как мультифакторная проблема клинической репродуктологии // Медицинский совет. – 2015. -№ 9. – С.84-90.

17. Салахова М. Г. Правовые проблемы суррогатного материнства // Проблемы обеспечения, реализации, защиты конституционных прав и свобод человека. – 2013. - №2. – С. 198-206.

18. Самойлова В.В. Суррогатное материнство как правовой институт // Теория и практика общественного развития. – 2014. - № 4.

19. Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 03.08.2018 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/(дата обращения 15.01.2019).

20. Силуянова И. В., Силуянов К. А. Репродукция человека: этико-правовые проблемы // Медицинское право. – 2013. - №4.

21. Сорокина Т.В. Суррогатное материнство: понятие и критерии его определения // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 5, Юриспруденция. - 2010. - № 2 (13).

22. Статистика суррогатного материнства в России за 5 лет [Электронный ресурс] URL: <https://ekoplod.ru/news/10-statistika-surrogatnogo-materinstva-v-rossii-za-5-let.html> (дата обращения: 10.01.2019).

23. Сухарева Е. Р. Суррогатное материнство: свобода усмотрения и соотношение отраслевых методов правового регулирования // Вестник Воронежского института МВД России. – 2013. - №2.

24. Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе "суррогатного материнства" в рамках лечения методом экстракорпорального оплодотворения // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. - №4. – С. 6-8.

25. Шамшов А.А., Голомышкина К.В. Проблемы правового регулирования суррогатного материнства в России // Вопросы современной юриспруденции: сб. ст. по матер. LIV-LV междунар. науч.-практ. конф. № 10-11(50). – Новосибирск: СибАК, 2015.

26. Элленбоген А. Всемирная востребованность суррогатного материнства. Реализация и этические аспекты // Репродуктивная медицина. - 2016. - №4.

Surrogacy: a decision of demographic problems or a threat of modern society?

Gridina V.V.

Samara State Technical University

The use of various reproductive technologies has become widespread due to the decline in fertility rates and the increase of infertile couples in our country. Among them, surrogacy has a special place and the debate about it does not cease till now.

The existing problems of surrogacy in terms of social, moral, ethical, medical, legal aspects are highlighted in the article. The article presents and analyzes the arguments of supporters and opponents of this reproductive technology. The results of applied sociological research made in 2018 among students of Samara State Technical University are presented. The research study was devoted to determining the degree of students' awareness and their attitude to surrogacy as one of the most popular reproductive technologies, its impact on the institution of family in modern society.

Keywords: surrogacy, assisted reproductive technologies surrogate mother and genetic parents, assisted reproductive technologies, demographic crisis, sociological research, society, student youth.

References

1. Akbasheva S.G. Surrogate motherhood problem // Novainfo [Electronic resource] URL: <https://novainfo.ru/article/4757/> - 2016. - Vol. 1 - No. 42. - p. 303-306 (the date of appeal: 01.01.2019).
2. Artemy Sylvestrov. (On the Internet resource).
3. Artyushina ON, Prokhorov M.V. Selected issues of surrogacy in Russia // Bulletin of KSU. - 2017. - № 2.
4. Bashmakova N. V., Tsyvyan P. B., Chistyakova G. N., Dankova I. V., Trapeznikova Yu. M., Bychkova S. V., Remizova I. I. The state of the cardiovascular system in children, conceived using assisted reproductive technologies // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. - 2016. - T.61. - №5. - P. 14–18.
5. Gerasimov A.V., Afanasyev A.Yu. Surrogate motherhood problems under Russian law // Bulletin of Krasnodar University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. - 2014. - №4 (26).
6. The main pediatrician of Russia opposes maintaining at the state level artificial insemination technology [Electronic resource] /

- Interfax. URL: <http://www.interfax-russia.ru/Siberia/report.asp?id=45881&p=1> (appeal date: 01/10/2019).
7. Natural population movement in the context of the subjects of the Russian Federation
January-December 2017 [Electronic resource] URL: http://www.gks.ru/free_doc/2017/demo/edn12-17.htm (access date: 01.01.2019).
 8. Keshishyan, ES, Tsaregorodtsev, AD, Ziborova, M.I. The state of health and development of children born after in vitro fertilization // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2014. - №5. - P.15-22.
 9. Lezhenin V.N. Problems of contractual relations related to surrogate motherhood / V. N. Lezhenin // Actual problems of civil law, civil and arbitration process: materials of scientific. conf. Voronezh, March 15–16, 2002, ed. E. I. Nosyreva, T.N. Safronova. - In 2 h. Part 1. Civil law. - Voronezh: Voronezh publishing house. state University, 2002.
 10. Mityakova E.S. Legal regulation of surrogacy in Russia: author. dis. ... Cand. legal sciences. - Tyumen, 2006. - 23 p.
 11. Novitskaya T.E. Socio-ethical aspects of the use of modern assisted reproductive technologies // Vesnik Paleskaga dzyar'ynag universiteta. Gray colors. - 2015. - №1. - p. 20-24.
 12. Obukhov M. (prot.) On some ethical aspects of IVF and so-called. "Surrogate motherhood". Church-Public Council on Biomedical Ethics under the Moscow Patriarchate [Electronic resource] URL: <http://bioethics.orthodoxy.ru/analitika/reproduktivnye-tehnologii/145-> (appeal date: 01/10/2019).
 13. Oksyukovskaya D.I., Safina D.Yu. Surrogacy. Ethical and legal aspects // Bulletin of medical Internet conferences. - 2017. - V. 7. - № 6.
 14. Pestrikova A.A. Surrogate motherhood in Russia: monograph / A.A. Pestrikova. - Samara: Samar. humanity Acad., 2008. - 180 p.
 15. Ponkin I.V., Ponkina A.A. Assessment of surrogate motherhood from the standpoint of law and bioethics // Law and Education. - 2014. - N10. - pp. 97-109.
 16. Rudakova B., Zamakhovskaya L.Yu., Strizhova T.V., Trubnikova OB, Tatarinova L.V. In Vitro Fertilization Outcomes as a Multifactorial Problem of Clinical Reproductive Studies // Medical Council. - 2015. -№ 9. - P.84-90.
 17. Salakhova M. G. Legal problems of surrogate motherhood // Problems of ensuring, implementing, protecting the constitutional rights and freedoms of the person. - 2013. - №2. - p. 198-206.
 18. Samoilova V.V. Surrogate motherhood as a legal institution // Theory and practice of social development. - 2014. - № 4.
 19. Family Code of the Russian Federation "of 29.12.1995 No. 223-FZ (as amended on 03.08.2018 [Electronic resource] - Access Mode. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982 appeals 15.01.2019).
 20. Siluianova I. V., Siluyanov KA. Reproduction of a person: ethical and legal problems // Medical Law. - 2013. - №4.
 21. Sorokina T.V. Surrogate motherhood: the concept and criteria for its definition // Bulletin of the Volgograd State. un-that. Ser. 5, jurisprudence. - 2010. - № 2 (13).
 22. Surrogate motherhood statistics in Russia for 5 years [Electronic resource] URL: <https://ekoplod.ru/news/10-statistika-surrogatnogo-materinstva-v-rossii-za-5-let.html> (access date: 10.01.2019).
 23. Sukhareva E.R. Surrogate motherhood: freedom of discretion and the ratio of sectoral methods of legal regulation // Bulletin of the Voronezh Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia. - 2013. - №2.
 24. Khritinin D.F., Gardanova J.R., Kulakova E.V. Borderline mental disorders in women with infertility in the program "surrogate motherhood" in the framework of treatment by in vitro fertilization // Mental disorders in general medicine. - 2008. - №4. - p. 6-8.
 25. Shamshov, A.A., Golomyshkina, K.V. Problems of legal regulation of surrogacy in Russia // Questions of modern jurisprudence: Sat. Art. on mater. LIV-LV Intern. scientific-practical conf. No. 10-11 (50). - Novosibirsk: SibAK, 2015.
 26. Ellenbogen A. World demand for surrogate motherhood. Realization and ethical aspects // Reproductive medicine. - 2016. - №4.

Нарушение интеграции у детей с расстройством аутистического спектра

Кулакова Татьяна Ивановна,
к.м.н., врач-психиатр, Красноярский краевой психоневрологический диспансер kulakova_ti@mail.ru

Талалаева Яна Сергеевна,
дефектолог, средняя школа № 55, gita-gitara@mail.ru

Дети с аутистическими расстройствами представляют неоднородную группу, как по клинической симптоматике, так и по степени выраженности проявлений. Такое разнообразие затрудняет выявление общего патогенетического звена спектра нарушений. Данное исследование основано на предположении о нарушении общего интегративного механизма фило- и онтогенетического развития нервной системы с проявлением в клинической картины аутистических расстройств разнообразных функциональных нарушений. В качестве объекта исследования выбрано самосознание младших школьников, как многокомпонентной структуры, находящейся у детей этого возраста в процессе формирования.

Ключевые слова: аутистические расстройства, детский аутизм, интеграция, самосознание, самооценка, социальные контакты, младший школьный возраст.

Психика представляет сложную, многоуровневую систему. Её функционирование объединяет в единое целое различные дифференцированные части и системы. Принцип интегративности имеет место при формировании функциональных систем. Интеграция составляющих обуславливает целостность психики человека. Само понятие «интеграция» означает «состояние связанности отдельных дифференцированных частей и функций системы, организма в целое, а также процесс, ведущий к такому состоянию» [1]. Интегративные механизмы необходимы для оптимального развития, ориентировки во внешнем мире, взаимодействия с ним, усвоение опыта, управление жизнью и поведением, социальной адаптации [2].

Любой признак возникает в процессе развития. Имеет свой возрастной интервал, свой внутренний механизм развития. Каждая ступень развития связана с усложнением, появлением нового, более высокого уровня психических образований. То, что было развито на предыдущих стадиях видоизменяется, вырабатывается определённая соподчиненность. Происходит иерархическая интеграция процессов, свойств и качеств. Таким образом, психическая интеграция может выступать критерием развития структуры [3,4,5].

В биологическом аспекте основой психики выступает центральная нервная система. От сложности развития головного мозга, взаимодействий между его структурами зависит уровень развития психики [6,7].

Анализ эволюционных закономерностей формирования структур головного мозга позволил И.М. Сеченову сформулировать принцип этапности развития нервной системы: в процессе саморазвития мозг последовательно проходит этапы усложнения и дифференцировки как в морфологическом, так и в функциональном отношении; П.К. Анохину - концепцию «гетерохронного системогенеза»: в ходе эмбриогенеза сначала формируются более древние, неспецифические структуры, затем постепенно вычлняются специализированные системы, в филогенетическом отношении более новые. Происходит процесс взаимовлияния, взаимопроникновения функций. Ведущим в этом развитии является функциональное звено. Развитие и усложнение структур генетически детерминировано, обусловлено реализацией генетической программы, но имеющей индивидуальные особенности [7]. Формирование интегративных систем в процессе эволюции привело к

возникновению панорамного восприятия и оценки поступающей информации.

Данное исследование базировалось на представлении о нарушении общей интеграции как генетической программы развития, формирования взаимосвязей между структурами мозга и, соответственно, нарушении функционирования психических образований у детей с детским аутизмом (ДА). Модель системного функционирования при ДА можно рассматривать, как вариант ступени эволюционного развития с несформированностью полимодальных связей. Видимо, однозначность, отсутствие целостности, многокомпонентности в понимании не ограничивается какой-либо одной функцией, а имеет место в проявлениях любой психической сферы детей с ДА.

В качестве объекта исследования выбрано самосознания младших школьников с аутистическими расстройствами. Предмет исследования – особенности становления дифференцированной составляющей идентичности детей с детским аутизмом.

Самосознание является одним из сложных психических феноменов, имеющего многокомпонентную структуру. «Самосознание - форма психического отражения, которая представляет собой осознанное человеком своего общественного статуса и своих жизненно важных потребностей» [8]. Оно не присуще человеку изначально, а формируется в процессе развития. Этапы формирования самосознания совпадают с этапами психического развития, со становлением интеллектуальных и личностных сфер. По мере развития происходит дифференциация представлений о себе. Самосознание представляется как структура, состоящая из трёх компонентов — когнитивного, аффективного и поведенческого с которые имеют относительно независимую логику развития, однако в своём реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь.

ДА рассматриваются как группа расстройств нарушения психологического развития. Анализ результатов исследований лиц с ДА показывает о ограниченной способности интегрировать интероцептивную информацию, о нетипичной интеграции информации о себе по отношению к «другим», нарушении способности следить за социально значимыми стимулами, о сниженной способности интегрировать мультисенсорную информацию в единый образ, снижении сетевой интеграции, нарушении связей между отделами мозга, ослабление мультисенсорной интеграции более высокого порядка [9, 10, 11, 12].

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Красноярской краевой специальной коррекционной общеобразовательной школы для детей с ОВЗ №7, на базе Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средней школы №55». Целью исследования явилось сравнительное изучение особенностей компонентов

самосознания у детей младшего школьного возраста с ДА, у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (ЗПР) и у детей младшего школьного возраста с нормативным психофизическим развитием. Были исследованы 30 учащихся 1 – 3 классов: первая группа – 10 младших школьников с ДА, вторая группа - 10 младшие школьники с ЗПР, третья группа - 10 учащихся с нормой развития. Дети младшего школьного возраста с детским аутизмом и дети младшего школьного возраста с задержкой психического развития обучаются совместно и находятся в одинаковых условиях общеобразовательного процесса.

В ходе исследования были использованы следующие методики: методика «Лесенка» В. Г. Щур, методика исследования самооценки Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн, методика определения эмоциональной самооценки А. В. Захаровой, рисуночный тест «Семья животных».

В качестве критериев отбора были использованы возрастные показатели детей (все принимавшие участие в эксперименте дети были рождены в период с 2008 по 2010 год) и наличие детского аутизма или задержки психического развития (данные выписки психолого-медико-педагогической комиссии).

Обсуждение и результаты

Анализ результатов обследования по методике «Лесенка» показал, что во всех трех группах уровень самооценки завышен: в первой группе (младшие школьники сДА) – в 100% завышенная самооценка, в двух последующих группах появляется более дифференцированы показатели. Во второй группе (младшие школьники с ЗПР) в 70% случаев самооценка завышена, в 30% - нормативные показатели для данного возраста. В третьей группе (младшие школьники с нормативным уровнем развития) в 90% - завышенная самооценка, в 10% - норма в уровне оценки. Во всех трех группах случаев заниженной самооценки не зафиксировано.

При анализе данных по результатам методики «Диагностика самооценки» Т. В. Дембо и С. Я. Рубинштейн оценка свой качественных характеристик была уже более дифференцирована во второй (младшие школьники с ЗПР) и третьей (младшие школьники с нормативным развитием) группах, менее дифференцированный подход к оценке наблюдался в первой группе (младшие школьники с ДА) с оценочной крайностью. В группе младших школьников с ЗПР зафиксирована тенденция к крайности оценок и сбалансированность в оценке у младших школьников с нормативным уровнем развития. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Завышенная самооценка в младшем школьном возрасте рассматривается как норма. Она отражает положительно одобряемую оценку взрослых, потребность в принятии, носит эмоциональный характер без логического обоснования. Знания о своих качествах, возможностях в этом возрасте

еще не достаточно. Когнитивный компонент самосознания носит элементарный характер. В связи с учебной деятельностью появляется предпосылка познания своих особенностей, дифференцированности представлений о себе. Оценка учителя, окружающих, успешность школьной деятельности, сравнение с другими учащимися, анализ своих поступков являются материалом для познания себя.

Таблица 1
Показатели исследованных групп по представленным шкалам методики Дембо – Рубинштейна в %

Группы	Шкалы						
	Уверенность в себе	Внешность	Авторитет у сверстников	Способности	Ум	Характер	Здоровье
Группы с высокой оценкой							
Первая	90	90	90	100	100	90	80
Вторая	80	90	60	60	50	60	70
Третья	40	30	70	40	60	30	50
Группы со средней оценкой							
Первая	0	0	0	0	0	0	0
Вторая	20	10	30	10	40	40	0
Третья	40	70	30	60	40	70	50
Группы с низкой оценкой							
Первая	10	10	10	0	0	10	20
Вторая	0	0	10	30	10	0	30
Третья	10	0	0	0	0	0	0

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о малой дифференцированности самооценки у детей ДА. Отсутствует оценочная деятельность в сравнении с другими детьми. Данная деятельность носит аналитический, интегративный характер: включает оценку себя, другого, сравнение обоих оценок и итог этого сравнения.

Анализ результатов исследования по субтесту №1 методики А. В. Захаровой показал, что уровень дифференцированности оценки в показателях во всех трех группах выше, чем при выполнении методики «Лесенка». Отмечается рост процента нормативного оценочного уровня.

В данном субтесте не используется оценочная категория «плохой-хороший», а предлагается выбрать свое место среди людей. В группе младших школьников с ДА сохраняется крайность в оценке. Так, нормативная оценка в 30% случаев, завешенные показатели в 60% и 10% заниженные. Во второй группе – 80% нормативные показатели, 10% завышены и 10% занижены. В третьей группе – 70% нормативные показатели, 10% завышены, в 20% занижены.

Оценка выполнения субтеста № 2 методики А. В. Захаровой в группе детей с ДА затруднена. Данный субтест предлагает из перечисленного списка родных, друзей и учителя выбрать место относительно заданного методикой своего расположения. Так, в первой группе в восьми случаях при выполнении субтеста люди располагались в том же порядке в котором они перечислены в инструкции, строго двигаясь при выполнении по часовой стрелке. Из этого сложно сделать вывод о авторитете какого-либо лица. В двух случаях были отмечены родственники от-

сутствующие в реальности, но указанные в инструкции. Такое выполнение методики свидетельствует о буквальном понимании задания, без отнесения со своей реальной жизнью и понимании логики отношений.

Двое детей с ДА расположили людей в произвольном порядке, выбирая при выполнении более приоритетных лиц. Движения при выполнении методики носили произвольный характер, выбирая лицо из списка находили ему место относительно себя.

Особенности выполнения субтеста № 2 детьми с ДА не было выявлено в группе младших школьников с нормативным развитием. Дети подходили к выполнению задания дифференцировано, располагая на верхних позициях более значимое лицо. Люди указанные в инструкции, но отсутствующие в реальности не отмечались.

В группе младших школьников с ЗПР четверо детей располагали людей согласно их местам в инструкции, двигаясь при выполнении по направлению часовой стрелки, однако отсутствующих в реальности родственников не отмечали. В остальных случаях дети второй группы дифференцирована подошли к выполнению задания с учетом приоритетности.

Результаты субтеста № 3 методики А. В. Захаровой демонстрируют включенность в социальные контакты исследованных в большем проценте случаев во всех трех группах, однако дети с ДА в подавляющем проценте случаев не указали значимость для них социальной категории, отсутствует указание приоритета друзей.

В первой группе (младшие школьники с ДА) в 80% случаев отметили свою включенность в социум. Из них 20% испытуемых демонстрировали привязанность к семье, обозначив родителей как наиболее важную социальную категорию, для 10% наиболее значимым являлся учитель, в 70% отсутствуют указания на приоритет указанных в инструкции социальных категорий (родители, учитель, друзья). В 10% демонстрировалось чувство своей отверженности либо незаинтересованности в социальных контактах. В 10% хотя и отмечалась позиция вне социума, но эта позиция располагалась рядом с родителями.

Младшие школьники с ЗПР в 80% случаев чувствуют себя включенными в социальные отношения. Из этого количества 20% испытуемых показали приоритетной значимость учителя по сравнению с родителями и друзьями, 20% отразили наибольшую значимость авторитета родителей, 20% - значимость друзей, в 40% приоритетная значимость не отмечена. 20% испытуемых второй группы продемонстрировали чувство отверженности, отсутствие собственной значимости в социуме.

В третьей группе (младшие школьники с нормой развития) в 40% случаев показали вовлеченность в социальных отношений. Из них 30% ориентированы на друзей, для 30% наибольшую значимость представляют родители, 40% не обозначили приоритетной для них социальной категории.

40% испытуемых данной группы демонстрировали чувство своей отверженности, незначимости в структуре социальных отношений. 20% изобразили себя вне социума, но ближе к друзьям. В 20% расположение вне социального пространства, но близко к родителям.

Анализ данных полученных по субтесту № 4 методики исследования А. В. Захаровой показал, что испытуемые первой группы (младшие школьники с ДА) отразили в 90% свою индивидуальность, отличия от других, в 10% - тождественность, общность с другими людьми. Во второй группе (младшие школьники с ЗПР) в 70% случаев при выполнении методики дети демонстрировали свое общность с людьми, в 30% - чувство индивидуальности. В третьей группе (младшие школьники с нормативным развитием) 60% детей показали отличие от других, 40% - схожесть с другими.

По результатам данных, полученных по субтесту №5 методики А. В. Захаровой можно судить о высокой степени выраженности эгоцентризма у младших школьников с ДА: 90% демонстрировали высокую степень, 10% - низкую степень выраженности эгоцентризма. В группе детей с нормативным уровнем развития 40% показали высокую степень выраженности, 50% умеренную степень, в 10% низкую степень выраженности эгоцентризма.

Эгоцентрическая позиция характерна для детей дошкольного возраста, в возрасте семи – восьми лет отмечается снижение эгоцентризма [13].

Такая динамика прослеживается в группе детей с нормативным уровнем развития. У младших школьников с ДА сохраняется высокий процент эгоцентризма, что затрудняет восприятие относительности понятий, формированию логики отношений, возможности принятия иной точки зрения, способности увидеть объекты глазами других субъектов. Рассуждения строятся со своей, эгоцентрической позиции, отражает не объективное положение, а субъективное отношение [14].

Анализ результатов проведенной методики «Семья животных» оказал, что данная методика оказалась сложной для младших школьников с ДА. 60% не смогли выполнить предложенное задание. 20% изобразили по одному персонажу: слон (бабушка) в одном случае и в другом - черепаха без пояснений членства в семье. 20% изобразили семью в виде одинаковых образов животных. Во второй группе и третьей группах выполнения задания не вызвала затруднений. Рисунок носил диагностическую ценность и отражал видение детьми семейной ситуации.

Сама методика «Семья животных» носит ассоциативный характер. Рисунок включает перенос образа животного на реальное или идеальное представление о семье с отображением логики отношений. Замещение одного объекта другим у детей с ДА вызывает трудности, что свидетельствует о проблемах в формировании функ-

ционального обобщения, сложности в проведении аналогий.

Заключение

Проведенное исследование показало о сложности формирования интегративных образований у детей с ДА. Это подтверждают выявленные при обследовании упрощенная, мало дифференцированная самооценка, эгоцентрическая позиция, затруднения в понимании логики отношений, выявлении связи по сходству, соотнесение реакций окружающих на собственные поступки, составления мнения о себе с учетом мнения других, малую значимость социального окружения. Выявленные особенности характерны для детей дошкольного возраста. У детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития и у детей младшего школьного возраста с нормативным психофизическим развитием самооценка более дифференцирована. Свои способности дети этих групп оцениваются в сравнении с другими детьми, развивается рациональная составляющая самоопределения.

Для формирования суждений более высокого порядка необходимо объединение разного рода информации и возможность ее оценить с разных точек зрения. У детей младшего школьного с ДА интеграция психических процессов и формирование более сложных структур затруднено, что отражается на становление самосознания, формирования адекватных представлений о себе. Выявленные особенности необходимо учитывать при реализации практических методов, направленных на формирование интегрированности поступающей информации, на развитие самосознания у детей с ДА.

Литература

1. Большой энциклопедический словарь: А-Я. Гл. ред. Прохоров АМ. М.: Санкт-Петербург: БСЭ; 2004. 1452 с. [Bol'shoj jenciklopediceskij slovar': A-Ja. Gl. red. Prohorov AM. M.: Sankt-Peterburg: BSJe; 2000. 1452 s. (In Russian)]
2. Волянчук НЮ. Интегративные психические процессы регуляции деятельности. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка : збірник наукових праць.* 2015; 3 (45): 57–65. [Voljanjuk NJu. Integrativnye psihicheskie processy reguljacii dejatel'nosti. *Visnik NTUU «KPI». Filosofija. Psihologija. Pedagogika.* 2015; 3 (45): 57–65.]
3. Шемет ИС. Концепция интеграции психики как теоретическая основа практической психологии. *Преподаватель XXI век.* 2010; 2: 352-360. [Shemet IS. Koncepcija integracii psihiki kak teoriticheskaja osnova prakticheskoj psihologii. *Prepodavatel' NHI vek.* 2010; 2: 352-360. (In Russian)]
4. Аверин ВА. Объяснительные принцип психологии развития. *Вестник Санкт-Петербургского университета.* 2015; 1: 18-26. [Averin VA. Ob#jasnitel'nye princip psihologii razvitija. *Vestnik SPbGU.* 2015; 1 (16): 18-26. (In Russian)]

5. Корниенко АФ. Понятие о сознании как высшем уровне развития психики. *Сибирский психологический журнал*. 2010; 36: 20-26. [Kornienko AF. Ponjatje o soznanii kak vysshem urovne razvitija psihiki. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal*. 2010; 36: 20-26. (In Russian)]

6. Данилова НН. Физиология высшей нервной деятельности: учебник. Ростов н/Д.: Феникс; 2005. 478 с. Danilova NN. [Fiziologija vysshej nervnoj dejatel'nosti: uchebnik. M.: Uchebnaja literatura; 2005. 478 s. (In Russian)]

7. Батуев АС. Нейрофизиология коры головного мозга: модульный принцип организации. Курс лекций. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та; 2012. 216 с. [Batuev AS. Neirofiziologija kory golovnogo mozga: Modul'nyj princip organizacii. Kurs lekcij. L.: Izd-vo Leningr. un-ta; 1984. 216 s. (In Russian)] 978-5-458-38942-6

8. Фалеев АВ. Самосознание и его детерминанты. В сб. ст. по матер. VII междунар. науч.-практ. конф. «Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии». Новосибирск: СибАК, 2011. <https://sibac.info/conf/pedagog/vii/36737> Дата последнего посещения: 16.01.18

9. Goh KL, Morris S, Parsons R, Ring A, Tan T. Postural and Cortical Responses Following Visual Occlusion in Adults With and Without ASD. *J Autism Dev Disord*. 2017 Nov 22. doi: 10.1007/s10803-017

10. Golan O, Gordon I, Fichman K, Keinan G. Specific Patterns of Emotion Recognition from Faces in Children with ASD: Results of a Cross-Modal Matching Paradigm. *J Autism Dev Disord*. 2017 Nov 21. doi: 10.1007/s10803-017

11. Hatfield TR, Brown RF, Giummarra MJ, Lenggenhager B. Autism spectrum disorder and interoception: Abnormalities in global integration? *10 2017 Nov 1:1362361317738392*. doi: 10.1177/1362361317738392.

12. Cuppini C1, Ursino M1, Magosso E1, Ross LA2, Foxe JJ2,3, Molholm S A Computational Analysis of Neural Mechanisms Underlying the Maturation of Multisensory Speech Integration in Neurotypical Children and Those on the Autism Spectrum. *Front Hum Neurosci*. 2017 Oct 30;11:518. doi: 10.3389/fnhum.2017.00518. Collection 2017.

13. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Пер. с франц. и англ.; Сост., комм., ред. перевода Вал. А. Лукова, Вл. А. Лукова. М.: Педагогика-Пресс; 1994. 528 с. Piazhe Zh. Rech' i myshlenie rebenka. Per. s franc. i angl.; Sost., komm., red. perevoda Val. A. Lukova, Vl. A. Lukova. M.: Pedagogika-Press; 1994. 528 s. (In Russian)

14. Гонина ОО. Психология младшего школьного возраста: учебное пособие. М.: Флинт; 2016. 272 с. [Gonina O.O. Psihologija mladshego shkol'nogo vozrasta: uchebnoe posobie. M.: Flint; 2016. 272 s. (In Russian)]

People with autism spectrum disorder represent a heterogeneous group, both in clinical symptomatology and in severity of manifestations. Such diversity makes it difficult to identify the common pathogenetic link of the spectrum of disorders. This study is based on the assumption of a violation of the general integrative mechanism of phylo- and ontogenetic development of the nervous system with the manifestation of various functional disorders in the clinical picture of autistic disorders. As the object of study, self-awareness of younger schoolchildren was chosen as a multicomponent structure that is in the process of formation in children of this age.

Keywords: autism disorders, child autism, integration, self-awareness, self-esteem, social contacts, younger school age.

References

1. Big encyclopedic dictionary: AZ. Ch. ed. Prokhorov AM. M.: St. Petersburg: TSB; 2004. 1452 p. [Bol'shoj jenciklopedicheskij slovar': A-Ja. Gl. red. Prohorov AM. M.: Sankt-Peterburg: BSJe; 2000. 1452 s. (In Russian)]
2. Volyanyuk NU. Integrative mental processes of activity regulation. *Bulletin of NTUU "KPI". Philosophy. Psychology. Pedagogy: zmirnik naukovih prats*. 2015; 3 (45): 57-65. [Voljanjuk NJu. Integrative psihicheskie processy reguljacii dejatel'nosti. *Visnik NTUU "KPI". Filosofija. Psihologiya. Pedagogika*. 2015; 3 (45): 57-65.]
3. Shemet IP. The concept of the integration of the psyche as the theoretical basis of practical psychology. *Lecturer XXI century*. 2010; 2: 352-360. [Shemet IS. Koncepcija integracii psihiki kak teoriticheskaja osnova prakticheskoj psihologii. *Prepodavatel 'HHI vek*. 2010; 2: 352-360. (In Russian)]
4. Averin BA. Explanatory principle of developmental psychology. *Bulletin of St. Petersburg University*. 2015; 1: 18-26. [Averin VA. Ob # jasnitel'nye princip psihologii razvitija. *Vestnik SPbGU*. 2015; 1 (16): 18-26. (In Russian)]
5. Kornienko AF. The concept of consciousness as the highest level of development of the psyche. *Siberian Psychological Journal*. 2010; 36: 20-26. [Kornienko AF. Ponjatje o soznanii kak vysshem urovne razvitija psihiki. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal*. 2010; 36: 20-26. (In Russian)]
6. Danilova NN. Physiology of higher nervous activity: a textbook. *Rostov n / A: Phoenix*; 2005. 478 p. Danilova NN. [Fiziologija vysshej nervnoj dejatel'nosti: uchebnik. M.: Uchebnaja literatura; 2005. 478 s. (In Russian)]
7. Batuev AU. Neurophysiology of the cerebral cortex: a modular principle of organization. *Lecture course*. L.: Leningrad publishing house. un-that; 2012. 216 p. [Batuev AS. Neirofiziologija kory golovnogo mozga: Modul'nyj princip organizacii. Kurs lekcij. L.: Izd-vo Leningr. un-ta; 1984. 216 s. (In Russian)] 978-5-458-38942-6
8. Faleev AB. Self-consciousness and its determinants. *On Sat Art. on mater. VII Intern. scientific-practical conf. "Personality, family and society: questions of pedagogy and psychology"*. Novosibirsk: SibAK, 2011. <https://sibac.info/conf/pedagog/vii/36737> Date of last visit:
9. Goh KL, Morris S, Parsons R, Ring A, Tan T. Postural and Cortical Responses. *J Autism Dev Disord*. 2017 Nov 22. doi: 10.1007 / s10803-017-3405-9.
10. Golan O, Gordon I, Fichman K, Keinan G. Cross-Modal Matching Paradigm. *J Autism Dev Disord*. 2017 Nov 21. doi: 10.1007 / s10803-017-3389-5.
11. Hatfield TR, Brown RF, Giummarra MJ, Lenggenhager B. Autism spectrum disorder and interoception: Abnormalities in global integration? *10 2017 Nov 1: 1362361317738392*. doi: 10.1177 / 1362361317738392.
12. Cuppini C1, Ursino M1, Magosso E1, Ross LA2, Foxe JJ2,3, Molholm S A Computational Analysis of Neural Mechanisms and the Autism Spectrum. *Front Hum Neurosci*. 2017 Oct 30; 11: 518. doi: 10.3389 / fnhum.2017.00518. Collection 2017.
13. Piaget J. The child's speech and thinking. *Per. from French and eng.; Comp., Com., Ed. transfer Val. A. Lukov, Vl. A. Lukov. M.: Pedagogika-Press; 1994. 528 p. Piazhe Zh. Rech' i myshlenie rebenka. Per. s franc. i angl.; Sost., Komm., Red. perevoda Val. A. Lukova, Vl. A. Lukova. M.: Pedagogika-Press; 1994. 528 s. (In Russian)*
14. Gonin OO. Psychology of primary school age: study guide. M.: Flint; 2016. 272 p. [Gonina O.O. Psihologija mladshego shkol'nogo vozrasta: uchebnoe posobie. M.: Flint; 2016. 272 s

Violation of integration of children with autism spectrum disorder

Kulakova T.I., Talalaeva Ya.S.

Krasnoyarsk Regional Psychoneurological Dispensary No. 1, Secondary School No. 55

Оценка влияния лидерского поведения руководителей служб здравоохранения на мотивацию и творческий подход работников

Седа Хакйемез,

Областное Управление Здравоохранения г. Самсун,
seda.hakyemez@saglik.gov.tr

Целью данного исследования является оценка влияния лидерского поведения руководителей служб здравоохранения на мотивацию и творческий подход работников. В первой части исследования 136 из 256 сотрудников, которые составили объект исследования, представляли демографическую информацию; вторая часть - это шкала лидерского поведения, разработанная Цуи и др. В третьей части «Шкала организационного творчества», разработанная Рефик Балай, а также работы Брэдли Э. Райта, Патчен, Пельц и Аллена были составлены из вопросника, который был сформирован с использованием шкалы мотивации. Для анализа данных был проведен корреляционный и регрессионный анализ с помощью программы SPSS 21.0 с тестами ANOVA, Kruskal Wallis, t, Mann-Whitney-U. В выводах исследования было установлено, что существует значительная связь между поведением руководителей и мотивами сотрудников, их творческим потенциалом в индивидуальном и социальном аспектах. Было видно, что Лидерское Поведение Руководителей влияет на уровень мотивации сотрудников на 23%, на уровень организационного творчества индивидуального размера на 12%, на организационного творчества в социальном измерении на 13%.

Ключевые слова: медицинский работник, лидерское поведение руководителей, мотивация сотрудников, организационное творчество

Введение

Сектор здравоохранения имеет сложную структуру, и основной вклад этого сектора – это жизнь человека и человека, и поэтому качество результатов исследования жизненно важно. Качество должно постоянно улучшаться, чтобы руководство придавало большое значение своим сотрудникам. Руководитель здравоохранения должен повысить удовлетворенность сотрудников, заставить их работать более эффективно и мотивировать их, используя материальные и духовные факторы мотивации. (Aykanat, Tengilimoglu, 2001).

Согласно теории иерархии потребностей Маслоу, основным фактором, который поощряет сотрудников работать на рабочем месте, являются потребности работников, но к сожалению, они не удовлетворяются. Согласно этой теории, руководитель должен предоставить сотрудникам возможность выявить эти неудовлетворенные потребности и предоставить им возможность удовлетворить эти потребности. Работник, который удовлетворяет свою неудовлетворенную потребность в данной работе, будет доволен своей работой. Однако потребности не являются застойными и могут быть заменены потребностями, которые необходимо удовлетворить. С другой стороны, в теории мотивации и гигиены Герцберг сгруппировал факторы, которые обеспечат удовлетворенность работой сотрудников, на две группы как факторы мотивации и гигиены. Факторами мотивации являются характеристики работы, успех, оценка, сама работа, развитие и прогресс. В своей теории Герцберг подчеркивает гигиенические факторы, не связанные с самой работой. А это такие факторы, как деловая политика и управление, контроль, межличностные отношения, условия труда, заработная плата, профессиональная безопасность и статус (Liebler and McConnel, 1992).

Теоретики классического менеджмента подчеркивали материальное удовлетворение. Согласно более поздним неоклассическим и современным теоретикам управления, люди не являются экономическим субъектом, но также подвержены влиянию нематериальных факторов, помимо материального удовлетворения. Поведение человека очень сложное и трудное для понимания, поэтому выработать общие принципы мотивации нелегко. Личные различия между людьми являются наиболее важными факторами, создающими эту ситуацию. Руководитель, которому удалось направлять своих подчиненных в организации,

может не достичь этого успеха в другой организации. Важно знать инструменты и планы мотивации, основанные на этих инструментах мотивации (Eren, 2001).

Wiley (1998), Kovach (1995), Blun и Spring (1991), Сасіорре и Мокк (1984) обнаружили, что государственные служащие придают большее значение таким факторам, как безопасность работы, командная работа и общественные выгоды, чем высокая заработная плата, престиж и решимость добиться успеха и самостоятельной работы (Bulut, В.Е. и К.А., 1994).

Теоретики классического менеджмента подчеркивали материальное удовлетворение. Согласно более поздним неоклассическим и современным теоретикам управления, люди не являются экономическим субъектом, но также подвержены влиянию нематериальных факторов, помимо материального удовлетворения. Поведение человека очень сложное и трудное для понимания, поэтому выработать общие принципы мотивации нелегко. Личные различия между людьми являются наиболее важными факторами, создающими эту ситуацию. Руководитель, которому удалось направить своих подчиненных в организации, может не достичь этого успеха в другой организации. Важно знать инструменты мотивации и планы мотивации, основанные на этих инструментах мотивации (Eren, 2001).

Мотивация сотрудников является одним из важнейших вопросов деловой жизни. Потому что мотивация играет важную роль в производительности как работника, так и организации. Руководитель, который хочет повысить производительность, должен знать отношение и поведение сотрудников, их желания, идеи и чувства, и они должны принимать во внимание как внутренние, так и внешние факторы, которые их затрагивают (Izmir, 2000). От сотрудников, у которых нет мотивации, нельзя ожидать положительных результатов. Основной целью использования мотивации в деловой жизни является обеспечение высокой производительности персонала для достижения организационных целей. (Doğanlı and Demirci, 2014; Koçel, 2001; Kılınc and Polat, 1997). Работа, которую необходимо выполнять в медицинских учреждениях, иногда чрезвычайно сложна, требует специальных знаний и долгосрочной подготовки, а иногда требует минимальных знаний и подготовки. Важной проблемой с точки зрения мотивации в организации, где неоднородность настолько высока, будет поиск группы сотрудников с различными потребностями и ожиданиями. (Агырбаш и др., 2005).

Для производства важно иметь творческую индивидуальность. Потому что креативность является отправной точкой для успешного внедрения инноваций. Поэтому, это должно поощряться и развиваться стратегическими планировщиками в компании. Это чрезвычайно важно для успеха организаций, потому что оно обеспечивает основу для развития новой системы мышле-

ния и производства мысли. Креативность может сыграть роль в разработке набора идей, которые формируют систему управления и, которая приведет к прорыву в производительности и обслуживании клиентов. Или это может включать начало новых идей вокруг технологического развития, которые окажут глубокое влияние на разработку продукта и структуру рынка (Coode, 1997).

В результате возникает потребность у ведущих руководителей здравоохранения, которые знают, заботятся и применяют мотивацию к сотрудникам. Сотрудники ожидают удовлетворения основных физиологических требований, удовлетворения потребности в принадлежности на основе института, оценки, уважения и удовлетворения потребности в оценке. Управление человеческими ресурсами - это подразделение, которое будет соответствовать этим ожиданиям (Orhan, К. 2017). По этой причине основная задача руководителя здравоохранения состоит в том, чтобы максимально эффективно использовать человеческие и материальные ресурсы в секторе и поддерживать организацию в соответствии с ее целями. По этой причине у руководителей должны быть некоторые лидерские качества, связанные с квалификацией ориентации. Лидерские качества заключаются в том, что руководитель должен обладать более высокими личностными качествами, чем те, кто ему следует, достаточно часто взаимодействовать с персоналом, действовать в соответствии с условиями окружающей среды и всегда использовать свою власть таким образом, чтобы мотивировать персонал на работу, чтобы позволить персоналу участвовать в принятии решений в рабочей среде (Sünbül, 2005).

Материал-Метод

Из 256 сотрудников, которые составили основу исследования, 136 были включены в первый раздел, демографической информации, шкалу лидерского поведения, разработанную Цуи и др. (2006: 120) во второй части, а также Шкала организационного творчества, разработанным Refik Balay (2010) в третьей главе; работа Bradlet E. Wright (2004), Patchen, Pelz, и Allen (1965) была составлена с использованием заполненной формы мотивационной анкеты. Для анализа данных были проведены корреляционные и регрессионные анализы с помощью программы SPSS 21.0 с тестами ANOVA, Kruskal Wallis, t, Mann-Whitney-U.

Результаты

Из участников, которые приняли участие 62,5% были женщины, 37,5% были мужчины, 2,9% были 17-24 года, 82,4% были 35 лет и 86,8% были женаты; 16,9% выпускник средней школы, 36,0% подготовительный курс, 40,4% бакалавриата, 6,6% магистров и выше;

16,2% не имеют детей, 19,1% имеют 1 ребенка, 52,9% имеют 2 детей, 11,8% имеют 3 и более детей; 10,3% из них работают в инфекционном отделении, 43,4% в отделе поддержки, 5,9% в отделе общественного здравоохранения, 12,5% в от-

деле охраны окружающей среды, 18,4% в отделе, не связанном с инфекцией, и 6,6% последующего филиала и 2,9% работает в филиале по применению 22,1% работают в сфере здравоохранения в течение 0-5 лет, 16,2% 6-11 лет, 20,6% 12-17 лет, 19,9% 18-24 года и 21,3% 25 или более лет; 53,7% 0-5 лет, 17,6% 6-11 лет, 10,3% 12-17 лет, 8,1% 18-24 года и 10,3% Служил в этом заведении 25 лет и более работают в этом заведении, а также было выявлено, что имеют ежемесячный доход 20,6% 1000-1999 TL (ТЛ – Турецкая Лира), 41,9% - на 2000-2999 TL, 31,6% - на 3000-3999 TL, а 5,9% в 4000 TL.

Таблица 1

Таблица корреляции между значением лидерского поведения восприятия и значением уровней восприятия организационного творчества и средней шкалой мотивации.

Корреляция Пирсона		Средняя мотивация	Индивидуальный размер ÖYAD в среднем	Средний социальный размер ÖYAD	Управленческий средний размер ÖYAD
Лидерское поведение руководителей	Коэффициент корреляции	,296*	,174**	,176**	-,040
	P Значение	,000	,042	,040	,643

* Уровень значителен в отношении $p < ,01$

** Уровень значителен в отношении $p < ,05$

Как видно из таблицы 1, момент умножения Пирсона был проведен для определения взаимосвязи между средним уровнем восприятия организационного творчества и организационным измерением уровня восприятия организационного творчества. В конце корреляционного анализа он был статистически значимым на уровне $p < ,01$ со статистически значимым, соотношением со средним показателем $P < ,05$. На уровне 0,05 была обнаружена положительная, слабая, значимая связь. ($r = 296; 174; 176; p < 0,05$). Не было обнаружено статистически значимой связи со средним значением ÖYAD. ($R = - 040; p > 0,05$)

Таблица 2

Влияние поведения руководителя на организационное творчество в индивидуальном измерении

Переменные		Резюме модели		ANOVA		коэффициенты		
Независимый	Зависимый	R ²	R	F	P	β	t	P
Постоянный	Организационное творчество в индивидуальном измерении	,030	,174 ^a	4,198	,042 ^b	1,853	9,035	,000
Поведение руководителя						,119	2,049	,042

Согласно таблице 2, влияние исполнительного поведения на организационное творчество в индивидуальном измерении и формула регрессии этого эффекта, Организационное творчество в индивидуальном измерении = 1,853 +, 119 *, будут выражаться как исполнительное поведение.

Таблица 3

Влияние поведения руководителя на организационное творчество в социальном измерении

Переменные		Резюме Модели		ANOVA		коэффициенты		
Независимый	Зависимый	R ²	R	F	P	β	t	P
Постоянный	Организационное творчество в социальном измерении	,031	,176 ^a	4,282	,040 ^b	2,245	9,840	,000
Поведение руководителя						,134	2,069	,040

Согласно Таблице 3, влияние исполнительного поведения на организационное творчество в социальном измерении и регрессионная формула этого эффекта, будет выражено как, Организационное творчество в социальном измерении = 2,245 +, 134 * исполнительное поведение.

Таблица 4

Влияние поведения руководителей на уровень мотивации сотрудников

Переменные		Резюме Модели		ANOVA		коэффициенты		
независимый	Зависимые	R ²	R	F	P	β	t	P
постоянный	Уровень мотивации сотрудников	,087	,296 ^a	12,843	,000 ^b	1,471	6,400	,000
Поведение руководителя						,234	3,584	,000

Согласно Таблице 4, влияние исполнительного поведения на уровень мотивации сотрудников и формула регрессии этого эффекта, будет выражаться как Уровень мотивации = 1 471 +, 234 * Поведение руководителя.

Заключение и рекомендация

Лидерское поведение менеджеров влияет на уровень мотивации сотрудников на 23%, организационное творчество в индивидуальном измерении на 12% и организационное творчество в социальном измерении на 13%. Придавать значение мотивации и творческому подходу работников вне рутинных работ в секторе, который предлагает услуги, жизненно важные для людей, несомненно, обеспечит разницу в здоровье. По этой причине должна быть разработана Модель дружественного к здоровью сотрудника.

Литература

1. Ağırbaş, Ş., Çelik, Y. ve Büyükkayıkçı, H.,(2005), Motivasyon Araçları ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerinde Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8, 3, 326 - 350.
2. Aykanat,S.,Tengilimoğlu,D.,(2001),Sağlık İşletmelerinde Motivasyonun İş Başarısına Etkisi Üzerine Bir Alan Çalışması. Gazi Üniversitesi : Ankara
3. Bulunt, B.E. ve K.A. Spring,(1994), "MPA Graduates and The Dilemma of Job Satisfaction: Does Crassonig the Sector Line Make a Difference", Public Personel Management, 20/4, s.449-456.
4. Doğanlı, B. ve Demirci, Ç.,(2014), Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının (Hemşire) Motivasyonlarını Belirleyici Faktörler Üzerine Bir Araştırma, Yönetim ve Ekonomi, 21, 1, 47-60.

5. Eren, E.,(2001), Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 7. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ. İstanbul.İzmirli, R.,(2000) Motivasyonun Önemi. Medikal,Teknik, Sayı: 172, İstanbul.

6. Liebler J. G. and McConnel C. R.,(1992), Management Principles for Health Professionals. Second Edition, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland.

7. Orhan, K.,(2017), Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara.

8. Sünbül, M.A. (Ed.),,(2005),Öğretmenin Dünyası, Odun Pazarı Belediyesi Yayınları, Eğitim Dizisi:3, s:28, Eskişehir.

9. Kılınç, T. ve Polat, Ş.,(1997), Başarı Değerlemenin Hemşire Motivasyonu Üzerine Etkileri, Modern Hastane Yönetimi, Yıl 1, Sayı: 2, İstanbul.

10.Koçel T. ,(2001),İşletme Yöneticiliği. 8. Bası, Beta Masım Yayım Dağıtım A. Ş. İstanbul.

Assessing the impact of leadership behavior of health care managers on employee motivation and creativity

Seda Hatchemez,

Oblast Health Department, Samsun

The purpose of this study is to evaluate the impact of leadership behaviors of the managers in Samsun Public Healthcare Services in Turkey on the motivation and organizational creativity of employees and to present a management model proposal that keeps employee motivation in the foreground by the evaluation result. 136 out of 256 employees who created target population of the study have been made to fill the demographic information in the first part; the leadership behaviors scale developed by Tsui et al. (2006: 120) in the second part; The Organizational Creativity Scale developed by Refik Balay (2010) in the third part; a questionnaire form in which motivation scale was used and which was created by Bradlet E. Wright (2004) by compiling the studies of Patchen, Pelz, and Allen (1965). For the analysis of the data, SPSS 21.0 program and ANOVA, Kruscal Wallis, t, Mann-Whitney-U tests and correlation and regression analyzes have been per-

formed. In the results of the research; It has been determined that there is a meaningful relationship between the leadership behaviors of the managers of the institution and the motivations of the employees and their creativity in the individual and social dimensions. Managers leadership behaviours affect Motivation Level of the Employees by 23%, their Organizational Creativity in Individual Dimension by 12%, their Organizational Creativity in Societal Dimension by 13%.

Key words: Healthcare Employee, Executive Leadership Behaviour, Employee Motivation, Organizational Creativity

References

1. Ağırbaş, Ş., Çelik, Y. ve Büyükkayıkçı, H.,(2005), Motivasyon Araçları ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerinde Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8, 3, 326 - 350.
2. Aykanat,S.,Tengilimoglu,D.,(2001),Sağlık İşletmelerinde Motivasyonun İş Başarısına Etkisi Üzerine Bir Alan Çalışması. Gazi Üniversitesi : Ankara
3. Bulunt, B.E. ve K.A. Spring,(1994), "MPA Graduates and The Dilemma of Job Satisfaction: Does Crassonig the Sector Line Make a Difference", Public Personel Management, 20/4, s.449-456.
4. Doğanlı, B. ve Demirci, Ç.,(2014), Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının (Hemşire) Motivasyonlarını Belirleyici Faktörler Üzerine Bir Araştırma, Yönetim ve Ekonomi, 21, 1, 47-60.
5. Eren, E.,(2001), Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 7. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ. İstanbul.İzmirli, R.,(2000) Motivasyonun Önemi. Medikal,Teknik, Sayı: 172, İstanbul.
6. Liebler J. G. and McConnel C. R.,(1992), Management Principles for Health Professionals. Second Edition, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland.
7. Orhan, K.,(2017), Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara.
8. Sünbül, M.A. (Ed.),,(2005),Öğretmenin Dünyası, Odun Pazarı Belediyesi Yayınları, Eğitim Dizisi:3, s:28, Eskişehir.
9. Kılınç, T. ve Polat, Ş.,(1997), Başarı Değerlemenin Hemşire Motivasyonu Üzerine Etkileri, Modern Hastane Yönetimi, Yıl 1, Sayı: 2, İstanbul.
10. Koçel T. ,(2001),İşletme Yöneticiliği. 8. Bası, Beta Masım Yayım Dağıtım A. Ş. İstanbul.

Создание новых методов для совершенствования обучения в образовательных классах в сфере безопасного материнства

Сельма Нама

докторант, Южный Университет (ИУБиП),
selmanama@hotmail.com

Матери нуждаются в уходе и образовании, связанном с проблемами со здоровьем во время беременности и послеродовых периодов, чтобы иметь возможность адаптироваться к роли матери и поддерживать их здоровый образ жизни. Матери имеют право на отдых, гигиенту, и уход за грудью, массаж, изменения в процессе инволюции и постнатальные проблемы, а также они хотят получить образование о проблемах у новорожденных и измерения температуры тела. Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить влияние образования, предоставляемого беременным жегщинам на уровень знаний матери, определить потребность матерей в уходе и оценить эффективность полученного образования. В исследовании в рамках метода количественных исследований использовался анкетирование. Население исследования состоит из числа беременных женщин, наблюдавшихся в течение года в государственной больнице. Образец исследования состоял из 405 беременных женщин, которые соответствовали критериям отбора образцов между датами исследования.

Было обнаружено статистически значимое различие между средними показателями создания новых методов улучшения образования, предоставляемых в классах беременных, в рамках безопасного образования материнства. Средний балл аспирантов ниже, чем средний балл участников в других образовательных группах, и разница между ними статистически значима. Уровни обучения должны быть увеличены с целью разработки новых методов улучшения обучения матерей, получивших образование в классах для беременных.

Ключевые слова: безопасное материнство, беременность, образование для беременных.

Введение

Матери нуждаются в заботе и образовании о своих проблемах со здоровьем во время беременности и послеродовых периодов, чтобы иметь возможность адаптироваться к роли материнства и поддерживать уход за собой и новорожденными. Матерям следует информировать об остальном, гигиене и грудном вскармливании, маточном массаже, изменениях процесса инволюции и постнатальных проблемах, а также они хотят получить образование о проблемах у новорожденных и измерения температуры тела.

Женщины, по своей природе, проходят разные времена от начала и до конца жизни. Это детство, подростковое время, половая зрелость, климакс и старость. Беременность, роды и материнство являются ведущими событиями этих возрастов. Хотя беременность является естественным процессом в жизни женщины, ее можно воспринимать как процесс, наполненный страхом, особенно при первых беременностях. Кроме того, беременность является важным периодом, когда женщины испытывают физиологические, психологические и социальные изменения и требуют адаптации к этим изменениям (Yenal and Okumuş, Sevil 2010, Işık, 2010; Koyun, Taşkın and Terzioğlu, 2011; Karataş and Mete, 2012).

Право на получение квалифицированных медицинских услуг, которые позволят осуществить этот период и рождение в безопасных условиях, включено в декларирование прав матерей и репродуктивных правах (Atasay & Arsan, 2001).

Беременная женщина должна быть проинформирована об изменениях, которые происходят в ее организме относительно этого процесса, а также о медицинских специалистах о тестах и обследованиях, которые должны проводиться регулярно на протяжении всей беременности. Поэтому беременным женщинам нужна медицинская помощь, психологическая поддержка и регулярный мониторинг. В этом контексте важна дородовая помощь. Пренатальная или же антенатальная помощь, также называемая дородовым уходом, это наблюдение беременных женщин и будущего ребенка через регулярные промежутки времени во время беременности акушеркой, медсестрой и врачом. Основная цель пренатальной помощи с регулярным наблюдением за женщинами, чтобы иметь здоровую беременность и роды, раннее выявление рисков, чтобы родить здорового ребенка (Sönmez, 2007; Kılıç, 2009; Tuncal ve Aksakoğlu, 2009).

По данным демографического и медицинского Обследования Турции (ДМОТ) 2008 года, число женщин, которые по крайней мере один раз обращались за медицинской помощью составили 92 %. Из них, кто получил хотя бы одно лечение до 6 месяцев 87 %, а также те, которые по меньшей мере получили лечение до четырех раз 74 %. Частота наблюдения беременных, по данным Министерства Здравоохранения составило 1-ое наблюдение 0-14 недель, 2-ое наблюдение 18-24 недели, 3-е наблюдение 30-32 недели, 4-ое наблюдение 36-38 недель, по крайней мере, в общий сложности четыре раза. (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analizrapor.htm15k, доступ: 20.10.2018, Sağlık Bakanlığı, 2008).

Одним из важных элементов пренатальной помощи является предоставление квалифицированных и адекватных услуг в области образования и консультирования, которые необходимы во время беременности. Важность обучения и консультаций подчеркиваются как в протоколе Министерства здравоохранения, так и в различных научных статьях (Güvenli Annelik Katilimci Kitabı (Книга Участника Безопасного Материнства), 2005).

К сожалению, в Турции эта услуга еще не реализована и не институционализирована. Темы, посвященные рождению ребенка, включают адаптацию будущую маму к беременности и изменения в ее теле, жалобы и методы преодоления, требования по уходу за собой, признаки опасности при беременности, необходимость соблюдения периодичности контроля, подготовку родов, уход за ребенком после родов, кормление грудью и послеродовое планирование семьи.

В развитых странах были разработаны новые подходы к классам пренатального образования с учетом целей многих родителей участвовать в этих учебных программах. Согласно этим подходам, предполагается, что предметы, связанные с процессом беременности с 14-й недели и вопросы, связанные с послеродовым периодом, будут объяснены в последнем триместре (Onat and Şahin, 2010).

Сегодня пренатальные занятия – сознательно готовят кандидатов материнства и отцов, а также в развитых странах регулярно информирует о здоровом развитии ребенка. Эта услуга предоставляется родителям совершенно бесплатно в некоторых университетских больницах, университетских школах медсестер, частных больницах и родильных домах, а также в родильных домах при Министерстве Здравоохранения в нашей стране (Mete, 2008).

Существуют также специальные классы пренатального обучения, проводимые акушеркой, медсестрой, диетологом, физиотерапевтом и врачом. В то же время существуют также учебные курсы, направленные на предоставление навыков подготовки медицинского персонала (акушеркам, медсестрам, врачам), естественной

философии рождения, образованию взрослых и подготовке к родам в нашей стране. Антенатальное образование было определено как одно из видов деятельности акушерки в соответствии с Кодами Практики Акушерства с 1999 года (Okumuş and Mete, 2009).

В проведенных исследованиях было установлено, что беременные женщины, получившие образование, имели более низкую статистику кесарево сечение, были преднамеренно подготовлены к рождению, смогли управлять и были активны, поэтому они повысили уровень удовлетворенности и самооценки, а также обнаружили, что они имеют повышенный уровень готовности к выписке, положительно восприняли своего ребенка, процесс привязанности к ним был быстрым, а самооценка увеличивалась, первые кормления грудью и продолжительность грудного вскармливания увеличивались в первые шесть месяцев (Eroğlu, 2012).

Целью этого исследования было оценить влияние образования на уровень знаний материнства, определить необходимость ухода за матерями и оценить эффективность данного образования. Заключение этого планирования основано на рассмотрении упомянутых вопросов.

В результате исследований литературы было поставлено вопрос о влиянии образования, на уровень знаний матери в уходе, предоставляемом беременным женщинам, определение необходимости ухода за кандидатами на материнства, а также подсказки для оценки эффективности данного обучения.

Материалы и методы Предмет Исследования

Известно, что роды в здоровых условиях и регулярный контроль за последующим наблюдением за ребенком уменьшают материнскую и младенческую смертность. Обучение в дородовом и послеродовых образовании, является основным средством защиты и развития как матери, так и новорожденного. Первые 24 часа после рождения могут показаться достаточными для предотвращения некоторых осложнений, которые могут развиваться в срочном порядке, но время для определения или ухода за матерью в послеродовом периоде и возможных проблем, связанных с уходом за ребенком, очень мало. За это короткое время, чтобы адаптироваться к физиологическим и психологическим изменениям, материнская роль и принятия ребенка, а также необходимых знаний и навыков, чтобы заботиться о себе и о своем ребенке, с которыми сталкиваются женщины в процессе родов. Целью этой научной статьи является оценка создания новых методов улучшения образования в классах беременных детей в контексте безопасного образования материнства.

Цель исследования

Целью данного исследования было оценить влияние образования на уровень знаний матери в контексте безопасного образования материнства, определить необходимость ухода за кандидатами

на материнство и оценить эффективность полученного образования.

Важность исследования

Первая цель этого исследования - выявить влияние тренировок, данных беременным женщинам на уровень знаний материнства. Во-вторых, важно определить необходимость ухода за кандидатами на материнство и оценить эффективность данного обучения.

Методика исследования

В этой статье был составлен вопросник с целью разработки новых методов улучшения образования, проводимого в учебных классах, связанных с беременностью, в рамках безопасного образования материнства. Были исследованы демографическая информация участников и результаты тренингов, данных в контексте безопасного образования материнства на уровне знаний матерей. В этой научной статье приняли участие 405 участников, прошедших в течение года в госпитале, прошли проверку на достоверность и надежность. Анкета была использована в программе SPSS (IBM SPSS Statistics 23.0).

Исследовательская область и выборка

Исследование проводилось через год в государственной больнице беременных женщин, а 405 участников были определены методом случайной выборки.

Инструменты сбора данных

Данные были собраны методом анкетирования. Анкета состоит из 50 вопросников, которые подготавливаются в форме открытых вопросов, за которыми следует текст с указанием цели исследования, описательной информации (демографической информации).

Результаты В рамках тренингов по безопасному материнству результаты опроса, проведенного с целью создания новых методов совершенствования тренингов, проводимых в беременных классах, отражены в таблицах ниже.

Таблица 1
Распределение Участников По Вводным Характеристикам (n=405)

	число (n)	процент (%)
Пол		
Женщина	403	99,5
Мужчина	2	0,5
Возраст		
Между 17-24 годами	117	28,9
Между 25-34 годами	215	53,1
35 лет и старше	73	18,0
Семейное положение		
Женат	404	99,8
Холостой	1	0,2
Статус образования		
Начальная школа	130	32,1
Средняя школа	127	31,4
Колледж	101	24,9
Подготовительный курс	16	4,0
Бакалавриат и выше	31	7,7

В таблице 1 показано распределение участников в соответствии с их характеристиками. При анализе таблицы 1 99,5 % участников составили женщины, 0,5 % - мужчины, 28,9 % составляли от 17 до 24 лет, 53,1 % - от 25 до 34 лет, а 18 % составляли 35 лет и старше, а также

99,8 % были женаты и 0,2 % были холостяками, 32,1 % окончили начальную школу, 31,4 % - выпускники средних школ, 24,9 % - старших классов средних школ, 4 % закончили под.курс и 7,7 % студенты бакалавра и выше.

Таблица 2
Сравнение баллов участников исследования по признаку пола образования безопасного материнства

Шкалы	Пол	N	\bar{x}	s	T	p
Безопасное образование материнства	Женщины	403	32,89	3,83	,553	0,581
	мужчины	2	31,40	2,54		

При анализе таблицы 2 видно, что статистически значимое различие между показателями безопасного образования по беременности и родам в зависимости от пола лиц, включенных в исследование ($p > 0,05$), отсутствует. Средняя оценка безопасного образования материнства для женщин составляла $32,89 \pm 3,83$.

Таблица 3
Сравнение оценок безопасного материнства по возрасту участников

Шкалы	Возрастная группа	N	\bar{x}	s	Alt	Üst	F	p
Безопасное образование материнства	Между 17-24 годами	117	32,69	3,55	25	41	2,006	0,136
	Между 25-34 годами	215	32,72	3,95	24	46		
	35 лет и старше	73	33,70	3,81	25	44		

Не было статистически значимого различия между средними показателями образования безопасного материнства и возрастными группами участников ($p > 0,05$).

Таблица 4
Сравнение показателей безопасного образования материнства по семейному положению участников

Шкалы	Семейное положение	n	\bar{x}	s	t	p
Безопасное образование материнства	Женат	404	32,89	3,83	,181	0,857
	Холост	1	32,20	2,54		

Когда рассматривалась таблица 4, было видно, что статистически значимое различие между показателями безопасного образования материнства по семейному положению лиц, включенных в исследование, не было ($p > 0,05$). Средний балл был признан безопасным обучение материнства замужних участников составил $32,89 \pm 3,83$.

Таблица 5
Сравнение оценок уровня безопасного материнства в соответствии с образовательным статусом участников

Шкалы	Образование	n	\bar{x}	s	Alt	Üst	F	p	Fark
Безопасное образование материнства	Начальная школа	130	34,80	3,69	25	46	25,166	0,000	1-4
	Средняя школа	127	33,31	3,38	26	44			
	Колледж	101	31,29	3,49	24	45			
	Под. Курс	16	29,21	2,20	25	32			
	Бакалавриат	31	30,25	2,72	25	37			

Было статистически значимое различие между средними показателями безопасного образования материнства в соответствии с группами образования участников ($p < 0,05$). Средние баллы выпускников начальной школы были выше, чем средние

баллы других образовательных групп, и разница между ними была статистически значимой.

Таблица 6
Корреляции между оценками безопасного образования материнства в соответствии с демографическим статусом участников

		Пол	возраст	Семейное положение	Образование	Безопасное образование материнства
Пол	г	1				
	р					
Возраст	г	,011	1			
	р	,820				
Семейное положение	г	-	,008	1		
	р	,004	,873			
Образование	г	,016	-,177**	,033	1	
	р	,750	,000	,514		
Безопасное образование материнства	г	-	,078	-,009	-,428**	1
	р	,028	,581	,117	,857	,000

** $p < 0,01$

В 6-ой таблице, когда анализируются результаты корреляционного анализа между демографической информацией участников и результатами корреляции между оценками безопасного образования материнства, было обнаружено, что между статусом образования и полученными очками от безопасного образования материнства и их возраста наблюдаются низкие и значительные корреляции ($p < 0,05$). Поскольку эти корреляции являются отрицательными, оценки, которые они получают от уровня образования – увеличиваются, а оценки, полученные из шкалы образования безопасного материнства, уменьшаются.

ИТОГ

Это исследование было проведено с участием 405 участников, чтобы оценить влияние образования безопасного материнства на уровень знаний матери и определить необходимость ухода за беременными женщинами по этому предмету и оценить эффективность обучения в государственной больнице в городе Кайсери в течение года.

В результате исследования 99,5% участников составили женщины, 53,1% из которых в возрасте 25-34 года, из которых 99,8% были замужними, а 32,1% из них были выпускницами начальной школы.

По признаку пола, возраста и семейного положения лиц, включенных в исследование, мнения об установлении новых методов улучшения образования в беременных классах в рамках образования безопасного материнства были схожи. А по уровню образования они выдвинули разные мнения.

Когда были проанализированы результаты корреляционного анализа между демографической информацией участников и оценками безопасного образования материнства, были низкие и существенные корреляции между образованием и безопасным образованием материнства и возрастом, поскольку эти корреляции являются

отрицательными, оценки, которые они получают от уровня образования, увеличиваются, а оценки, полученные из шкалы образования безопасного материнства, уменьшаются соответственно.

Литература

1. Akçam M., (2004) Üç yaşından küçük çocuklarda odaksız ateş ve tedavisi. Klinik Pediatri 3(1), 21–25.
2. Atıcı, İ., (2000) Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Yüksek Lisans Tezi Erzurum.
3. Berkman S, Has R. Doğum Bilgileri, Nobel Kitabevi, Ankara, 2004.
4. Çavuşoğlu, H., (2004) Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, s.41–48.
5. Dann M.H., CPNP., IBCLC., (2005) The lactation consult: Problem solving, teaching, and support for the breastfeeding family. Journal of Pediatric Health Care 19(1), 12–16.
6. Davis E., (2004) Heart& hands: a midwife's guide to pregnancy&birth. (4nd. ed) Berkeley, Calif: Celestial Arts s:189–217.
7. Decherny A.H., Nathan L., Goodwin T.M., Laufer N., (2006) Current Diagnosis and Treatment: Obstetric&Gynecology. (10nd.ed) Medical London s: 212-248.
8. Demir M., Bayat M., (2005) Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 22–29.
9. Doğaner G., (2005) Vaginal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Sivas.
10. Eker A., Yurdakul M., (2006) Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sted 15(9),158–163.
11. Evliyaoğlu N., (2006) Bebek bakımında sık karşılaşılan sorunlar. Klinik Çocuk Forumu 6 (5).
12. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L., (2007) Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier s:456–486, 521–586.
13. Gür E., (2007) Anne sütü ile beslenme. Türk Ped Arş 42(11–5).
14. Koç G., (2005) Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi Ankara.
15. Littleton L.Y., Engebretson J.C., (2005) Maternity Nursing Care. (5nd.ed) Clifton Park, NY: Thomson/ Delmar Learning s:617–691, 763-821.
16. Patts N.L., Mandleco B.L., (2007) Pediatric Nursing: Caring for children and their families. (2nd

ed) Australia: Thomson/ Delmar Learning s: 201–230.

17. Perk Y., (2003) Sağlıklı Yenidoğan ve bebek bakımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri s:17–19.

18. Taşkın L., (2007) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (8. Baskı) Sistem Ofset, Ankara s: 351–378.

19. Tatlı M., Gürel M.S., (2002) Yenidogan cilt bakımı. T. Klinikleri Pediatri 11, 108–112.

20. Ünsal H., Atlıhan F., Özkan H., Targan Ş., Hassoy H., (2005) Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 48, 226–233.

21. Yağcı R.V., (2002) Çocukluk çağında beslenme. Klinik Çocuk Forumu 2(1), 58–65.

22. Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü (2010), Web Ortamında İnteraktif- Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(1):9-14 (Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>)

Establishing new methods for improving education in pregnant education classes within the context of safe motherhood

Selma Nama

Southern University

Mothers need to take care and education about health problems during pregnancy and puerperal periods in order to adapt to the role of motherhood and maintain healthy care for themselves and newborns. Mothers' self-rest, hygiene and breast care, uterine massage, changes in the involution process and postpartum problems; they also want to learn about the newborn's nutrition, daily care, crying, sleep and elimination order, hygiene, cord care, perineum care, newborn problems and measurement of body temperature. The aim of this study was to evaluate the impact of the education given to pregnant women on the mother's knowledge level, to determine the primary needs of the mother candidates for care and to evaluate the effectiveness of the education given.

The questionnaire was used within the scope of quantitative research method. The universe of the research is the number of pregnant women followed in a year in a state hospital in a province. The sample of the Study constitutes 405 pregnant women who meet the sampling criteria between the dates of the study.

In the scope of Safe Motherhood training of the participants, there was a statistically significant difference between the scoring averages of the new methods in order to improve the education given in the pregnant education classes. The average score of the associate degree graduates is lower than the average score of the participants in other educational groups and the difference between them is statistically significant. Education levels should be increased in order to develop new methods for improving the education given to mothers who receive education in pregnant education classes

Key words: Safe motherhood, pregnant, pregnant education

References

1. Akçam M., (2004) Üç yaşından küçük çocuklarda odaksız ateş ve tedavisi. Klinik Pediatri 3(1), 21–25.
2. Atıcı, İ., (2000) Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Yüksek Lisans Tezi Erzurum.
3. Berkman S, Has R. Doğum Bilgileri, Nobel Kitabevi, Ankara, 2004.
4. Çavuşoğlu, H., (2004) Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, s.41–48.
5. Dann M.H., CPNP., IBCLC., (2005) The lactation consult: Problem solving, teaching, and support for the breastfeeding family. Journal of Pediatric Health Care 19(1), 12–16.
6. Davis E., (2004) Heart& hands: a midwife's guide to pregnancy&birth. (4nd. ed) Berkeley, Calif: Celestial Arts s:189–217.
7. Decherny A.H., Nathan L., Goodwin T.M., Laufer N., (2006) Current Diagnosis and Treatment: Obstetric&Gynecology. (10nd.ed) Medical London s: 212-248.
8. Demir M., Bayat M., (2005) Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 22–29.
9. Doğaner G., (2005) Vaginal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Sivas.
10. Eker A., Yurdakul M., (2006) Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sted 15(9),158–163.
11. Evliyaoğlu N., (2006) Bebek bakımında sık karşılaşılan sorunlar. Klinik Çocuk Forumu 6 (5).
12. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L., (2007) Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier s:456–486, 521–586.
13. Gür E., (2007) Anne sütü ile beslenme. Türk Ped Arş 42(11–5).
14. Koç G., (2005) Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi Ankara.
15. Littleton L.Y., Engebretson J.C., (2005) Maternity Nursing Care. (5nd.ed) Clifton Park, NY: Thomson/ Delmar Learning s:617–691, 763-821.
16. Patts N.L., Mandelco B.L., (2007) Pediatric Nursing: Caring for children and their families. (2nd ed) Australia: Thomson/ Delmar Learning s: 201–230.
17. Perk Y., (2003) Sağlıklı Yenidoğan ve bebek bakımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri s:17–19.
18. Taşkın L., (2007) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (8. Baskı) Sistem Ofset, Ankara s: 351–378.
19. Tatlı M., Gürel M.S., (2002) Yenidogan cilt bakımı. T. Klinikleri Pediatri 11, 108–112.
20. Ünsal H., Atlıhan F., Özkan H., Targan Ş., Hassoy H., (2005) Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 48, 226–233.
21. Yağcı R.V., (2002) Çocukluk çağında beslenme. Klinik Çocuk Forumu 2(1), 58–65.
22. Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü (2010), Web Ortamında İnteraktif-Antenatal Danışmanlık İle Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 3(1):9-14 (Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>)

Организация врачебно-педагогического контроля за студентами, занимающимися физической культурой

Стародубцев Михаил Павлович

кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры физической культуры и спорта, rfanmp@mail.ru

В рамках настоящей работы приводятся современные данные, касающиеся методов врачебно-педагогического контроля над студентами, занимающимися физической культурой. Представлена информация о новых методах и способах диагностики и самодиагностики состояния организма в случае занятия на систематической основе физическими упражнениями и спортом. Приводится описание способа занятий со студентами, которые демонстрируют отличия в состоянии и самочувствии, в условиях поддержки оздоровительной физиологической культуры и проведены мероприятия направленные на разработку учебно-методического комплекса упражнений для занятий со студентами, включенными в особую врачебную группу.

Ключевые слова: врачебно-педагогический контроль; физическая культура; воздействие; комплекс.

Введение

Процесс формирования личности человека протекает в рамках социальной жизни при осуществлении учебной деятельности, трудовой деятельности, в процессе общения с другими людьми. Сильнейшее влияние на формирование все-сторонне развитой личности оказывает телесная культура и спортивная деятельность. Если человек занимается физкультурой на систематической или не систематической основе, и в том и другом случае на его организм оказывается интенсивное, необычайно сложное и характеризующееся своим разнообразием воздействие. Только в случае надлежащий организации занятий физкультурой, которые будут сопровождаться медицинским контролем, с выполнением всех основных принципов спортивных тренировок появляется возможность укрепить свое здоровье, улучшить самочувствие, обеспечить эффективное физическое развитие человека, улучшить физподготовку и функциональность организма человека, кроме того в результате осуществления занятий физкультурой человек получает возможность улучшить свою спортивную профессиональную подготовку. Если занятия физкультурой и спортом будут организованы неправильно, не будут выполняться методические указания и принципы организации спортивной деятельности, будут повышаться нормы и уровень интенсивности физиологических нагрузок, не принимая при этом во внимание состояние здоровья и самочувствия спортсмена, в условиях отсутствия надлежащего медицинского контроля – в данной ситуации велик риск нанесения значительного ущерба организму человека, в результате негативного влияния которого, здоровье человека может оказаться в опасности.

В качестве необходимого элемента медицинских обследований выступают мероприятия, направленные на проведение врачебно-педагогического анализа и контроля над нагрузками. Кроме того осуществляются мероприятия санитарно-гигиенического контроля над помещениями и пространствами, в которых проводятся спортивные занятия, также реализуется активная деятельность, направленная на санитарное просвещение занимающихся физкультурой и спортом людей. Доктор в данном случае выполняет существенную функцию при организации методической работы, так как именно он может сформировать перечень необходимых рекомендаций, провести необходимые консультации со спортсменами. Кроме того в процессе своей деятельности медицинский работник должен также применять таблицу ограничения противопоказаний.

Врачебный контроль – представляет собой комплекс специальных медицинских исследований, реализацию которых осуществляет доктор и педагог совместными усилиями. Цель их деятельности в данном случае заключается в определении интенсивности влияния тренировочных нагрузок на организм спортсмена, а также в целях определения активной подготовки занимающихся физупражнениями.

Проба Штанге (предполагает задержку дыхания на вдохе) реализуется следующим способом. Обследуемый должен находиться в состоянии покоя в сидячем положении примерно 5-7 минут, затем его просят сделать полный вдох и выдох, далее сделать вдох в объеме приблизительно 80-90% от максимально возможного значения и, находясь в таком положении задержать дыхание. Далее фиксируется время, которое следует сохранять в таком положении с момента задержки дыхания и до момента его ее прекращения. Период задержки дыхания во многом зависит от особенностей состояния сердечно-сосудистой системы и системы дыхательных органов, кроме того большое значение в данном случае имеет тот факт, что следует разграничивать период чистой задержки дыхания и период использования силы воли. Начальный момент проявления силы воли при задержке дыхания фиксируется после первого сокращения диафрагмы, которое проявляется в колебаниях брюшной стенки обследуемого. Здоровый человек, а также подростки в возрасте от 16 до 18 лет, в большинстве случаев демонстрируют возможности задержки дыхания на вдохе в интервале от 16 до 55 секунд. Люди во взрослом возрасте, не прошедшие курс специальных тренировок, могут задерживать дыхание на вдохе приблизительно на 40-50 секунд. Спортсмены, прошедшие комплекс необходимых тренировок, в состоянии задерживать дыхание в интервале от 1 до 2, в некоторых случаях до 2,5 минут. В процессе тренировок на систематической основе, интервал задержки дыхания увеличивается, в условиях утомляемости обследуемого задержка дыхания демонстрирует меньшие значения.

Проба Генчи (определяется период времени задержки дыхания на выдохе). Проба осуществляется следующим образом. Обследуемого просят сделать полный выдох и вдох, затем идет контрольный выдох и после него обследуемый должен задержать дыхание. В большинстве случаев люди во взрослом возрасте, не проходящие специальные тренировки могут в таком положении задерживать дыхание приблизительно на 20-30 секунд. Люди, тренирующиеся в задержке дыхания могут задерживать дыхания на 1,5 минуты и даже больше.

Если у обследуемого имеются заболевания системы кровообращения, дыхательной системы, перенесенные инфекционные и другие виды заболеваний, а также после в случае отбора пробы после длительного напряжения и переутомления обследуемого, происходит ухудшение

общего функционального состояния организма, и по этой причине показатели продолжительности задержки дыхания дыхание на вдохе и на выходе снижаются. По этой причине согласно рекомендациям данные пробы должны отбираться дважды в неделю перед проведением первого занятия, все полученные результаты должны фиксироваться в специальном журнале учета – ежедневнике самоконтроля. [4]

Отбор одномоментной функциональной пробы с приседаниями. В данном случае обследуемого просят находиться в состоянии покоя стоя приблизительно 3 минуты. На 4 минуте фиксируется частота сердечных сокращений за 15 секунд, полученный результат пересчитывается на одну минуту, и полученный показатель принимается за исходную частоту. Затем испытуемый должен выполнить за 40 секунд 20 глубоких приседаний, поднимая на приседе руки вперед и разводя колени в стороны, при этом туловище должна сохраняться в вертикальном положении. После того как выполнены все приседания, осуществляется фиксация частоты пульса в течение первых 15 секунд, затем полученные показатели пересчитывается на одну минуту. Параметр увеличения частоты сердечных сокращений после приседаний рассчитывается в соответствии с базовым показателем в процентном отношении. В данном случае используется специальная система оценок для мужчин и женщин: отличная оценка – 20 и меньше, хорошая оценка – 21-40, удовлетворительная оценка – 41-65, плохо – 66-75, очень плохо –76 и больше.

В рамках мероприятий, проводимых в целях осуществления медицинского контроля, могут быть использованы и другие виды функциональных проб.

По результатам медицинского осмотра врач должен установить, к какой медицинской группе для занятия физкультурой нужно отнести обследуемого группы в данном случае могут быть основными, подготовительными и специальными. Кроме того некоторые студенты могут быть включены в группу прохождения лечебной физической культуры (ЛФК), если имеются медицинские показания некоторые студенты освобождаются от занятий физкультуры, и вводится замена их на эмпирические занятия. Все полученные результаты медицинского обследования студентов фиксируются и направляются на кафедру физкультуры и спорта.

Мероприятия педагогического контроля - представляют собой комплекс планомерных мероприятий, в рамках которых получают информацию об особенностях физического состояния занимающихся физкультурой. Указанные мероприятия может проводить только воспитатель или педагог, имеющий специальные знания и умения, который в состоянии надлежащим образом провести контрольное мероприятие, провести необходимые тестирования, выявить имеющиеся недостатки и недоработки в показателях их деятельности, установить уровень эффективности и про-

дуктивности, способов организации деятельности в рамках системы определенных критериев и при попадании в разные учебные ситуации. Таким образом, отталкиваясь от всей представленной выше информации можно отметить, что указанные контрольные мероприятия осуществляются для того, чтобы своевременно выявить недоработки и принять необходимые меры для их устранения, а также контроль осуществляется в целях профилактики.

Разновидности педагогического контроля. В качестве наиболее распространенных разновидностей мероприятий педагогического контроля при проведении занятий физкультуры и физического воспитания выступают следующие:

1) мероприятия по хронометрированию работ, которые осуществляют спортсмены в рамках одного занятия;

2) мероприятия по установлению интенсивности физической нагрузки при проведении занятия;

3) мероприятия, предполагающие проведение контрольных испытаний;

4) проведение педагогического анализа учебно-воспитательной работы.

В качестве одной из наиболее существенных характеристик, свидетельствующий об уровне производительности занятия выступает показатель плотности занятия. При этом плотность может быть совместной педагогической и двигательной моторной.

Общая плотность представляет собой пропорциональные отношения оправданных с педагогической точки зрения временных затрат к показателю продолжительности занятия.

Двигательная плотность представляет собой показатель пропорционального отношения времени, которое было затрачено на проведение двигательных мероприятий в рамках занятия как показатели общей продолжительности занятия.

Усилия, затрачиваемые педагогом при проведении педагогической работы, используемые им педагогические приемы, могут быть эффективными как в полной мере, так и эффективными только частично. По этой причине усилия могут быть классифицированы в соответствии с этим признаком по категориям рациональные и нерациональные. Оправданными в данном случае считаются те педагогические затраты времени, если в процессе их несения появляется возможность решить задачи, постановка которых была осуществлена в начале занятия, а также обеспечить течение воспитательного процесса [5]

В рамках оценки приобретённых результате посещения занятий параметров состояния здоровья нужно принимать во внимание тот факт, что нормальной плотностью полноценно проведённого занятия является ее значение в 100%. Если анализировать двигательную плотность занятия, то в данном случае требуется отталкиваться от типа занятия, и по этой причине дан-

ный параметр может варьироваться в определенных значениях. В частности при проведении занятий, в рамках которых студенты выполняют упражнения для улучшения техники воздействия и оттачивания двигательных навыков, показатель двигательной плотности колеблется в интервале от 70 до 80%. Если в рамках занятия изучаются и озвучиваются двигательные действия, а также, если проводится вводное занятие для получения теоретической информации, что предполагает интенсивную интеллектуальную деятельность спортсменов, показатель двигательной плотности может колебаться на отметке до 50%.

В целях определения уровня физической нагрузки могут использоваться разнообразные методы. На сегодняшний день чаще всего используются самые легкодоступные методы, которые предполагают измерение показателя частоты пульса. В рамках одного занятия, для определения физической нагрузки осуществляется процедура измерения пульса студента, физическая подготовка которого колеблется на среднем уровне, мероприятия повторяются от 8 до 10 раз. В большинстве случаев схема измерения этого показателя предполагает определение частоты пульса до начала произведения занятия, до начала выполнения какого-либо упражнения, и после проведения упражнения. Таким образом, метод определения частоты пульса предполагает подсчет показателя в рамках разминки, сразу после её проведения, перед выполнением каждого отдельного упражнения и после выполнения каждого отдельного упражнения, которые выполняются для достижения целей поставленных в начале урока, затем пульс измеряется в ходе заключительной части урока и после неё.

Каждый раз в рамках каждого замера пульса, частота измеряется в течение 10 секунд, после чего полученный 10-секундный показатель умножается на 6, для определения количества ударов пульса в минуту. По результатам проведенных расчетов выводится кривая физической нагрузки, в этих целях по горизонтали обозначается время занятия в минутах, при этом горизонтальная ось подразделена в соответствии с частями занятия, а по вертикальной оси отражаются показатели частоты сердечных сокращений в рамках той или иной части занятия. Данная кривая используется для определения параметров производительности каждой части занятия с точки зрения интенсивности физических нагрузок. В данном случае нужно принимать во внимание также тот факт, что ЧСС могут изменяться не только под влиянием особенностей и интенсивности мышечных нагрузок, но и в результате эмоциональных всплесков, который при проведении физических занятий могут иметь достаточно большой вес. И по этой причине для того чтобы правильно оценивать параметры пульсометрии требуется принимать во внимания результаты, которые были получены в результате педагогического исследования, и полученные параметры также кратко отражаются в протоколе занятия.

Для того чтобы осуществлять мониторинг показателей эффективности педагогического процесса исследуются параметры физической подготовки учеников. Благодаря проведению контрольных проверок появляется возможность выявить параметры качества приобретения тех или иных физических навыков, сравнить фактические показатели физической активности и тренированности студентов с нормативными значениями и по результатам проведенной сравнительной оценки сформировать действенные планы для обеспечения дальнейшего физического развития студентов.

В процессе физического воспитания на базе ВУЗов используются следующие *формы исследований и анализов*:

- для оценки скоростных способностей студентов используется метод бега на 100 м с фиксацией результатов;

- в целях определения физического развития и силовых качеств мышц ног проводится упражнение на оценку прыжка в длину с места;

- для определения специальной выносливости студентов используются забег на 500 м для девушек и 1000 м для юношей;

- для определения общей выносливости осуществляются забеги на 2 км для девушек на 3 км для юношей;

- в целях определения локальной силовой выносливости юношей используется способ подтягивания в висе;

- для определения параметра силовой выносливости мышц туловища девушек используется метод поднятия туловища из положения «лежа на спине руки за головой»;

- упражнение на отжимания от поверхности путём разгибания и сгибания рук в упоре лежа для юношей;

- упражнения на осуществление наклонов вперед для определения гибкости и др.

Для того чтобы полученные данные при проведении контрольных упражнений были максимально точными, нужно проводить повторные и контрольные упражнения с сохранением предыдущих условий, в один и тот же период времени, с использованием схожих схем проведения контрольных упражнений. Наиболее точными результаты первичных и вторичных контрольных испытаний будут тогда, когда характер и интенсивность двигательной активности студентов до проведения контрольных испытаний и в том и другом случае был аналогичен. В начале каждого учебного контрольного года проводится комплекс упражнений с фиксацией полученных результатов, и в конце каждого учебного года проводится повторный заключительный комплекс контрольных упражнений с фиксацией результатов, затем полученные результаты в начале и в конце года сравниваются.

Процедура сравнительной оценки результатов тестирования. Для того чтобы дополнительно проверить уровень физической подготовки студентов должный эффект можно

получить в условиях неизменного количества контрольных занятий, проводить оценку в баллах для каждого теста, который позволяет определить ту или иную форму физической подготовки, и затем по сумме полученных в рамках каждого элемента оценки баллов установить общий показатель физической подготовки.

Наиболее полную и всестороннюю информацию об уровне эффективности занятия физкультурой можно получить путём проведения контрольных мероприятий от работы педагога на занятиях и работы учеников, кроме того может быть проведена работа по определению уровня влияния работы педагога на эффективность решения в рамках учебно-воспитательного плана задач.

Мероприятия педагогического наблюдения могут быть полными, что предполагает осуществление контроля над всеми эффектами и результатами преподавательской деятельности, а также в данном случае анализу подвергается сама работа педагога, здесь может исследоваться эффективность конспекта занятия, могут анализироваться планы профилактической работы. Проверке также могут быть подвергнуты студенты, в этих целях определяют их сознательность и самостоятельность, уровень их теоретических знаний.

Литература

1. Гилмор Г. Бег ради жизни. Изд. 2-е, исправленное и дополненное: Пер. с англ. - М.: Физкультура и спорт, 1970. - 112 с.

2. Городилин С.К. Физическое воспитание студентов. - Гродно: ГрГУ, 2002.

3. Дронов В.Я. Физическая культура. - М., 2005.

4. Теория и методики физического воспитания / Под ред. Б.А. Ашмарина. - М.: Просвещение, 1990. - 287 с.

5. Физическое воспитание: Учебник / Под ред. В.А. Головина, В.А. Масляка, А.В. Коробкова и др. - М.: Высш. школа, 1993.

Organization of medical and pedagogical monitoring of students engaged in physical culture Starodubtsev M.P.

The paper presents modern data on medical and pedagogical control of students engaged in physical culture. The methods of diagnosis and self-diagnosis of the state of the body with regular exercise and sports. The technique of classes with students who have deviations in the state of health, with the help of health-improving physical culture is described and the educational-methodical complex for classes with students of a special medical group is developed.

Key words: medical and pedagogical control; physical culture; effects; complex.

References

1. Gilmore G. the Race for life. Ed. 2nd, revised and enlarged: Per. from English.- Moscow: physical Education and sport, 1970.- 112 p.

2. Gorodilin S.K. Physical training of students. - Grodno: GRGU, 2002.

3. Dronov V.Ya. Physical culture. - M, 2005.

4. The theory and techniques of physical training / Under the editorship of B.A. Ashmarin. - M.: Education, 1990. - 287 pages.

5. Physical training: The textbook / Under the editorship of V.A. Golovin, V.A. Maslyak, A.V. Korobkov, etc. - M.: Vyssh. school, 1993.

Применение стратегического управления в услугах здравоохранения

Тунахан Арыджы

докторант, Южный Университет (ИУБиП),
buhara191@hotmail.com

Акперов Имран Гурру оглы

профессор, ректор Южного Университета (ИУБиП),
rector@iubip.ru

С глобализацией конкуренция между предприятиями увеличилась, предприятия претерпели значительные структурные преобразования. В этом конкурентном периоде стратегический менеджмент стал одним из основных инструментов, позволяющих предприятиям достичь своих стратегических целей и задач. На эти изменения повлияли и организации здравоохранения, которые проводились на основе стратегического управления. Перед лицом растущего социального спроса и разнообразия услуг были определены стратегические приоритеты, а необходимость определения административной деятельности в рамках этих приоритетов привела к переходу учреждений здравоохранения на стратегические методы управления.

В этом исследовании обсуждались методы стратегического управления в медицинских учреждениях. Исследование представляет собой обзор литературы и рассматривает методы стратегического управления, которые еще не стали систематическими в медицинских учреждениях.

Ключевые слова: стратегический менеджмент, стратегическое планирование, стратегический менеджмент в организациях здравоохранения.

Введение

Начиная с 1950-х годов, подходы, связанные с организациями в области науки, начали меняться, и отношения организаций с окружающей средой приобрели важное значение в рамках видного системного подхода. Из-за развития современного бизнеса концепция стратегического развития стала одной из наиболее важных концепций для объяснения отношений между организацией и окружающей средой (Baun, 2014). В соответствии с новым пониманием, появившимся с 1980-х годов, организации частного сектора, государственные учреждения и организации, а также организации гражданского общества приняли стратегическое управление как средство планирования будущего (Aktan, 2008).

Предприятия здравоохранения, предоставляющие услуги для обеспечения условий жизни человека, имеют особое значение в организациях обслуживания. В последние годы экологические условия предприятий здравоохранения также претерпели серьезные изменения, что является решающей концепцией глобализации, и ожидания обществ от медицинских учреждений стали более сложными. В связи с этим изменением стало обязательным для предприятий здравоохранения реорганизовать свои организационные структуры, миссии и видения (Wan, Lin & Ma, 2002).

Из-за этих изменений в службах здравоохранения повысилась роль управленческих функций в медицинских услугах. Стратегическое управление, которое стало важной концепцией для общего предприятия, также стало важным требованием для успеха управления учреждениями здравоохранения. Благодаря стратегическому управлению можно выделить стратегическую ценность предприятий, правильно использовать ресурсы и установить стандарты передового опыта (Soylu и Ileri, 2010).

1. Стратегическая практика управления

1.1. Стратегическое Управление

Тот факт, что производственные системы и технологическая база, являющиеся источником этих систем, коренным образом изменились, привели к тому, что важная часть производства и предприятий получила международное качество. Эта ситуация создала конкурентоспособную структуру для предприятий, которые безопасно работают в закрытой структуре национальной экономики. В рамках этой конкурентной структуры правила, которые страны внедрили в рамках движений экономической интеграции сделали обяза-

тельным, чтобы предприятия перепланировали свою деятельность в среднесрочной и долгосрочной перспективе. В этом процессе основными стратегическими решениями предприятий стали такие концепции, как стратегия, стратегическое управление и стратегическое планирование (Bigcan, 2002).

Стратегический менеджмент - это методика управления, применяемая для определения целей и задач организаций, возникших для определенной цели, и определения способов достижения этих целей (Aktan, 2008). По словам Дракера, стратегический менеджмент должен регулировать свои отношения с окружающей средой и соответственно мобилизовать свои ресурсы. Хоу рассматривает стратегическое управление как функцию управления перед всеми другими функциями управления. Стратегический менеджмент - это управленческий процесс для принятия решений о том, что должна делать организация и что должна достичь организация. С другой стороны, стратегический менеджмент - это не просто планирование будущего. Потому что операционная среда динамично меняется, и будущие ситуации постоянно обновляются в соответствии с условиями окружающей среды. По этой причине стратегическое управление - это организация взаимоотношений с окружающей средой динамично с учетом условий окружающей среды. В настоящее время стратегический менеджмент стал необходимостью для предприятий контролировать будущее (Güçlü, 2003).

1.2. Процесс стратегического управления в бизнесе

Стратегический менеджмент – это управленческий процесс, осуществляемый по инициативе высшего руководства организации. Можно рассмотреть процесс стратегического управления в четыре этапа: создание видения, стратегический анализ, стратегическая формулировка и реализация стратегического управления. В этом процессе лидер организации сначала демонстрирует, что стратегическое управление является необходимостью, и создается управленческая команда. Эта команда проводит мозговой штурм под руководством организации, создает видение организации и переходит к этапу стратегического анализа. На этапе стратегического анализа финансовые, рыночные операции и операции организации анализируются с точки зрения SWOT, конкуренции, анализа сектора и окружающей среды. С полученными результатами проходит третий этап и создается стратегия действий. На четвертом этапе стратегия действий ставится на сцену командой стратегического управления с помощью различных инструментов (Varkey & Bennet, 2010).

Хотя общепризнано, что стратегическое управление - это процесс, разные источники могут содержать различную информацию об этапах процесса. Тем не менее, следует отметить, что содержание, как правило, похоже. Например,

Lombardi & Shermerhorn (2007) рассматривает процессы стратегического управления в пять этапов. Основное различие - это пятый этап, который включен в процесс, и результаты оцениваются, а стратегии возобновляются. Актан (2008) обсуждает стратегический процесс управления в пять этапов. Это внутренний и внешний экологический анализ, видение и создание миссий, определение стратегий, внедрение и оценка результатов.

1.3. Преимущества применения стратегического управления для предприятий

В дополнение к практике стратегического управления, которая позволяет предприятиям оценивать окружающую среду и прогнозировать будущее, организационная деятельность внутри организации осуществляется с определенной координацией, и подразделениям не разрешается обращаться в разные цели. Благодаря стратегическому управлению деятельность в организации становится систематической, и работа менеджеров становится проще в решении проблем, с которыми сталкивается предприятие. Кроме того, стратегическое управление позволяет менеджерам предвидеть и прогнозировать будущее, а также разрабатывать будущие сценарии поведения. Эффективно использовать ресурсы со стратегическим управлением, включая перераспределение ресурсов (Güçlü, 2003).

Видение и миссия, которые являются одной из концепций стратегического управления в организациях, обеспечивают реструктуризацию ценностей организации в соответствии с идеалом и целями на будущее. Ценности - это убеждения, которые организации имеют на своем пути ведения бизнеса и их непрерывности. Вместе со стратегическим управлением ценности пересматриваются в организациях, а видение и миссия формируются вместе с этими ценностями. Ценности в организациях являются одним из основных факторов, создающих доверие в сотрудников. Таким образом, перестройка ценностей в рамках стратегического управления также радикально меняет отношения между сотрудниками и организациями (Kılıç, 2010).

Одним из факторов, которые вызывают изменение отношений между сотрудниками и организациями в рамках стратегического управления, является изменение содержания управления человеческими ресурсами со стратегическими целями на предприятиях. В последние годы важность управления человеческими ресурсами возросла с помощью концепции стратегического управления человеческими ресурсами, которая вышла на первый план в качестве подхода, выходящего за рамки традиционного подхода к управлению человеческими ресурсами. В последние годы важность управления человеческими ресурсами возросла с помощью концепции стратегического управления людскими ресурсами, которая вышла на первый план в качестве подхода, выходящего за рамки традиционного подхода к управлению человеческими ресурсами. В этом отноше-

нии была пересмотрена взаимосвязь между рабочей силой и стратегическими целями, определенными предприятием. В этом процессе политика в области людских ресурсов стала неотъемлемым компонентом понимания стратегического управления предприятиями, в то время как подразделения управления людскими ресурсами на предприятиях стали одним из важных подразделений принятия решений организациями. Это привело к отказу от традиционных подходов, которые организации до сих пор предоставляли сотрудникам, а сотрудники были переопределены как важный источник производства, так и внутренние заинтересованные стороны предприятий. Это изменение вместе с увеличением инвестиций, сделанных предприятиями для сотрудников, сделало отношения между сотрудниками и организацией более глубокими (Öğüt, Akgemci & Demirsel, 2004; Cingöz & Akdoğan, 2013).

Стратегическое планирование является одним из важнейших компонентов стратегического управления в организациях. Стратегическое планирование - это тип планирования, в котором четко видны видение и миссия организации и где высшее руководство активно участвует в процессе определения будущего организации. Для успеха стратегического планирования в организациях высшего руководства имеет большое значение, и все сотрудники должны быть включены в этот процесс. При планировании стратегического планирования, которое приводит к радикальным изменениям в организациях, необходимо учитывать следующие проблемы (Varkey & Bennet, 2010):

- ✓ Организация должна быть правильно определена там, где она хочет быть;
- ✓ Необходимо определить организационные проблемы в организации,
- ✓ Необходимо определить проблемы, существующие в управлении организацией,
- ✓ Необходимо определить проблемы сотрудников организации,
- ✓ Необходимо определить прошлые и нынешние неудачи организации и способы их предотвращения,
- ✓ Должно быть четко определено видение, определяющее будущее организации.

Стратегическое планирование - это рациональный процесс, который позволяет прогнозировать будущую работу и моделирование поведения. При стратегическом планировании общие рамки ежедневных решений принимаются заблаговременно, и решения абстрагируются от суждений по личному значению. Потому что при таком планировании формируется ясная и четкая структура поведения и решений. Следовательно, поведение и деятельность в масштабах всей организации приобретают институциональный характер. При институционализации возникает институциональная адаптация между подразделениями предприятия и участие в принятии решений. Успешное планирование позволяет орга-

низации получить серьезную и надежную корпоративную репутацию, одновременно увеличивая взаимодействие с работниками (Perera & Peiro, 2012).

2. Стратегическое управление в здравоохранении

2.1. Потребность в стратегическом управлении в сфере здравоохранения

Качества и предоставление медицинских услуг является одним из основных показателей уровня развития обществ. Причины, такие как дисбаланс спроса и предложения, проблемы с ресурсами и трудности с финансированием, которые увеличиваются с 1980-х годов, наряду с быстрым ростом населения, привели к неспособности многих стран оказывать медицинские услуги. Такие факторы, как быстрая реализация изменений в службах здравоохранения, большое количество неизвестных услуг, высокие затраты на обслуживание и непосредственное служение жизни людей, сделали стандарты, долгосрочные перспективы и стратегии неотложной необходимостью предоставления медицинских услуг (Soylu & İleri, 2010).

Кроме того, медицинские учреждения, работающие в стабильной среде в начале 20-го века, быстро развивались и превращались в сложные и динамичные структуры из-за социального спроса, с которым они сталкиваются. В тот же период внутренняя и внешняя среда предприятий здравоохранения быстро изменилась по мере того, как технологии стали доминировать в бизнес-процессах. Начиная с 1950-х годов, в рамках Системного Подхода, который является выдающимся подходом в области бизнес-науки, стратегические методы управления стали необходимостью в медицинских учреждениях. Поскольку анализ меняющейся внутренней и внешней среды был проанализирован, и учитываются ресурсы и возможности, перераспределение ресурсов стало необходимым (Bayın 2014).

В период после 1980 года, когда глобализация стала решающим явлением, социальные требования изменились, а организации частного сектора начали заменять государственный сектор оказанием медицинских услуг. Тот факт, что многие организации начали оказывать медицинские услуги, увеличил конкуренцию и привел предприятия к стандартизации в предоставлении медицинских услуг. Кроме того, из-за изменений в предоставлении медицинских услуг возникла необходимость переопределить миссию в медицинских учреждениях. Вместе с изменением парадигмы в предоставлении медицинских услуг организации здравоохранения пересмотрели свои внутренние структуры и, с другой стороны, пересмотрели свои отношения с социальной, политической и экономической средой (Wan, Lin & Ma, 2002; Hevner, Salvatore, Jinsoo & Sudha, 2006).

Изменение условий предоставления услуг и условий окружающей среды заставляет предприятия здравоохранения обязать стратегическое планирование перепланировать будущее. Стратеги-

ческое планирование описывает путь между ситуацией организации и тем, куда она хочет достичь. Стратегические планы позволяют предприятиям использовать свой бюджет и ресурсы в соответствии с поставленными целями и задачами. В стратегическом планировании, ориентированном на хорошее управление, участие сотрудников на всех уровнях в организации имеет важное значение, и деятельность осуществляется при поддержке и координации высшего руководства (Министерство здравоохранения, 2014 г.). Существует пять важных факторов, которые требуют стратегического планирования в организациях здравоохранения. Их можно кратко объяснить следующим образом (Pereira & Peiro, 2012):

- ✓ Увеличение спроса со стороны медицинских учреждений на предоставление медицинских услуг, повышение информированности пациентов о правах пациентов;
- ✓ Специализация в сфере здравоохранения растет, и это приводит к кластеризации сотрудников в определенных учреждениях и регионах. Таким образом, привлечение квалифицированного медицинского работника к делу и поддержание его в бизнесе стало общей проблемой;
- ✓ Оказание услуг с ограниченными ресурсами, как и во всех других видах экономической деятельности, и повышение важности рационального распределения ресурсов и производительности при производстве услуг;
- ✓ В последние годы центр обслуживания в сфере оказания медицинских услуг был направлен на удовлетворение пациента, а не на саму службу. Как и во многих секторах, удовлетворенность клиентов стала одной из самых важных проблем в предоставлении медицинских услуг;
- ✓ Увеличение населения и сложность обществ наряду с диверсификацией медицинских услуг также требуют перепланирования рабочих мест в рамках стратегического управления учреждениями здравоохранения. Кроме того, появление сложных структур в медицинских службах требует перепланирования мероприятий, проводимых на предприятии в разных подразделениях.

2.2. Стратегическая практика управления в предприятиях здравоохранения.

Стратегическое управление относится к процессу, и во многих исследованиях эти процессы обрабатываются по-разному. Можно рассмотреть процесс стратегического управления в больницах с центральной ролью в оказании медицинских услуг в пять этапов. К ним относятся анализ внешней среды, анализ внутренней среды, определение ориентации, определение стратегий, реализация стратегий. В процессе стратегического управления внутренний и внешний экологический анализ проводится с учетом таких факторов, как предоставление услуг, спроса со стороны общества, конкурентов и сотрудников, а затем направление определяется в со-

ответствии с видением, миссией и задачами, связанными с представлением услуги. Будут реализованы стратегии для определения того, как будут осуществляться обслуживание и как будут достигаться цели в соответствии с определенной ориентацией. Как и на других предприятиях, стратегии, появившиеся в медицинских учреждениях, формируются путем однократного пересмотра стратегий, предложенных подчиненными (Kavuncubaşı, 2000).

Потребность информации и технологии обработки информации, в которой предприятия не проявили достаточного интереса к прошлому, является одним из доминирующих элементов сегодняшнего конкурентного подхода. С ростом важности информации и его технологий обработки видно, что предприятия реформируют свои институциональные структуры и стратегии конкуренции соответственно (Демирхан, 2002). Отмечается, что эта ориентация, которая наблюдается на всех предприятиях, стала более заметной в предоставлении медицинских услуг и что информационные системы быстро активируются на предприятиях в качестве стратегического управленческого фактора. Наиболее важными приложениями в этой области являются больничные информационные системы и системы автоматизации, используемые в различных подразделениях больниц.

Реформы в предоставлении медицинских услуг изменились, и структура сервисных организаций находится под руководством таких стран, как Англия и США. В соответствии с реформами в секторе здравоохранения усилилось использование информационных технологий в медицинских учреждениях и повысилось значение решений на базе информационных технологий (Bate & Robert, 2002). Затем во многих странах технологические системы были внедрены в медицинских учреждениях из-за растущей важности технологий в предоставлении услуг, а структура учреждений здравоохранения стала технологической структурой. В качестве требования новой парадигмы предоставления медицинских услуг информационные системы являются важным элементом структурных преобразований. Это структурное изменение в системе также сказалось на знаниях и навыках сотрудников. В настоящее время видно, что значительная часть медицинских работников имеет знания об использовании больничных информационных систем в больницах. С другой стороны, данные, полученные от медицинских работников, показывают, что, несмотря на обучение, предоставляемое сотрудникам, существуют важные недостатки сотрудников (Işık & Akbolat, 2010).

Как и на других предприятиях, высшее руководство должно выполнять стратегический процесс управления и стратегическое планирование, действующее на предприятиях здравоохранения. Руководство может создать команду в бизнесе или получить профессиональную помощь от экспертов, не связанных с бизнесом. Руководство рассматривает взгляды и видение команды, но по

собственной инициативе дает окончательную форму (Perera & Peiro, 2012).

2.3. Результаты практики стратегического управления в предприятиях здравоохранения

Ожидается, что стратегические методы управления в предприятиях здравоохранения будут лучше анализировать потребности и ожидания и обеспечивать рациональное использование существующих ресурсов. Важнейшим результатом рационального использования ресурсов является повышение удовлетворенности клиентов и значительная экономия ресурсов (Soylu & İleri, 2010).

Одной из наиболее важных проблем предприятий является эффективное использование ресурсов и управление затратами. Учитывая важность концепции стратегического управления, управление затратами приобрело стратегический аспект, и произошел переход к пониманию стратегического управления издержками на предприятиях. Стратегическое управление затратами основано на внедрении экономически эффективных методов для постоянного улучшения стратегических позиций предприятия и снижения операционных издержек. Однако исследования в больницах указывают на то, что администрация больниц еще не обладает достаточными знаниями о стратегическом управлении затратами. Видно, что роль информации и технологий в инвестиционных решениях больниц не учитывается достаточно и стратегические методы управления затратами не известны (Bekçi & Özal, 2010).

Согласно исследованиям Союлу и Илери (2010), методы стратегического управления в медицинских учреждениях еще не полностью установлены. Согласно опросу, значительное число руководителей не имеют достаточных знаний о миссии и видении учреждения, и есть много руководителей, которые не знают значения сертификатов качества, которые компания имеет. Кроме того, видно, что многие руководители по-разному думают о целях компании. Это указывает на то, что практика на предприятиях не создает ожидаемых результатов. Тем не менее, результаты исследования показывают, что предприятиям обычно достаточно с точки зрения разделения труда и распределения обязанностей.

При оказании медицинских услуг в Турции, где частный сектор прибавил в весе за последние 10 лет, то видно, что на основе комплексного преобразования институтов государственной службы. Реализация стратегического плана была реализована в Министерстве здравоохранения и связанных с ним подразделениях, и показатели эффективности подразделений государственной службы начали приобретать важное значение. Вначале измерение и управление производительностью в таких странах, как Англия и Соединенные Штаты, было признано в

качестве компонента стратегического управления и стало важной системой оценки результатов в области предоставления государственных услуг. В Турции в 2004 году с введением модели управления производительностью и предоставление медицинских услуг, подход, ориентированный на пациента набрал вес. Видно, что эта модель способствует качеству медицинских услуг и удовлетворенности общества. Согласно результатам исследования, проведенного Кырылмазом (201; 2013) в этом отношении, приложение производительности, появившееся в соответствии с новым пониманием в системе государственного управления, обеспечивает удовлетворение лиц, получающих медицинские услуги. Хотя удовлетворение пациентов во многих измерениях представляет собой услугу, видно, что восприятие качества в отношении медицинского обслуживания также изменилось положительно.

Следует также отметить, что положительная ситуация обусловлена повышением важности подходов, основанных на концепции стратегии. С учетом этого изменения в управлении человеческими ресурсами традиционная перспектива для сотрудников изменилась, и сотрудники были приняты в качестве одного из самых важных источников компании. Это, помимо механического элемента, подготовило почву для того, чтобы сотрудники воспринимались как элемент с их собственными условиями. С учетом этого изменения мотивация сотрудников, удовлетворенность работой сотрудников и удовлетворенность сотрудников повысили важность концепций и увеличили инвестиции, производимые предприятиями для сотрудников (Öğüt, Akgemci and Demirsel, 2008).

Итог

Период после 1980 года – это в течение которого компания пережила значительный сдвиг парадигмы в науке. В рамках Системного подхода, который был эффективен с 1950-х годов, важность концепций, таких как стратегия, стратегические цели и стратегическое управление, увеличилась с 1980-х годов. Соответственно, структура предприятий претерпела радикальные изменения. В то время как структура производства товаров и услуг изменилась в этом процессе перемен, важность человеческого фактора возросла на предприятиях. Поскольку глобализация, возникшая в тот же период, информационные и информационные технологии стали наиболее важными элементами конкуренции. С ростом важности знаний человеческий фактор стал стратегическим конкурентным элементом.

В этом новом процессе, сформированном в результате глобализации, изменилась структура как государственного управления, так и предприятий частного сектора, а стратегический менеджмент и стратегическое планирование на предприятиях приобрели важное значение как значительный выход. По мере того, как важность сотрудников во внутренней среде предприятия возрастала, важность клиентов и удовлетворенность клиентов

возросла во внешней среде предприятия. Это изменение привело к фундаментальной структурной трансформации на предприятиях, оказывающих медицинские услуги, как и на предприятиях во всех областях. С другой стороны, увеличение спроса на медицинские услуги, снижение государственного сектора при производстве услуг и увеличение конкуренции в сфере производства услуг повысили важность таких концепций, как качество и удовлетворенность клиентов.

Стратегические методы управления рассматриваются как важный инструмент управления, чтобы обеспечить удовлетворенность клиентов услугами здравоохранения. На основе информационных технологий реструктуризация предприятий и представление медицинских услуг в рамках стратегических целей составляют основу стратегического управления в этой области. В результате воздействия процесса на сектор видно, что многие системы автоматизации внедрены в предприятиях здравоохранения для различных целей. Благодаря этим системам мы нацелены на предоставление более качественных, безошибочных и быстрых услуг. С другой стороны, в рамках практики стратегического управления отмечается, что учреждения здравоохранения осуществляют мероприятия, направленные на повышение качества сотрудников. Кроме того, видно, что организации в этом секторе разработали стратегические планы в этом направлении, и они пытаются повысить свою эффективность за счет использования своих ресурсов в рамках этих планов.

В результате стратегические управленческие практики принимаются как один из важнейших способов обеспечения качества и эффективности в медицинских предприятиях, как и в других типах бизнеса. Исследования, проведенные для измерения влияния практики стратегического управления в секторе, показывают, что деятельность в этом направлении обеспечила регуляризацию внутренней организации и разделение труда для сотрудников. В дополнение к этому, наблюдается, что удовлетворенность пациентов в отношении получаемой ими услуги значительно возросла с помощью методов стратегического управления. Кроме того, отмечается, что восприятие качества обслуживания положительно изменилось со стратегическими методами управления. Важнейшим результатом применения для сотрудников является то, что рабочая нагрузка сотрудников значительно снижается, а производительность сотрудников увеличивается с учетом того, что многие виды деятельности основаны на обработке информации.

Литература

1. Aktan, C. C. (2008). *Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama*, Çimento İşveren Dergisi, Temmuz-Ağustos, 4-21.

2. Bate, S.P. & Robert, G. (2002). Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernising the National

Health Service in England and Wales. *Public Administration*, 80(4), 643-663.

3. Bayın, G. (2014). *Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi*. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4(2), 99-120.

4. Bekçi, İ. & Özal, H. (2010). *Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma*, Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi, 2(3), Kasım, 78-97.

5. Bircan, İ. (2002). *Kamu Kesiminde Stratejik Yönetim ve Vizyon*, Planlama Dergisi, Özel Sayı, 11-19.

6. Cingöz, A. & Akdoğan, A. (2013). *İnsan Kaynakları Yönetiminin Stratejik Bir Boyut Kazanması İçin Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*, Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (42), Temmuz-Aralık, 91-122.

7. Demirhan, D. (2002). *İşletmelerde Stratejik Bilgi Sistemleri Yönetimi Ve Rekabet Üstünlüğü Elde Edilmesindeki Rolü*, Ege Akademik Bakış, 2(2), 115-123.

8. Güçlü, N. (2003). *Stratejik Yönetim*. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23(2), 61-85.

9. Hevner, A. R., Salvatore T. M., Jinsoo P. & Sudha R. (2006). *Design science in information systems research*. John Leslie King And Kalle Lyytinen (Eds.). In, *Information Systems The State of the Field*, 191-232.

10. Işık, O. & Akbolat, M. (2010). *Bilgi Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*, Bilgi Dünyası, 11(2), 365-389.

11. Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.

12. Kılıç, M. (2010). *Stratejik Yönetim Sürecinde Değerler, Vizyon ve Misyon Kavramları Arasındaki İlişki*. *Sosyo-Ekonomi*, Temmuz-Aralık, 2010/2, 81-98.

13. Kırılmaz, H. (2012). *Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin Hasta Memnuniyetine Etkileri: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması*, Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 4(2), 235-249.

14. Kırılmaz, H. (2013). *Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), Ocak, 11-21.

15. Lombardi, D. J. & Shermerhorn, J. R. Jr. (2007). *Health Care Management*. 1807 Wiley, Ohio University. http://courses.washington.edu/nutrmgmt/564_Articles/Used_07/Lombardi_Ch5_07.pdf, (15.08.2015).

16. Öğüt, A., Akgemci, T. & Demirsel, M. T. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Örgütlerde İşgören Motivasyonu Süreci*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (12), 277-289.

17. Perera, F. P. R. & Peiró, M. (2012). *Strategic Planning in Healthcare Organizations*, *Revista Espanola de Cardiologia*, 65(8), August, 749-754.

18. Sağlık Bakanlığı. (2014). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan 2014-2018, Şubat, Ankara.

19. Soylu, Y. & İleri, H. (2010). Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 13(1-2), 13(1-2), 79-96.

20. Varkey, P & Bennet, K. E. (2010). Practical Techniques for Strategic Planning in Health Care Organizations. Journal of Physical Education, March-April, 46-49.

21. Wan T. T. H., Lin, Blossom Yen-Ju & Ma, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems, 26(2), 127-143.

Strategic management practices in health services

Tunahan Arji, Akperov I.G.

Southern University

With globalization while competition among companies increases, companies have experienced important structural transformations. In this competitive era strategic management has become one of companies' fundamental tools for achieving their strategic objectives and targets. Health services are also affected from this transformation that occurred on the basis of strategic management. Determination of management activities in the context of those priorities that are identified according to increasing public demand and service diversity led also health companies to fit in strategic management applications.

In this study strategic management applications in health institutions were discussed. The study is a literature review and investigates the strategic management applications that have not become systematic in health institutions yet.

Key words: Strategic management, strategic planning, strategic management in health institutions

References

1. Aktan, C. C. (2008). Stratejik Yönetim ve Stratejik Planlama, Çimento İşveren Dergisi, Temmuz-Ağustos, 4-21.
2. Bate, S.P. & Robert, G. (2002). Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernising the National Health Service in England and Wales. Public Administration, 80(4), 643-663.
3. Bayın, G. (2014). Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4(2), 99-120.
4. Bekçi, İ. & Özal, H. (2010). Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma, Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi, 2(3), Kasım, 78-97.
5. Bircan, İ. (2002). Kamu Kesiminde Stratejik Yönetim ve Vizyon, Planlama Dergisi, Özel Sayı, 11-19.

6. Cingöz, A. & Akdoğan, A. (2013). İnsan Kaynakları Yönetiminin Stratejik Bir Boyut Kazanması İçin Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (42), Temmuz-Aralık, 91-122.
7. Demirhan, D. (2002). İşletmelerde Stratejik Bilgi Sistemleri Yönetimi Ve Rekabet Üstünlüğü Elde Edilmesindeki Rolü, Ege Akademik Bakış, 2(2), 115-123.
8. Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23(2), 61-85.
9. Hevner, A. R., Salvatore T. M., Jinsoo P. & Sudha R. (2006). Design science in information systems research. John Leslie King And Kalle Lyytinen (Eds.). In, Information Systems The State of the Field, 191-232.
10. Işık, O. & Akbolat, M. (2010). Bilgi Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Bilgi Dünyası, 11(2), 365-389.
11. Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
12. Kılıç, M. (2010). Stratejik Yönetim Sürecinde Değerler, Vizyon ve Misyon Kavramları Arasındaki İlişki. Sosyo-Ekonomi, Temmuz-Aralık, 2010/2, 81-98.
13. Kırılmaz, H. (2012). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modelinin Hasta Memnuniyetine Etkileri: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 4(2), 235-249.
14. Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), Ocak, 11-21.
15. Lombardi, D. J. & Shermerhorn, J. R. Jr. (2007). Health Care Management. 1807 Wiley, Ohio Universty. http://courses.washington.edu/nutrmgmt/564_ArticlesUsed_07/Lombardi_Ch5_07.pdf, (15.08.2015).
16. Ögüt, A., Akgemci, T. & Demirsel, M. T. (2004). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Örgütlerde İşgören Motivasyonu Süreci, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (12), 277-289.
17. Perera, F. P. R. & Peiró, M. (2012). Strategic Planning in Healthcare Organizations, Revista Espanola de Cardiologia, 65(8), August, 749-754.
18. Sağlık Bakanlığı. (2014). Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan 2014-2018, Şubat, Ankara.
19. Soylu, Y. & İleri, H. (2010). Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 13(1-2), 13(1-2), 79-96.
20. Varkey, P & Bennet, K. E. (2010). Practical Techniques for Strategic Planning in Health Care Organizations. Journal of Physical Education, March-April, 46-49.
21. Wan T. T. H., Lin, Blossom Yen-Ju & Ma, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems, 26(2), 127-143.

Влияние усталости и стресса на организационные обязательства у работников здравоохранения: на примере частной больницы

Эмель Узун Озджан

докторант, Институт Гуманитарных Наук
Южный Университет, emeluzunozcan@gmail.com

В этой статье будут исследованы последствия усталости и стресса в отношении организационных обязательств. Анкета была применена к 100 медицинским работникам путем личных интервью с помощью простого метода случайной выборки. В результате исследования было установлено, что 84% из 83 женщин и 17 мужчин имели 10-летний опыт работы, усталость и стресс повлияли на организационные обязательства, и между этими переменными была корреляция. Знание этих эффектов будет вносить позитивный вклад в качество обслуживания, косвенно отражая факторы, которые отражаются на эффективности обслуживания и производительности труда, за исключением определения прямого уровня удовлетворенности работников здравоохранения.

Ключевые слова: выносливость, удовлетворенность работой, управление здравоохранением, совместная работа, усталость.

Введение

Одной только научной дисциплины недостаточно для объяснения ситуаций, с которыми сталкиваются отдельные лица или организации во время перемен. Многие дисциплины, такие как социология, психология и экономика, переплетаются в трудовой жизни. Дисциплины, которые изучают отношения между человеком, бизнесом и организацией, становятся все более и более распространёнными. Непрерывность желания сотрудника оставаться на работе, статус сотрудника в организации, обязанности, ожидания от организации – это только некоторые из общих областей исследований различных научных дисциплин. Хотя он широко варьируется от предприятий, производящих товары и услуги, крайне важно учитывать факторы, которые составляют организационные обязательства со стороны предприятий и соответственно разрабатывают стратегии.

Организационная обязательность – это степень единства идентичности, с которой сотрудник входит в свою организацию, и готовность продолжать оставаться активным членом организации (Davis and Newstrom, 1989). Члены организации, которые хотят играть активную роль в организации, готовы вносить больше, чем ожидалось. Это возможно благодаря структуре, которая позволяет сотрудникам участвовать в принятии решений (Bogler and Somech, 2004). Исследования показали, что организационные обязательства, опыт работы, влияют на личные и организационные переменные. Структура и культура, созданные в рамках организации, сотрудников играет важную роль в организационной приверженности. В организациях, поощрение участия в процессе принятия решений, уважение взглядов сотрудников, является одним из факторов, повышающих лояльность людей к организации (Avolio и др., 2004).

Инвестиции человека в организацию – это ориентация на поведение, которое приводит к отношениям с отношением и идентификацией организации с системой цели и ценностей (Balay, 2014). Эта идентификация происходит за счет ценности, приверженности карьере, делу или же профсоюзу (Borghei et al., 2000).

Концепция усталости, которая была доведена до литературы Фрейденбергером (1974) и пере-

дана массам через Маслаха (1976, 1981), теперь уже вошел в нашу повседневную жизнь.

Маслах и др. рассматривают усталость как обезличивание, низкий личный успех и эмоциональное истощение. Профессиональное усталость – это реакция на хронические межличностные стрессовые факторы (Bilge vd., 2014) в деловой жизни.

Стресс иногда используется для описания раздражителей (стрессор) из окружающей среды, и иногда он используется для описания внутреннего чувства, ответа (стрессовые признаки). Он часто используется для включения как стимулятора, так и ответа (Эта стрессовая работа сделала меня напряженной). Он также используется в качестве синонима слова давление (Jones and Bright, 2001).

Стресс - это воспринимаемая неспособность справиться с угрозой (Holden, 1998). Люди, стремятся сохранить свою целостность в условиях психологического и социального стресса (Baltaş and Baltaş, 2002). Стрессовая реакция начинается не с восприятия стимула, а с принятием решения о том, что стимул опасен в результате умственной интерпретации (Uçar, 2004). Результаты исследований источников стресса, испытываемых в бизнес-среде, как правило, были определены как связанные с экологическими, организационными и личными факторами (Robbins et al., 2016).

Воздействие долгосрочных и интенсивных стрессовых источников на работу оказывает неблагоприятное воздействие на человека и организацию. Кроме того, воздействие долгосрочных и интенсивных стрессовых источников на работу отрицательно влияет на человека и организацию (Yavuzer et al., 2015). В последние годы отношения между удовлетворенностью работой (Erşan et al., 2013) и усталости (Rogers, Creed и Searle, 2014) часто подчеркиваются в исследованиях, связанных с напряжением работы.

Больницы, предоставляющие медицинские услуги, - это организации, в которых стресс, который они испытывают в связи с произведенным обслуживанием, является интенсивным с личной усталостью. С точки зрения услуг, предлагаемых в больнице, широко определяется в пяти измерениях. Эти факторы включают надежность, ответ, уверенность, сочувствие и основные материальные средства. Каждый из этих широких факторов будет иметь области толерантности разных размеров (Parasuraman et al., 1990). Что касается предоставления услуг, крайне важно понять, насколько услуги, предоставляемые поставщиками медицинских услуг в различных аспектах, связаны с размером зоны допуска.

Метод Исследования и Инструменты Сборки Данных

Они работают более эффективно, когда они достигают удовлетворенности работой, связанной с профессиями медицинских работников. Организационные обязательства, стресс и низкий уровень выгорания среди сотрудников меди-

цинских учреждений и их коллег обеспечивают позитивный вклад в жизнь образования и обучения. Чтобы постоянно улучшать деятельность, связанную с медицинскими услугами, больницам необходимо обновлять себя в соответствии с потребностями возраста, и в этом исследовании были рассмотрены «влияние усталости и стресса на организационные обязательства в больницах».

Инвентарь усталости Маслаха (1981), который используется для измерения уровня усталости, состоит из 22 предметов и ответа 5-точечного типа Ликерт. Шкала усталости состоит из трех подшкал: эмоциональное истощение, личное достижение и дегерсонализация. Усталость оценивается с тремя разными подшкалами, а не с одной точкой. В результате для каждого человека получают три отдельные точки.

Шкала организационных обязательств, используемая для оценки организационных обязательств, разработана Балаем (2000) и состоит из 27 пунктов. В шкале есть три измерения: гармония, идентификация и интернализация.

Масштабы стилей преодоления, используемые для измерения стресса, были разработаны Фолькманом и Лазарусом (1980). Это шкала механизмов преодоления, связанных с такими симптомами, как депрессия, одиночество и психосоматические проблемы, которые могут быть короткими, а также в разных стрессовых ситуациях. Масштабы, разработанные на турецком языке Дураком и Шахином, состоят из 30 предметов и 5 подшкал. Масштаб измеряет стиль преодоления двух основных стрессов. Это «проблемно-ориентированный/активный» и «эмоционно-ориентированный / пассивный». Активные стили являются подшкалами «Обращение в социальную поддержку», «Оптимистичный подход» и «подход, уверенный в себе», а также пассивные стили являются подшкалами «беспомощный подход» и «подчиненный подход». Было обнаружено, что те, кто умеет эффективно справляться со стрессом, используют «уверенность в себе» и «оптимистичный подход», а также те, кто не может справиться используют «беспомощный подход» и «подчиненный подход».

Анкета, разработанная для проблемы и цели исследования, была применена к работникам здравоохранения в частных больницах в городе Чорум/Турция. Опрос исследователей был применен в общей сложности 116 медицинским работникам, но в результате анализа надежности и достоверности в оценку были включены 100 вопросов (86%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование было определено по шкале усталости Cronbach alpha=0.834, Cronbach alpha для шкалы организационных обязательств=0.884, Cronbach alpha=0.832 для шкалы стресса и для всей анкеты Cronbach alpha=0.895.

В исследовании участвовали 100 человек, 13 из них были женщинами, 87 из них мужчинами, 34 были в возрасте от 17 до 24 лет, 38 – между 25-34 годами и 28 – 35 годами и старше соответственно. 51 –

замужем, 49 – холостыми, 22 из них являлись студентами медицинского колледжа, 31 – студенты под. курса, 39 – студенты бакалавриата, 2 – магистрантами и 6 – докторантами, 8 – медицинские секретари, 7 – врачи общей практики, 65 – медсестры, 4 – медицинские работники, 8 – специалисты по радиологии, 6 – лаборанты, 1 – специалист по неотложной медицинской помощи, 1 – акушерка, а также было установлено, что 47 из них имеют 0-5 лет, 37 – 6-10 лет, 9 – 11-15 лет и 7 из них имеют 16-20 лет опыта работы.

Наиболее яркие выводы в демографических аспектах заключаются в том, что общее рабочее время в нынешней рабочей должности составляет 84 человека с опытом до 10 лет, а выпускники средних школ и аспирантов - 53 человека. Это показывает нам, что люди, которые обычно ниже уровня бакалавриата и имеют 10-летний опыт работы, предпочитают работать.

Таблица 1
Перекрестная таблица пола, обязанности и рабочего времени

Время работы на текущей позиции	Медицинский секретарь	Медицинский врач	медсестра	Сотрудник службы здравоохранения	Радиологический техник	Лабораторный техник	Неотложный медицинский техник	акушерка	Всего
0-5 лет	Женщина	5		29		3	2	1	40
	Мужчина			4		2	1		7
	Всего	5		33		5	3	1	47
6-10 лет	Женщина	2	2	26			3		33
	Мужчина			1	2	1			4
	Всего	2	2	27	2	1	3		37
11-15 лет	Женщина	1	2	4					7
	Мужчина		2						2
	Всего	1	4	4					9
16-20 лет	Женщина		1	1		1			3
	Мужчина				2	1	1		4
	Всего		1	1	2	2	1		7
все го	Женщина	8	5	60		4	5	1	83
	Мужчина		2	5	4	4	1	1	17
	Всего	8	7	65	4	8	6	1	100

Когда рассматривается Таблица 1, видно, что 40 из 47 человек, работающих в течение 0-5 лет, составляют женщины, и 29 женщин из них работают медсестрами, а также 55 (29 + 26 =) медсестры имеют опыт работы менее 10 лет, и мужчины работают в более технических отраслях, таких как лаборатории и рентген.

Таблица 2
Влияние стресса и усталости на организационные обязательства

Переменные		Резюме модели		Аноva		Коэффициенты		
независимый	Зависимый	R ²	R	F	P	B	t	P
(постоянный)	Организационное обязательство	.045	.213	4.639	.031	2.318	9.510	.000
Стресс						-.063	-3.947	.016
Усталость						-.034	-2.154	.034

Согласно Таблице 2, уровень выносливости, усталости и командной работы на удовлетворенность работой и формулу регрессии этого эффекта можно выразить как

$$Y(\text{Организационное обязательство}) = 2.318 - 0.034(\text{усталость}) - 0.063(\text{стресс})$$

Таблица 3
Взаимосвязь между стрессом, усталостью и организационными обязательствами

	Стресс	Усталость	Организационное обязательство
Стресс	1		
Усталость	.516**	1	
Организационное обязательство	-.102*	-.213*	1

Корреляционный анализ применяется, когда желательно проводить исследование направления и силы взаимосвязи между двумя переменными. Коэффициент корреляции (r) является мерой взаимосвязи между двумя переменными и варьируется от -1 до +1 (Bayram, 2004).

Когда рассматривается вышеприведенная таблица 3, будет видно, что существует положительная и двунаправленная связь между размером .516** между стрессом и усталостью, между стрессом и организационными обязательствами существует отрицательная и двунаправленная связь .102**, между усталостью и организационными обязательствами существует негативная и односторонняя связь в размере .213**.

Обсуждение и заключение

Одной из причин, по которой важна лояльность сотрудников, является то, что лояльность влияет на то, как сотрудники тратят время на своих рабочих местах. Условия, регулирующие изменения в структуре обязательств, влияют на моральный дух, мотивацию, удовлетворенность работой, производительность и, наконец, успех организации.

Многие бизнес-руководители и ученые признают, что основным источником, обеспечивающим конкурентное преимущество для предприятий, является персонал предприятия и что весь персонал должен быть задействован для достижения успеха, а функция человеческих ресурсов рассматривается как основной элемент стратегической власти. От руководства небольшого офиса до вершины большого холдинга люди на позициях, которые определяют будущее организаций, теперь заняты профессией - бизнес-ориентированными людьми. Эти люди, которые лучше образованы, чем их предшественники, имеют более высокие надежды на свои профессиональные и личные ценности.

Пациенты теперь учатся с информацией из многих источников и требуют как технических, так и функциональных требований к здоровью как с клиническими, так и с исходными параметрами. Короче говоря, пациенты переоценивают опыт обслуживания в соответствии с их удовлетворенностью. Специальная практика и крупные медицинские учреждения должны отвечать требовани-

ям поведения и обслуживания этих пациентов. Довольный пациент становится лояльным клиентом и, таким образом, позитивно влияет как на здоровье, так и на общую функцию медицинского учреждения по своему выбору. Они верны врачам и являются активными участниками своего лечения.

В каждом секторе услуг не существует отношений между клиентом и продавцом или пациентом и врачом, основным принципом является то, что маркетинговые аспекты обслуживания - это удовлетворение потребностей клиентов и лояльность.

При обеспечении материально-технической поддержки с точки зрения оперативной эффективности и стратегических целей учреждений элементы, которые обеспечивают функциональное ускорение этих видов деятельности, должны хорошо управляться (Yalcin et al., 2014). Руководители должны приложить усилия для определения потребностей персонала и определения личных различий. Производительность сотрудников, удовлетворенность работой и мотивационная командная работа будут определять факторы, влияющие на хорошее управление успехом сотрудников и удовлетворенность работой, что принесет успех компании. Влияние переменных и распределение этих эффектов имеют важное значение с точки зрения планирования институциональных ресурсов и институциональной реорганизации.

Несомненно, что основой медицинских услуг являются врачи и медицинские работники. Подходы руководителей больниц к своим сотрудникам, включение сотрудников в решения, принимаемые в больнице, и степень ответственности сотрудников в этих областях являются важными факторами, которые могут повлиять на уровень работы сотрудников, удовлетворенность работой и уровень усталости. Сочетание элементов для корпоративных целей приведет к успеху.

Кроме того, аналогичные исследования должны проводиться в других секторах, чтобы определить, будут ли получены те же результаты в других секторах. А также в качестве метода сбора данных использовался только метод опроса. В будущих исследованиях точность результатов исследования должна быть проверена с использованием других методов (таких как опрос, наблюдение), а также метод обследования, или результаты, полученные с помощью методов, таких как метод собеседования, следует интерпретировать более подробно.

Литература

1. Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W. and Bhatia, B. (2004), Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance, *Journal of Organizational Behavior*, Cilt 25, 951-968.
2. Balay, R. (2000), Özel ve resmi liselerde yönetici ve öğretmenlerin örgütsel bağlılığı.

Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

3. Balay, R. (2014), *Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık*, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
4. Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2002). *Stres ve stresle başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Yayınevi.
5. Bayram, N. (2004), *Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi*. Bursa: Ezgi Kitabevi
6. Bilge, F., Tuzgöl Dost, M., Çtin, B. (2014), "Factors Affecting Burnout and School Engagement among High School Students: Study Habits, Self-Efficacy Beliefs, and Academic", *Educational Sciences: Theory & Practice* • 14(5) • 1721-1727.
7. Borghei, R., Gangaghi, G., Matin, H.Z., Dastani, N. (2000), "An Examination of the Relationship between Employee Empowerment and Organizational Commitment", *International Journal of Human Sciences*, 7(2), 1155-1171.
8. Bogler, R. ve Somech, A. (2004), "Influence of teacher empowerment on teachers' organizational commitment, professional commitment and organizational citizenship behavior in schools", *Teaching and Teacher Education*, Cilt 20, Sayı 3, 277-289.
9. Brown, S.P. and Peterson, R.A. (1994), "The Effect of Effort on Sales Performance and Job Satisfaction", *Journal of Marketing*, 58 (2), 70-80
10. Davis, K. and Newstrom J.W. (1989), *Human Behavior at Work, Organizational Behavior*, Eight Edition, McGraw Hill Book Company, New York
11. Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyumuna ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 115-121.
12. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
13. Holden, R. (1998). *Stress Busters*. London: Harper Collins Publishing.
14. Jones, F., Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*. New York: Prentice Hall.
15. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K.B. (2005), "The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout". *Work-Stress*, Vol:XIX, 192-207
16. Maddi, S.R. (2006), "The Journal of Positive Psychology: Dedicated To Furthering Research and Promoting Good Practise". *Building and Integrated Positive Psychology*, 1(4), 226-229.
17. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
18. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
19. Parasuraman, A., Valarie, Zeithaml and Leonard L. Berry, (1990), *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perception and Expectations*, New York, The Free Press.
20. Payne, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*, Palgrave, China.
21. Robbins, S., Judge, T. and Campbell, T. (2016). *Organizational behavior*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

22. Rogers, M. E., Creed, P. A., & Searle, J. (2014). Emotional labour, training stress, burnout, and depressive symptoms in junior doctors. *Journal of Vocational Education & Training*, 66(2), 232-248.

23. Uçar, F. (2004), Streste Zihnin Rolü ve Streste Bağlı Zihinsel/Ruhsal Hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35): 85-102.

24. Yalçın, I., Şeker, M., Bayram, A. (2014), "A Research: The Interaction Between Managers' Personality Traits, Emotional Intelligence and Their Use of Management Information Systems". *International Journal of Economic and Administrative Studies*, Year:7, Number 13, Summer, 75-92.

25. Yavuzer, Y., Gündoğdu, R., Can Koyuncu, S., (2015), Investigation of Employees' Sources of Stress According to Demographic Variables by Controlling Type A Personality Scores, *Education and Science*, 40(179), 241-250

26. Wagnild, G.M., and Young, H.M. (1993), "Development and psychometric evaluation of the resiliency scale". *Journal of Nursing Management*, 1, 165-178.

The effect of team work, resilience and burnout on job satisfaction: case study of private hospitals

Emel Uzun Ozcan

Southern University

This article will examine the effects of exhaustion and stress on organizational commitment in health workers working in private hospitals. The questionnaire was applied to 100 health workers by face-to-face interviews with simple random sampling method. It was found that 84% of 83 women and 17 men had 10 years and less work experience, and that depletion and stress affected organizational commitment, and that there was a correlation between these variables.

Knowledge of these effects will contribute to the positive contribution of the service by indirectly enlightening the elements reflected in the service efficiency and work performance besides determining the level of satisfaction of the health workers.

Key words: Resilience, job satisfaction, health management, teamwork, burnout

References

1. Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W. and Bhatia, B. (2004), Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance, *Journal of Organizational Behavior*, Cilt 25, 951-968.
2. Balay, R. (2000), Özel ve resmi liselerde yönetici ve öğretmenlerin örgütsel bağlılığı. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
3. Balay, R. (2014), Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
4. Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2002). Stres ve stresle başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Yayınevi.
5. Bayram, N. (2004), Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Bursa: Ezgi Kitabevi

6. Bilge, F., Tuzgöl Dost, M., Çtin, B. (2014), "Factors Affecting Burnout and School Engagement among High School Students: Study Habits, Self-Efficacy Beliefs, and Academic", *Educational Sciences: Theory & Practice* • 14(5) • 1721-1727.
7. Borghei, R., Gangaghi, G., Matin, H.Z., Dastani, N. (2000), "An Examination of the Relationship between Employee Empowerment and Organizational Commitment", *International Journal of Human Sciences*, 7(2), 1155-1171.
8. Bogler, R. ve Somech, A. (2004), "Influence of teacher empowerment on teachers' organizational commitment, professional commitment and organizational citizenship behavior in schools", *Teaching and Teacher Education*, Cilt 20, Sayı 3, 277-289.
9. Brown, S.P. and Peterson, R.A. (1994), "The Effect of Effort on Sales Performance and Job Satisfaction", *Journal of Marketing*, 58 (2), 70-80
10. Davis, K. and Newstrom J.W. (1989), *Human Behavior at Work, Organizational Behavior*, Eight Edition, McGraw Hill Book Company, New York
11. Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyum ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 115-121.
12. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
13. Holden, R. (1998). *Stress Busters*. London: Harper Collins Publishing.
14. Jones, F., Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*. New York: Prentice Hall.
15. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K.B. (2005), "The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout". *Work-Stress*, Vol:XIX, 192-207
16. Maddi, S.R. (2006), "The Journal of Positive Psychology: Dedicated To Furthering Research and Promoting Good Practise". *Building and Integrated Positive Psychology*, 1(4), 226-229.
17. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
18. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
19. Parasuraman, A., Valarie, Zeithaml and Leonard L. Berry, (1990), *Delivering Service Quality: Balancing Customer Perception and Expectations*, New York, The Free Press.
20. Payne, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*, Palgrave, China.
21. Robbins, S., Judge, T. and Campbell, T. (2016). *Organizational behavior*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
22. Rogers, M. E., Creed, P. A., & Searle, J. (2014). Emotional labour, training stress, burnout, and depressive symptoms in junior doctors. *Journal of Vocational Education & Training*, 66(2), 232-248.
23. Uçar, F. (2004), Streste Zihnin Rolü ve Streste Bağlı Zihinsel/Ruhsal Hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35): 85-102.
24. Yalçın, I., Şeker, M., Bayram, A. (2014), "A Research: The Interaction Between Managers' Personality Traits, Emotional Intelligence and Their Use of Management Information Systems". *International Journal of Economic and Administrative Studies*, Year:7, Number 13, Summer, 75-92.
25. Yavuzer, Y., Gündoğdu, R., Can Koyuncu, S., (2015), Investigation of Employees' Sources of Stress According to Demographic Variables by Controlling Type A Personality Scores, *Education and Science*, 40(179), 241-250
26. Wagnild, G.M., and Young, H.M. (1993), "Development and psychometric evaluation of the resiliency scale". *Journal of Nursing Management*, 1, 165-178.

Социальный капитал в организационно-управленческом контексте

Игумнов Олег Александрович,
кандидат педагогических наук, доцент, Институт социально-гуманитарного образования, кафедра экономической теории и менеджмента, ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,
oleg_igumnov@mail.ru

В статье представлены результаты исследования роли социального капитала как фактора организационного управления в различных сферах. Социальный капитал исследуется с позиций типа социальных связей и его функций в управлении. Социальные связи представлены как основанные на групповой аффилиации, иерархических отношениях и отношениях равноценного рыночного обмена. Критически оценены концептуальные модели типологий социальных отношений, лежащих в основе социальной структуры (Э. Лолло, П. Адлер, С. Квон и др). Сделан вывод о характере социального капитала в организациях, что позволяет рассматривать его как объект управления и средства достижения организационных целей.

Ключевые слова: социальный капитал, индивидуальный социальный капитал, корпоративный социальный капитал, актор, организация, социальные связи, социальные отношения, социальная структура.

Универсальность социального капитала является прямым отражением всеобщности социальных отношений как таковых. Хотя включенность в социальные связи сама по себе не превращает их в социальный капитал, практически любая относительно устойчивая конфигурация социальных отношений может быть охарактеризована с точки зрения наличия социального капитала и возможностей его накопления. основным типом социальных систем, представляющих интерес с точки зрения обращения социального капитала, являются организации.

С точки зрения базовой дискуссии о наиболее приемлемом уровне функционирования социального капитала, организация относится к мезоуровню, промежуточному между индивидуальным и макросоциальным. Соответственно, в организационно-управленческом контексте наибольшую актуальность представляют либо индивидуальные стратегии членов организации, связанные с накоплением и использованием социального капитала, либо условия и последствия формирования социального капитала всей организации как фактора её эффективности и конкурентоспособности.

Американские специалисты в области менеджмента, П. Адлер и С. Квон, выводят такое различие перспектив из типов социальных связей: если в первом случае социальный капитал образован *внешними* связями индивидов, которые авторы называют «соединяющими» (*bridging*), то во втором случае речь идёт о *внутренних* связях (*bonding*), гарантирующих групповую солидарность [12, с. 19]. На наш взгляд, такая интерпретация не вполне корректна, поскольку внутренняя связность организации, особенно крупной, не в меньшей степени зависит от относительно слабых связей, то есть, «соединяющего» социального капитала, а формирование сплочённого коллектива внутри организации, свидетельствующего о «связывающем» социальном капитале, вовсе не самоочевидно. Поэтому мы считаем более правильным рассматривать индивидуальный и корпоративный социальный капиталом именно как разные уровни анализа, без установления *a priori* природы лежащих в их основе социальных связей [29].

Понятие корпоративного социального капитала требует некоторых пояснений. Общая теоретиче-

ская логика позволяет выделить два его значения. С одной стороны, вся организация может рассматриваться как коллективный актор, социальный капитал которой представлен связями с другими аналогичными акторами, например, другими фирмами. Альтернативный взгляд предполагает, что социальный капитал – это характеристика внутренней среды и социальной структуры самой организации. При этом следует иметь в виду два важных соображения.

Во-первых, фирма, рассматриваемая как коллективный актор, участвует в социальных обменах только посредством своих представителей, что определяется самой природой социальных отношений как соединяющих именно *индивидуальных* акторов. В случае социальных связей следует исходить из того, что социальный капитал фирмы как отдельного актора может быть обеспечен только персональными связями между конкретными их представителями.

Во-вторых, если речь идёт о социальном капитале, основанном на внутрифирменных социальных связях, следует учитывать, что он, с одной стороны, не является аддитивной величиной и не образован простой суммой индивидуальных социальных капиталов, а с другой – не является совершенно независимой от них сущностью.

Таким образом, исходя из общетеоретических соображений, можно предположить, что социальный капитал организации (как характеристика её внутренней структуры) и социальный капитал её участников должны рассматриваться скорее в терминах «игр с ненулевой суммой», предполагающих поиск условий, при которых социальный капитал будет возрастать на обоих уровнях анализа: индивидуальном и корпоративном.

Уровень анализа – безусловно, важный, но не единственный аспект социального капитала в организациях. Теоретически могут быть дедуцированы и другие значимые аспекты, касающиеся *типа социальных связей*, формирующих социальный капитал организации, а также его *функций* в управленческой системе.

Социальные связи, формирующие социальный капитал организации, можно классифицировать в зависимости от направления и содержания. *Направление* социальных отношений – ключевая характеристика социального капитала, определяемая самой природой организации, которая, обладая чётко выраженными границами, естественным образом составляет относительно замкнутую систему социальных связей. Несмотря на возрастающую значимость новых, более открытых организационных форм, таких как сетевые и виртуальные организации [5; 11; 18; 38], основу современной экономики по-прежнему образуют организации, имеющие чётко определённые границы, позволяющие надёжно выделить её из внешней среды, в том числе и для их участников, а также выявить различие между внешними и внутренними социальными связями и разными формами социального капитала.

Социальный капитал, основанный на внутриорганизационных связях, обеспечивает внутреннюю связность и солидарность внутри компании, циркуляцию информации, формирование отношений доверия и кооперацию.

Социальный капитал, обусловленный внешними связями, обеспечивает взаимодействие организации как корпоративного актора с другими акторами во внешней среде. Это связи, основанные на личных социальных взаимодействиях представителей организации, выходящие за пределы их формальных ролей.

С содержательной точки зрения, социальные связи, значимые в организационном контексте, могут быть отнесены к одной из трёх категорий:

1. Связи, основанные на отношениях групповой аффилиации, то есть, воспринимаемой общности, подобия по значимым социальным характеристикам (родственные или дружеские связи, общая этническая, религиозная или иная принадлежность). Они носят, в терминах А. Портеса, консумматорный характер и предполагают, что определённые социальные обязательства носят безусловный характер и обладают моральной или ценностной составляющей.

2. Связи, основанные на иерархических отношениях. Это связи индивидов, занимающих существенно различающиеся позиции в социальной структуре, прежде всего, в управленческой иерархии и потому предполагающие асимметричные и гетерогенные обмены.

3. Связи, основанные на отношениях равноценного рыночного обмена. Это отношения, образующие «слабые связи», участие в которых является для акторов инструментальным и предполагает принятие обязательств на основе принципа взаимности.

Выделенные типы социальных связей, являющихся потенциальным источником социального капитала, в целом, соответствуют как концептуальной модели Э. Лолло, так и, с оговорками, модели, предложенной П. Адлером и С. Квоном. Последние выделили три типа отношений, лежащие в основе социальной структуры: рыночные (обмен товарами и услугами на рыночных условиях на основе явных правил); иерархические (асимметричные связи, основанные на явных, прописанных отношениях подчинения, при которых подчинение руководству обменивается на безопасность и стабильность); социальные (обмен предпочтениями и дарами, как правило, носящий неявный характер) [12, с. 19].

При этом, с точки зрения авторов, только социальные отношения лежат в основе социального капитала организации, благодаря тому, что социальные сети, центрированные вокруг актора, предоставляют дополнительные возможности вне формальных, функциональных отношений, повышают мотивацию, а также способности к действию.

На наш взгляд, авторы данной модели, справедливо указывая на разные типы отношений, накладываемые социальной структурой, совер-

шают принципиальную ошибку, ограничивая дальнейший анализ тем, что они называют «социальными отношениями». Дело в том, что все названные отношения являются, безусловно, социальными, включая иерархические и рыночные. Это подтверждается, в частности, и социально-психологическими исследованиями, показывающими существование четырёх фундаментальных типов социальных отношений: отношений аффилиации (принадлежность к группе), иерархии, а также отношениями «равного обмена» и «установления рыночной цены», которые в нашем случае могут быть обобщены понятием «рыночных» отношений или отношений экономического обмена [27]. В последнем случае речь идёт о неформальных интеракциях и взаимовыгодных связях между акторами, не связанными отношениями иерархии или групповой принадлежности.

Некоторые авторы обращают внимание на наличие в социальном капитале содержательно различающихся аспектов, которые по-разному участвуют в его влиянии на организацию. В частности, достаточно широко используется предложенная британскими специалистами Ж. Нахапъет и С. Гошал модель социального капитала, в которой выделяется три компонента: структурный (сетевые связи, конфигурация сети, возможность трансфера сетевой организации в другую функциональную область), когнитивный (разделяемые коды, нарративы и язык), реляционный (доверие, нормы, обязательства, идентификация) [31, с. 251].

Как нам представляется, такие модели являются важным способом детализировать конкретное содержание и механизмы функционирования социального капитала в определённых социальных контекстах, однако сами по себе они не образуют какой-либо типологии.

Принципиальное значение имеет то обстоятельство, что каждый из этих типов социальных отношений может быть источником формирования социального капитала. Отношения, основанные на групповой принадлежности, характеризуются в большей степени сильными связями, которые в теории социального капитала принято называть связывающим (*bonding*) социальным капиталом. Рыночные отношения в большей мере образованы слабыми связями. В первом случае обязательства носят скорее безусловный характер и основаны на групповой солидарности и нормах лояльности, а во втором случае – являются контрактными и основаны исключительно на взаимности и гарантиях возвратности.

Роль иерархических отношений, возможно, является наиболее недооценённой в теории корпоративного социального капитала. Однако неформальные связи между людьми, занимающими разное положение в управленческой или социальной иерархии, являются важнейшим источником потенциальных выгод для них. Наличие у актора особых отношений с руководителем обеспечивает ему больше потенциальных мате-

риальных и карьерных выгод, чем наличие отношений с акторами равного статуса.

Выделение названных выше типов социальных отношений, безусловно, является определённой идеализацией, как минимум, по двум причинам. Во-первых, социальные связи между двумя и более индивидами могут сочетать разные аспекты и, соответственно, разные модели поведения. Во-вторых, социальные связи динамичны и могут менять своё содержательное наполнение.

Помимо направления и содержания социальных связей, являющихся основой формирования социального капитала, с организационно-управленческой точки зрения важны и конкретные функциональные области, в которых проявляются его эффекты. С точки зрения управления, социальный капитал организации является возможным объектом воздействия, влияющим на эффективность и конкурентоспособность [1; 2; 7; 13].

Анализ конкретных механизмов и проявлений социального капитала требует дифференциации по функциональным областям, поскольку очевидно, что использование социальных связей для политического лоббизма интересов фирмы и неформальный трансфер знаний в ходе инновационного процесса задействуют разные социальные и организационные процессы. Три названных компонента (направление и содержание социальных связей, функциональная управленческая область), наряду с уровнем анализа, задают предметную структуру изучения социального капитала организации.

Общие функции социального капитала связаны с повышением доступности ресурсов и информации, способности к кооперации и поддержанием групповой солидарности. В организационно-управленческом контексте эти функции также называются среди основных, хотя и имеют свою специфику.

Так, П. Адлер и С. Квон называют три основные типа выгод, которые может получить организация от социального капитала [12, с. 29-30]. Во-первых, это расширение доступа к информации, в том числе межорганизационных связей: социальные связи позволяют организации получать доступ к внешним знаниям, особенно неформализованным, неявным. Во-вторых, социальный капитал способствует росту влияния и власти, а, следовательно, и способности к действию как индивидуальных, так и групповых акторов. В-третьих, социальный капитал обеспечивает солидарность, которая в организационном контексте выражается в корпоративной лояльности, готовности следовать внутренним правилам и нормам и снижении потребности во внешнем контроле.

Другие авторы предлагают несколько отличающиеся формулировки организационных эффектов социального капитала. М.С. Габби и Р. Линдерс рассматривают организационные эффекты социального капитала с точки зрения межорганизационных связей, проявляющихся в снижении рисков и безопасности сделок, поддержке клиен-

тов, совместной работе над инновационными проектами и др. [20].

В исследованиях У. Бейкера и Дж. Даттона позитивный социальный капитал, основанный на качественных связях и взаимности, связывается со способностью фирмы создавать нематериальные активы, такие, как доверие, энергия, эмоциональная поддержка, удовольствие, которые представляют ценность для организации [13]. Организационный социальный капитал может рассматриваться также как источник динамических способностей фирмы, то есть, её способности быстро реорганизоваться и адаптивно реагировать на изменения рыночной среды [19].

При анализе эффектов необходимо принимать во внимание различие между индивидуальным и корпоративным социальным капиталом, поскольку сама природа социальных связей как связей между индивидами предполагает, что проистекающие из них выгоды для одного индивида могут создавать ущерб или неблагоприятные условия для других индивидов в организации. Возникающее напряжение между индивидуальным и организационным социальным капиталом является естественным и, по мнению П. Адлера и С. Квона, неизбежным при анализе сложных организаций [12].

Представленная схема задаёт пространство основных возможных конфигураций социального капитала организации. Однако очевидно, что для разных функциональных областей социальный капитал имеет неодинаковое значение, а на его формирование может влиять большое число факторов, таких как размер и тип организации, отраслевая принадлежность, положение на рынке, национальная и корпоративная культура и т.д.

Одна из функциональных управленческих областей, в которых социальный капитал считается особенно важным – это управление знаниями и инновационная деятельность. Знания и умения отдельных работников являются необходимым ресурсом современного предприятия, составляя человеческий капитал фирмы. Однако если бы человеческий капитал, то есть, знания и умения отдельных работников был бы достаточным условием для формирования и накопления организационных знаний, то простой найм рабочей силы позволял бы решать эти проблемы. Тем не менее, хорошо известно, что способ взаимодействия между индивидами является не менее значимым для формирования организационных знаний и умений, чем наличие компетентного персонала [26].

Одной из первых выявленных специалистами функций социального капитала в системе организационных знаний стала его роль посредника в передаче «неявных знаний», как профессиональных, так и организационных, критически важных для современной компании [9].

Ключевой особенностью этого типа знаний и умений с точки зрения возможностей передачи является необходимость непосредственного

межличностного взаимодействия. С организационной точки зрения это означает, что успешное поддержание и развитие в фирме ценного неявного знания требует создания условий, способствующих регулярному межличностному взаимодействию между его обладателями и новичками.

Найм работников «со стороны» не позволяет приобретать то неявное знание, которое непосредственно связано с организационными и технологическими особенностями конкретной фирмы, а потому компании, обладающие социальными связями, обеспечивающими трансфер неявных знаний, обладают социальным капиталом, который может трансформироваться в конкурентные преимущества. Как показывают исследования, социальный капитал является необходимым условием успешной передачи и использования «неявного» знания как в промышленных предприятиях, так и в сфере услуг [35].

Однако роль социального капитала в развитии организационных знаний и коммуникаций не ограничивается неявным знанием. Облегчение циркуляции информации – одна из наиболее универсальных, признанных и видимых функций социального капитала. Наличие прочных социальных связей ускоряет обмен значимой информацией и снижает организационные издержки на её распространение. Специалисты в области сетевого анализа указывают на важность структурных «дыр», являющихся следствием относительной неразвитости социальных связей в отдельных частях социальной структуры организации [21]. Такие «дыры» препятствуют обращению информации и способствуют конкуренции, а не кооперации.

Многочисленные исследования подтверждают, что социальный капитал способствует приобретению и поиску знания, созданию нового знания, кодификации и трансферу в различных направлениях и формах, его использованию в бизнес-процессах, а также коммерциализации [5; 22; 23].

Характеризуя роль социального капитала в системе организационных коммуникаций, организационного знания и инноваций с точки зрения содержательных типов социальных связей, доминирующими следует считать рыночные связи, основанные на горизонтальных и симметричных отношениях. Природа научной и инновационной деятельности такова, что меритократия, открытость знаний и критичность являются функционально необходимым ядром профессионального этоса [30]. Именно в социологии науки впервые была обозначена исключительная роль неформальных социальных связей учёных в производстве нового знания [22].

Второй важной сферой, в которой социальный капитал оказывает существенное влияние на организационное функционирование, является управление человеческими ресурсами. Рекрутинг является единственным процессом в сфере человеческих ресурсов, который основан на внешних социальных связях. Ещё в работах М. Грановеттера социальный капитал рассматривался, с индивидуальной точки зрения, как способ упроще-

ния поиска работы и трудоустройства [4]. Для отдельных социальных групп, в частности, иммигрантов и меньшинств, социальный капитал становится основным способом трудоустройства [27; 32; 40].

Однако механизмы устройства на работу «по знакомству», предоставляя очевидные выгоды для индивида, оказывают на организационные возможности неочевидное воздействие. С одной стороны, они обеспечивают снижение издержек на поиск и рекрутинг кандидатов, упрощают доступ к необходимым компетенциям. Причём, как показывают некоторые исследования, организации могут вполне осознанно эксплуатировать социальный капитал своих сотрудников для решения рекрутинговых задач [26].

Дилемма фаворитизма является центральной и для внутренних процессов, связанных с оценкой и вознаграждением персонала. Индивидуальный социальный капитал обеспечивает различные преимущества для сотрудника, включая более высокий уровень оплаты труда, карьерный рост и удовлетворённость своей карьерой [37]. Исследование американских специалистов показало, что карьерные возможности обеспечивают как связи с руководством (основанные на иерархических отношениях), так и горизонтальные связи с работниками из других подразделений (рыночные), причём если действие последних основано на расширении доступа к информации, то первые выступают непосредственно в роли «карьерных спонсоров» [37]. Обратной стороной подобных механизмов также становятся дискриминационные практики, вытекающие из нарушения принципа «вознаграждение за результат».

Социальная эксклюзия может быть основана на различных признаках групповой принадлежности. Например, представители этнических меньшинств имеют меньше возможностей сформировать социальный капитал, необходимый для карьерного продвижения даже в странах с развитыми антидискриминационными практиками [29]. Социальный капитал, основанный на семейных связях, является ещё более значимым фактором внутриорганизационной дискриминации, лежащим в основе неопитизма, который считается одним из главных негативных появлений социального капитала [29, с. 83-84].

Таким образом, в ключевых функциях HR-менеджмента социальный капитал играет важную и одновременно противоречивую роль. Это требует от организации целенаправленных усилий, направленных на поиск баланса индивидуальных и корпоративных интересов, а также распространению организационных норм и практик, смягчающих это противоречие [28, с. 546].

С учётом общей функции социального капитала как источника информации это делает его важным ресурсом для обучения и развития персонала [14]. Исследования роли социального капитала в трудовой мотивации и производительности также показывают преимущественно

позитивный эффект, хотя и опосредованный различными факторами [10].

Одним из факторов, тесно связанным с производительностью и результатами трудовой деятельности, является способность работников эффективно взаимодействовать в группах. Связь командообразования и социального капитала очевидна и определяется их общей социальной природой. Хотя связь между эффективностью рабочих групп и социальным капиталом устанавливается регулярно [24; 31; 43], на наш взгляд, было бы ошибкой интерпретировать её как причинно-следственную и рассматривать социальный капитал как фактор групповой работы. Правильнее было бы сказать, что формирование эффективных команд и основано на развитии группового социального капитала, то есть, в данном случае командообразование является лишь разновидностью организационных усилий по развитию социального капитала. Общим эффектом организационного социального капитала является корпоративная лояльность и солидарность, которые обеспечивают снижение текучести кадров, готовность к сверхнормативной работе и другие организационные эффекты.

Такая связь подтверждается многочисленными исследованиями [20; 35] и объясняется достаточно просто: установление социальных связей является достаточным психологическим условием для формирования групповой идентичности; увеличение числа интеракций и/или их качества тем самым автоматически способствует самоидентификации индивида с группой; если подобные условия созданы в организации, они распространяются на всю компанию.

Как справедливо отмечают Г. Десс и Дж. Шоу, для профессионалов лояльность в отношении своей рабочей группы значительно выше, чем лояльность в отношении всей организации [23]. Это является прямым следствием того, что наиболее лично-значимые отношения групповой аффилиации формируются именно в малых группах, тогда как в более широком организационном контексте доминируют отношения рыночного обмена и иерархии. Однако парадоксальным образом это может быть выгодно для организации, поскольку наличие таких тесных связей в малой группе способствует удержанию персонала и организационной эффективности [23, с. 451].

Третьим фундаментальным направлением использования организационного социального капитала являются выгоды от личных социальных связей руководства фирм. Можно назвать две ключевые формы такого социального капитала: связи в бизнес-среде и связи с органами государственной власти. В этом качестве социальный капитал становится, по сути, частью механизма корпоративного управления.

Связи с представителями бизнес-среды включают в себя, прежде всего, личные контакты и неформальное знакомство руководителей с ключевыми контрагентами и конкурентами. Значительное количество исследований посвящено со-

циальному капиталу топ-менеджмента крупных корпораций и членов советов директоров [3; 16]. Хотя такие контакты и проистекающие из них выгоды могут носить сугубо неформальный характер, нередко они принимают и достаточно институционализированную форму [34]. Наглядным примером выступают различные формы интерлокинга, то есть ситуации, когда представитель фирмы А (менеджер, член совета директоров) присутствует в совете директоров компании В [17].

Особенность социального капитала во взаимодействии с другими организациями заключается в том, что он полностью зависит от личного социального капитала руководителей. Это создаёт предпосылки для конфликта индивидуальных и организационных целей, поскольку руководители, несмотря на то, что представляют интересы компании, преследуют личные цели, а, следовательно, их личный социальный капитал не обязательно отвечает интересам организационного развития. Влияние социального капитала на организационную эффективность поэтому оказывается, как минимум, неоднозначным [25; 28; 46; 51].

Во многом аналогичные функции выполняет социальный капитал, основанный на внешних неформальных связях с представителями государственных структур, особенно в странах с высокой ролью государства в экономике. Неформальные связи с влиятельными внешними стейкхолдерами зачастую имеют национальную специфику, связанную как с особенностями деловой культуры, так и исторически сложившимися практиками. В современный научный оборот вошли специфические термины, обозначающие такие формы социального капитала, как «*гауаньси*» (букв. «социальные отношения») в Китае, «*связи*» (*svyazi*) в России, «*васта*» (*wasta*) в арабских странах, «*джейтинхо*» (*jeitinho*) в Бразилии [15; 48].

Между этими понятиями существуют существенные различия. Например, неформальные связи в арабской деловой культуре имеют наибольшую степень персонализации, сочетая выраженные отношения аффилиации и иерархии, тогда как для китайской и российской культуры характерны более прагматичное, утилитарное понимание личных связей, основанных на рыночных отношениях взаимных обязательств [8; 44; 45].

Таким образом, научный обзор проблемы показывает всеобъемлющий характер социального капитала в организациях. Это объяснимо, если учесть, что социальные отношения и связи лежат в основе организации как социальной системы, основанной на координации. Любая система, основанная на социальных отношениях и интеракциях по определению создаёт предпосылки для их использования в качестве ресурсов индивидуальных или коллективных авторов.

Специфика современного этапа заключается в том, что в организационном контексте соци-

альный капитал начинает восприниматься в качестве непосредственного объекта управления, необходимого для достижения организационных целей [1;2;6]. Поэтому многообразие и содержательная сложность социального капитала, потенциальных функциональных областей его применения, исследование всей совокупности его проявлений и всего множества факторов, обуславливающих развитие и использование полезных социальных связей при минимизации возникающих при этом рисков представляют значительный научный интерес.

Литература

1. Базалеев О.А. Социальный капитал как фактор управления. Дисс... канд. соц. наук. Саратов, 2002.
2. Белкин В.Н., Белкина Н.А., Антонова О.А. Стимулирование развития социального капитала предприятия // Вестник Челябинского государственного управления. Экономические науки. 2016. № 2. С. 102-114.
3. Березинец И.В., Гаранина Т.А., Ильина Ю.Б. Социальный капитал женщин – членов советов директоров и финансовая результативность компании: эмпирическое исследование // Российский журнал менеджмента. 2018. № 3. С. 337-370.
4. Грановеттер М. Сила слабых связей // Экономическая социология. 2009. № 4. С. 31-50.
5. Коба Н.В. Влияние социального капитала на процесс коммерциализации знания в организации // Бизнес информ. 2013. № 9. С.208-214.
6. Колпина Л.В., Реутов Н.Н., Шаповалов С.М. Социальный капитал организации как объект инновационного управления // Вестник Белгородского государственного технологического университета им. В.Г. Шухова. 2016. № 3. С. 201-206.
7. Ланцман А.В. Социальный капитал как фактор повышения эффективности управленческой деятельности. Дисс... канд. экон. наук. М.: РГБ, 2007.
8. Любская К.А. Традиционные истоки гуаньси как бизнес-концепции Китая // Человек и культура Востока. Исследования и переводы. 2012. № 3. С. 53-59.
9. Полани М. Неявное знание. М.: Прогресс, 1984.
10. Резанова Е.В. Социальный капитал организации как фактор мотивации государственных служащих: социологический анализ // Проблемы управления. 2015. № 2. С. 86-89.
11. Румянцева М.Н., Третьяк О.А. Трансформация фирмы в сетевую организацию на примере экстернализации НИР // Российский журнал менеджмента. 2006. № 1. С. 75-92.
12. Adler P.S., Kwon S.-W. Social capital: prospects for a new concept // Academy of Management Review. 2002. Vol.27. No 1.
13. Baker W., Dutton J. Enabling positive social capital in organizations / Exploring Positive Relationships at Work: Building a Theoretical and Research Foundation. Ed. by J. Dutton, B. Ragins. Lawrence Erlbaum, 2007. P. 325-345.

14. Bartsch V., Ebers M., Maurer I. Learning in project-based organizations: the role of project teams' social capital for overcoming barriers to learning // *International Journal of Project Management*. 2013. Vol. 31. P. 239-251.
15. Batjargal B. Comparative social capital: networks of entrepreneurs and venture capitalists in China and Russia // *Management and Organization Review*. 2007. Vol. 3. P. 397-419.
16. Belliveau M.F., O'Reilly C.A., Wade J.B. Social capital at the Top: effects of social similarity and status on CEO compensation // *Academy of Management Journal*. 2017. Vol. 39. DOI: 10.5465/257069;
17. Bichler G., Schoepfer A. and Bush S. White collars and black ties: Interlocking social circles of elite corporate offenders // *Journal of Contemporary Criminal Justice*. 2015. Vol. 31. P. 279-296.
18. Black J.A., Edwards S. Emergence of virtual or network organizations: fad or feature // *Journal of Organizational Change Management*. 2000. Vol. 13. P. 567-576.
19. Blyler M., Coff R.W. Dynamic capabilities, social capital, and rent appropriation: ties that split pies // *Strategic Management Journal*. 2003. Vol. 24. P. 677-686.
20. Bolino M.C., Turnley W.H., Bloodgood J.M. Citizenship Behavior and the creation of social capital in organizations // *Academy of Management Review*. 2002. Vol. 27. P. 505-522.
21. Burt R.S. *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
22. Crane D. *Invisible colleges: diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago; London: University of Chicago Press, 1972.
23. Dess G.G., Shaw J.D. Voluntary turnover, social capital and organizational performance // *Academy of Management Review*. 2001. Vol. 26. P. 451.
24. Evans R.W., Carson C.M. A social capital explanation of the relationship between functional diversity and group performance // *Team Performance Management: An International Journal*. 2005. Vol. 11. P. 302-315;
25. Fahlenbrach R., Low A. and Stulz R.M. Why do firms appoint CEOs as outside directors? // *Journal of Financial Economics*. 2010. Vol. 97. P. 12-32
26. Fernandez R.M., Castilla E.J., Moore P. Social capital at work: networks and employment at a phone center // *American Journal of Sociology*. 2000. No 5. P. 1288-1356.
27. Fiske A.P. The four elementary forms of sociality: framework for a unified theory of social relations // *Psychological Review*. 1992. Vol. 99. P. 689-723.
28. Flickinger M. et al. How CEOs protect themselves against dismissal: A social status perspective // *Strategic Management Journal*. 2016. Vol. 37. P. 1107-1117.
29. Friedman R.A., Krackhardt D. Social capital and career mobility: a structural theory of lower returns to education for Asian employees // *The Journal of Applied Behavioral Science*. 1997. Vol. 33. P. 316-334.
30. Gabbay S.M., Leenders R.T.A.J. Social capital of organizations: from social structure to the management of corporate social capital / In: *Social Capital of Organizations*. Vol. 18. Ed. by S.M. Gabbay, R.T.A.J. Leenders. Emerald Group Publishing Limited. 2001. P. 1-20.
31. Han J., Han J., Brass D.J. Human capital diversity in the creation of social capital for team creativity // *Journal of Organizational Behavior*. 2014. Vol. 35. P. 54-71.
32. Hau Y.S. et al. The effects of individual motivations and social capital on employees' tacit and explicit knowledge sharing intentions // *International Journal of Information Management*. 2013. Vol. 33. No 2. P. 356-366.
33. Hoffman J.J., Hoelscher M.L., Sherif K. Social capital, knowledge management, and sustained superior performance // *Journal of Knowledge Management*. 2005. Vol. 9. P. 93-100.
34. Johnson S.G., Schnatterly and Hill A.D. Board composition beyond independence: Social capital, human capital, and demographics // *Journal of Management*. 2013. Vol. 39. P. 323-262.
35. Kay F.M., Hagan J. Building trust: social capital, distributive justice, and loyalty to the firm // *Law & Social Inquiry*. 2003. Vol. 28. P. 483-519.
36. Kogut B., Zander U. Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology // *Organization Science*. 1992. Vol. 3. P. 383-397.
37. Lancee B. The economic returns of immigrant's bonding and bridging social capital: The case of the Netherlands // *International Migration Review*. 2010. Vol. 44. P. 202-226.
38. Leana C.R., van Buren H.J. Organizational social capital and employment practices. 1999. Vol. 24. P. 538-555.
39. McNamee S.J., Miller R.K. *The Meritocracy Myth*. 3rd ed. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2014. 255 pp.
40. Merton R. Priorities in scientific discovery: a chapter in the sociology of science // *American Sociological Review*. 1957. Vol. 22. P. 635-659;
41. Nahapiet J., Ghoshal S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage // *The Academy of Management Review*. 1998. Vol. 23. P. 242-266.
42. Nakhaie M.R., Kazemipur A. Social capital, employment and occupational status of the new immigrants in Canada // *Journal of International Migration and Integration*. 2013. Vol. 14. P. 419-437.
43. Newell S., Tansley C., Huang J. Social capital and knowledge integration in an ERP project team: the importance of bridging and bonding // *British Journal of Management*. 2004. Vol. 15. No S1. P. 43-57.
44. Park S.H., Luo Y. Guanxi and organizational dynamics: Organizational networking in Chinese firms // *Strategic Management Journal*. 2001. Vol. 22. P. 455-477.
45. Perez-Luno A. et al. How social capital and knowledge affect innovation // *Journal of Business Research*. 2011. Vol. 64. P. 1369-1376.

46. Pombo C. and Gutierrez L.H. Outside directors, board interlocks and firm performance: Empirical evidence from Colombian business groups // *Journal of Economics and Business*. 2011. Vol. 63. P. 251-277.

47. Seibert S.E., Kraimer M.L., Liden R.C. A social capital theory of career success // *The Academy of Management Journal*. 2001. Vol. 44. P. 209-237.

48. Smith P.B. et al. Are indigenous approaches to achieving influence in business organizations distinctive? A comparative study of guanxi, wasta, jetinho, svyazi and pulling strings // *The International Journal of Human Resource Management*. 2012. Vol. 23. P. 333-348.

49. Smith S.S. "Don't put my name on it": Social capital activation and job-finding assistance among the black urban poor // *American Journal of Sociology*. 2005. Vol. 111. P.1-57.

50. Stevenson W.B., Radin R.F. Social capital and social influence on the board of directors // *Journal of Management Studies*. 2009. Vol. 46. P. 16-44.

51. Yeo H.-J., Pochet C. and Alcouffe A. CEO reciprocal interlocks in French corporations // *Journal of Management and Governance*. 2003. Vol. 7. P. 87-108.

11. Rumyantseva M.N., Tretyak O.A. Transformation of a company into a network organization on the example of externalization of research // *Russian Management Journal*. 2006. No. 1. S. 75-92.
12. Adler P.S., Kwon S.-W. Social capital: prospects for a new concept // *Academy of Management Review*. 2002. Vol.27. No 1
13. Baker, W., Dutton J. Enabling Positive Relationships at a Theoretical and Research Foundation. Ed. by J. Dutton, B. Ragins. Lawrence Erlbaum, 2007. P. 325-345.
14. Bartsch V., Ebers M., Maurer I. Learning in project-based organizations: *International Journal of Project Management*. 2013. Vol.31. P. 239-251.
15. Batjargal B. Comparative social capital in China and Russia // *Management and Organization Review*. 2007. Vol. 3. P. 397-419.
16. Belliveau, M.F., O'Reilly C.A., Wade J.B. Social Capital at the Academy of Management Journal. 2017. Vol. 39. DOI: 10.5465 / 257069;
17. Bichler G., Schoepfer A. and Bush S. White. 2015. Vol. 31. P. 279-296.
18. Black J.A., Edwards S. Emergence of virtual or network organizations: fad or feature // *Journal of Organizational Change Management*. 2000. Vol. 13. P. 567-576.
19. Blyler M., Coff R.W. Dynamic capabilities, social capital, and rent pays // *Strategic Management Journal*. 2003. Vol. 24. P. 677-686.
20. Bolino M.C., Turnley W.H., Bloodgood J.M. Citizenship Behavior // *Academy of Management Review*. 2002. Vol. 27. P. 505-522.
21. Burt R.S. *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
22. Crane D. *Invisible colleges: diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago; London: University of Chicago Press, 1972.
23. Dess G.G., Shaw J.D. Voluntary turnover, social capital and organizational performance // *Academy of Management Review*. 2001. Vol. 26. P. 451.
24. Evans R.W., Carson C.M. A statement on the relationship between team performance and an international journal. 2005. Vol. 11. P. 302-315;
25. Fahlenbrach R., Low A. and Stulz R.M. Why do firms appoint CEOs as outside directors? // *Journal of Financial Economics*. 2010. Vol. 97. P.12-32
26. Fernandez R.M., Castilla E.J., Moore P. Social Capital at the telephone center // *American Journal of Sociology*. 2000. No 5. P. 1288-1356.
27. Fiske A.P. The four elementary forms of social relations: a framework for a unified theory of social relations // *Psychological Review*. 1992. Vol. 99. P. 689-723.
28. Flickinger M. et al. How CEOs protect themselves against dismissal: A social status perspective // *Strategic Management Journal*. 2016. Vol. 37. P. 1107-1117.
29. Friedman R.A., Krackhardt D. Social workers and social workers: // *The Journal of Applied Behavioral Science*. 1997. Vol. 33. P. 316-334.
30. Gabbay S.M., Leenders R.T.A.J. *Social Capital of Organizations: Social Capital of Organizations*. Vol.18. Ed. by S.M. Gabbay, R.T.A.J. Leenders. Emerald Group Publishing Limited. 2001. P. 1-20.
31. Han, J., Han, J., Brass, D.J. Human Capital Diversity Creativity // *Journal of Organizational Behavior*. 2014. Vol.35. P. 54-71.
32. Hau Y.S. et al. // *International Journal of Information Management*. 2013. Vol. 33. No 2. P. 356-366.
33. Hoffman, J.J., Hoelscher, M.L., Sherif K. Social Capital, Knowledge Management, and Sustainable Superior Performance, *Journal of Knowledge Management*. 2005. Vol. 9. P. 93-100.
34. Johnson S.G., Schnatterly and Hill A.D. Board composition beyond independence: Social capital, human capital, and demographics // *Journal of Management*. 2013. Vol. 39. P. 323-262.
35. Kay F.M., Hagan J. Building trust: social capital, distributive justice and loyalty to the firm // *Law & Social Inquiry*. 2003. Vol. 28. p. 483-519.
36. Kogut B., Zander U. Knowledge of the technology, combinative capabilities, and the replication of technology // *Organization Science*. 1992. Vol. 3. P. 383-397.
37. Lancee B. The case of the Netherlands // *International Migration Review*. 2010. Vol. 44. P. 202-226.
38. Leana C.R., van Buren H.J. Organizational social capital and employment practices. 1999. Vol. 24. P. 538-555.
39. McNamee S.J., Miller R.K. *The Meritocracy Myth*. 3rd ed. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2014. 255 pp.
40. Merton R. Priorities in scientific discovery: a sociological review. 1957. Vol. 22. p. 635-659;

Social capital in organizational and managerial context

Igumnov O.A.

Moscow Pedagogical State University

The article presents the social capital as a factor of organizational management in various fields (innovation, human resource management) role study results Social capital is studied from the type of social relations and its functions in the management system standpoint. Social relations are presented as based on group affiliation, hierarchical relations and relations of equivalent market exchange. The conceptual models describing the typology of social relations underlying the social structure are critically evaluated (E. Lollo, P. Adler, S. Kwon and others). The conclusion about the comprehensive nature of social capital in organizations which allows to consider it as an object of management and achieving organizational goals means is made.

Key words: social capital, individual social capital, corporate social capital, actor, organization, social relations, social structure.

References

1. Bazaleev O.A. Social capital as a management factor. Diss ... Cand. soc. sciences. Saratov, 2002.
2. Belkin V.N., Belkina N.A., Antonova O.A. Stimulating the development of social capital of the enterprise // *Bulletin of the Chelyabinsk State Government. Economics*. 2016. No. 2. P. 102-114.
3. Berezinets, I.V., Garanina, T.A., Il'ina, Yu.B. Social capital of women - members of boards of directors and financial performance of a company: an empirical study // *Russian Management Journal*. 2018. No. 3. S. 337-370.
4. Granovetter M. The strength of weak ties // *Economic sociology*. 2009. № 4. S. 31-50.
5. Koba N.V. The influence of social capital on the process of knowledge commercialization in an organization // *Business Inform*. 2013. № 9. P.208-214.
6. Kolpina L.V., Reutov N.N., Shapovalov S.M. Social capital of the organization as an object of innovation management // *Bulletin of the Belgorod State Technological University*. V.G. Shukhov. 2016. № 3. S. 201-206.
7. Lanzman A.V. Social capital as a factor in improving the efficiency of management. Diss ... Cand. econ sciences. M.: RSL, 2007.
8. Lyubskaya K.A. Traditional origins of Guangxi as a business concept of China // *Man and the culture of the East. Research and translations*. 2012. № 3. S. 53-59.
9. Polani M. *Implicit knowledge*. M.: Progress, 1984.
10. Rezanova E.V. Social capital of an organization as a factor of motivation of civil servants: a sociological analysis // *Problems of Management*. 2015. № 2. S. 86-89.

41. Nahapiet J., Ghoshal S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage // *The Academy of Management Review*. 1998. Vol. 23. P. 242-266.
42. Nakhaie M.R., Kazemipur A. Social capital, employment and occupational status // *Journal of International Migration and Integration*. 2013. Vol. 14. P. 419-437.
43. Newell, S., Tansley, C., Huang, J. *Social Development* 2004. Vol.15. No S1. P. 43-57.
44. Park S.H., Luo Y. Guanxi and organizational dynamics: Organizational networking in Chinese firms // *Strategic Management Journal*. 2001. Vol. 22. P. 455-477.
45. Perez-Luno A. et al. How does social capital and knowledge affect innovation // *Journal of Business Research*. 2011. Vol. 64. P. 1369-1376.
46. Pombo C. and Gutierrez L.H. Outside directors, board of colombian business groups: *Journal of Economics and Business*. 2011. Vol. 63. P. 251-277.
47. Seibert S.E., Kraimer M.L., Liden R.C. A social capital theory of career success // *The Academy of Management Journal*. 2001. Vol. 44. P. 209-237.
48. Smith P.B. et al. Are there any approaches to achieve? A comparative study of guanxi, wasta, jetinho, svyazi and pulling strings // *The international Journal of Human Resource Management*. 2012. Vol. 23. P. 333-348.
49. Smith S.S. "Don't put it on the black urban poor" // *American Journal of Sociology*. 2005. Vol. 111. P.1-57.
50. Stevenson W.B., Radin R.F. Social capital and social policy of the board of directors // *Journal of Management Studies*. 2009. Vol. 46. P. 16-44.
51. Yeo H.-J., Pochet C. and Alcouffe A. CEO reciprocal interlocks in French corporations // *Journal of Management and Governance*. 2003. Vol. 7. P. 87-108.

Исторические предпосылки российско-китайского социокультурного взаимодействия

Беляева Екатерина Александровна,

кандидат социологических наук, доцент, кафедра «Управления персоналом», Уральский государственный горный университет, ekaterina.podergina@mail.ru

В статье рассматриваются особенности исторического взаимодействия России и Китая. Дана интерпретация исторического опыта выстраивания социально-культурного диалога двух стран. Динамичное развитие Китая на протяжении последних 30-ти лет получило достойную оценку во всех слоях российского общества. Традиционные устои китайского народа, его духовная культура, конфуцианство и даосизм снова вызывают интерес среди российской общественности, и это способствует осуществлению социально-культурной связи России и Китая. В настоящее время взаимопонимание и взаимное уважение являются основой отношений между двумя странами. Наиболее эффективно взаимодействие двух стран развивается в гуманитарной сфере, а именно в сфере образования и науки. В поддержку социокультурного взаимодействия России и Китая в последнее время были подписаны важные документы, которые свидетельствуют о дальнейшей положительной динамике развития гуманитарной сферы взаимоотношений обеих стран. Обосновывается тезис о том, что применение оптимальных способов социокультурного взаимодействия ориентировано на базовые ценности, присущие и китайцам, и русским.

Ключевые слова: социокультурное взаимодействие, ценности, социально-культурный диалог, гуманитарная сфера, традиция, менталитет.

Невозможно определить специфику социокультурного взаимодействия России и Китая, не рассмотрев достаточно подробно историю отношений этих стран в целом, которая насчитывает несколько столетий и ряд этапов в своем становлении и развитии. Соседство России с огромным и могущественным государством уже в петровскую эпоху неизбежно вело к установлению между ними прямых культурных, дипломатических и торговых связей. На тот период богатство и экзотика китайской культуры, в силу редких контактов и недостаточной информации, были в основном представлены в России китайскими изделиями декоративно-прикладного искусства.

Императорский двор и высшие слои российского общества стали получать достаточно достоверную информацию от Русской духовной миссии в Пекине, созданной Указом Петра I от 18 июня 1700-го года. Этим Указом было положено начало деятельности Русской духовной миссии не только по внедрению православия в Китае, но также по исследованию Китая русскими учёными. При этом патриархальный уклад российского общества, а также преобразования, направленные на изменение образа жизни на западный лад, отнюдь не способствовали укреплению каких-либо связей китайской культуры, а поведение и образ жизни китайцев воспринимались как совершенно чуждые и даже враждебные. Екатерина II, до которой доходили слухи о надменности и высокомерии китайских императоров, а также нарочитой враждебности к иностранцам, высказывалась, по свидетельству Г.Р. Державина, «...что она не хотела бы умереть, не усмирив гордость Китая» [1].

С течением времени в Россию поступали новые сведения об устройстве государственной и культурной жизни китайского общества. Европейскими и российскими учеными отмечались стабильность национального духа китайцев, неизменность и устойчивость всех аспектов их жизни, что, в целом, гарантировало целостность китайской империи и являлось великим благом для китайской нации. По мнению С. Георгиевского, духовная культура, социально-этические и нравственные принципы, составляющие незыблемую основу жизни китайского общества явились заслугой конфуцианского учения, которое сумело выдержать испытание веков [2].

Тем не менее, не все ученые и писатели второй половины 19-го века разделяли эту точку зрения. Приверженцы теории панмонголизма предрекали экспансию восточных народов, в результате чего будет сметена и погублена православная Русь. Конфуцианская культура виделась им несовместимой с христианской и поэтому они считали неизбежным в будущем нашествие на Россию и Европу восточных народов. Владимир Соловьев в своем стихотворении писал: «Панмонголизм! Хоть слово дико, Но мне ласкает слух оно, Как бы предвестием великой Судьбины божией полно. О Русь! забудь былую славу: Орел двухглавый сокрушен, И желтым детям на забаву Даны клочки твоих знамен. Смирится в трепете и страхе, Кто мог завет любви забыть... И Третий Рим лежит во прахе, А уж четвертому не быть.». Писатель, рассказывая о своих впечатлениях от заседания Парижского географического общества, в частности писал: «Я был глубоко поражен выступлением китайского военного агента в Париже и сотрудника «Revue des deux Mondes» – известного генерала Чен-ки-тонг. Предо мною был представитель чужого, враждебного и все более и более надвигающегося на нас мира. В его словах ненамеренно и, быть может, незаметно для него самого, высказывалось целое исповедание, общее ему с четырехсотмиллионною народною массой» [3].

Далее, В. Соловьев приводит высказывание А. Ревилля: «Китаец чувствует, мыслит, рассуждает иначе, чем мы. Он имеет очень высокое понятие о себе и о своей цивилизации. В этом он похож на нас. Но хотя обыкновенно учтивый и вежливый, гораздо более нас смиренный пред силой, он глубоко нас презирает и в его глазах мы не более как грубые варвары» [4].

В конце 19-го – начале 20-го века в правительстве России и высших кругах российского общества весьма смутно и туманно представляли себе китайский образ жизни и Китай вообще, поэтому те государственные и общественные деятели, которые хотели расширять и углублять связи с Китаем порой терпели фиаско в надежде получить государственную и финансовую поддержку своим планам. Видный политический деятель того времени С. Витте писал, что в России "было очень мало лиц, которые знали бы вообще, что такое Китай, в отношении Китая наше общество и даже высшие государственные деятели были полные невежды"[6]. Сам С. Витте считал, что "России наиболее выгодно иметь около себя соседом своим - сильный, но неподвижный Китай, что в этом заключается залог спокойствия России со стороны Востока"[6].

В конце XIX века взоры российских политиков были направлены на северо-восток Китая с целью создания в этом регионе своей зоны влияния. Строительство населенного пункта Харбин выполняло задачу создания геополитического форпоста России в этом регионе. Ключевая роль Харбина в историческом формировании образо-

вательного пространства Российско-китайских взаимоотношений раскрывается в период после революции 1917 года, когда волна русских эмигрантов в Харбин способствует созданию промышленной инфраструктуры и открытию сети средне-учебных школ и шести высших учебных заведений.

Создание СССР открыло новую страницу в российско-китайском взаимодействии. На протяжении существования СССР отношения с Китаем пережили три эпохи, суть которых сильно влияла на оценку этой страны. Поддержка СССР борьбы китайского народа с японской оккупацией, освобождение Северного Китая силами Красной Армии в 1945 году и признание в 1949 Китайской Народной Республики показали СССР в глазах китайцев как верного друга и союзника, «старшего брата» для Китая. На государственном уровне взаимоотношения двух стран были закреплены Договором о дружбе, союзе и взаимной помощи, который был подписан в Кремле 14 февраля 1950 г.

Согласно Договору сложное машинное оборудование, передовые технологии, новейшая научно-техническая документация, а также высококвалифицированные кадры отправлялись в Китай на абсолютно безвозмездной основе.

Необходимо отметить, что международные связи в области образования имели определенную специфику, которая выражалась в выполнении двойной функции: помощь в подготовке национальных научных кадров и организация научных исследований, обеспечивающих связь образования с наукой.

В феврале 1950 года Мао Цзедун сделал программное заявление о «необходимости использования опыта Советского Союза в переустройстве национальной системы образования и рекомендаций активно и широко распространять полученные знания внутри страны. Перед китайскими специалистами и их советскими коллегами, руководителями двух стран были поставлены следующие задачи: 1) ликвидировать неграмотность на всей территории КНР; 2) расширить сеть высших и средних учебных заведений; 3) обеспечить учебные заведения профессиональными кадрами (в первую очередь - научно-техническими и педагогическими); 4) создать условия для развития науки и культуры» [8].

Проведение в жизнь этих задач необходимо было начать с создания единой системы образования. Только в течение 1950 -1951 гг. было осуществлено проведение семи всекитайских совещаний с участием советских специалистов. На этих совещаниях рассматривались вопросы развития начального и среднего образования, и был принят курс на создание системы учебных заведений.

Правительством Советского Союза ставилась задача, путем активного привлечения советских специалистов для работы на территории Китая, реформировать систему образования и создать при активной поддержке широких народных масс сеть «народных школ».

Реформа высшего образования в КНР проводилась при широком содействии советских специалистов и преподавателей. С 1951 по 1957 гг. китайские вузы пополнились новыми 337 кафедрами и 599 лабораториями. За этот период 1,5 тысячи советских специалистов и более 8,5 тысячи высококвалифицированных советских технических специалистов (не считая военных) были командированы в КНР для оказания помощи в области науки, высшего образования, здравоохранения и культуры [9].

Советский Союз внес значительный вклад в обучение китайских инженеров, аспирантов и студентов. Более 11 тыс. китайских стажеров, аспирантов, студентов были подготовлены в российских вузах в период 1949-1960 гг.

Второй этап российско-китайских отношений относится к 60-70-м годам XX века, когда произошло резкое охлаждение отношений между двумя странами. Выявились серьезные противоречия между двумя коммунистическими партиями, в советских СМИ КНР стали именовать «маоистским Китаем» и рассматривать как потенциального врага СССР и мирового коммунистического движения. В пропагандистских целях использовались факты, которые были способны доказать агрессивность китайцев, присущее им вероломство, склонность к экспансии и поглощению соседних народов. В глазах советских людей проводимая антимаоистская пропаганда трансформировалась в антикитайскую. Созданию подобных представлений способствовала и проводимая в Китае «культурная революция», отличавшаяся антигуманистической и антиинтеллектуальной направленностью. Все это вело к формированию искаженного образа Китая и китайской нации в глазах советских людей. В 80-х годах в Китае эпоха Дэн Сяопина сменила эпоху председателя Мао — это означало проведение реформ в КНР. Перестроечные реформы начались и в Советском Союзе. Глубокие преобразования в экономике двух стран, а, следовательно, и в общественном сознании людей привели к новому пониманию взаимосвязи России и Китая. В мировом социально-экономическом и политическом пространстве для третьего этапа российско-китайского взаимодействия в XX веке характерно вытеснение устаревших установок классового подхода, что дает возможность для появления предпосылок к развитию иного типа отношений. Выдвинутый Конфуцием принцип — «Добивайся согласия при сохранении различий» — становится доминирующим в отношениях России и Китая в силу понимания значения для обеих сторон принципов равного партнерства и взаимовыгодного сотрудничества.

В настоящее время взаимопонимание и взаимное уважение являются основой отношений между двумя странами. Но несмотря на то, что российские власти и политические деятели, а также российское общество в целом, стали знать о Китае намного больше, ситуационные идеологические и политические пристрастия вносят в

суждения о Китае субъективный и зачастую искаженный характер. В современном Китае процесс модернизации экономики и социальных институтов отражает традиционную конфуцианскую установку на единство во многообразии. Социальная политика Китая, которая проявляется в том числе и в научно-образовательной и культурной сферах исходит из известного тезиса — «Пусть расцветут сто цветов, пусть соперничают сто школ» [11]. Например, государственная политика Китая в области образования допускает образование коммерческих вузов с их автономной деятельностью.

Динамичное развитие Китая на протяжении последних 30-ти лет получило достойную оценку во всех слоях российского общества. Традиционные устои китайского народа, его духовная культура, конфуцианство и даосизм снова вызывают интерес среди российской общественности, и это способствует осуществлению социально-культурной связи России и Китая.

Совместные усилия двух государств — России и Китая, после смены высшего руководства РФ, привели к подписанию 16 июля 2001 г. Договора о дружбе и сотрудничестве между КНР и РФ. Этот Договор, в долгосрочной перспективе, приобрел важнейшее значение для развития взаимного социокультурного взаимодействия России и Китая. В этом тексте, в частности, были закреплены основы и статус взаимных двухсторонних социокультурных взаимодействий, как "равноправного доверительного партнерства и стратегического взаимодействия в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права, принципами взаимного уважения суверенитета и территориальной целостности, взаимного ненападения, невмешательства во внутренние дела друг друга, равенства и взаимной выгоды, мирного сосуществования" [12].

В поддержку социокультурного взаимодействия России и Китая в последнее время были подписаны важные документы, которые свидетельствуют о дальнейшей положительной динамике развития гуманитарной сферы взаимоотношений обеих стран. В частности, план действий по развитию российско-китайского взаимодействия в гуманитарной сфере до 2020 года был подготовлен в рамках Российско-Китайской комиссии по сотрудничеству в гуманитарной сфере.

Глубокая историческая привязанность народов России и Китая к базовым человеческим ценностям может служить важным фактором установления постоянного взаимодействия между двумя странами в основных сферах культуры. Не поиски общего врага, не стремление к завоеваниям, а стремление к экономическому и социальному прогрессу, в том числе и в области образования, могут лечь в основу развития социокультурных связей обеих стран.

Литература

- Интернет источник. Сайт, посвященный Г.Р. Державину. <http://www.derzhavin-poetry.ru/books/gavrilad-derzhavin23.html>

2. Георгиевский С.М.: Принципы жизни Китая. Культ предков, многобожие и философия. URSS. 2015. 304 с.
3. Интернет-источник.
<https://rupoem.ru/solovev/panmongolizm-xot-slovo.aspx>
4. Соловьев В.С. Китай и Европа Интернет источник.
<http://www.ladoshki.com/?books&getfile=1&id=29231&type=pdb>
5. "La Religion Chinoise" par A.Réville. Paris, 1889, pp. 2, 3.
6. Витте С.Ю. Воспоминания. Т.2. - М.: Изд-во социально-экономической литературы, 1960. 205 с.
7. Дедовский А.М. СССР и Сталин в судьбах Китая. Документы и свидетельства участника событий: 1937-1952. - М., 1999.
8. Антиповский А.А., Боровская Н.Е., Франчук Н.В. Политика в области науки и образования в КНР (1949-1979 гг.). М.: Наука, 1980. 286 с.
9. Памятные страницы истории советско-кутайского сотрудничества. - С.203.
10. Толстой Л.Н. Круг чтения, М: Слово, 1923. - 680 с.
11. Интернет источник.
<https://ru.wikipedia.org/wiki/>
12. Интернет источник.
<http://docs.cntd.ru/document/901792686>

Historical background of russian-chinese socio-cultural interaction

Belyaeva E.A.,

Ural state mining University

The article deals with the peculiarities of historical interaction between Russia and China. The interpretation of the historical experience of building a social and cultural dialogue between the two countries is given. The dynamic development of China over the past 30 years has been appreciated by all layers of Russian society. The traditional foundations of the Chinese people, its spiritual culture, Confucianism and Taoism again arouse interest among the Russian public, and this contributes to the implementation of social and cultural ties between Russia and China. Currently, mutual understanding and mutual respect are the basis of relations between the two countries. The most effective cooperation between the two countries is developing in the humanitarian sphere, namely in the field of education and science. In support of social and cultural cooperation between Russia and China, important documents have recently been signed, which indicate the further positive dynamics of the development of the humanitarian sphere of relations between the two countries. The thesis that the use of optimal methods of socio-cultural interaction is focused on the basic values inherent in both Chinese and Russian is substantiated.

Key words: social and cultural interaction, values, social and cultural dialogue, humanitarian sphere, tradition, mentality.

References

1. Online source. The site dedicated to G.R. Derzhavin.
<http://www.derzhavin-poetry.ru/books/gavrila-derzhavin23.html>
2. Georgievsky SM: Principles of Chinese life. Cult of ancestors, polytheism and philosophy. URSS. 2015. 304 p.
3. Internet source. <https://rupoem.ru/solovev/panmongolizm-xot-slovo.aspx>
4. Soloviev V.S. China and Europe Online source.
<http://www.ladoshki.com/?books&getfile=1&id=29231&type=pdb>
5. "La Religion Chinoise" par A.Réville. Paris, 1889, pp. 2, 3.
6. Witte S.Yu. Memories. T.2. - M.: Publishing house of socio-economic literature, 1960. 205 p.
7. Dedovsky A.M. The USSR and Stalin in the fate of China. Documents and testimony party event: 1937-1952. - M., 1999.
8. Antipovskiy A.A., Borevskaya N.E., Franchuk N.V. The policy in the field of science and education in the PRC (1949-1979). M.: Science, 1980. 286 p.
9. Memorable pages of the history of Soviet-Kutay cooperation. - p.203.
10. Tolstoy L.N. Circle of reading, M: Word, 1923. - 680 p.
11. Internet source. <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
12. Internet source. <http://docs.cntd.ru/document/901792686>

Роль института местного самоуправления в становлении гражданского общества

Забнева Эльвира Ивановна

к.с.н., доцент, доцент кафедры экономики и управления, Филиал Кузбасского Государственного Технического университета имени Т.Ф. Горбачева в г. Новокузнецке, zabnevailvira@mail.ru

В статье рассматривается идея ведущей роли института местного самоуправления в становлении современного гражданского общества. Тесно взаимодействуя с государственными структурами, реализуя определенные функции власти, делегированные ему государством, местное самоуправление одновременно остается автономным и независимым от государственной власти институтом, что позволяет ему, с одной стороны, стать связующим звеном между государством и гражданским обществом, а с другой - фактором, способствующим его развитию.

Ключевые слова: институт, местное самоуправление, гражданское общество, государство, власть.

Создание демократического правового социального государства, о формировании которого в России говорится так много в последние годы, возможно лишь посредством активного участия граждан в государственно-политических процессах. Только в контексте партисипативной демократии, представляющей собой систему взаимодействия людей по преобразованию и организации всей социальной жизни, могут развиваться принципы демократической государственности: реальная свобода человека, его социальные, экономические и культурные права. С этих позиций гражданское общество является источником, ресурсом и показателем социального государства.

Однако современная Россия сталкивается с рядом факторов, препятствующих развитию гражданского общества. В первую очередь, это связано с многовековой историей отечественной авторитарной власти, с традиционной российской государственностью с ее нормативной подчиненностью интересов личности интересам политического целого, социокультурными особенностями менталитета россиян, неразвитым политическим и правовым сознанием, электоральной пассивностью.

Нельзя не признать, что сложившаяся в России ситуация, когда государство претендует на монопольное право в политических решениях, рассматривая гражданское общество лишь как вспомогательную силу, их реализующую, привела к глубочайшему разрыву между обществом и государством. Последнее сегодня воспринимается подавляющим большинством населения как «некая эгоистично-лицемерная и малоэффективная сила» [1, с.16], вторгающаяся по своему усмотрению во все сферы жизни человека и - блокирующая легальные механизмы участия во власти гражданского общества.

В этой связи именно местное самоуправление как институт, представляющий публичную власть, может сыграть основную роль при становлении современного гражданского общества. Тесно взаимодействуя с государственными структурами, реализуя определенные функции власти, делегированные ему государством, местное самоуправление одновременно остается автономным и независимым от государственной власти институтом. Его самостоятельность позволяет стать, с

одной стороны, связующим звеном между государством и гражданским обществом, а с другой - фактором, способствующим его развитию.

Во-первых, посредством института местного самоуправления может быть установлен общественно-государственный диалог, без оптимизации которого невозможно дальнейшее развитие политической демократии. Речь идет, с одной стороны, о возможности делегирования общественности ряда государственных функций. Прежде всего, экспертной, подразумевающей профессиональное сопровождение определения параметров услуги. А также надзорной, выражающейся в контроле за законностью и правильностью действий органа власти, главным образом в отношении качества услуги, и контрактной, как возможности делегирования полного или частичного исполнения услуги на уровень гражданского общества. На местном уровне граждане в большей степени способны производить независимую оценку действий различных агентов власти, обеспечивая согласование частных и общественных интересов. Применительно к процессу публичного управления это означает уменьшение информационной асимметрии при принятии решений, улучшение их качества, повышение исполнительской дисциплины за счет совершенствования системы контроля.

С другой стороны, о формировании у граждан положительного имиджа власти за счет их активного включения в жизнедеятельность территории. В случае если институт местного самоуправления открыт для учета потребностей и предпочтений граждан, качественно удовлетворяет их имеющимися во внутренней и внешней среде ресурсами, и информация, поступающая населению, адекватна реальной ситуации, снижается напряжение и повышается уровень доверия государству.

Во-вторых, именно в рамках местного самоуправления представляется наиболее эффективная возможность добровольной самоорганизации социально активных граждан, оформляется высокая степень кооперации и гражданской вовлеченности. Местное сообщество легче объединяется сетью общественных структур, способных мобилизовать и четко выразить волю большинства. Проживание в конкретном муниципальном образовании в большей степени формирует в сознании граждан признание себя членом некоего объединения людей, которое оказывает непосредственное влияние на решение жизненно важных вопросов, а тем самым стимулирует к безвозмездному труду и служению обществу.

И наконец, посредством института местного самоуправления государство получает возможность определенного контроля над гражданским обществом. Местные органы власти могут направлять социальную энергию в выгодное государству русло, в том числе и в направлении задачи организации функционирования публичного администрирования. Созданные необходи-

мые условия развития общественно-государственного партнерства на местном уровне, их формальное соблюдение, а главное - принятие участниками партнерства в качестве ориентиров в реальном процессе разработки и реализации социально-экономической политики, позволят как усовершенствовать общественные последствия многих государственных действий, так и построят конструктивные, доверительные отношения граждан с государством.

Таким образом, институт местного самоуправления представляет собой социально организованный механизм, обеспечивающий потребности местного сообщества в эффективном управлении общими делами. Данный институт является реальным инструментом реализации интересов населения и форм непосредственного волеизъявления граждан, механизмом развития гражданского общества.

Вместе с тем по факту данный механизм не всегда срабатывает и не всегда является эффективным. Так по данным Института социологии Российской Академии наук, только за последние 10 лет количество россиян, постоянно интересующихся общественно-политической жизнью страны, сократилось с 26% до 18%. Число тех, кто потерял к ней интерес, напротив, увеличилось с 21% до 33%. Доля граждан, участвующих в общественно-политической жизни России, составляет около 20% взрослого населения [2].

Основных причин этому несколько. Низкая гражданская активность, несистемный ситуативный характер участия граждан в общественно-политических отношениях в значительной степени является следствием их «рационального выбора». Общественно-политическая активность, не дающая материальных или карьерных выгод, не может конкурировать с основной профессиональной деятельностью, а также бытовыми вопросами, на которые затрачивается потенциал личности.

С другой стороны, мотивация к гражданской активности во многом зависит от качества власти. Однако, низкая финансовая обеспеченность муниципалитетов, недостаточно высокий уровень профессионализма муниципальных органов власти, рассогласованность и ограниченность местных полномочий, ветхая имущественная база, зачастую ограниченный доступ жителей к получению качественных муниципальных услуг препятствуют эффективной работе органов местного самоуправления, когда результаты деятельности не соответствуют общественным ожиданиям и запросам.

Отсутствие реальных рычагов воздействия на ситуацию, на принимаемые властью решения со стороны населения, становится еще одной причиной, не позволяющей укрепить мотивацию граждан к публичной активности. В своей работе органы местного самоуправления зачастую не опираются на общественное мнение и общественный запрос, недостаточно открыты для взаимодействия с гражданами, не допускают общественного контроля. В свою очередь это приводит к росту

протестной, ситуативной активности как в форме объединений, так и в форме отдельных мероприятий прямого действия: акции, митинги, пикеты, что еще в большей степени укореняет у населения восприятие представителей власти как антагонистов.

Только решив данные проблемы, можно говорить об эффективной роли института местного самоуправления в становлении гражданского общества. Но прежде чем формировать перечень предложений по улучшению ситуации в сфере развития гражданской активности на местах, нужно понять, что принудить граждан участвовать в общественно-политической жизни и в решении вопросов местного значения невозможно, нужно научиться их к этому мотивировать.

Литература

1. Ананьева М. Современное состояние гражданского общества в России // Власть, 2008, №5, С. 15-18.

2. Условия повышения социальной активности граждан в решении местных проблем. Аналитический отчет Всероссийского Совета местного самоуправления. <http://www.vsmsinfo.ru/proekty-i-programmy/interesnye-proekty/2722>

3. Политические учения XX-XXI вв. / Егоров В.Г., Абрамов А.В., Алексеев Р.А., Алябьева Т.К., Березкина О.С., Вититнев С.Ф., Козьякова Н.С., Лавренов С.Я., Синчук Ю.В., Федорченко С.Н. Москва, 2015.

The role of the Institute of local self-government in the formation of civil society

Zabneva E.I.

Branch Kuzbass State Technical University named after T. F. Gorbachev in Novokuznetsk

The article deals with the idea of the leading role of the Institute of local self-government in the formation of modern civil society. In close cooperation with state structures and in the exercise of certain functions of power delegated to them by the state, local self-government remains at the same time an Autonomous and independent institution from state power, which allows it, on the one hand, to become a link between the state and civil society, and, on the other, a factor contributing to its development.

Key words: Institute, local government, civil society, state, government.

References

1. Ananieva M. the Current state of civil society in Russia // Power, 2008, №5, P. 15-18.

2. Conditions for increasing social activity of citizens in solving local problems. Analytical report of the all-Russian Council of local self-government. <http://www.vsmsinfo.ru/proekty-i-programmy/interesnye-proekty/2722>

3. Political teachings of the XX-XXI centuries. / Egorov V.G., Abramov A.V., Alekseev R.A., Alyabyeva T.K., Berezkina O.S., Vititnev S.F., Kozyakova N.S., Lavrenov S.Ya., Sinchuk Yu.V., Fedorchenko S.N. Moscow, 2015.

Агрессия как социально-психологическая форма девиантного поведения. Ее причины и последствия

Сержантова Анжелика Александровна, кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры социально-экономического дисциплин. Военная академия войсковой противовоздушной обороны Вооруженных Сил Российской Федерации имени Маршала Советского Союза А.М. Василевского, le-diali@mail.ru

Уваров Игорь Артурович, доктор исторических наук, профессор кафедры социально-гуманитарных дисциплин, Военная академия войсковой противовоздушной обороны Вооруженных Сил Российской Федерации имени Маршала Советского Союза А.М. Василевского.

В данной статье феномен агрессии рассматривается в качестве социально-психологической формы девиантного поведения. Работа содержит статистические данные о возросшем уровне агрессивности российского общества, полученные Институтом психологии РАН. Приведены определения агрессии, с точки зрения социологии и психологии. В частности работа содержит сравнительный анализ понятий «агрессивность» и «агрессия».

В качестве концепций, объясняющих феномен агрессии, в статье приведены и проанализированы следующие подходы: теория инстинкта, эволюционный подход, когнитивный подход, социологический подход, социобиологическая теория и теория побуждения.

В качестве основных причин агрессивного девиантного поведения рассматриваются такие как долгосрочные физические и психические нагрузки, профессиональные и семейные неудачи, алкогольная и наркотическая зависимость, длительный прием антидепрессантов, травмы психологического характера, отсутствие полноценного отдыха. Также изучен целый ряд социально-психологических мотивов, способных спровоцировать агрессию индивида, и возможных последствий подобного девиантного поведения.

Ключевые слова: агрессия, девиация, девиантное поведение, теория инстинкта, эволюционный подход, когнитивный подход, социологический подход, социобиологическая теория, теория побуждения.

В современном обществе из ежедневных новостей человеку все чаще приходится слышать о новых фактах насилия в самых разных точках мира. К сожалению, статистика указывает на тот факт, что с пугающей частотой происходят самые антисоциальные проявления девиантного поведения, такие как убийства, совершенные на почве неустойчивого психологического состояния нарушителей закона. Так, в 2013 году СМИ активно афишировали новость о том, что Институтом психологии РАН было проведено исследование, показавшее возросший уровень агрессии среди россиян.

По мнению социологов и психологов, феномен агрессии в российском обществе стал частью моды. В соответствии с полученными данными, уровень агрессии значительно повысился с 1981 по 2011 годы. При этом главными причинами этому являются криминальная мода и, так называемый, гламур [2].

Таким образом, статистика указывает на существование серьезной проблемы современного общества. Об актуальности данной проблемы говорит не только сухой язык цифр. В повседневной жизни человеку очень часто приходится становиться свидетелем агрессивных проявлений поведения. Поэтому проблема возрастающего с каждым годом уровня агрессии требует глубоко социально-психологического анализа ее причин и возможных последствий.

С точки зрения современной социологии, агрессия трактуется как поведение индивида, которое нацелено на причинение ущерба как морального, так и физического (вплоть до полного уничтожения) другому индивиду. С точки зрения психологии, агрессия представляет собой намеренное деструктивное поведение человека, приносящее окружающим людям психологический дискомфорт или физический ущерб [7].

При анализе причин возникновения феномена агрессии необходимо различать понятия «агрессивность» и «агрессия». Слово «агрессия» имеет латинское происхождение. При переводе оно обозначает «нападать» или «нападение». Различие между понятиями заключается в том, что агрессивность является чертой характера, а агрессия – состоянием человека. Существуют различные социально-психологические теории, объясняющие

смысл и возможные причины возникновения агрессивного поведения.

Ранее других концепций, объясняющих феномен агрессии, возникла теория инстинкта, в рамках которой агрессивное поведение рассматривается в качестве врожденного. Наиболее знаменитым представителем данной теории является З. Фрейд. Врач и психолог, основатель теории психоанализа, З. Фрейд считал, что «агрессия берет свое начало во врожденном и направленном на собственного носителя инстинкте смерти; по сути дела, агрессия – это тот же самый инстинкт, только спроецированный вдвойне и нацеленный на внешние объекты» [6, с. 112-114].

В основе теории инстинкта лежит положение об инстинктивном стремлении человека к смерти. Это положение является достаточно спорным в контексте теории психоанализа. Фактически оно отвергалось многими последователями З. Фрейда, которые разделяли его взгляды, касающиеся многих вопросов. Однако даже критики ученого были солидарны с ним в том, что первоисточником агрессии являются врожденные, инстинктивные силы.

Также феномен агрессивного поведения изучался теоретиками-эволюционистами, которые в качестве источника агрессии видели иной врожденный механизм. Таковым механизмом им представляется инстинкт борьбы, который свойственен каждому животному, в том числе и человеку.

К. Лоренц, лауреат Нобелевской премии, является представителем эволюционного подхода к объяснению сущности и причин агрессии. Согласно представлениям К. Лоренца, инстинкт борьбы развивался в течение длительной эволюции. Ученый выделяет три важнейшие функции данного инстинкта. Во-первых, благодаря борьбе представители видов рассеиваются на географическом пространстве, что ведет к максимальной утилизации имеющихся пищевых ресурсов. Во-вторых, агрессия способствует улучшению генетического фонда, поскольку только самым жизнеспособным и энергичным индивидуумам удастся сохранить свое потомство. В – третьих, сильным животным лучше удастся защищаться и поддерживать жизнедеятельность потомства [3, с. 545-546].

Существует социобиологическая теория агрессии. Социобиологи обосновывают свое видение процесса естественного отбора. Основным аргументом данной теории является следующее высказывание: гены оказывают длительное влияние на возникновение агрессивности, потому как они отвечают за обеспечение адаптивного поведения.

Иными словами, гены «приспособлены» настолько, что приносят вклад в процесс репродукции, гарантируя свою сохранность у будущих поколений. Это означает, что с точки зрения социобиологов, индивидуумы стремятся оказывать содействие тем, кто имеет схожие гены, обеспе-

чивая их выживание. Таким образом, индивидуумы готовы к самопожертвованию, проявляя альтруизм. Они будут проявлять агрессию по отношению к тем, кто не состоит с ними в родстве, не имея общих генов.

Иная точка зрения у представителей теории побуждения. В рамках данной теории источник агрессии представляет собой позыв, который вызывается внешними причинами. Примером данного направления служит теория фрустрации, которая была предложена Д. Доллардом и его последователями. Д. Доллард считает, что индивид, переживший фрустрацию, ощущает побуждение к агрессии.

В центре когнитивных моделей агрессии находятся когнитивные и эмоциональные процессы, которые лежат в основе агрессивного типа поведения. Характер интерпретации индивидом провокационных или угрожающих действий другого индивида оказывает влияние на его поведение и чувства. При этом на когнитивные процессы, которые задействованы в определении степени угрожающей индивиду опасности, оказывают влияние на степень его эмоционального возбуждения.

Последнее теоретическое направление рассматривает агрессию в качестве социального явления. Агрессия в данном контексте представляет собой форму поведения, которое было усвоено в процессе социализации. В рамках теории социального научения для того, чтобы понять феномен агрессии, необходимо обращать внимание на три ключевых положения:

- путь, которым агрессивная модель поведения была усвоена;
- факторы, которые провоцируют ее проявление;
- условия, которые поспособствовали закреплению агрессивной модели поведения.

В описанных выше теориях рассматриваются различные причины возникновения агрессивного поведения. Однако в современном обществе можно выделить иной перечень факторов, провоцирующих агрессию. Современными психологами и социологами предлагаются следующие причины агрессивности человека:

- долгосрочные физические и психические нагрузки;
- неудачи, связанные с профессиональной деятельностью, конфликты на работе;
- чрезмерное употребление алкоголя, наркотическая зависимость;
- длительный прием антидепрессантов и снотворных препаратов;
- трудности в семейной жизни, проблемы в интимных отношениях, неустроенная личная жизнь;
- травмы, имеющие психологический характер, зачастую полученные в период раннего взросления;
- длительное переутомление, спровоцированное недосыпанием, а также отсутствием полноценного отдыха.

С точки зрения психологии, существуют характеристики, способные провоцировать агрессивное поведение человека. Среди них можно выделить боязнь быть осужденным со стороны общества, склонность надумывать враждебное отношение в свой адрес со стороны окружающих людей, раздражительность и предрасположенность испытывать чувство стыда вместо положительного чувства вины во многих жизненных ситуациях [4, с. 311].

Таким образом, современному человеку приходится ежедневно сталкиваться с факторами, провоцирующими агрессивное поведение, что связано с постоянно ускоряющимся ритмом жизни. Психологи и социологи выделяют разновидности мотивов агрессивного поведения:

- патологические мотивы, проявляются в виде психозов, бреда, галлюцинаций и так далее (зачастую патологические мотивы рождаются вследствие психических заболеваний и отклонений);

- враждебные мотивы, влекут за собой эмоциональные срывы, вспышки ярости, ненависти, гнева);

- гедонистические мотивы, агрессия представляет собой инструмент получения удовольствия;

- авторитарные мотивы, проявляются в жажде власти – человек одержим стремлением доминировать над окружающими его людьми любой ценой;

- мотивы отрицания, агрессия в данном случае является способом нарушить общепринятые правила и нормы;

- мотивы психической саморегуляции - человек стремится уравновесить собственное эмоциональное состояние;

- защитные мотивы – человек совершает акты проактивной или реактивной агрессии;

- мотивы приобретения и достижения, провоцируют агрессию, которая проявляется для овладения материальными ценностями, социальным статусом и позитивной самооценкой;

- мотивы следования – человек проявляет агрессию, чтобы соблюдать установленные социальные нормы (маргинальное, социально-активное, привычное, конформистское поведение).

Каким могут быть последствия агрессивного поведения для самого человека и для окружающих его людей? Прогноз будущего – это всегда трудоемкий процесс, однако его можно смоделировать, обратившись к прошлому опыту. Придерживаясь этой позиции, М. Раттер выяснил, что социально неодобряемые формы поведения (речь идет об агрессивности, демонстративном неповиновении, разрушительных действиях, лживости и так далее) практически всегда сопровождаются плохими взаимоотношениями с окружающими людьми [5, с. 101-104].

Д. Московитцем и А. Шварцманом была прослежена траектория жизни людей, которые с детства характеризовались как агрессивные и замкнутые. Результаты их исследования показывают, что детей, в поведении которых обна-

руживается сочетание агрессивности и стремления избегать социальных контактов, в будущем ожидает множество весомых проблем. В число таких проблем можно отнести слабую успеваемость в школе, низкий уровень интеллектуального развития, трудности в ходе социализации и социальной адаптации.

Авторами было выдвинуто предположение о том, что склонность ребенка к уходу от общения является признаком нездорового восприятия им себя как личности, преувеличения каких-либо неудач, торможения активности. Также авторы приходят к выводу, что агрессивности зачастую сопутствует плохое состояние здоровья. Это связано с тем, что подавление агрессивных эмоций способно привести к снижению иммунитета, что подтверждается современной медициной.

Хронические проявления гнева оказывают разрушительное действие на организм человека. Среди наиболее частых психосоматических заболеваний можно выделить следующие: сердечно-сосудистые заболевания, расстройства функций желчного пузыря, расстройство желудка, проблемы с зубами, мигрени, изжога [1, с. 375-378].

С точки зрения современной психологии, вспышки агрессии являются причиной целого ряда заболеваний психогенного происхождения, поскольку негативные эмоции связаны с телом и его физиологическими характеристиками.

Доказано, что частый гнев является причиной хронического депрессивного состояния. Чем чаще человек проявляет агрессию, тем более длительным становится реабилитационный период апатии и анемии. Часто после вспышек гнева у человека могут наблюдаться следующие последствия: потеря энергии, чувство вины, связанной с тем, что был причинен вред другому человеку; понижение самооценки, уязвленное самолюбие, потому как вред был нанесен самому себе; депрессивное состояние.

Таким образом, феномен агрессии представляет собой крайне антисоциальную форму девиантного поведения и является острой социально-психологической проблемой современности. Агрессия может рассматриваться с точки зрения целого ряда социально-психологических концепций, среди которых необходимо назвать теорию инстинкта, эволюционный подход, когнитивный подход, социологический подход, социобиологическую теорию и теорию побуждения. Причинами агрессивного девиантного поведения индивида могут служить самые различные факторы: от долгосрочных физических и психических нагрузок до различных форм зависимости. Для предупреждения разрушительного воздействия возможных социально-психологических последствий агрессии как крайней формы девиантного поведения необходима своевременная диагностика.

Литература

1. Берковиц, Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль [Текст] / Л. Берковиц. - М.: Олма-Пресс, 2007. - 510 с.

2. Исследования РАН показали возросший уровень агрессии россиян [Электронный ресурс] / Информационный портал «Life.ru» новость от 10.31.2013. URL: <https://life.ru/t/новости/123828> (дата обращения: 18.02.2019)

3. Лоренц, К. Агрессия. Так называемое зло. К естественной теории агрессии [Текст] / З К. Лоренц // Обратная сторона зеркала. - М.: Республика, 2008. – 616 с.

4. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу. - М.: Евразия, 2015. - 480 с.

5. Раттер, М. Помощь трудным детям [Текст] / М. Раттер. - М.: Прогресс, 1987. - 424 с.

6. Фрейд, З. Недовольство культурой [Текст] / З. Фрейд. - Харьков: Фолио, 2013. – 222 с.

7. Шестакова, Е.Г. Агрессивное поведение и агрессивность личности [Текст] / Е.Г. Шестакова, Л.Я. Дорфман // Образование и наука. - 2009. - №3. – С. 23 - 28.

Aggression as a socio-psychological form of deviant behavior. its causes and consequences

Serzhantova A.A., Uvarov I.A.

Military Academy of military air defense of the armed Forces of the Russian Federation named after Marshal of the Soviet Union Vasilevsky

In this article, the phenomenon of aggression is considered as a socio-psychological form of deviant behavior. The work contains statistical data on the increased level of aggressiveness of Russian society, obtained by the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. The definitions of aggression are given in terms of sociology and psychology. In particular, the work contains a comparative analysis of the concepts of "aggressiveness" and "aggression".

The following approaches are presented and analyzed as concepts explaining the phenomenon of aggression: the theory of instinct, the evolutionary approach, the cognitive approach, the sociological approach, the socio-biological theory and the theory of motivation.

The main causes of aggressive deviant behavior are considered such as long-term physical and mental stress, professional and family failure, alcohol and drug addiction, long-term antidepressants, psychological trauma, lack of proper rest. Also studied a number of socio-psychological motives that can provoke the aggression of the individual, and the possible consequences of such deviant behavior.

Key words: aggression, deviation, deviant behavior, instinct theory, evolutionary approach, cognitive approach, sociological approach, sociobiological theory, theory of motivation.

References

1. Berkovits, L. Aggression: Causes, consequences and control [Text] / L. Berkovits. - M.: Olma-Press, 2007. - 510 p.
2. Studies of the RAS showed an increased level of aggression of Russians [Electronic resource] / Information portal "Life.ru" news from 10.31.2013. URL: <https://life.ru/t/news/123828> (access date: February 18, 2019)
3. Lorenz, K. Aggression. The so-called evil. Towards a natural theory of aggression [Text] / З К. Lorenz // Reverse side of the mirror. - M.: Republic, 2008. - 616 p.
4. Maslow, A. Motivation and personality [Text] / A. Maslow. - M.: Eurasia, 2015. - 480 p.
5. Rutter, M. Helping difficult children [Text] / M. Rutter. - M.: Progress, 1987. - 424 p.
6. Freud, Z. Discontent with culture [Text] / Z. Freud. - Kharkov: Folio, 2013. - 222 p.
7. Shestakova, E.G. Aggressive behavior and personality aggressiveness [Text] / E.G. Shestakova, L.Ya. Dorfman // Education and Science. - 2009. - №3. - P. 23 - 28.

Сексуальное насилие над детьми во Вьетнаме: проблема и усилия, направленные на его прекращение

Чан Тхи Бик Нгок

доцент, Ханойский политехнический университет,
bichngoc2201@gmail.com

Динь Тхи Винь Куй

преподаватель, Государственный Университет Вьетнама. Г.
Ханой, vinhquy.dinh@gmail.com

Динь Тхи Фуонг Ань

ученица 11-го класса Средней общеобразовательной школы
Посольства Российской Федерации во Вьетнаме,
anhia412@gmail.com.

Впечатляющее социально-экономическое развитие Вьетнама за последние 20 лет частично создало новые трудности изменения для вьетнамских семей. Разрыв между богатыми и бедными, экономическое неравенство, безработица, урбанизация, миграция и т. д. разрушили традиционные семейные ценности и увеличивают факторы риска, угрожающие детям. К сожалению, во Вьетнаме сексуальное надругательство над детьми, тип насилия в отношении детей, которое происходит каждый день вокруг нас, дома, в школе и в обществе, приводит к серьезным долгосрочным последствиям для жизни детей, их семей и всего общества в целом, которые вызывают боль в каждом из нас и призывают нас сделать все возможное для защиты нашего будущего поколения.

Ключевые слова: насилие в отношении детьми, сексуальное насилие над детьми, права ребенка, защита детей.

Child sexual abuse in Viet nam: the issue and efforts to end it Ngoc Tran Thi Bich, Quy Dinh Thi Vinh, Anh Dinh Thi Phuong

The impressive economic and social development of Viet Nam over the past 20 years has partly created new pressures and changes for Vietnamese families. The gap between the rich and the poor, economic inequality, unemployment, urbanization, migration, etc. have eroded traditional family values and increased risk factors threatening children. Unfortunately, in Viet Nam, child sexual abuse, a type of violence against children, occurs every day around us, at home, at school and in the community and causes the serious consequences for children's life, their families, and the whole society in the long term that leave the pain in each of us and call us to do all we can to protect our future generation.

Key words: violence against children, child sexual abuse, child's rights, child protection.

Introduction

In 1990, The United Nations Convention on the Rights of the Child came into force, and currently, 196 state members of the United Nations, except the United States, ratified and became a party to it. It is a human rights treaty which declares the civil, political, economic, social, health and cultural rights of children. Under the Convention, every State Party "undertake to ensure the child such protection and care as is necessary for his or her well-being, taking into account the rights and duties of his or her parents, legal guardians, or other individuals legally responsible for him or her, and, to this end, shall take all appropriate legislative and administrative measures" (Article 3).

The World Health Organization (WHO) defines that child abuse (violence against children or child maltreatment) includes all types of physical, sexual, or psychological maltreatment or neglect of a child or children, whether perpetrated by parents or other caregivers, peers, romantic partners, or strangers [1]. It can occur everywhere, in a child's home, in the streets, at schools, in communities or in the organizations (where there is child labor exploitation).

Despite the world community efforts to protect children, violence against children is still widespread and remains a harsh reality for millions of children.

According to UNICEF data, estimated by American Academy of Pediatrics experts, globally over half of all children, up to 1 billion children aged 2–17 years, have experienced physical, sexual, or emotional violence or neglect in 2015. In detail, about 7 in 10 (300 million) children aged 2–4 years regularly suffer violent discipline in their home; more than one in three (130 million) pupils aged 13–15 years have experienced bullying; nearly 732 million school-age children, half the global population aged 6–17 are not legally protected from corporal punishment at school. Around 15 million adolescent girls aged 15–19 years have experienced forced sex in their lifetime ([2, p.6].

The Minimum prevalence of child abuse of any type as of 2015 estimated by sensitivity analyses of Children ages 2–17 was 61 percent in Northern America, 65 percent in Europe, 80 percent in Asia, and 82 percent in Africa [3].

Viet Nam was one of the first countries in the world to ratify the United Nations Convention on the Rights of the Child in 1990. Understanding the importance of child protection and as a commitment to the international community, the Government of Viet

Nam has adopted a complex of laws and regulation to protect children from harm and exploitation, and promulgated many policies on child care. However, despite government and society's efforts, violence against children in Viet Nam is still widespread.

Viet Nam's population in 2017 was estimated at 93.7 million persons [4]; by age structure, the number of children under 15 years old accounts for 23.55 percent (22.07 million) [5]. According to a report by General Statistics Office, Viet Nam (GSO) and UNICEF, nearly 68.4 percent of Vietnamese children aged 1-14 are reported to have experienced violence at home by their parents and caregivers. That is, about 15 million children have ever experienced violence in their life [6, p.8].

Sexual abuse is "ugly" word that refers to "infamous" behaviors but still happens in Viet Nam society. The National Study on Domestic Violence against Women in Viet Nam conducted by GSO in 2009-2010 showed that lifetime prevalence of children under 15 years old who have been sexually abused was 2.8 percent [7, p.68].

Problem statement and Research question

Over the World the results of studies from 22 countries estimated that 7.9 percent of male and 19.7 percent of female had suffered some forms of sexual abuse before the age of eighteen [8]; respectively, 4.1 percent and 11.3 percent in Asia (Fig.1).

Child sexual abuse (CSA) is a form of child abuse. It includes a wide range of actions between a child and an adult or older child. It is often related to sexual activity that the child does not fully comprehend, is unable to give informed consent to, or for which the child is not developmentally prepared [9]. The Vietnamese Law on Children 2016 (Law №.102/2016/QH13) defines that "CSA refers to the act of using violence, threatening to use violence, forcing, persuading or seducing a child to engage in sexual acts. CSA includes rape, aggravated rape, sexual intercourse or molestation with children and use of children for prostitution or pornography in any form" (Article 4). In short, a child is sexually abused when they are coerced or persuaded to participate in sexual activities with or without physical contact.

CSA is the frustrating issue of the human community.

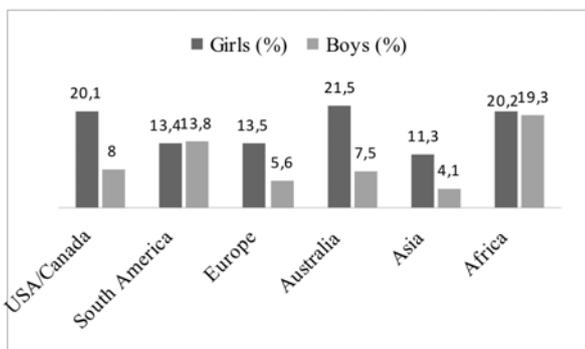


Figure.1. - Global prevalence of self-disclosed abuse by continents; source: [10].

In Viet Nam, although progress has been made in changing the concept and practice of child care and protection, behaviour and acts of child abuse in various forms such as physical, emotional and sexual, and labor abuse remain common in contrast with our efforts and desires. There are no official statistics on CSA, and the figures are not accurate (if any), often only reporting registered severe sexual abuse cases. The term "case" mainly means to note the occurrence rather than the headcount. We can find some sensitive numbers in studies or surveys. The surveys conducted with students aged 12-17 show different results of the lifetime prevalence of CSA. For example, 19.7 percent as a result of 2006 Cross-sectional survey [11] or 7.1 percent from Viet Nam prevalence study on child maltreatment [12].

The mentioned above figures do not represent the situation of CSA in whole country. *Firstly*, the surveys do not mention children under 12 years old; *secondly*, the difference of the results is due to the surveys conducted with students at the school in different localities (not with the street children who are at high risk of being abused); and *lastly*, the awareness and boldness of telling the truth of students living in cities, rural or mountain areas are also at different level.

The report of the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (MOLISA) to the National Assembly on June 6, 2018 showed that in five years (2011-2015), in the entire country, there were 8,200 child abuse cases with nearly 10,000 victims reported, 258 victims increased compared to the previous five years. The number of cases of CSA accounted for 5,300 cases (about 65 per cent) [13].

Violence against Children, including CSA, is a real existence in Viet Nam. The purpose of this study is to clarify characteristics of CSA behaviors in Viet Nam and the consequences for victim's lives, and to contribute the author's initiative to community efforts to end violence against children.

Methodology and Data

Comparative research methods highlight the severity of CSA in Viet Nam based on published data. External desk research is applied by authors, using data sources from international and Vietnamese studies; official UNICEF's reports; reports of MOLISA, Ministry of Public Security (MPS); GSO statistics data; results of surveys conducted by Researcher's groups, UNICEF and GSO, and other organizations.

Limitations of data accuracy

The data of conducted surveys are only relatively accurate, because of the psychological, traditional ethical reasons, cultural level, awareness and other problems of children and participants responding to survey sample form or interview.

Moreover, CSA is an issue that everyone does not want to talk about as it touches the moral standards, self-esteem and shame of each individual, as well as the community. Therefore, it is not surprising that the figures on CSA are often inaccurate, because the perpetrators are often close acquaintances around the children, and the sexual abuse cases are often concealed by other relatives because of humiliation,

and sometimes of humanitarian reasons for the victim's normal life in the future.

Additionally, violent acts against children and CSA cases are discovered, reported and dealt with according to the law only when they reach the criminal threshold. Thus, the published data may be just "the floating part of the iceberg".

Discussion

In 2006, the Cross-sectional survey in a convenience sample of eight secondary schools in urban Hanoi and rural areas of Hai Duong province (Northern Viet Nam) was conducted by a group of experts. 2,591 students aged 12 to 18 years (94.7 percent) out of 2,737 from 61 classes eligible to participate completed the questionnaire [11]. As part of the survey results, the lifetime prevalence of child abuse of specific types is summarized in Fig. 1.

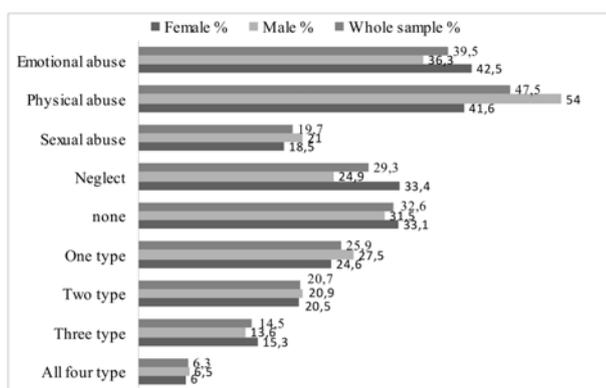


Figure 2. - Lifetime prevalence of specific types of maltreatment and of multiple types of maltreatment in childhood in cross-sectional study, Viet Nam, 2006; source: [11].

The General Police Department of MPS has reported that the number of registered child violence cases is only a small fraction of reality. The majority of victims are girls aged 12-15, accounting for 57.4 6 percent. However, a heartbreaking reality is that the children under 6 years old being sexually abused accounts for 13.2 percent [14]. About 80 percent of victims are female [15].

Table 1. Number of child abuse cases reported in 2011-2017 and six month of 2018

	Total number of child abuse cases reported	Number of sexual abuse cases	Rate per cent
2011-2015	8,200; 10,000 victims	5,300	64.63
2016	1,641	1,211	73.80
2017	1,592	1397	87.75
6 months of 2018	720	573	79.58

Source: [13], [16].

The situation is an alarming bell for Vietnamese society. In order to be able to take preventive measures, we should have to deeply analyze the situation of CSA and its extraordinary specialties.

1. In recent years, although the number of child abuse cases decreased, the rate of CSA cases increased (Table 1), and victims of CSA not only are children of older age groups, but also are children

under 6 years old (13 percent of total cases), showing the increasingly complex and unpredictable evolution of this form of crime.

2. It is worthily noted that in most CSA cases of offenders are acquainted with their victims: 21.3 percent are family members (father, stepfather, adopted –father, brother, cousin, uncle); 6.2 percent relates to school staff (teachers, caregiver, and school guard); 59.9 percent are other acquaintances (baby-sitters, or neighbors); roughly 12 percent are strangers [17].

3. Parents, family members and caregivers do not know about the characteristics of child psychophysiology and the risks that children may be at, and do not openly talk to children about gender issues. Therefore, it leads to a lack of understanding among children about the physiological and sexual characteristics of their ages, and to a limitation of knowledge as well as skills to prevent sexual abuse.

4. The fast differentiation between rich and poor people and the gap in living conditions in the period of market economy development, rapid urbanization, family rifts and erosion of traditional cultural values were the reasons that lead to an increasing number of out-of school children (OOSC), who are vulnerable to abandonment, neglect, abuse and labour, sexual exploitation. The worrisome numbers of OOSC reported in the "2016 Report on Out-of-school Children: Viet Nam country study" (Table 2).

Table 2 Percentage of 5-14-year-old OOSC in 2014 compared to 2009

Age group of OOSC	2009 (%)	2014	
		Number	%
5-year-old OOSC	12.2	99,200	6.7
6-10-year-old OOSC	4.0	180,500	2.5
11-14-year-old OOSC	24.4	435,700	8.1

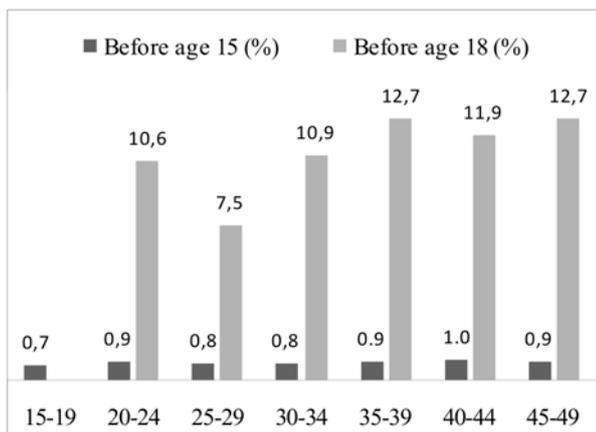
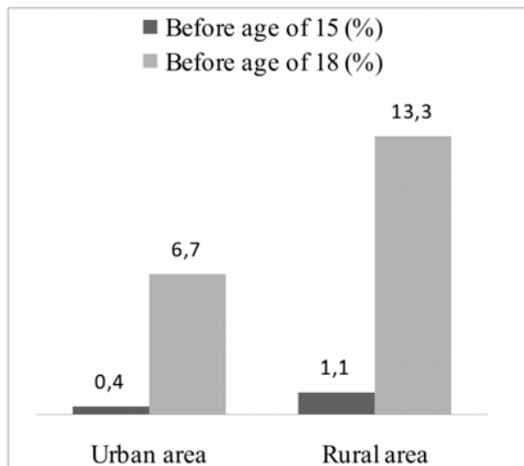
Source: [18].

By the end of December 2017, there had been nearly 1.45 million children in special circumstances among 26.3 million children in the country [18].

UNICEF estimated that 16 percent of children aged five to 17 years are involved in child labour, which presents risks for experiencing violence, including sexual abuse ([19]. But in Viet Nam there is a difference in the concept of child labor. Firstly, according to the Labour Code 2012, "employee" means a person who is at least 15 years of age, has the ability to work, works under an employment contract, is paid and is managed and controlled by the employer; secondly, in rural areas and low-income families in spare time children work to help their parents.

In Viet Nam, marriage before the age of 18 is prohibited under the Law on marriage and family 2014, but early marriage still occurs in many localities. Parents encourage their daughter's marriage, while they are still children in the hope that marriage will benefit them financially and socially. In fact, child marriage is a violation of human rights, harming development of girls and often leading to early pregnancy, dropping out of school and social isolation. Observing the percentages of early marriages before the ages of 15 and 18 by areas and different respondent's age groups allows for trends to be in early marriage. By

figures 3&4 we note that: (a) the proportion of early marriage in rural areas is higher than this in urban areas; (b) there is a reducing trend of early marriage in last 30 years. The situation could be explained by the gap in education and awareness levels as well as the level of protection of children in urban areas which is higher than that in rural and remote areas.



Figures 3 & 4. - Proportion of women who were first married or entered into a marital union before the ages of 15 and 18 by area and age groups; source: [20].

One notable issue is the backward customs of Hmong people residing in mountain areas of Northern Viet Nam that exist in Viet Nam such as child marriage, or "wife robbery", or "wife capture", which are also considered as actions against children in line with current law. Originally, the "pulling the bride" is Hmong's cultural custom occurring in early spring, when the poor boy tries themselves to show his love to the girl he wants to marry. However, it was later turned into a "wife robbery" using a violent force. According to psychologists, young girls still have no knowledge about marriage, family life and reproductive health, but soon become wives and mothers; life is very hard and unhappy, leading to family breakdown. These marriages do not come from two-sided love; they are illegal; children are born without registration. Thus, most early marriages fall into tragedy. The situation sometimes goes out of control, when criminals take advantage of this custom to conduct young women trafficking.

Report from MPS on the implementation of legislation on prevention and control of human trafficking in the period of 2012 - 2017, organized by the National Assembly's Judiciary Committee August 23, 2018, shows that in the last 5 years 3,090 people were victims of human trafficking, of which 90 percent are women and children, 80 percent are ethnic minorities; 98 percent of victims were sold abroad (over 90 percent to China) [21].

6. The lack of parental attention, unconditional satisfaction on the unreasonable child's requests, the omission of their mistakes, etc. create in children bad habits and selfishness, which leads them to uncontrollable actions that are used by malicious people to harm them.

7. The rate of CSA cases in the community (59 percent) is higher than that at home and school. To some extent, it has a connection with tourism development in some localities. The survey, conducted by the Ministry of Justice with support from UNODC-INTERPOL Project Childhood, has shown that 80 percent of respondents confirmed the fact of CSA in travel and tourism in tourist destinations in Viet Nam, and in most cases offenders are foreigners who come to Viet Nam as travellers or English teachers [22].

8. Boys are also victims of sexual abuse. World Health Organization estimates that 150 million girls and 73 million boys under 18 experienced forced sexual intercourse or other forms of sexual violence during 2002. [23]. In Viet Nam the adolescent survey in some schools resulted in a lifetime prevalence of sexual abuse of 21.0 percent for boys and 18.4 percent for girls [13]. And a painful example of sexual abuse with dozens of male students at "Thanh Son" Ethnic minority boarding secondary school (Phu Tho province) where the culprit was the rector [24], has reported in December, 2018.

9. One of the CSA forms is sexual tricks via internet. This issue is researched in many studies [25][26]. Online trespasser's tricks may be: getting acquainted and forming friendships with children; creating trust by showing interest and love; collecting personal information of children so that they can easily access, capture children's psychology and weaknesses; directing online talk on sexual topics or asking child to show body sensitive places; introducing children to black websites, pornographic images or suggesting curiosity of children about issues related to sex after becoming close to the child; showing pictures of sexually abused children and enticing children to meet face-to-face to perform sexual abuse acts. Many severe relevant cases of Internet-initiated sexual assault against adolescents are still regularly reported in the newspaper articles [27].

Consequences of CSA

CSA causes critical and long-term consequences, which affect not only the victim but also the victim's family and friends as well as the whole society and last for a victim's lifetime with serious adverse effects on health, education, social security and well-being of victims, families and society.

Sexual assault in adulthood can cause physical, psychological (mental), emotional and reproductive

health problems, that have been found by symptoms of post-traumatic stress disorder (nightmares, flashbacks, avoidance behaviours, hypervigilance), psychological suffering (fear, nervousness, hypersensitivity, bad mood, negative self-assessment, difficulty experiencing pleasure), aggressive behaviours (disrespect, opposition, lying, theft, unjustified verbally or physically aggressive acts towards others, bullying), suicidal thoughts and suicide attempts, and even unsuitable sexual behavior [28].

Viet Nam's legal framework for child protection

Viet Nam has made significant efforts in strengthening measures to prevent violence against children, including improving the legal framework for child protection. In recent time, the following basic legal documents are in effect:

- Civil Code (Law №. 91/2015/QH13) confirms that all civil rights are recognized, respected, protected and guaranteed under the Constitution and law. (Article 39).

- Viet Nam Penal Code (Law №. 100/2015/QH13) deals with intentionally inflicting injury on or causing harm to the health of other persons. Regarding CSA in any form, including sexual exploitation, the offender could face a penalty of imprisonment from one year to life imprisonment, or death sentence, depending on the child age and severity of the case.

- Law №. 02/2007/QH12 on Domestic Violence Prevention and Control, 2007. This Law regulates the prevention and control of domestic violence, protecting and assisting the victims of domestic violence; the responsibilities of individuals, families, organizations, institutions in domestic violence prevention.

- Law on Marriage and Family (2014) № 52/2014/QH1319. The Law determines that husband and wife are equal, having equal rights and obligations in all family affairs and in the performance of citizens' rights. The conditions for getting married are described that the man is full 20 years or older, the woman is full 18 years or older, and the marriage is voluntarily decided by the man and woman (Article 8). That is, the Law prevents early marriage, "wife robbery" custom.

- Law №73/2006/QH11 on Gender Equality, 2006 provides for principles of gender equality in all fields of social and family life, measures ensuring gender equality, responsibilities of agencies, organizations, families, individuals in exercising gender equality.

- Law № 102/2016/QH13 on Children, 2016 provides for children's rights and responsibilities, rules and methods of ensuring children's rights, duties of agencies, organization, education facilities, families and individuals to exercise children's rights and responsibilities.

- Law No. 66/2011/QH12 on Human Trafficking Prevention and Control.

Conclusion

Analyzing the situation and consequences of violence against children, especially CSA in Viet Nam,

the authors consider that the whole community, society and state have made comprehensive efforts to end this type of crimes. Effective prevention of CSA requires focusing on specific measures.

The Government and MOLISA should examine and give supplementary terms related to child protection legal acts in order to fit in current situation in the country and Convention on Child's rights, international treaties and commitments on children protection of which Viet Nam is a member. For example, the definition of children in accordance with the Law on Children still limits Vietnamese citizens being below the age of 16 years, while the United Nations Convention on the Rights of the Child stipulates that child means every human being below the age of 18 years. Therefore, there is no legal basis to ensure the rights of adolescents aged 17-18, and foreign children who are residing in Viet Nam.

The emergency telephone number for child protection, "hotline 111" has launched in December, 2017. Currently, it is necessary to use the mass communication to popularize to all people, especially children and to guide how to call and inform the incident when needed, and organize a coordinated response between law enforcement agencies, medical facilities and social workers in localities.

Local authorities should implement the child care and protection act, plan for Child protection program as stated in the National Action Program for Children for the 2012-2020 period, approved by Decision №. 1555/QĐ-TTg of the Prime Minister adopted on October 17, 2012, including:

- Program on prevention and control of child accidents and injuries in the 2016-2020 period (Decision №. 234/QĐ-TTg dated on February 5, 2016);

- Program on promoting children's participation in child issues in the period 2016-2020 (Decision №. 1235/QĐ-TTg dated on August 3, 2015);

- Program on domestic violence prevention and control in the period up to 2020. (Decision №. 215/QĐ-TTg dated on February 6, 2014);

- Program on prevention and reduction of child labor in the 2016-2020 period (Decision №. 1023/QĐ-TTg dated on June 07, 2016).

Moreover, the state authorities, non-governmental, non-profit organizations and other social organizations need to focus on activities as follow:

- Stepping up in publicizing the information and action of Child care and protection to raise awareness of people about CSA and its consequences;

- Focusing on forms of counseling, direct consultation and advocacy for families and communities on skills to protect children from abuse in rural, needy areas;

- Carrying out survey and reckoning children, particularly children in special situations and street children to provide material, educational and vocational support as stated in Decision №. 1555/QĐ-TTg and mentioned above Programs; appraising homeless children and gathering them to Social Protection Centers;

- Providing supports to families of the victims;

- Reinforcing the role of parents and families in shaping and improving the sexual health of children. Parents should take care of children, listen to the children and be their friends;

- Schools should focus more on sexuality education; teach skills of self-defense for students and children at an early age, using method recommended in E&C Center lesson of Project "E&C-TTS" [27] and "Guiding skills to prevent sexual abuse for children"[29], Vu Thu Huong's "Rules of four contact circles", etc;

- Overseeing immoral teenagers and individuals, who are more likely to become child sexual offenders.

The Law on children 2016 provides for children's rights and responsibilities; rules and methods of ensuring children's rights; duties of agencies, organization, education facilities, families and individuals to exercise children's rights and responsibilities. Nevertheless, CSA is still widespread against our wishes which negatively affect the young generation. For that reason, preventing CSB, investigating and trialing child sexual offenders are now actual issue for Viet Nam.

References

1. WHO, 2018. Violence against children. Fact sheet. February 2018
2. UNICEF (2017). Annual Results Report 2017 Child protection. UNICEF, June, 2018, 125p.
3. Susan Hillis, James Mercy, Aduago Amobi and Howard (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *J.Pediatrics* 2016; 137, Vol.137(3), DOI: 10.1542/peds.2015-4079
4. GSO [General Statistics Office] (2018). Statistical year book of Viet Nam. Statistical Publishing house. Hanoi, 2018,- 998 p.
5. IndexMundi (2018). Vietnam Age structure. https://www.indexmundi.com/vietnam/age_structure.html
6. General Statistics Office and UNICEF, 2015. Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report. Ha Noi, Viet Nam. p.8/430
7. GSO (2010). 'Keeping silent is dying'. Results from the National Study on Domestic Violence against Women in Viet Nam. Hanoi, 2010, 117p.
8. Noemí Peredaa, Georgina Guilerab, MariaFornsa, JuanaGómez-Benitob. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis.. *Clinical Psychology Review*. Volume 29, Issue 4, June 2009, pp. 328-338.
9. Medline Plus (2008). Child Sexual Abuse. U.S. National Library of Medicine. Retrieved from: <https://medlineplus.gov/childsexualabuse.html>
10. Huong Thanh, Nguyen, Michael P Dunne, Anh Vu Le (2009). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. WHO bulletin. Retrieved from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-060061.pdf?ua=1>
11. Stoltenborgh, M.; van IJzendoorn, M. H.; Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). "A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world". *Child Maltreatment*. 16 (2): 79–101. doi:10.1177/1077559511403920
12. Tran, Nhu K., Lenneke R. A. Alink, Sheila R. Van Berkel & Marinus H. Van IJzendoorn (2017) Child Maltreatment in Vietnam: Prevalence and Cross-Cultural Comparison, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26:3, 211-230, DOI: 10.1080/10926771.2016.1250851
13. MOLISA (2016). Protecting children from being abused on the network environment. Retrieved from: <http://www.molisa.gov.vn/en/Pages/Detail-news.aspx?IDNews=2357>
14. Do, Van Thanh (2018). Situation of crime of child sexual abuse in our country today - Causes and some preventive measures. *People's Police Journal*, Vol. 32. Retrieved from: <http://csnd.vn/Home/Nghien-cuu-Trao-doi/3376/Tinh-hinh-toi-pham-xam-hai-tinh-duc-tre-em-o-nuoc-ta-hien-nay-Nguyen-nhan-va-mot-so-bien-phap-phong-ngua>
15. Nguyen, Trieu Luat (2018). Child sexual abuse - Situation and solutions. *Online Journal The Court*. Retrieved from: <https://tapchitoaan.vn/bai-viet/phap-luat/xam-hai-tinh-duc-tre-em-thuc-trang-va-giai-phap>
16. MOLISA (2018a). Department of Child Affairs: Conference to review the work in 2017 and the mission directions in 2018. Retrieved from: <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=27541>
17. MOLISA (2018b). MOLISA's Respond to National Assembly member Nguyen Tao from Lam Dong province on child sexual abuse Retrieved from: <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/ChiTiet.aspx?IDNews=28151>
18. MOET [Ministry of Education and Training] (2018a). "Report on Out-of-school Children 2016: Viet Nam country study". – Hanoi, 2018. Available at: <https://www.unicef.org/vietnam/sites/unicef.org/vietnam/files/2018-11/TOMTAT%20TENNT%20ENG%20F.pdf>
19. UNICEF Viet Nam. (2014). Child protection: Overview. Retrieved from <http://www.unicef.org/vietnam/protection.html>
20. GSO & UNICEF (2015). Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2014 Final Report. Hanoi, 2015, - 430p.
21. Le Hiep (2018). The situation of human trafficking is complicated. <https://thanhvien.vn/thoi-su/tinh-hinh-mua-ban-nguoi-dien-bien-phuc-tap-996174.html>
22. UNODC (2012). Viet Nam Penal Code gaps hinder prosecution of travelling child sex offenders. Retrieved from: <https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/vietnam/2012/11/child-sex-tourism-crimes/story.html>
23. Rashid Ansari (2012). Applications of Public Health Education and Health Promotion Interventions. Trafford Publishing, 2012 - 124 p.

24. My Ha (2018). Ministry of Education and Training requires a strict penalty. Retrieved from: <https://navva.org/vietnam/vietnam/ministry-of-education-and-training-requires-a-strict-penalty/>

25. Caleb P. Candors, Roland C. Merchant, Katherine Pleet, and Janene H. Fuerch (2013). Internet-Initiated Sexual Assault Among U.S. Adolescents Reported in Newspapers, 1996–2007. *J Child Sex Abuse*, 2013; 22(8): 987–999. doi: 10.1080/10538712.2013.839593

26. Briggs P, Simon W, Simonsen S. (2011). An exploratory study of Internet-initiated sexual offenses and the chat room sex offender: Has the Internet enabled a new typology of sex offender? *Sexual Abuse*. 2011;23(1):72–91.

27. E&C Center. Sexual abuse via internet. Teacher Try Science Program. Retrieved from: http://www.teacherstryscience.org/sites/default/files/lesson-plan/resources/lp_45_xam_hai_tinh_duc_qua_mang_final.pdf

28. Marrie-vincent Foundation. What are consequences of sexual violence? Retrieved from: <https://www.inspq.qc.ca/en/sexual-assault/understanding-sexual-assault/consequences>

29. MOET (2018) Guidebook for prevention of child sexual abuse (for Primary and Secondary students).

Роль мегаполиса в формировании социально-экономических потребностей населения

Мозолевский Владислав Бронюсович

аспирант, кафедра управления персоналом, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, VMozolevsky@yandex.ru

В настоящей статье рассматриваются особенности формирования социально-экономических потребностей, возникающих у населения, при проживании в мегаполисе. Автор изучает вопрос понимания мегаполиса как такового, детализирует определение и отражает суть некоторых процессов, затрагивающих жизнедеятельность проживающих в нём людей. Отдельное внимание уделено особенностям формирования и деформации социальных потребностей жителей и их месте в ряду с экономическими потребностями. В рамках общего анализа проблематики автором анализируется значение мегаполиса в разрезе формирования социально-экономических аспектов жизнедеятельности людей, преимуществ и недостатков, которые получает население мегаполиса.

Кроме социальных и экономических аспектов жизнедеятельности, автор также касается человеческой психологии и болезней, характерных для жителей мегаполисов. Данное дополнение является неотъемлемой частью жизни населения, без которого основные факты не могли бы считаться полными. Кроме общих тезисов, характерных мегаполисам, автор рассматривает конкретные примеры в разрезе Москвы, как мегаполиса и московской агломерации, без которой мегаполис не может состояться. Рассматриваются конкретные примеры социальной мобильности Питирима Сорокина и их место в жизни населения, вовлечённого в жизнь мегаполиса со стороны агломерации.

Ключевые слова: мегаполис, социально-экономические потребности, урбанизация, социальная мобильность, московская агломерация

В России насчитывается пятнадцать городов миллионников и по данным государственного сайта Федеральной службы статистики по Краснодарскому краю, в 2018 году в списке появился шестнадцатый город – Краснодар[1]. Такие темпы роста городского населения провоцируют их разрастание, в силу чего город, в тот момент, когда заканчивается собственная территория, вынужден присоединять новые. Но утверждение о том, что любой город, который преодолел отметку в один миллион человек – мегаполис, неправильно.

Но что тогда можно охарактеризовать как «Мегаполис»? Например, Г. М. Лаппо представляет, что мегаполис – это сложная система, состоящая из множества динамических компонентов, в которой пространство отлично от административных границ [2]. Это утверждение можно дополнить мнением Федякина И. В., который наделяет мегаполис возможностью являться субъектом как глобальной, так и национальной политики [3]. Однако, налицо факт того, что мегаполис, кроме всего прочего обладает исключительным экономическим, социально-культурным и образовательно-научным потенциалом.

Жизнь людей в мегаполисе накладывает отпечаток, как на мировосприятие человека, так и на его понимание себя в нём. Социологи выделяют в России два мегаполиса – это Москва и Санкт-Петербург. В то же время экономисты говорят о том, что Москва может считаться мировым мегаполисом, что подтверждают данные аналитического центра при университете Лафборо, Лестершир, Англия. Согласно выведенной центром статистике, Москва по состоянию на 2018 год занимает 13-е место в рейтинге и обладает типом «Альфа»[4]. Однако, для нас важны не столько сами города, сколько их население, а именно – сами люди, которые проживают в этих городах. Для нас важно, какое именно влияние жизнь в мегаполисе оказывает на тех людей, что там проживают.

Мегаполис обладает своей спецификой, которая определяется многими факторами. В разрезе социальных возможностей и социальной отдачи можно привести слова Жана Бодрийяра, сказанные им на лекции, прошедшей в Москве во Французском Университетском Колледже при МГУ имени М. В. Ломоносова в 1997 году. По его мнению, в мегаполисе можно найти все элементы социальности, так как они концентрированы собраны в комплекс, который можно считать идеальным. Во главу можно поставить то, что в совре-

менном мире воспринимается как данность – пространственная близость, из которой вытекает лёгкость взаимодействия и взаимообмена, что, в свою очередь, способствует доступности информации. Однако, при ускорении и интенсификации перечисленных процессов, в индивидах неминуемо порождаются безразличие и приступы замешательства. Не смотря на то, что лекция была прочитана в 1997 году, её актуальность подтверждается исследованиями, проводимыми двадцать лет спустя[5].

В современном мегаполисе для людей становится характерной психологическая защита. Они защищаются друг от друга, позволяя всё меньшему числу людей попасть в свой круг общения, не говоря уже о ближнем круге. Благодаря защите такого рода происходит уменьшение эмоциональности, что способствует тому, что человека труднее вывести на чувства или ранить. Со стороны это может казаться чёрствостью или безразличием, однако, это в большей степени механизм, благодаря которому человек способен выживать в условиях чрезмерного контакта с другими людьми. Если для деревень характерно постоянное общение всех жителей между собой, то чем больше становится населённый пункт, тем более хрупкими становятся социальные связи. Мегаполисам свойственно погружать человека в его личное внутреннее пространство, из-за чего человек сводит социальные контакты с другими людьми к минимуму.

Когда речь заходит о взаимодействии людей в рамках мегаполиса, нельзя забывать о таком явлении как урбанизация. Согласно К. Марксу, при урбанизации происходит повышение роли городов в развитии общества. Население при этом обладает уникальными свойствами как профессиональными, так и социальными. К последним можно отнести образ жизни, культуру и расселение. Вся эта совокупность и является главным социальным содержанием урбанизации. Предпосылками для неё являются:

- рост индустрии в городах;
- территориальное разделение труда;
- развитие культурных функций;
- развитие политических функций.

В рамках урбанизации закономерным является приток сельского населения в города на постоянной, а также увеличивающееся в объёмах маятниковое движение населения из малых городов в более крупные[6].

Данное определение дополняет предположение, выдвинутое нами ранее касательно исключительного экономического, социально-культурного и научно-образовательного потенциала. Рассмотрение урбанизации в России было бы неполным без упоминания В. Л. Глазычева – советского и российского учёного, посвятившего значительную часть своих научных работ именно урбанистике. Согласно ему, урбанизация — многосторонний общественный процесс, вызывающий изменения в самых разнообразных сферах жизни общества — социальной

структуре, демографических процессах, образе жизни, семье, способах проведения досуга и т.д.[7]

Мегаполис даёт своим жителям возможность развиваться в практически любых сферах. Эта возможность ограничивается исключительно потенциалом и желаниями самого человека и его окружения – круга лиц, которые оказывают на человека непосредственное влияние. В рамках человеческого потенциала можно выделить аспекты социального и экономического характера. Психологические аспекты также важны, однако, частично мы их уже касались ранее, но они в большей степени будут сопровождать аспекты здоровья, которые также невозможно оставить без внимания. Кроме того, психологические аспекты найдут отражение в социальном и экономическом аспектах.

При высокой плотности населения, развитии социально-культурного городского потенциала и политической дифференциации, человек получает возможность к персональной самореализации в разных отраслях своей жизнедеятельности. Мегаполис даёт человеку возможность найти именно ту группу и то занятие, которое было бы для него актуальным. Население самого мегаполиса, при упомянутых ранее проблемах, среди которых стремление к самоизоляции, в большей степени изолируется не от всего мира, а от той его части, что кажется ему наименее привлекательной. В данном контексте стоит упомянуть тезис Виктора Вахштайна о том, что Москва является мегаполисом, иными словами, глобальным городом, живущим в собственных границах, однако, в то же время с людьми, которые себя с этим городом не отождествляют [8].

Одним из важнейших для населения аспектов в социальной сфере является образование. Здесь уместно вспомнить тезис Харламовой Т. Л., согласно которому мегаполис, кроме своей роли крупнейшего экономического центра, содержит на своей территории научно-исследовательские институты и университеты, что делает их также научными центрами [10]. Мегаполис, как было упомянуто ранее, предоставляет широкий круг возможностей в сфере науки и образования. Рассматривая Москву, мы можем сделать вывод, что, являясь самым большим мегаполисом страны, она является также сердцем научного и образовательного мира страны. По версии журнала «Forbes» за 2018 год, из 50 лучших вузов страны, 27 находятся на территории Москвы [9]. Даже не включая в статистику вузы, имеющие непосредственное отношение к Москве, но находящиеся уже на территории московской агломерации (Например, МФТИ в г. Долгопрудный), 54% лучших вузов страны сконцентрировано непосредственно на территории Москвы.

Экономические аспекты серьёзно связаны с социальными, так как благодаря обилию возможностей для саморазвития появляются и способы самореализации. Наиболее ёмко это описал Булгаков С. И. Согласно его мнению, мегаполисы об-

ладают производственным и научно-техническим потенциалом. Развитая инфраструктура наряду с финансовым сектором обеспечивают качественные условия жизни, благодаря чему есть возможность персональной организации досуга. Основываясь на этом мегаполисы обладают возможностью предоставить все условия для реализации наукоёмких инновационных проектов, для реализации которых требуется привлечение большого числа специалистов, обладающих высокой квалификацией [11]. В данном тезисе содержится полноценное отражение связи социальной и экономической жизни населения. Кроме того, тут отражён фактор инноваций, который возможен во многом благодаря развитию науки и техники, что было бы невозможно без высших учебных заведений соответствующего уровня. Экономические потребности людей становятся выше, при достижении более высокого уровня жизни. Для мегаполиса характерным является перманентное повышение качества жизни всего населения.

Мегаполис не живёт без агломерации. Уместно вспомнить Питирима Сорокина и понятие социальной мобильности. Говоря о социальной мобильности мы имеем в виду горизонтальную и вертикальную мобильность, причём, как правило, восходящую. Мегаполис, стоящий во главе агломерации даёт возможности для реализации своего социально-экономического потенциала не только населению, проживающему на его территории, но и для всех желающих. Есть несколько ограничений, о которых также упоминает П. Сорокин и связаны они в первую очередь с порогом вхождения человеком в новую группу: «Едва ли существует такое общество, в котором бы вертикальная мобильность была бы свободной, беспрепятственной» [12]. Стоит отметить, что порой даже горизонтальная мобильность может вызывать трудности, чему способствуют как определённые социальные барьеры, так и внутренние психологические.

Москва, как мегаполис, является сердцем московской агломерации и многие люди, проживающие в областных городах, приезжают на заработки в Москву. Данный пример является иллюстрацией вертикальной социальной мобильности по Питириму Сорокину, так как человек, живя в области и зарабатывая средства к проживанию в Москве экономически настроен на работу именно в мегаполисе, что способствует его дальнейшему желанию переместиться вместе с семьёй туда, где более благоприятные условия для проживания и экономические возможности [13].

Однако, есть у мегаполиса и слабые стороны. Одной из таких сторон являются типичные для жителей мегаполисов свои «профессиональные» болезни. Медики выявляют четыре основных вида заболеваний, характерных для жителей мегаполиса:

- депрессия;
- инфекционные заболевания (грипп);

- ожирение;
- онкология.

Все заболевания являются следствием образа жизни горожан. Так, депрессия зачастую является следствием постоянной работы на компьютере, из-за чего человек больше чувствует себя частью электронного пространства и становится отчуждённым в реальности, а это ведёт к чувству одиночества. Инфекционные заболевания являются следствием постоянного использования общественного транспорта, в котором происходит заражение, или результатом посещения общественных мест с большой проходимостью. Ожирение характерно для людей, ведущих сидячий малоподвижный образ жизни, то есть в группе риска все офисные работники, а также люди, работающие водителями. Что касается онкологических заболеваний – им сопутствует группа факторов, от загазованности воздуха до смещённого распорядка дня [14].

Мегаполис обладает собственной уникальной структурой и каждый мегаполис по-своему отличается. Однако основные характеристики остаются неизменными и являют унифицированными. Таким образом, любой мегаполис стремится к расширению, что сказывается не только на жизнедеятельности населения самого мегаполиса, но также и населения части агломерации в непосредственной близости к нему. Именно так, с одной стороны, происходит маятниковое движение людей, живущих в области, а с другой – город стремится поглотить новые территории. Социально-экономические потребности населения также деформируются в силу того, что сам человек становится ориентирован в первую очередь на себя. Оттуда происходит экономический эгоизм и связанный с этим отказ от ответственности за собственные действия.

Население мегаполиса и агломерации в целом получает серьёзные возможности в плане образования, культуры и просвещения, на фоне чего появляется реальная возможность для личностного и профессионального роста. Социально-экономические возможности населения мегаполиса несоизмеримо выше, чем даже в обычных городах, с населением свыше одного миллиона человек. Однако, для жителей мегаполисов есть и отрицательные стороны, связанные с факторами психологии и здоровья в целом. Каждый человек в итоге сам принимает решение касательно того, что его привлекает больше и какие риски в себе несёт каждое из принимаемых им решений.

Литература

1. Официальный сайт управления Федеральной службы государственной статистики по Краснодарскому краю и Республике Адыгея [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.krsdstat.gks.ru> (дата обращения 21.02.2019).

2. Лаппо Г.М. География городов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 72 с.

3. Федякин И.В. Мегалополисы как субъекты политики: история и современность // Научно-аналитический журнал Обозреватель – Observer. – 2013. – №8 (283). – С. 48-56

4. Официальный сайт аналитического центра при университете Лафборо «Globalization and World Cities (GaWC)» // Режим доступа: <https://www.lboro.ac.uk> (дата обращения: 24.01.2019).

5. Лекция Жана Бодрийяра во Французском Университетском Колледже при МГУ имени Ломоносова в 1997 году [Электронный ресурс] // Режим доступа: www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Bodr/Gor_Nas.php (дата обращения: 12.02.2019).

6. Кузнецов С. А. «Большой толковый словарь русского языка» - СПб.: Норинт, 2000. — 1536 с. (1127с.)

7. Глазычев В. Л. «Урбанистика.» - «Европа», 2008. — 220 с.

8. Официальный сайт ассоциации специалистов в сфере образования, науки и просвещения «Издательский дом “ПостНаука”» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://postnauka.ru/video/9036> (дата обращения 11.02.2019).

9. Харламова Т.Л. Совершенствование процесса управления инновационным развитием мегалополиса // Проблемы современной экономики. – 2012. – №1. – С. 310-314.

10. Онлайн-издание журнала «Forbes» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.forbes.ru/karera-i-svoy-biznes/363583-institut-elity-pervyy-reyting-vuzov-po-versii-forbes> (дата обращения 18.02.2019).

11. Булгаков С.И. Мегалополисы локомотивы инновационного развития национальной экономики // Южно-Российский форум: экономика, социология, политология, социальноэкономическая география. – 2014. – №1 (8). – С. 43

12. Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. – М.: Политиздат, 1992.

13. М.Г. Анохин, Д.С. Чумаков. Московский Мегалополис в современном российском политическом пространстве // Вестник Российского университета дружбы народов – 2014. (5 – 12с.)

14. Интернет-издание «Вечерняя Москва» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://vm.ru/news/522909.html> (дата обращения 29.01.2019).

The role of metropolises in shaping socio-economic needs of the population

Mozolevskii V.B.

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation

This article is devoted to the socio-economical needs formation and its peculiarities according to people that live in metropolis. It reviews the idea of metropolis itself according to the processes that affecting people lives. It gives a specific view to the social needs formation and economical tendencies attended to the people needs in metropolis. According to the general analysis of the problem, metropolis place in the socio-economical structure of citizens is being analyzed. Strong and weak sides of metropolis life are figured out in relation with the people that lives in it.

Not only social and economical aspects are being researched. It also focuses on human psychology and illnesses that are common to the lives of metropolis citizens. The analysis of Moscow metropolis – Moscow agglomeration connection led to particular examples if metropolis place in the creation of socio-economical needs, and advantages like P. Sorokin “social mobility” that can be given to the citizens.

Key words: metropolis, socio-economical needs, urbanization, social mobility, Moscow agglomeration.

References

1. The official website of the Department of the Federal State Statistics Service for the Krasnodar Territory and the Republic of Adygea [Electronic resource] // Access mode: <http://www.krsdstat.gks.ru> (appeal date 02/21/2019).
2. Lappo G.M. Geography of cities. - M.: VLADOS, 1997. - 72 p.
3. Fedyakin I.V. Megacities as subjects of politics: history and modernity // Scientific and analytical magazine Observer. - 2013. - №8 (283). - p. 48-56
4. The official website of the analytical center at the University of Loughborough "Globalization and World Cities (GaWC)" // Access mode: <https://www.lboro.ac.uk> (access date: 01.01.2019).
5. Lecture by Jean Baudrillard at the French University College at Moscow State University named after Lomonosov in 1997 [Electronic resource] // Access mode: www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Bodr/Gor_Nas.php (appeal date: 12.02.2019).
6. Kuznetsov S. A. "The Big Dictionary of the Russian Language" - SPb.: Norint, 2000. - 1536 p. (1127с.)
7. Glazychev V. L. "Urbanistics." - "Europe", 2008. - 220 p.
8. The official website of the association of specialists in the field of education, science and education "PostNauka Publishing House" [Electronic resource] // Access mode: <https://postnauka.ru/video/9036> (circulation date 02/02/2019).
9. Kharlamov, T.L. Improving the process of managing the innovative development of a megacity // Problems of the modern economy. - 2012. - №1. - pp. 310-314.
10. The online edition of the magazine "Forbes" [Electronic resource] // Access mode: <https://www.forbes.ru/karera-i-svoy-biznes/363583-institut-elity-pervyy-reyting-vuzov-po-versii-forbes> (appeal date 02/18/2019).
11. Bulgakov S.I. Megacities locomotives of innovative development of the national economy // South Russian Forum: economics, sociology, political science, socio-economic geography. - 2014. - №1 (8). - P. 43
12. Sorokin P. A. Man. Civilization. Society. - M.: Politizdat, 1992.
13. M.G. Anokhin, D.S. Chumakov. Moscow Megapolis in the modern Russian political space // Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia - 2014. (5-12s.)
14. The Internet edition "Evening Moscow" [Electronic resource] // Access mode: <https://vm.ru/news/522909.html> (the date of circulation is 01.01.2019).

Влияние IT-гигантов на политику

Ван Цзяньган,

кандидат исторических наук, ФГБУН Ордена дружбы народов Институт Этнологии и Антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая Российской Академии Наук; w.j.gang2005@gmail.com;

Новая технологическая революция и развитие крупных IT-компаний оказывает большое влияние на текущую модель государственного управления и модель функционирования политики. Под флагом инноваций компании, специализирующиеся на подрывных технологиях, пользуются гибкостью государственного регулирования, недоступной для других участников рынка. IT-компании начали участвовать в государственных делах, переняв большое количество вопросов государственного управления, и превратились в новый субъект государственного управления. Многие государственные органы, являющиеся главным реализатором государственной политики, будут постепенно ослабевать или даже замещаться IT-компаниями. Трудность надзора за индустрией новых технологий обусловлена как новой формой промышленности, так и системой государственного регулирования. На фоне прорывного развития различных технологий законодательная власть и правительство становятся несостоятельными регуляторами. Очевидно, что это вызов для нынешней бюрократии.

Ключевые слова: IT-компании, новые технологии, технологическая революция, четвертая промышленная революция, государственное регулирование, Интернет.

1. Становление крупных IT-компаний

Человечество охватила невиданная по масштабам четвертая промышленная революция, авангардом которой является интеллектуализация и информатизация. Согласно отчету об исследовании Интернета «Digital 2018», совместно опубликованному исследовательскими институтами интернет-данных We are Social и Hootsuite, общее число пользователей Интернета во всем мире сегодня превысило 4 млрд (около 4,021 млрд) при общей численности населения планеты 7,6 млрд человек. Годом ранее эта цифра превышала половину мирового населения, т.е. всего за один год число пользователей выросло почти на 250 млн человек. В среднем интернет-пользователи проводят в сети более 6 часов в день.[1] Большие данные, облачные вычисления, искусственный интеллект, квантовые коммуникации и прочие передовые технологии изменили систему производства и модели функционирования общественных организаций. Локомотивом этих процессов являются быстро растущие IT-компании.

Кроме того, новая технологическая революция и развитие крупных IT-компаний оказывает серьезное влияние на текущую модель государственного управления и модель функционирования политики. Во всем мире IT-гиганты пронизывают повседневную жизнь различных социальных классов и групп. Щупальца революционных технологий охватывают почти все сферы человеческой материальной и духовной жизни. В англосаксонских странах IT-компании, основанные на когнитивной науке, глубоко вовлечены в политическую жизнь.

2. Развитие индустрии новых технологий и парадокс государственного регулирования

Движимая технологическими инновациями, новая экономическая структура приобретает множество новых особенностей. Платформенная экономика характеризуется дематериализацией и виртуальностью, что ограничивает возможности правительства по идентификации и надзору. Google, Facebook, Alibaba и другие новые механизмы распределения ресурсов опережают существующую систему государственного управления.

Сегодня правительство сталкивается с крайне неопределенной формой организации бизнеса: границы деятельности традиционных хозяйствующих субъектов бесконечно расширяются, а соот-

ветствующие регуляторные инструменты правительства теряют эффективность. С политологической точки зрения, это в какой-то степени перешло в состояние «сбоя административной власти» – то есть там, где возможности правительства ограничены, возникли новые формы организации бизнеса и сложные торговые операции между бесчисленными физическими лицами и организациями.

В одной редакционной статье сингапурской газеты Lianhe Zaobao так оцениваются преимущества IT-компаний:

Под флагом инноваций компании, специализирующиеся на подрывных технологиях, пользуются гибкостью государственного регулирования, недоступной при традиционной экономике, или даже отсутствием контроля. Они беспрепятственно и безнаказанно захватывают и монополизируют рынок. Поэтому надзорные органы во многих странах мира озадачились проблемой контроля над такими компаниями. [2]

В марте 2018 года скандал с раскрытием персональных данных Facebook потряс мир. Согласно отчету «Google Data Collection», опубликованному Университетом Вандербильта в августе 2018 года, выявлены абсолютно нерегламентированные действия Google по сбору данных: телефоны на платформе Android при активном фоновом режиме Chrome, даже если телефон находится в спящем режиме, за 24 часа передают в Google данные о местонахождении 340 раз. Информация о местоположении составляет 35% всех данных, отправляемых в Google. Однако Google не может вести сбор каких-либо данных, если на устройстве iOS Apple не установлен браузер Chrome.[3]

На самом деле все IT-компании, и большие и малые, собирают и анализируют пользовательские данные и отслеживают поведение пользователей с целью оптимизации, обновления и разработки продуктов и функций, которые бы лучше отвечали потребностям пользователей и обладали бы большей привлекательностью, а также с целью увеличения числа пользователей и расширения доли рынка. В противном случае IT-компаниям трудно выжить в условиях жесткой конкуренции. С другой стороны, сбор информации о пользователях – это нарушение не только пользовательского соглашения самой компании, но и права на неприкосновенность частной жизни, предусмотренного законодательством в большинстве стран. В этом и заключается парадокс. Оптимизация продуктов и функционала IT-компаний ведется на основе анализа пользовательских данных, в то время как сбор пользовательских данных нарушает права граждан на конфиденциальность.

Согласно первоначальной западной теории Интернета, на рынке открытых сетей, где действует свободная конкуренция, Facebook, Google и прочие социальные сети не нуждаются в надзоре. Но теперь очевидно, что эта теория недействительна, ведь правительство фактиче-

ски не участвует в защите персональных данных. Интернет-индустрия получила свое развитие на волне либертарианства 90-х годов XX века. США не удалось сформировать в этой сфере комплекс правовых норм для обеспечения безопасности граждан и защиты конституционных ценностей так, как это было сделано в области промышленной безопасности, продовольственной безопасности, здравоохранения, финансов и авиации. Что касается Европы, то в ЕС действуют более строгие законы о защите личных данных по сравнению с Соединенными Штатами. 21 января 2019 года на основании доказательств, представленных Национальной комиссией по делам информационных технологий и правам человека Франции (CNIL), свидетельствующих о том, что пользовательское соглашение Google нарушает обновленный в 2018 году «Общий регламент о защите данных (GDPR)» ЕС, французский надзорный орган наложил штраф размером 50 миллионов евро на материнскую компанию Google – Alphabet. В определенной степени законы ЕС о защите личной информации также препятствуют инновационной деятельности в сфере больших данных, искусственного интеллекта и других технологий.

Трудность надзора за индустрией новых технологий обусловлена как новой формой промышленности, так и системой государственного регулирования. Новая экономическая структура при поддержке интернет-технологий характеризуется тем, что все больше участников рынка становятся «боеспособными», увеличивается количество микротранзакций, а правительство как регулятор все больше теряет «микро-власть», и политикам трудно повлиять на происходящие перемены. На первый взгляд, правительство, не желая подавлять инновации, целенаправленно облегчает налоговое и юридическое бремя для выходящих на рынок инновационных предприятий, что наделяет их более сильными позициями и влиятельностью по сравнению с компаниями из традиционных отраслей. Но к тому моменту, когда правительство осознает, что регулирование отстает, IT-компания уже успевает создать широкую клиентскую сеть, и у регулятора остается слишком мало пространства для маневрирования, Facebook и Google – яркий тому пример.

На фоне прорывного развития различных технологий и бизнес-форматов законодательная власть и правительство становятся несостоятельными регуляторами. В прошлом у политиков было достаточно времени, чтобы изучать конкретные вещи и явления, определять объекты надзора, выработать эффективные инструменты регулирования. Но эти традиционные линейные отношения и механическая природа регулирования в корне изменились. Правительство не только ограничено многоцентричной структурой власти на международном, местном, институциональном и более широком уровнях, но также вынуждено постоянно адаптироваться к быстро меняющимся новым технологиям и расширять понимание объ-

екта управления. Очевидно, что это вызов для нынешней бюрократии.

В контексте информационной революции мир стал сильно взаимосвязанным. Тем не менее, владение и использование информации, как правило, не является общедоступным и равным. Неравенство владения информацией создает большую социальную пропасть, что также является общей проблемой, с которой сталкивается глобальная инновационная экономика. Согласно прежним теоретическим предположениям, технологические инновации должны были породить более децентрализованную конкуренцию, но на деле развитие IT-компаний ведет только к большей монополизации. Исследователи заметили, что на экономическом уровне нынешний Интернет имеет тенденцию к «закостеванию». После монополизации глобального Интернета несколькими IT-гигантами больше не может появиться сила, способная пошатнуть сложившейся порядок, и даже сфера мобильного Интернета, умножившего в разы масштабы всемирной паутины, не является исключением. [4]

3. Функционирование государственных служб и государственной власти

IT-компании с помощью передовых технологий начали участвовать в государственных делах, переняв большое количество вопросов государственного управления, монополизированных правительством, и превратились в новый субъект государственного управления. Применение новых технологий также изменило формы межправительственного обмена информацией, что оказало глубокое влияние на структуру и функционирование государственной власти.

3.1 IT- компании как субъект государственного управления

В традиционной политологии и государственно-административной деятельности правительство находится в центре сектора социального обслуживания. Однако с развитием новых технологий форма и содержание государственных услуг претерпели кардинальные изменения. Благодаря технологиям облачных вычислений и искусственного интеллекта IT-компании взяли на себя большое количество административных функций государства, что влечет за собой изменение организационной формы правительства.

С развитием цифровой революции и технологий искусственного интеллекта в будущем некоторые функции правительства могут быть усовершенствованы или заменены новыми технологическими решениями. Например, ранее применявшаяся только в финансовом секторе технология блокчейна сейчас охватывает широкий спектр областей, включая государственное управление, а в будущем, возможно, будет использоваться для регистрации всех событий и транзакций, совершаемых в кодовой форме – рождение, смерть, имущественные сделки, образование, брак и др. Некоторые страны и учреждения уже пытаются заменить традиционную систему государственного контроля этой техно-

логией. [5] В недалеком будущем развитие технологии блокчейна, возможно, приведет к тому, что на смену традиционной переписи населения и традиционным формам государственного налогообложения придут динамические большие данные, контролируемые IT-компаниями.

3.2 Влияние новых технологий на функционирование государственной власти

Применение новых технологий также изменило условия функционирования государственной власти. Возьмем в качестве примера силовой механизм государства. Традиционная политология предполагает, что производство, владение и использование силовых ресурсов общества полностью отделены друг от друга, государство монополизует использование силовых ресурсов и лишает самих производителей этих ресурсов права на их использование (например, оружие).

В условиях политики, находящейся в зависимости от новых технологий, контролируемые IT-компаниями данные сами по себе содержат широкий спектр силовых функций. Эти данные могут использоваться для проявления функций, которые играет традиционный силовой механизм, или для подрыва общественного порядка, в любом случае, производство и использование этих данных сосредоточено в руках IT-компаний. Находящаяся у IT-компаний информация превосходит традиционные статистические данные правительства как по объему, так и по глубине вычислений. А когда данные и глубокие расчеты вовлечены в функционирование общественного порядка, их значение для политической жизни и политической власти очевидно.

Популярность интернет-технологий в органах государственной власти является еще одним примером того, как новые технологии могут изменить функционирование государственной власти. В современной судебной практике самое непосредственное влияние интернет-технологий заключается в трансформации методов судебного разбирательства, а более скрытое влияние – в перестройке властных процессов и инновации судебной системы. Например, отношения между исполнительными, судебными органами и органами прокурорского надзора. Строительство платформы судебных процессов и платформы для обмена информацией при поддержке интернет-технологий привело к тому, что дела, ранее находившиеся в ведении только одного органа, стали доступны другим, из-за чего изменились отношения между ними.

4. Новые технологии трансформируют отношения между государством и обществом

В более глубоком смысле применение новых технологий привело к серьезным изменениям в отношениях между государством и обществом, иными словами, в новой технологической среде государство сталкивается с более сложной микросредой. В эпоху крупной промышленности государству были противопоставлены рынок и общество, основными субъектами которых являются группы предприятий и общественные организа-

ции. В новой технологической среде эти отношения становятся более отдаленными. Это связано с тем, что в подконтрольном государству политическом пространстве существует множество малых организаций, о которых правительство даже не знает. Форма организации и управления этих организаций государству неизвестны.

Если рассматривать в качестве примера «цветные революции», то можно увидеть, что новые организационные формы появляются не только в Интернете, но и в реальном обществе, просто их организационные средства являются более техноёмкими. За их спиной стоят всевозможные клубы и малые инновационные организации, выполняющие функцию политического разложения. По сравнению с «конкретными акциями», имевшими место в эпоху крупной промышленности, социальные движения в новых технологических условиях больше похожи на «коллективные действия».

Для того чтобы государство могло определить, какие «малые организации» могут стать субъектом политических или общественных движений, требуются чрезвычайно наукоемкие и дорогостоящие технологии управления. Как определить границы контроля? По какой теории следует определять эти границы? Имеет ли государство право определять эти границы? Эти вопросы вызывают дискуссии и даже некоторые конфликты, но это уже не политическая или классовая борьба в традиционном смысле, а ключевые теоретические и практические вопросы в рамках политики, находящейся в зависимости от новых технологий. Имея дело с различными социальными группами, государство, как видно, еще не сформировало механизм, способный эффективно распознавать различные социальные конфликты интересов, а также выстраивать доверие и взаимодействие с возникающими социальными ячейками.

Во время цветных революций некоторые национальные молодежные движения были созданы под влиянием Facebook. В англосаксонских странах невидимое политическое пространство сформировалось благодаря WikiLeaks. Бесчисленные крошечные индивиды, опираясь на свои собственные знания, коллективно «собирают пазлы», они готовы подрывать репутацию государств и противостоять супердержавам. Новые технологии не только становятся инструментом, посредством которого общественность выражает свое мнение и согласует свои действия, но также способствуют формированию некой вездесущей социальной власти, способной повсеместно наблюдать за государственную властью и сдерживать ее.

5. Технократия и политическая конкуренция

В скандале с персональными данными Facebook, разразившемся в 2018 году, общественность увидела роль Cambridge Analytica в президентских выборах в США. Эта IT-компания была вовлечена в президентские выборы: проанализировав пользовательские данные и сопо-

ставив их с действиями пользователей в роли избирателей, они вмешались в избирательный процесс. Facebook, Google и Twitter также были активно вовлечены в президентские выборы, и сегодня кооперация IT-компаний и политики является нормой в политической жизни.

Американские СМИ отмечают, что участие технологических компаний значительно изменило платформу и механизм политических дебатов в ходе президентских выборов, а также привело к перестроению отношений между избирателями и кандидатами. [6] Хотя компания Cambridge Analytics пострадала от скандала с данными и теперь ей грозит судебное разбирательство, она успешно открыла эру внедрения новых технологий в избирательный процесс. В западных странах силы, под контролем которых находятся новые технологии, используют свои технологические преимущества для активного вмешательства в политику, что в значительной степени способствует реализации «технократии».

В 2018 году незадолго до промежуточных выборов в США Демократическая партия извлекла урок из праймериза Республиканской партии и объединила свои усилия с IT-компаниями через организацию под названием Higher Ground Labs. 13 научно-технических компаний вложили инвестиции и участвовали в этом проекте, в т.ч. Change Research, специализирующаяся на опросах общественного мнения: эта организация с 90% скидкой предоставляла оперативные и точные данные социологических опросов; Avalanche, специализирующаяся на когнитивных науках и технологиях, содействовала успешному общению и взаимодействию с избирателями; Civic Eagle послужила платформой политических инициатив; Factba.se – IT-компания, которая собирает каждое слово, произнесенное политическим оппонентом, анализирует, выявляет изменения и разрабатывает ответные меры. Действия этих компаний были нацелены на то, чтобы с помощью новых технологий предложить правым силам США эффективные политические решения для завоевания сильных позиций в Палате представителей.

Очевидно, что новые технологические компании постепенно разрушили монополию традиционных медиа-групп и стали важнейшей платформой для выработки общественного мнения в американской политической жизни. Расстояние между технологическими и коммерческими организациями и политикой никогда не было таким ничтожным, как в последние несколько лет. Это в корне отличается от отношений между государством и бизнесом в эпоху индустриального прогресса. Например, в Китае IT-компании стабильно наращивают средства широковещания, с помощью которых формируется общественное мнение, в то время как возможности официальной идеологии находится в рецессии.

6. Выводы и перспективы

Четвертая промышленная революция и развитие новых технологий наделяют новым смыслом бизнес, общество и государство. Новые тех-

нологии переплели между собой государственную активность правительства и работу предприятий. Конфликт между новыми технологиями и действующими правилами функционирования политики очевиден. Губина и масштабность влияния новых технологий превышают адаптационную способность структуры власти. То, как существующая политическая система будет решать новые задачи, особенно что касается развития IT-компаний, является новым политологическим вопросом.

С одной стороны, широкое использование новых технологий и бурное развитие IT-компаний создают высокую коммерческую ценность и содействуют социальному развитию. С другой стороны, после вовлечения в политический процесс новых технологий и связанных с ними институтов государствам следует пересмотреть свою суверенность. Самое важное при этом – использовать новаторский подход при рассмотрении традиционной власти, поскольку механизм взаимодействия политических концепций и социума требует обновления. В условиях политики, находящейся в зависимости от новых технологий, традиционные государственные институты и правительственные организации сталкиваются с серьезными задачами, но также перед ними открываются широкие возможности, поэтому критически важно идти в ногу со временем и обновлять политические концепции.

Поскольку четвертая промышленная революция подрывает существующие модели функционирования экономики, общества и политики, правительство должно осознать, что как монополия государственная организация в новой технологической среде, порожденной четвертой промышленной революцией, оно будет лишь частью децентрализованной системы власти, поэтому для реализации полномочий государственного управления необходимо укреплять взаимодействие с обществом.

С точки зрения политической безопасности, в новых технологических условиях консолидация государственной власти и эффективность государственного управления зависят от способности правительства гибко адаптироваться к различным факторам риска и неопределенностям. Новая технология сама по себе представляет скрытую опасность, но она также является важным партнером для поддержания безопасности: эти два аспекта являются как противоречием, так основой для создания механизма политической безопасности.

Литература

1. <https://www.web-canape.ru/business/internet-2017-2018-v-mire-i-v-rossii-statistika-i-trendy/>
2. Редакционная статья «Контроль над наукой и техникой должен быть ориентирован на человека», газета Lianhe Zaobao от 19 апреля 2018 года, с. 1.
3. <https://digitalcontentnext.org/blog/2018/08/21/google-data-collection-research/>
4. Инь Шэн «Переходящие все границы интернет-гиганты и сопротивление общества», <https://m.huxiu.com/article/243210.html>.
5. Клаус Шваб «Четвертая промышленная революция: сила трансформации», перевод Пекинского представительства Всемирного экономического форума, издательство CITIC, 2018 год, с. 20.
6. David Z. Morris «Tech Companies Pushing for Political Influence of All Fronts», Fortune, March 13, 2016, с. 1.

The impact of IT-giants on politics

Wang Jiangang,

Peoples' Friendship Order, N.N. Miklouho-Maclay Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences

A new technological revolution and the development of large IT-companies have a great influence on the current government model and the model of politics functioning. Under the banner of innovation, companies specializing in disruptive technologies enjoy the flexibility of government regulation that is inaccessible to other market participants. IT companies began to participate in public affairs, taking over a large number of public administration issues, and turned into a new subject of government administration. Many government agencies, which are the main implementers of public policy, will gradually weaken or even be replaced by IT companies. The difficulty of supervising the industry is due to both the new form of industry and the system of government regulation. Against the background of various technologies breakthrough development, the legislature and the government are becoming untenable regulators. Obviously, this is a challenge for the current bureaucracy.

Keywords: IT companies, new technologies, technological revolution, fourth industrial revolution, government regulation, Internet.

References

1. <https://www.web-canape.ru/business/internet-2017-2018-v-mire-i-v-rossii-statistika-i-trendy/>
2. Editorial article "Control over science and technology should be focused on the person", Lianhe Zaobao newspaper, April 19, 2018, p. one.
3. <https://digitalcontentnext.org/blog/2018/08/21/google-data-collection-research/>
4. Yin Sheng "All the boundaries of the Internet giants and the resistance of society," <https://m.huxiu.com/article/243210.html>.
5. Klaus Schwab, "The Fourth Industrial Revolution: The Power of Transformation," translation of the Beijing office of the World Economic Forum, CITIC, 2018, p. 20.
6. David Z. Morris "Tech Companies Pushing for All Political Influence of All Fronts", Fortune, March 13, 2016, p. one.

Модификация логики изменения Г.фон Вригта

Попов Виталий Владимирович

доктор философских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)» Таганрогский институт им. А. П. Чехова (филиал). vitl_2002@list.ru

Музыка Оксана Анатольевна

доктор философских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)» Таганрогский институт им. А. П. Чехова (филиал).

В статье исследуется формальная система изменения Г.фон Вригта. Показываются особенности этой системы. Впервые в литературе предлагается модификация системы Г. Вригта. Представленная система позволяет конструировать формальные аналоги логики изменения и процессов.

Ключевые слова: изменение, формальная система, исчисление, транзитивность, модификация системы, теорема адекватности, социальный процесс, индекс темпоральности, моментные и интервальные структуры.

Г.фон Вригт представил систему темпоральной логики, интерпретировав ее как логику изменения. Построим модель для данной системы, соответствующую представлениям автора относительно логики изменения и процессов.

Язык Т-исчисления Г.фон Вригта содержит символы, принадлежащие к следующим пунктам:

1. p, q, r - пропозициональные переменные;
2. $\neg, \square, \square, T$ - операторы отрицания, конъюнкции, дизъюнкции, темпоральной конъюнкции,
3. $(.)$ - технические символы.

Правильно построенную Т-формулу определим следующим образом:

1. любая пропозициональная переменная есть Т-формула.

2. Если A и B являются Т-формулами, то $\neg A, A \square B, A T B$, также являются Т-Формулами.

3. Т-формулой называется формула языка Т-исчисления образованная в соответствии с пунктами 1) и 2).

Аксиомы Т-исчисления:

A0. Тавтология классической пропозициональной логики (pL).

$$A1. (p \vee q T r \vee s) \leftrightarrow (p T r) \vee (p T s) \vee (q T r) \vee (q T s)$$

$$A2. (p T q) \wedge (r T s) \leftrightarrow (p \wedge r T q \wedge s)$$

$$A3. p \leftrightarrow (p T q \vee \neg q)$$

$$A4. \neg(p T q \wedge \neg q)$$

Правила вывода:

R 1: правило отделения для импликации;

R 2: правило подстановки;

R 3: правило экстенциональности.

Определение доказательства и доказуемой в данной системе формулы стандартно.

В Т-исчислении доказуемы следующие утверждения:

$$\text{Теорема 1. } (p T q) \vee (p T \neg q) \vee (\neg p T q) \vee (\neg p T \neg q)$$

$$\text{Теорема 2. } \neg(p \wedge \neg p T q)$$

$$\text{Теорема 3. } p \wedge (q T r) \leftrightarrow (p \wedge q) T r$$

$$\text{Теорема 4. } (p T q) \wedge (p T r) \leftrightarrow (p T q) T r$$

$$\text{Теорема 5. } (p T r) \wedge (q T r) \leftrightarrow (p \wedge q) T r$$

$$\text{Теорема 6. } (p T q \wedge r) \rightarrow (p T q) \wedge (p T r)$$

$$\text{Теорема 7. } (p T q) \wedge (p T r) \rightarrow (p T q \wedge r)$$

Г.фон Вригт построил Т'-исчисление, однако Т-исчисление не является дедуктивно эквивалентным Т'-исчислению, В Т'-исчислении A2 заменена на A 2.1.

$$A 2.1. (p T q) \wedge (r T s) \leftrightarrow (p \wedge r T q \wedge s \vee (q T s) \vee (s T q))$$

Тезисом Т-исчисления является формула :

$$\neg(p T q) \leftrightarrow p T \neg q \vee \neg p T q \vee \neg p T \neg q$$

$$\neg(p T q) \rightarrow p T \neg q \vee \neg p T q \vee \neg p T \neg q$$

С другой стороны, тезисом Т'-исчисления является формула: $\neg(p T q) \rightarrow p T \neg q \vee \neg p T q \vee \neg p T \neg q$

$$\text{Теорема 8. } \neg T \neg(p T q) \leftrightarrow (p T \neg q) \vee (\neg p T q) \vee (\neg p T \neg q)$$

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта "Осмысление социально-философского феномена образовательной инклюзии в контексте зарубежных и отечественных методологических подходов и моделей", № 19-013-00117\19

1. $\neg(pTq) \rightarrow (pT\neg q) \vee (\neg pTq) \vee (\neg pT\neg q)$: T.3.1., PL.
2. $(pTq) \wedge (pT\neg q) \leftrightarrow (pTq) \wedge \neg q$: A2, R2, PL.
3. $\neg((pTq) \wedge (pT\neg q))$: 2, A4, PL.
4. $(pTq) \wedge (\neg pTq) \leftrightarrow (p \wedge \neg pTq)$: A2, R2, PL.
5. $\neg((pTq) \wedge (\neg pTq))$: 4, T.3.3., PL.
6. $(pTq) \wedge (\neg pT\neg q) \leftrightarrow (p \wedge \neg pTq \wedge \neg q)$: A2, R2.
7. $\neg((pTq) \wedge (\neg pT\neg q))$: 6, A4, PL.
8. $(pT\neg q) \vee (\neg pTq) \vee (\neg pT\neg q) \rightarrow \neg(pTq)$: 3, 5, 7, PL.
9. $\neg(pTq) \leftrightarrow (pT\neg q) \vee (\neg pTq) \vee (\neg pT\neg q)$: 1, 8, PL.

Определение 1. T-формула имеет негативно-нормальную форму, если она содержит только \neg, \square, T - операторы, причем \neg -оператор находится перед пропозициональными переменными.

Теорема 3.9. Пусть A- любая T-формула, тогда $\vdash TA \leftrightarrow B$

1. B - некоторая T-формула в негативно-нормальной форме. Доказательство: индукцией по длине T-формулы A, используя:

1. $\neg\neg p \leftrightarrow p$
2. $\neg(p \wedge q) \leftrightarrow \neg p \vee \neg q$
3. $\neg(p \vee q) \leftrightarrow \neg p \wedge \neg q$
4. $\neg(pTq) \leftrightarrow pT\neg q \vee \neg pTq$

Формула A T'-исчисления не имеет негативно-нормальной формы, так как в T'-исчислении нет тезиса 4.

Определение 2. T-формула имеет T- нормальную форму, если она находится в негативно-нормальной форме и имеет вид: $\alpha \neg T(\alpha_2 T(\dots \alpha_m T(\dots) \vee \dots \vee \delta_1 T \delta_2 T(\dots \delta_n T \delta_n) \dots))$, где $\alpha_1, \dots, \alpha_m, \dots, \delta_1, \dots, \delta_n$ - конъюнкции пропозициональных переменных или их отрицаний.

Теорема 10. Пусть K - произвольная T-формула. То где $\vdash TK \leftrightarrow K$

где K есть T-Формула в T-нормальной форме. Доказательство: индукцией по длине T-формулы, используя:

- 1) теорему о негативно-нормальной форме.
- 2) A I. и A 3.
- 3) PL –тезис: $\vdash (p \vee q) \wedge r \leftrightarrow (p \wedge r) \vee (q \vee r)$
- 4) $p \wedge (qTr) \leftrightarrow (p \wedge q)Tr$
- 5) $((pTq)Tr) \leftrightarrow (pTq) \wedge r$

Докажем 5):

Теорема 11. $\vdash Tr \wedge (qTr) \leftrightarrow (p \wedge q)Tr$.

1. $p \wedge (qTr) \leftrightarrow p \wedge (p \wedge q \wedge \neg p \wedge q)Tr$: R3, PL.
2. $p \wedge (qTr) \leftrightarrow p \wedge (p \wedge qTr) \vee r \wedge (\neg p \wedge qTr)$: 1, A1, R2- R3, PL.
3. $p \wedge (\neg p \wedge qTr) \rightarrow p \wedge \neg q$: T.3.2., R2, PL.
4. $\neg(p \wedge (\neg p \wedge qTr))$: 3, PL.
5. $p \wedge (p \wedge qTr) \vee r \wedge (\neg p \wedge qTr) \leftrightarrow p \wedge (p \wedge qTr)$: 4, PL.
6. $p \wedge (qTr) \rightarrow p$: PL.
7. $p \wedge (p \wedge qTr) \leftrightarrow (p \wedge qTr)$: 6, PL.
8. $p \wedge (qTr) \leftrightarrow (p \wedge qTr)$: 2, 5, 7, PL.

Нельзя доказать теорему о нормальной форме для T'-исчисления, так как не любая формула данного исчисления имеет негативно-нормальную форму.

Существенное различие между T- и T'- исчислениями заключается в том, что понимается под элементарными высказываниями. Так для T-исчисления подобными высказываниями будут, высказывания о состояниях вида p или их отрицания, то есть $\neg p$, с другой стороны, элементарными высказываниями для T'-исчисления могут

быть как высказывания о состояниях, то есть p или $\neg p$, так и о процессах pTq. Данное различие, являющееся до некоторой степени нейтральным при рассмотрении T- и T'—исчислений в качестве временных логик, становится принципиальным при построении логики изменения. Предполагается, что формулы p и q и pTq имеют различный статус, а именно: p связывается с рассмотрением определенного состояния изменяющегося объекта, в то время как pTq непосредственно отражает переход, то есть процесс перехода от p к q. Этот переход соотносится с временным интервалом, в свою очередь состоянию соответствует момент времени. Отсюда интерпретация T'-исчисления как логики изменения является невозможной, так как исходно смешиваются понятия состояния и процесса, момента и интервала, а оператор T устанавливает отношение как между последовательными состояниями, так и между состояниями и процессами.

Вывод: Теорема адекватности автором доказана, что позволяет говорить о том, что модификации T – системы Г. Фон Вригга предполагает введение в его формальную систему аксиомы транзитивности, что позволяет перейти к семейству семантик, способных отражать в формальных системах не только логику изменений, но и логику различных видов процессов. Это создает широкие возможности для моделирования и конструирования динамики социальной реальности.

Насколько известно автору, подобную модификацию системы Г. фон Вригга никто не проводил. Более того, автор построил свое T –исчисление, позволяющее проводить формальное моделирование социальных процессов. Это создает широкие возможности не только для работы с формальными и содержательными семантиками, но и открывает новые возможности для исследований в сфере социальных процессов, социального прогнозирования и проектирования. Эта система будет предложена для обсуждения.

Литература

1. Г.фон Вригг. Логико-философские исследования. М., 1986.- 486 с.
2. Попов В.В. Логика противоречивости изменения: семантический подход Вригга- Современная логика. – Санкт-Петербург, 1994- С.61-65.
3. Попов В.В. Проблема времени и противоречия в логической теории Г.фон Вригга- Логика, методология и философия науки – Москва, 1995- С. 84-88.
4. Попов В.В., Музыка О.А., Максимова С.И. Альтернативистика в контексте социального развития// Евразийский юридический журнал. 2017. № 4 (107). С. 373-375.
5. Попов В.В., Музыка О.А., Дзюба Л.М. Фактор и уровни темпоральности в контексте субъективной реальности человека// Евразийский юридический журнал. 2017. № 4 (107). С. 419-421.
6. Попов В.В., Музыка О.А., Тимофеев В.А. Социальное противоречие в контексте нелинейных процессов// Международный журнал приклад-

ных и фундаментальных исследований. 2017. № 1-2. С. 361-364.

7. Попов В.В., Музыка О.А., Киселев С.А. Концепция транзитивности и трансформации общества// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 1-2. С. 365-368

8. Попов В.В., Музыка О.А. Специфика интервальной концепции времени: опыт концептуализации// Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 3-2. С. 36-39.

9. Попов В.В., Лойтаренко М.В., Таранова В.А. Социальные противоречия и переходные периоды: философско-методологические аспекты// Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 8-2. С. 42-46.

10. Попов В.В., Щеглов Б.С., Лойтаренко М.В. Особенности интегральной интерпретации вероятности в контексте факторов оценки и темпоральности // Философия права. - 2015 - № 2 (69) - С. 23-27. 11. Попов В.В. Логические и теоретические модельные аспекты исследования темпоральности в социально-философском дискурсе // Научная мысль Кавказа.- 2006-№1 – С.24-27.

12. Попов В.В., Щеглов Б.С., Усатова Ю.Н. Случайность в системе динамических категорий // Философия права. - 2015 - № 1 (68) - С. 25-29.

13. Попов В.В., Музыка О.А., Максимова С.И. Альтернативистика в контексте социального развития // Евразийский юридический журнал. – 2017 -№4(107)-С.373-375.

Modification logic of change of G. von Wright

Popov V.V., Muzika O.A.

Rostov State Economic University

The paper investigates the formal system of change of G. von Wright. The features of this system are shown. For the first time in the literature, a modification of the system of G. Wright is proposed. The presented system allows to design formal analogs of logic of change and processes.

Key words. change the formal system, the calculus, transitivity, modification of the system, the theorem of adequacy of social process, the index of temporality, moment and interval structure.

References

1. G. von Wright. Logical and philosophical studies. M., 1986. ??? 486 s.
2. Popov V.V. The logic of inconsistency of change: Vright's semantic approach - Modern logic. - St. Petersburg, 1994- P.61-65.
3. Popov V.V. The problem of time and contradictions in the logical theory of G. von Wright ??? Logic, methodology and philosophy of science - Moscow, 1995 ??? Pp. 84-88.
4. Popov V.V., Music OA, Maksimova S.I. Alternatives in the context of social development // Eurasian legal journal. 2017. No. 4 (107). Pp. 373-375.
5. Popov V.V., Music by OA, Dzuba L.M. Factor and levels of temporality in the context of a person's subjective reality // Eurasian Law Journal. 2017. No. 4 (107). Pp. 419-421.
6. Popov V.V., Music O.A., Timofeyenko V.A. Social contradiction in the context of nonlinear processes // International Journal of Applied and Fundamental Research. 2017. № 1-2. Pp. 361-364.
7. Popov V.V., Music by O.A., Kiselev S.A. The concept of transitivity and transformation of society // International Journal of Applied and Fundamental Research. 2017. № 1-2. Pp. 365-368
8. Popov V.V., Music O.A. The specifics of the interval concept of time: the experience of conceptualization // International Journal of Experimental Education. 2015. № 3-2. Pp. 36-39.
9. Popov V.V., Lojtarenko M.V., Taranova V.A. Social contradictions and transitional periods: philosophical and methodological aspects // International Journal of Experimental Education. 2014. № 8-2. Pp. 42-46.
10. Popov V.V., Shcheglov B.S., Loytarenko M.V. Features of the integral interpretation of probability in the context of assessment factors and temporality // Philosophy of Law. - 2015 - № 2 (69) - p. 23-27.
11. Popov V.V. Logical and theoretical model aspects of the study of temporality in the socio-philosophical discourse // Scientific thought of the Caucasus. - 2006-№ 1 - P.24-27.
12. Popov V.V., Shcheglov B.S., Usatova Yu.N. Randomness in the system of dynamic categories // Philosophy of Law. - 2015 - № 1 (68) - p. 25-29.
13. Popov V.V., Music by OA, Maksimov S.I. Alternatives in the context of social development // Eurasian legal journal. - 2017 - №4 (107) -С.373-375.

Отчуждение как клинический диагноз капитализма в социальной философии Эриха Фромма

Прошкин Александр Сергеевич

студент, философский факультет, Российский государственный гуманитарный университет, proshkin.as@mail.ru

В данной статье анализируется концепция отчуждения, сформулированная немецким философом и психоаналитиком Э. Фроммом. Проведенное исследование позволяет выявить идейные источники, конституирующие взгляды Фромма, а также определить ключевые особенности рассматриваемой концепции путем экспликации теорий «социального характера» и «рыночной ориентации».

Ключевые слова: отчуждение, капитализм, Эрих Фромм, социальный характер, рыночная ориентация.

Одной из главных тем социальной философии Э. Фромма является критический анализ капиталистической системы, сложившейся в большинстве западных государств после окончания Второй мировой войны. Высоко оценивая экономические достижения капитализма, Фромм обращает внимание на увеличивающееся число деструктивных действий среди материально благополучного населения развитых стран [1, с. 11-12]. Пытаясь дать рациональное объяснение этому парадоксу, Э. Фромм подробно изучает историческое развитие конкретных форм капитализма, собирая тем самым анамнез болезни, выявляет и классифицирует основные симптомы данной общественной патологии и, как итог, ставит клинический диагноз – отчуждение как хроническая болезнь капиталистических обществ, обретающая острую, жизнеугрожающую для всего человечества стадию во второй половине 20 века, излечить которую возможно лишь путем качественных социально-экономических преобразований. Глубокий социальный анализ, проведенный Фроммом, особенно актуален для 21 века, когда прекратили свое историческое существование СССР и государства социалистического блока, а капиталистическая система стала самой востребованной экономическо-политической формой, функционирующей практически во всех развитых странах мира.

Идейные источники концепции отчуждения Э. Фромма

Понимание отчуждения как общественного противоречия было выражено еще К. Марксом: критически переосмыслив творческое наследие Ф. Гегеля и Л. Фейербаха, Маркс создает оригинальную концепцию отчуждения, вскрывающую социально-экономическую природу данного феномена [2, с. 599]. Следующие положения формируют идейное ядро теории отчуждения К. Маркса: качественное разделение феноменов объективации и отчуждения [3, с. 324]; постулирование отчуждения труда в качестве базового, детерминирующего все остальные виды отчуждения [3, с. 333]; взаимообусловленность феноменов отчуждения и частной собственности [3, с. 336]; требование положительного преобразования капиталистической системы, с целью радикального преодоления всех видов отчуждения [3, с. 344]. Именно эти аспекты материалистического понимания отчуждения составили главную часть идейного фундамента, опираясь на который Фромм создает собственную теорию отчуждения. При этом в концепции

Фромма аутентичная марксистская интерпретация отчуждения как социально-экономического феномена преломляется через призму социальных исследований представителей критической теории, акцентировавших внимание в большей степени на культурных проявлениях отчуждения, развивая при этом мысль о тотальности отчуждения не только в современных им капиталистических странах, но и в государствах, развивающихся по социалистическому пути.

Социально-экономическая трактовка отчуждения не является единственным источником, идейно фундамирующим концепцию Фромма: идущая от изысканий З. Фрейда психоаналитическая традиция, которая связывает феномен отчуждения с психическим здоровьем индивида, также оказала значительное влияние на взгляды Фромма. Согласно данной интерпретации, отчуждение представляет собой глубоко деструктивное состояние человеческой психики. Основным симптом такой психопатологии является потеря индивидом контроля над своей собственной жизнью, сопровождающаяся ощущением подавленности и отстраненности как от самого себя, так и от других людей [1, с. 135].

Итак, две основные интерпретации отчуждения, идейно повлиявшие на концепцию отчуждения Э. Фромма:

- понимание отчуждения как социально-экономического феномена;
- квалификация отчуждения в качестве психической патологии индивида.

Творчески сочетая данные подходы к объяснению отчуждения, Э. Фромм создает собственную концепцию отчуждения, включающую в свой состав разные уровни отчужденности: как отчуждение индивида, так и отчуждение всего общественного организма. Однако каким образом Фромм связывает феномены индивидуального и общественного отчуждения? Для прояснения этого вопроса рассмотрим теорию «социального характера», которая является ключевой не только для концепции отчуждения, но и для всего творчества Э. Фромма.

Социальный характер

Одно из главных теоретических положений, по которым мнение Э. Фромма (наряду с другими представителями так называемого неофрейдизма, например, Г.С. Салливаном [4]) расходится с позицией З. Фрейда состоит в оценке влияния общества на формирование характера человека: Фромм делает концептуальный акцент на том, что многие черты характера имеют не физиологическую и врожденную, а социальную и приобретенную природу [5, с. 16]. Конечно, каждому представителю рода человеческого присущи определенные имманентные потребности, без удовлетворения которых нормальное существование индивида было бы невозможно. Но, так как человек существо биосоциальное, формирование множества других черт личности, по мнению Фромма, детерминируется реальными

общественно-экономическими факторами. Следовательно, именно социум формирует динамические черты характера человека. При этом решающую роль (но не единственную) на процесс становления личности оказывает экономическая система, господствующая в конкретную историческую эпоху. Таким образом, согласно Э. Фромму, черты характера, свойственные большинству членов того или иного социума, составляют социальный характер индивида [1, с. 89]. Здесь важно отметить, что выявление социального ядра в конституции личности не является интеллектуальным открытием Фромма: достаточно упомянуть исследования К. Хорни, нацеленные на поиск социальной причины возникновения большинства невротических состояний индивида [6]. Творческая заслуга Э. Фромма состоит в экспликации, классификации, а также подробной аналитике типов социального характера, доминирующих на различных этапах развития западной цивилизации, в том числе и в современном Фромму капиталистическом обществе середины 20 века. Однако почему теория «социального характера» играет центральную роль для концепции отчуждения, разрабатываемой Э. Фроммом?

Принимая позицию К. Маркса относительно общественного источника возникновения различных форм отчуждения, Э. Фромм интерпретирует отчуждение как феномен, имманентный функционированию капиталистической системы, которая и формирует динамические черты характера индивидов. Из этого следует, что если капиталистическое общество есть общество отчужденное, то и члены этого социума являются людьми в крайне степени отчужденными. Таким образом, социально-экономическое и психопатологические интерпретации феномена отчуждения соединяются в концепции отчуждения Э. Фромма через введение оригинальной теории «социального характера», который опосредует отчуждающее воздействие социальных институтов капиталистического общества на психику отдельного индивида.

Данный тезис, а также рассмотренная выше концепция социального характера, констатирующая принципиальную изменяемость большинства черт личности, позволяет сделать вывод о том, что, по мысли Э. Фромма, отчуждение не является неотъемлемой характеристикой земного существования человека как такого, а есть лишь негативное последствие господствующей капиталистической системы, которое можно и нужно сначала осознать, а затем и практически преодолеть. Перейдем к рассмотрению конкретных проявлений отчужденности человека в условиях развитого капитализма, которые были раскрыты Фроммом в рамках еще одного важнейшего для концепции отчуждения теоретического конструкта – «рыночной ориентации».

Рыночная ориентация

Э. Фромм дополняет мнение К. Маркса о том, что самым отчужденным классом в капиталистическом обществе является пролетариат [7, с. 398]:

основываясь на реальных трансформациях в социально-экономической структуре, свойственных для капитализма середины 20 века, Фромм заявляет о тотальном характере отчуждения в современном ему западном обществе [1, с. 140]. Особое внимание Фромм обращает не столько на работников физического труда, осуществляющих свою трудовую деятельность на многочисленных предприятиях промышленного комплекса, а на так называемых «белых воротничков» и сотрудников, задействованных в сфере услуг- секторе экономики, который начал стремительно развиваться в США 50-60х годов.

Подробный анализ западных обществ, осуществленный как на практическом, так и на теоретическом уровнях, позволяет Фромму выделить следующие фундаментальные черты социального характера, которые являются следствиями негативного влияния развитой капиталистической системы:

- сведения всего к абстракциям и количеству;
- автоматический конформизм;
- принцип беспрепятственного удовлетворения.

Причем вышеуказанные характеристики, по мнению Фромма, взаимно обуславливаются сущностным стержнем рассматриваемого типа социального характера- отчуждением [1, с. 169]. Именно отчуждение является главным итогом деструктивного воздействия капитализма на личность.

Восприятие самого себя, а также отношение человека, живущего и действующего под постоянным отчуждающим влиянием капиталистической системы, к другим людям, было раскрыто Фроммом через теорию «рыночной ориентации»: при такой ориентации человек не принимает себя активным действующим лицом, самостоятельно создающим свою судьбу- он ощущает себя лишь отчужденной вещью, единственной целью которой является удачный обмен себя на рынке [8, с. 90]. Отчужденный индивид перестаёт быть целостной личностью- он всего лишь абстрактный личностный набор, качественное наполнение которого зависит от поворота флюгера рыночного механизма. Необходимо отметить, что Фромм не отождествляет отчужденность только с рыночной ориентацией: отчуждающие черты свойственны всем непродуктивным ориентациям, правда для рыночной мировоззренческой установки они являются доминантными. Итак, через введение «рыночной ориентации» в собственную концепцию отчуждения, Фромм раскрывает отчуждающее влияние рынка на человека, личные качества которого отрываются от своего носителя и приносятся в жертву верховному идолу капитализма- прибыли. Но если, как было установлено ранее, отчуждение не является безусловной константой человеческой природы, а является лишь изменчивой чертой социального характера индивида, детерминированной пагубным влиянием капиталистической системы,

то как Э. Фромм предлагает преодолеть эту тотальную отчужденность?

Здоровое общество - здоровая личность

Решение проблемы отчуждения, которое сформулировал Э. Фромм, включает два этапа изменений: индивидуальный и общественный. Отправной точкой, запускающей процесс оздоровления, является осознание личной отчужденности со стороны индивида, а также признание необходимости качественных социальных-экономических реформ, направленных на устранение главного источника отчуждения- деструктивного влияния капиталистических механизмов. Фромм также не питал иллюзий относительно государств, декларировавших социалистический вектор развития общества- в частности, СССР. Еще К. Маркс предупреждал о недостаточности обобществления средств производства для создания подлинно социалистического общества [3, с. 341]. Такого же мнения придерживался и Фромм: изолированная национализация может привести лишь к возникновению «государственного капитализма», по своей сути мало отличающегося от рыночной капиталистической системы [1, с. 391]. Однако если Фромм отклоняет как западный капиталистический путь, так и советский, то как же он представляет устройство общества, способное избежать тотальную дегуманизацию и отчуждение?

Фромм разрабатывает программу по оздоровлению отчужденного социального организма, основным пунктом которой является децентрализация и коммуитаризм всех сфер общества. Наряду с предложением конкретных мер по изменению капиталистической системы (соединения теоретического и практического обучения на всех уровнях образования, ограничения суггестивного влияния массовой культуры на человека), Фромм излагает достаточно абстрактные идеи и прогнозы: например, о необходимости возникновения новых видов коллективного искусства или возможности появления в ближайшем времени новой нетеистической религии. Определенная размытость основных положений программы коммуитарного социализма позволяет некоторым авторам классифицировать ее как социальную утопию [9]. В защиту Фромма можно сказать, что немногие мыслители, критически оценивавшие капиталистические реалии, были способны выдвинуть четкий алгоритм социальных реформ: достаточно упомянуть «великий отказ» Г. Маркузе [10]. Итак, только после реализации программы «оздоровления» капиталистической системы, возможно будет преодоление отчужденности конкретным человеком, а также изменение патологической рыночной ориентации на подлинно продуктивное восприятие мира.

Таким образом, Э. Фромм, предварительно изучив «историю болезни» капитализма, а также проанализировав основные общественные и индивидуальные симптомы рассматриваемой патологии, ставит капиталистической системе клинический диагноз- отчуждение, преодолеть которое

возможно только путем интенсивной терапии как всего общества, так и отдельно индивида.

Литература

1. *Фромм Э.* Здоровое общество / Пер. с англ. Т.В. Банкетовой, С.В. Карпушиной. — М.: Астрель, 2011.
2. *Лукач Д.* Молодой Гегель и проблемы капиталистического общества. — М.: Наука, 1987.
3. *Маркс К.* Экономическо-философские рукописи 1844 года и другие ранние философские работы. — М.: Академический Проект, 2010.
4. *Браун Д.* Психология Фрейда и постфрейдисты / Пер. с англ. А.М. Руткевича. — М.: REFL-book, 1997.
5. *Фромм Э.* Бегство от свободы / Пер. с англ. Г.Ф. Швейника. — М.: Астрель, 2012.
6. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени / Пер. с англ. А.М. Боковинкова. — М.: Академический проект, 2009.
7. *Фромм Э.* Концепция человека у К. Маркса // Душа человека / Пер. с нем. Э.М. Телятниковой. — М.: Республика, 1992.
8. *Фромм Э.* Человек для самого себя / Пер. с англ. Э. Спировой. — М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010.
9. *Прибыткова Л.А.* Социальная утопия Э. Фромма. — Иркут. гос. пед. Ун-т, 2000.
10. *Маркузе Г.* Одномерный человек / Пер. с англ. А. Юдина. — М.: REFL-book, 1994.

Alienation as the clinical diagnosis of capitalism in Erich Fromm's social philosophy Proshkin A.S.

Russian State University for the Humanities

This article issued the concept of alienation that was formulated by the German philosopher and psychoanalyst E. Fromm. This research identify the ideological origin of Fromm's constituting views, also, it identified key features of it's concept under consideration by explicating the theories of "social nature" and "market orientation"

Keywords: alienation, capitalism, Erich Fromm, social pattern, market orientation.

References

1. Fromm E. Healthy Society / Trans. from English T.V. Banketovoy, S.V. Karpushinoy. - M.: Astrel, 2011.
2. Lukach. D. Young Hegel and the problems of capitalist society. —M.: Science, 1987.
3. Marx. K. Economic-philosophical manuscripts of 1844 and other early philosophical works. - M.: Academic Project, 2010.
4. Brown D. Freudian psychology and post-Freudians / Per. from English A.M. Rutkevich. - M.: REFL-book, 1997.
5. Fromm E. Escape from Freedom / Trans. from English G.F. Sharpener. - M.: Astrel, 2012.
6. Horney K. Neurotic personality of our time / Trans. from English A.M. Bokovinkov. - M.: Academic project, 2009.
7. Fromm E. The concept of man in K. Marx // Soul of man / Per. with him. EM. Telyatnikovoy. - M.: Republic, 1992.
8. Fromm E. Man for himself / Per. from English E. Spirovoj. - M.: AST: AST MOSCOW, 2010.
9. Pribytkova L.A. Social utopia E. Fromm. - Irkut. state ped. University, 2000.
10. Markuze G. One-dimensional man / Per. from English A. Yudin. - M.: REFL-book, 1994.

Утрата понимания смысла жизни как одна из причин меланхолической депрессии. Философский анализ

Сиверцев Евгений Юрьевич,
кандидат философских наук, доцент, Санкт-Петербургский
государственный университет, Emden1914@mail.ru

Игнатова Анна Михайловна,
аспирант, Санкт-Петербургский государственный универси-
тет, vassina@mail.ru

В статье рассматриваются два феномена. Первый – лёгкое психическое расстройство, именуемое «меланхолическая депрессия». Второй – один из элементов шкалы человеческих ценностей – смысл жизни. Поддерживается сложившаяся в литературе мысль о связи данных феноменов, однако показывается, что механизм этой связи пока не разработан. Анализ понимания смысла жизни, как он представлен в различных философских концепциях, а также применение к этому анализу экзистенциалистской парадигмы позволяет предположить, что утрата смысла жизни является следствием недооценки человеком степени свободы в выборе своих возможностей. Преодоление депрессивного состояния видится на пути расширения спектра возможностей, оцениваемых человеком как подвластные его воображению и воле. Ключевые слова: смысл жизни, возможность, необходимость, свобода, депрессия, экзистенция, ценность.

Под депрессией принято понимать «одно из ... психических расстройств, проявляющееся подавленным настроением и угнетением психической активности» [3, с.767]. Собственно *меланхолическая* депрессия относится к числу лёгких психических расстройств и характеризуется «пониженным, подавленным настроением, интеллектуальной и моторной заторможенностью» [21, с. 8].

Специалисты раскрывают меланхолическое состояние как характеризующееся снижением уровня «побуждений и интересов, большие жалуются на отсутствие сил и энергии, усиливаются неуверенность, сомнения, все представляется сложным, трудным» [14, с.71] «возможны идеи малоценности, виновности» [Там же]. Такому состоянию свойственны замыкание в настоящем моменте жизни, представление этого момента длящимся необозримо долго и потому - сомнение в возможности самореализации, отсутствие каких-либо планов на будущее. «Преобладающим ... бывает... чувство безразличия, безысходности» [17, с. 562]. «Настоящее и будущее видится мрачным и безысходным» [21, с.9].

Одной из основных причин подобного рода расстройств считается утрата интереса человека к собственной жизни, или – иными словами – потеря т.н. «смысла жизни». Соответственно, одной из составных частей немедикаментозной терапии является восстановление в человеке интереса к жизни. Чтобы иметь возможность это делать, нужно прежде прояснить сам концепт «смысл жизни».

Томас Нагель в 1987 году заметил: «Мы желаем видеть себя значимыми «извне». Оттого, что наша жизнь в целом кажется лишенной смысла, какая-то часть нашего существа испытывает разочарование и досаду — та часть, которая всегда надзирает за тем, что мы делаем» [12, с. 76]. Этот печальный вывод красноречиво свидетельствует о том, что длящиеся более двух тысяч лет поиски решения проблемы смысла жизни пока – во всяком случае, в европейской мысли – успехом не увенчались. Чтобы убедиться в справедливости или несправедливости слов Нагеля, вспомним историю теоретических поисков в этом направлении.

Сама тема смысла жизни вводится в европейское мышление в IV веке до нашей эры. Именно тогда написана Книга Екклесиаста с её знаменитой фразой: «Суета сует, сказал Екклесиаст, суета сует,- всё суета!» (Еккл. 1 : 2). Следующие за этой фразой девять стихов выражают предельно пессимистический взгляд на человеческое существование. Также в IV в. до н.э. написана «Метафизика»

ка» Аристотеля. В третьей главе первой книги сформулировано учение о причинах: «... о причинах говорится в четырёх значениях: одной такой причиной мы считаем сущность ... четвёртой - ... "то, ради чего"» [1, с. 70].

С тех пор смысл жизни, так или иначе, возникает на страницах философских трактатов, однако без того, чтобы ставиться под вопрос. Обсуждение отсутствует, сразу предлагается констатация. Для фаталистов-стоиков проблемы смысла жизни просто не существует: «Ducunt volentem fata, nolentem trahun» (Сенека). Неоплатонизм продолжает фаталистическую традицию: « боги вершат свой промысел обо всем; ...они отправляют правосудие над всем и не допускают никакого уклонения к худшему» [15, с. 46].

Скептики-пирронисты придерживаются противоположной позиции: никакой судьбы нет, а если и есть – то она нам неизвестна. Соответственно, и смысл человеческого бытия искать не надо: жизнь должна наполниться тем, что именуется словом «атараксия» - душевная невозмутимость, спокойствие [См.: 10, с. 25].

Наступившая эпоха Средневековья рассматривает смысл жизни в рамках христианской парадигмы. Авторы, работавшие в период патристики, формулируют некое двуединство смысла жизни. Прежде всего – очищение от первородного греха и организация своей жизни в виду неизбежного предстояния Богу: «почтите вверенный вам образ и Вверившего оный, почтите страсти Христовы и надежду будущей жизни.» [4, с. 25]. Вторая составляющая жизни – проповедь христианства: «Нет ничего холоднее христианина, который не заботится о спасении других» [20, с. 197].

Фома Аквинский (1225 - 1274) подводит итог средневековому теоретизированию на тему смысла жизни. Причём делает это с учётом заочной дискуссии Блаженного Августина и Пелагия (V век) о предопределении. С точки зрения Фомы, Бог наделяет человека свободой, но даёт ему определённые ориентиры. Эти ориентиры указывают на конечную цель жизни. Что выбирать – дело самого человека: «... поскольку всякий действующий действует ради цели, то подчинение действия цели распространяется настолько, насколько распространяется причинность первого действующего» [25, с.192].

Новое время с его «*ipsa scientia potestas est*» (Бэкон) находит смысл жизни в познании, оптимистично полагая, что раскрытие тайн природы инициирует прогресс во всех областях: в технике, в обществе, в мысли. Спиноза замечает: «Самое полезное в жизни – совершенствовать своё познание или разум, и в этом одном состоит высшее счастье или блаженство человека» [19, с. 393].

Если говорить о современном состоянии проблемы смысла жизни, то здесь можно обозначить два направления поиска. Первый (назовём его трансцендентным) ведёт речь о некоем со-

ответствии человека и окружающего его мира - мира, которого ещё нет, но который предстоит построить. Предстоит построить благодаря прежде всего собственным усилиям. Второе направление (назовём его имманентным) полагает, что смысл жизни заключается тоже в соответствии, и тоже подлежащим построению, но соответствие это не с окружающим миром, а с самим собой.

Главная категория первого подхода – *цель*. Цель – «... субъективный образ конечного результата, регулирующий ход деятельности. Цель может существовать в форме знания, представления или даже восприятия» [28, с. 5]. Можно добавить, что цели «связывают с объективно значимыми и субъективно принимаемыми ценностями, которые выступают для человека в качестве цели его деятельности» [2, с. 9]. Содержательная сторона цели формируется тремя источниками: (1) самим человеком; (2) общественно-исторической практикой (т.е. задаётся обществом); (3) человеческим представлением о воле Бога [См.: 6, с. 44].

В каждый конкретный момент жизни человека цель одновременно и присутствует и отсутствует. Присутствует как логически упорядоченная схема, систематизирующая мышление и деятельность, отсутствует как реальное состояние внешнего мира по отношению к данному человеку.

Наиболее ярким примером трансцендентного подхода к трактовке смысла жизни может служить экзистенциалистская психология Виктора Франкла (1905 – 1997). Франкл полагает, что «человеческое бытие всегда ориентировано вовне на нечто, что не является им самим, на что-то или на кого-то: на смысл, который необходимо осуществить» [26, с. 29]. Т.е. смысл – это то, что определяет бытие человека сейчас и здесь, но занимает по отношению к сейчас и здесь некую внешнюю позицию. Смысл не абстрактен, смысл конкретен, содержателен. Причём содержание – не продукт свободного фантазирования индивида. «*Смысл должен быть найден, но не может быть создан*» [Там же, с. 37]. Содержание смысла отыскивается путём сознательного выбора из множества возможностей. Ориентиры для выбора формируются независимо от индивида, формируются, прежде всего, социумом. Социум формирует *систему ценностей*, - именно она служит главным инструментом, как выбора ориентира, так и наполнения его конкретным содержанием. «Истинной проблемой была, есть и остаётся проблема ценностей...» [Там же, с. 70-71].

К трансценденталистскому подходу можно отнести и наших современников — авторов философских словарей и энциклопедий: «Смысл - внешнеположенная сущность феномена, оправдывающая его существование, связывая его с более широким пластом реальности.» [13, с. 575].

Второй (имманентный) подход сформулирован в работах гуманистических психологов А. Маслоу, К. Роджерса и др. Здесь главная категория – самоактуализация. К. Роджерс пишет: «Поведение в основе своей есть целенаправленная попытка организма удовлетворить свои потребности, как

они переживают...» [16, с. 68]. Если вспомнить знаменитую «пирамиду потребностей» А. Маслоу [11, с. 111 – 117], то там только первые два этажа (физиологические потребности и потребность в безопасности и защищённости) являются чисто физическими. Всё остальное – от потребности в принадлежности к социальной группе до потребности в самовыражении – социально и аксиологически обусловлены. Значит, самоактуализация – в отличие от целеполагания – это не устройство мира под существующую у индивида картину мира, а наоборот – построение себя под требования мира, как они отражены в ментальности отдельного человека.

Показательным примером имманентного направления могут служить идеи некоторых русских мыслителей. Конкретно речь идёт о Л. Н. Толстом (работа «Исповедь», 1884 г.), Е. Н. Трубецком (работа «Смысл жизни», 1918 г.), С. Л. Франке (работа «Смысл жизни», 1925 г.).

В вопросе о причинах возникновения интереса к проблеме смысла жизни эти авторы не очень оригинальны. Следуя сложившейся традиции, они полагают, что данный вопрос инициирует нечто, присутствующее потенциально, но отсутствующее актуально. Присутствует это нечто в виде образа небытия вещей, небытия процессов, небытия результатов нашей деятельности. Ну а главное – в образе предстоящей смерти: «К размышлению о смысле жизни толкает мысль о всемогуществе небытия, небытия, обесценивающего всё сущее» [23, с. 24] «...мы раскрываем до конца ... интуицию мировой бессмыслицы...» [24, с. 43].

Обращает на себя внимание принципиальный отказ от попыток точного определения обсуждаемой категории. Л. Н. Толстой подводит под этот отказ даже теоретическую базу: «Рациональный анализ смысла не раскрывает, скорее – наоборот» [23, с. 58]. Смысл жизни не определяется, а задаётся. Задаётся при помощи метафоры цели. «Человек живёт ради цели» [24, с.39], «Смысл жизни подразумевает цель» [26, с. 39].

Упомянув категорию цели, мы, по видимости, попадаем в некоторое противоречие с осуществлённым выше отнесением русских мыслителей к имманентному направлению: цель – это то, чего сейчас нет. Однако, всё дело в понимании цели применительно к данному контексту. Цель – это то, что по своей сущности не имеет ни пространственных, ни временных границ. Цель – не трансценденция, которая сейчас и здесь отсутствует, сохраняя лишь способность ориентировать человека. Цель – и в этом сходятся все три мыслителя – полноценное осуществление жизни в каждый конкретный момент последней: «Смысл одновременно осуществляется и наполняет» [23, с. 65]; «самое дальнее стало близким, всемирный смысл до дна озарил всю земную жизнь» [24, с. 67].

Русская традиция трактовки смысла жизни не может допустить индивидуализации понимания цели – т.е. цель не может быть у каждого своя

(где общее присутствует лишь в качестве самых основных моральных принципов). Цель – и, стало быть, смысл – должны быть едины для всех людей.

Возникают два требования к смыслу жизни: присутствие в каждом моменте жизни и единство для всех людей. Так или иначе, данные требования имеются у всех троих мыслителей, но воплощаются по-разному.

У Трубецкого смысл жизни задаётся Богом: «Бог ... есть основное предположение всякой жизни. Это и есть то, ради чего стоит жить и без чего жизнь не имела бы цены» [24, с. 62]. У С. Л. Франка – смысл жизни заключается в переделывании мира, у Л.Н.Толстого жизнь наполняется смыслом лишь в том случае, если она протекает в активном действии, в повседневных заботах.

Имманентность понимания смысла жизни в данной концепции заключается, прежде всего, в том, что смысл создаётся взаимной активностью двух сторон. Первая сторона - человеческая личность. Личность испытывает душевный дискомфорт от ощущения пустоты жизни и ищет наполнения последней. Вторая сторона – некая всеобщность. Всеобщность едина для всех людей, она раскрывает себя человеку. Но раскрывает себя лишь человеку, предпринявшему определённые усилия для её поиска.

При всех расхождениях трансцендентного и имманентного направлений поиска, есть один момент, в котором они сходятся. Это касается соотношения индивида и того, что индивиду внешне. Индивид существует в своём собственном, внутреннем, определённом фрагменте пространства и времени – в некотором «здесь и сейчас». Внешнее существует в чужой, внешней неопределённости – в некотором «там и потом». Однако, «там и потом» - это не такое внешнее и будущее, к которому индивид сейчас равнодушен (как, например, далёкий город, в который я, может быть, поеду через неделю, а может быть и нет). «Там и потом» актуализируется в «здесь и сейчас», переживается в «здесь и сейчас». Соответственно, чтобы жизнь наполнилась смыслом, эти две стороны должны соответствовать друг другу, должны гармонично дополнять друг друга. Пусть гармония ещё не достигнута, но именно постоянно продолжающееся событие её установления задают жизни смысл.

Думается, что именно слово «гармония» является ключевым при рассуждении о смысле жизни. Гармония есть и в «предстоянии человека Богу» (как мы видели в учении древних Отцов Церкви), гармония возникает и в «сознательном выборе возможностей», декларируемым Виктором Франклом, гармония присутствует в «единстве» (чем бы оно не представлялось — Богом, мыслью, деятельностью), предлагаемым русскими философами, гармония формируется и в связывании с «более широким пластом реальности» - как мы читали в «Новой философской энциклопедии».

Теперь попробуем уточнить значение понятия «гармония» в данном контексте.

Вспомним названные нами стороны, между которыми осуществляется гармония. С одной стороны, это человеческое бытие, ограниченное пребыванием в определённости пространства и в определённости времени, т.е. бытие «здесь и сейчас». Второй стороной логично назвать то, что ограничивает человеческое бытие «здесь и сейчас» - т.е. некую трансценденцию (выше мы её назвали «там и потом») Однако, это едва ли возможно. Как уже замечено, трансценденция актуализируется для человека только в его бытии «здесь и сейчас». Соответственно, второй стороной тоже будет человеческое бытие «здесь и сейчас», а вот какое — это ещё предстоит выяснить. Постараемся построить выяснение так, чтобы оно помогло разобраться ещё и в устройстве механизма действия гармонии.

Для решения обратимся к такому философскому течению, как экзистенциализм.

Главную категорию экзистенциализма — экзистенцию — можно определить следующим образом. Экзистенция - обозначение конституирующего начала бытия человека, причём начало это не может быть адекватно описано при помощи слов языка. Экзистируя, человек постоянно пребывает в единстве центрированности и центробежности. Центробежность заключается в следующем: человек постоянно устремлён во «вне себя», во внешнее себе (все человеческие эмоции указывают на это: страх боится некоего внешнего устрашающего, свобода есть выход в неопределённое пространство, надежда надеется на нечто, здесь и сейчас отсутствующее). Центрированность есть необходимое следствие центробежности: переживая названные выше эмоции, человек возвращается к самому себе как существованию, этими чувствами формируемому.

Как видим, экзистенцию следует понимать как пребывание в возможности. «Человек ... существует, и он не только такой, каким себя представляет, но и такой, каким он хочет стать» [18, с. 323]. Наше «желание стать» направлено, разумеется, на будущее: «Мы живём будущим: „завтра“, „позже“, „когда ты добьёшься положения“, „с возрастом ты поймёшь“» [8, с. 19]. Возможность осуществляется в «сейчас и здесь», но направлена в «там и потом», однако ограничивать её только лишь ролью переходного звена было бы упрощением. Она в значительной мере *конституирует* обе названные стороны. «Мы — возможная экзистенция: Мы живём из истоков, которые находятся за пределами становящегося эмпирически объективным наличного бытия, за пределами сознания вообще и духа» [29, с. 426].

Как только мы вводим категорию *возможности*, мы получаем путь к уточнению нашего понимания двух сторон, между которыми осуществляется гармония. Первая сторона - человеческое бытие «здесь и сейчас», бытие, которое *производит* возможности себя самого. Вторая сторона — тоже человеческое бытие «здесь и сейчас», но бытие, которое *переживает*

себя в своих возможностях. Человеческое бытие, *переживающее* своё бытие в своих возможностях (т.е. вторая сторона) и определённо и определённо — бесконечность возможностей переживать нельзя. Т.е. бытие *переживающее* возможности видит со всех сторон одни лишь тупики, невозможности всяческих возможностей. Соответственно, переживание возможностей самим человеком обесценивает человеческое бытие. Переживаемым становится *небытие* Со всех сторон — лишь небытие. «Небытие угрожает онтическому самоутверждению человека ... в виде смерти ... в виде пустоты» [22 с. 33]. Подобное обесценивание происходит, поскольку ограничивающие возможности мыслятся как объективные, необходимые, от человека независимые, при этом полностью, без какого-либо остатка конституирующие человеческое бытие. И тогда они превращают бытие, *производящее* возможности (первую сторону), из бытия в ничто (т.е. в бытие чего угодно объективного, но никак не человеческого). «Ничто» вытесняет «здесь и сейчас» человека, заменяя его нечеловеческим, («объективным») «здесь и сейчас».

Картина человеческого существования была бы совсем печальной, если бы не одно обстоятельство. Дело в том, что упомянутому вытеснению препятствует способность человека производить возможности ещё и из чистого воображения. Воображение — «слепая» функция души, «скрытое в глубине человеческой души искусство» [9, с. 223], которое — в числе прочего - производит возможности с заранее заданными качествами и способно защитить их от полномасштабной логической критики: «настоящие приёмы которого (воображения —А.И., Е.С.) нам вряд ли когда-либо удастся угадать и раскрыть» [Там же].

Обратим внимание на два обстоятельства. Первое: даже в тех возможностях, которые мыслятся как объективные, присутствует доля субъективности (н.п., человек не может бежать быстрее определённой скорости или поднимать больше определённого веса, но он может выбирать направление движения или перемещать предметы поочерёдно). Второе: воображаемая ситуация всегда даёт некоторый простор для выбора. Прежде всего - выбора конкретного её содержания.

Возвращаемся к главной задаче нашего поиска — сформулировать понятие смысла жизни, в максимальной степени свободное от расплывчатости, свойственной многим его определениям.

Смысл жизни — это не то, что может быть, а может и не быть. Если «смысл жизни» понимать строго логично, то он есть всегда. Временные флуктуации возможны лишь в понимании субъектом осмысленности своей жизни (или бессмысленности её).

Смысл формируется человеком, производящим возможности собственного бытия.

Эти возможности — как они оцениваются человеком - бывают двух типов. Первый тип - объективные — т.е. природно или социально необходи-

мые. Второй тип - субъективные – т.е. порождённые воображением.

Между бытием человека, продуцирующим возможности и бытием человека, переживающим возможности, должна установиться гармония. Она устанавливается в том случае, если доля воображаемого в возможностях (а воображаемое всегда видится человеком как ему подвластное) превышает долю объективного в возможностях, т.е. того, что кажется человеку ему не подвластным.

Жизнь представляется субъекту осмысленной, когда существует настроение гармонии между субъективными (воображаемыми) возможностями и возможностями объективными (реальными). Бессмысленной жизнь кажется тогда, когда объективное превосходит субъективное, даже до некоторой степени подавляет его. Подчеркнём — речь идёт не об онтологическом совпадении желаний и возможностей, а именно о *настроении* гармонии, сейчас и здесь присутствующем в человеке.

Возвращаемся к проблеме, поставленной в самом начале – тогда мы заметили, что одной из причин, вызывающей меланхолическую депрессию, является утрата интереса человека к собственной жизни. Соответственно, преодоление данного состояния – обретение этого интереса. Теперь мы знаем, почему случается утрата интереса и можем попытаться отыскать пути возвращения этого интереса.

Начнём с небольшой иллюстрация. Клинические наблюдения практикующих психиатров подтверждают ранее приведённые нами признаки депрессии: страдающие ей называют себя «неудачником во всём» [7, с. 343], не видят «никаких перспектив для жизни» [Там же]. Причины подобных переживаний – утрата осмысленности жизни. Соответственно, для выведения из депрессии применяются приёмы, которые – независимо от того, знает об этом доктор или нет – возвращают человеку чувство осмысленности жизни. Вот ряд советов, которые даёт британский психиатр Эрл Гроллман: «Установите заботливые взаимоотношения... Будьте внимательным слушателем... Не спорьте... Не предлагайте неоправданных утешений... Предложите конструктивные подходы...» [5, с. 318 – 320].

Как же происходит возвращение интереса к жизни? Противостояние депрессии начинается с замены: смысл в онтологическом его значении (вернее, отсутствие смысла) заменяется смыслом в его аксиологическом значении. Далее проводится переоценка объективного и субъективного в возможностях. Субъективное — повторим — воображаемое и оцениваемое как моё, собственное, человеческое. Объективное - не воображаемое и оцениваемое как нечеловеческое, «не моё», как присутствующее в бытии человека *ничто* этого человека. Но данная акцентировка оценок может быть смещена. Некоторая часть объективного может быть переоценена как субъективное и — следовательно — допускаю-

щее воздействие воображения. Например, неизбежность расставания с близким человеком может быть оценена как возможность выбора других людей, которые в перспективе станут близкими. В результате человек, конечно, не обретает новых смыслов, но значительно увеличивается спектр событий будущего, которые (по мнению человека) допускают по отношению к себе свободный выбор и свободные действия. Это и даёт ощущение гармонии объективного и субъективного, ощущение осмысленности жизни, тем самым резко уменьшая остроту меланхолической депрессии.

Литература

1. Аристотель. Сочинения в четырёх томах. М.: Мысль, 1976. Т.1. 550с.
2. Ахметзянова М. П. Смысл жизни человека (психолог. аспект). Профессионализм и творчество. Сборник материалов научно-практической конференции. Под редакцией М. В. Мусийчук, Е. И. Шулевой. Издательство: Магнитогорский государственный технический университет им. Г. И. Носова (Магнитогорск). 2018. С. 8-11.
3. Большая Российская энциклопедия: в 30 томах / ред. С. Л. Кравец, ред. Ю. С. Осипов. – М.: БРЭ, 2004 - Т. 8: Григорьев - Динамика. - 2007. 767 с.
4. Григорий Богослов. Творения, в 2-х томах. Том первый: Слова. М.: Сибирская Благовонница, 2010. 895 с.
5. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270-352.
6. Давлетгаряева Р. Г. Ещё раз о смысле жизни. Эссе о смысле жизни. Вестник Челябинского государственного университета. 2017. № 13 (409). Философские науки. Вып. 46. С. 43—47.
7. Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004. 450 с.
8. Камю А. Миф о Сизифе. СПб.: Азбука-классика, 2005, 256 с.
9. Кант И. Сочинения в 6 томах. М.: Мысль, Т. 3. 1964. 799 с.
10. Лосев А. Ф. Культурно-историческое значение античного скептицизма и деятельность Секста Эмпирика. Вступительная статья к изданию: Секст Эмпирик. Сочинения в 2-х т. – М.: Мысль, 1975 – 1976. Т. 1. 399 с.
11. Маслоу А. Х. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2013. 352 с.
12. Нагель Томас. Что всё это значит? Очень краткое введение в философию. М.: Идея-Пресс, 2001. 84 с.
13. Новая философская энциклопедия. М.: Мысль, 2010 [т.е. 2009] Т. 3. 692с.
14. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981. 208 с.
15. Прокл. Платоновская теология. СПб.: Издательство Русского Христианского гуманитарного института: «Летний сад», 2001. 624 с.

16. Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. М.: Прогресс, 1994. 480 с.

17. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 712 с.

18. Сартр Ж. П. Экзистенциализм — это гуманизм. В кн: Ницше Ф., Фрейд З., Фромм Э., Камю А., Сартр Ж. П. Сумерки богов. М.: Издательство политической литературы, 1989. 398 с.

19. Спиноза. Антология мировой философии. М.: Мысль, 1970. Т. 2. 776 с.

20. Творения Святого Отца нашего Иоанна Златоуста, Архиепископа Константинопольского, въ русскомъ переводе. Томъ девятый. Книга первая. СПб.: Издание С.-Петербургской Духовной Академии, 1903. 1008 с.

21. Тиганов А. С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журнал невропатологии и психиатрии. 1999. Т. 99. С. 8-10.

22. Тиллих П. Избранное: Теология культуры. М.: Юрист, 1995. 479 с.

23. Толстой Л. Н. Исповедь. О жизни. М.: АСТ, 2015. 288 с.

24. Трубецкой Евгений. Смысл жизни. Берлин: Слово, 1922. 283 с.

25. Фома Аквинский. Учение о душе. СПб.: Азбука-классика. 2004. 480 с.

26. Франк С. Л. Смысл жизни. М.: АСТ., 2004. 157 с.

27. Франкл Виктор. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс. 1990. 368 с.

28. Юрова К. И., Юров И. А. Проблема смысла жизни в психологии. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». 2017. 144 с.

29. Ясперс К. Смыслы и назначение истории. М.: Политиздат. 1991. 527 с.

Loss of the meaning of life as one of the reasons of melancholic depression. Philosophical analyses

Sivertsev E.Yu., Ignatova A.M.
St. Petersburg State University

Two phenomena are analysed in the article. The first one is a mild psychiatric disorder known as "melancholic depression". While the second one is a component of human value system, namely, the meaning of life. The connection between the two, considered traditional in the sources, is maintained but it is also demonstrated that the mechanism of this connection has not yet been properly studied. Having analysed the perception of the "meaning of life" as it has been presented by various philosophical schools and applying to it the existentialist paradigm makes it possible to assume that the loss of the meaning of life is the consequence of the underestimation by a human of the degree of freedom in the life choices they make. The way suggested to overcome such a depressive state is to work on broadening the range of possibilities which the human could estimate as dependent on and controlled by their imagination and willpower.

Key words: meaning of life, possibility, necessity, freedom, depression, existence, value.

References

1. Aristotle. Works in four volumes. M.: Thought, 1976. T.1. 550s.
2. Akhmetzyanova MP The meaning of human life (psychology. Aspect). Professionalism and creativity. Collection of materials of the scientific-practical conference. Edited by M.V. Musiychuk, E.I. Shuleva. Publisher: Magnitogorsk State Technical University. G. I. Nosov (Magnitogorsk). 2018. pp. 8-11.
3. Great Russian Encyclopedia: 30 volumes / ed. S.L. Kravets, ed. Yu. S. Osipov. - M.: BDT, 2004 - T. 8: Grigoriev - Dynamics. - 2007. 767 p.
4. Gregory the Theologian. Creations, in 2 volumes. Volume One: Words. M.: Siberian Spinebone, 2010. 895 p.
5. Grollman E. Suicide: prevention, intervention, postponement. Suicidology: past and present: The problem of suicides in the writings of philosophers, sociologists, psychotherapists and in artistic texts. M.: Kogito-Center, 2001. p. 270-352.
6. Davletgaryaeva R. G. Once again about the meaning of life. Essay on the meaning of life. Bulletin of the Chelyabinsk State University. 2017. No. 13 (409). Philosophical sciences. Issue 46. pp. 43-47.
7. Efremov V.S. Fundamentals of suicide. SPb.: Dialect, 2004. 450 p.
8. Camus A. Myth of Sisyphus. SPb.: ABC-classic, 2005, 256 p.
9. Kant I. Works in 6 volumes. M.: Thought, T. 3. 1964. 799 p.
10. Losev A.F. Cultural and historical significance of ancient skepticism and the activities of Sextus Empiric. Introductory article to the publication: Sext Empyric. Works in 2 tons. - M.: Thought, 1975 - 1976. T. 1. 399 p.
11. Maslow A.Kh. Motivation and personality. SPb.: Peter, 2013. 352 p.
12. Nagel Thomas. What does all of this mean? A very brief introduction to philosophy. M.: Idea-Press, 2001. 84 p.
13. New philosophical encyclopedia. M.: Thought, 2010 [i.e. 2009] Vol. 3. 692s.
14. Nuller Yu. L. Depression and depersonalization. L.: Medicine, 1981. 208 p.
15. Proc. Platonic Theology. SPb.: Publishing house of the Russian Christian Humanitarian Institute: Summer Garden, 2001. 624 p.
16. Rogers K. A Look at Psychotherapy: The Formation of Man. M.: Progress, 1994. 480 p.
17. Guide to psychiatry. In 2 volumes. V. 1. / A.S.Tiganov, A.V. Snezhnevsky, D. D. Orlovskaya and others; Ed. A. S. Tiganova. M.: Medicine, 1999. 712 p.
18. Sartre J. Existentialism is humanism. In: Nietzsche F., Freud Z., Fromm E., Camus A., Sartre J.P. Twilight of the Gods. M.: Publishing house of political literature, 1989. 398 p.
19. Spinoza. Anthology of world philosophy. M.: Thought, 1970. V. 2. 776 s.
20. The works of our Holy Father John Chrysostom, Archbishop of Constantinople, in Russian translation. Tom ninth. Book One. SPb.: Publishing of the St. Petersburg Theological Academy, 1903. 1008 p.
21. Tiganov A.S. Affective disorders and syndrome formation // Journal of neuropathology and psychiatry. 1999. T. 99. P. 8-10.
22. Tillich P. Selected: Theology of Culture. M.: Lawyer, 1995. 479 p.
23. Tolstoy L. N. Confession. About life. M.: AST, 2015. 288 p.
24. Trubetskoy Eugene. The meaning of life. Berlin: The Word, 1922. 283 p.
25. Thomas Aquinas. The doctrine of the soul. SPb.: ABC-classic. 2004. 480 p.
26. Frank S.L. The Meaning of Life. M.: AST., 2004. 157 p.
27. Frankl Victor. Man in search of meaning. M.: Progress. 1990. 368 p.
28. Yurova K. I., Yurov I. A. The problem of the meaning of life in psychology. Penza: ICNS "Science and Enlightenment." 2017. 144 p.
29. Jaspers, K. Meaning and purpose of history. M.: Politizdat. 1991. 527 p.

Философское обобщение психофизиологических проблем: научный поиск взаимосвязи мозга и психики

Дацковский Исраэль

кабинет психодиагностики и патопсихологии,
israel@moriah.co.il

Старостин Владимир Петрович

кафедра социально-гуманитарных дисциплин, Якутская государственная сельскохозяйственная академия, starost@list.ru

Жондоров Петр Николаевич

кафедра социально-гуманитарных дисциплин, Якутская государственная сельскохозяйственная академия,
Jondpetr@mail.ru

В данной статье представлена общая постановка психофизиологической проблемы и базовые варианты ее решения. Во второй части рассмотрен советский/российский опыт решения психофизиологической проблемы. В третьей части статьи приведена общая критика базовых подходов к решению психофизиологической проблемы. В четвертой, основной части статьи приведен иной по отношению к существующим авторский взгляд на возможное решение психофизиологической проблемы. В пятой части на основании модели решения психофизиологической проблемы, рассмотренной в четвертой части статьи, рассматриваются некоторые следствия предложенного подхода, в частности, рассматриваются теоретические, достижимые только в будущем границы возможностей психиатрии и психологии.

Ключевые слова: психофизиологическая проблема, психофизиологический параллелизм, идентичность, взаимодействие, разум, мозг.

Соотношение мозга человека и его психики является предметом изучения в различных отраслях наук. Начало данных исследований не представляется возможным, но можно предположить, что это рассмотрение (в форме еще не сформулированной тогда психофизической проблемы соотношения психического и материального) было положено в работах Пифагора. В европейской традиции начало научно-последовательного рассмотрения этой проблемы принято начинать с трудов Рене Декарта XVII века, когда данную проблему начали изучать с позиций психофизиологии.

В дальнейших исследованиях данная проблема, рассматривалась уже в большей мере в аспекте соотношения между психическими и нервными процессами, стала исследоваться в рамках одного следующих концепций [1]:

1. Психофизиологический параллелизм. Суть его заключается в противопоставлении независимо существующих психики и мозга (души и тела). В соответствии с этим подходом психика и мозг признаются как независимые явления, не связанные между собой причинно-следственными отношениями. Именно этот подход в научном изложении имеет происхождение в трудах Рене Декарта.

2. Психофизиологическая идентичность, которая представляет собой вариант крайнего физиологического редукционизма, при котором психическое, утрачивая свою сущность, полностью отождествляется с физиологическим, сводя сознание к вещественным образованиям в мозгу человека.

3. Психофизиологическое взаимодействие, представляющее собой вариант паллиативного, т.е. частичного, решения проблемы. Предполагая, что психическое и физиологическое имеют разные сущности, этот подход допускает определенную степень взаимодействия, взаимовлияния и, главное, взаимозависимости психического и материального. Иными словами, постулируется наличие отдельного психического и отдельного материального, тесно связанных и взаимодействующих друг с другом. Одним из следствий такого подхода можно считать постулирование появления психического вместе с материальным и исчезновения этого психического при смерти материального.

Каждое из этих принципиальных направлений сегодня представлено многочисленными теориями и взглядами, подтверждаемыми экспериментами, но все-таки приводящими лишь к паллиативным, ча-

стичным подтверждениям своей истинности и допускающими в том числе альтернативные толкования результатов экспериментов.

Советская, а позднее российская традиция психологических исследований, основываясь на позициях «диалектического материализма», могла рассматривать психофизиологическую проблему только в рамках взгляда психофизиологической идентичности.

Примером такого подхода служит известная метафора: «Мозг вырабатывает мысль, как печень – желчь». Эта метафора была лозунгом «примитивного» материализма, особенно бывшего популярным в середине XIX века (К. Фогт, Л. Бюхнер, Я. Молешотт), но который активно исповедовался и в XX веке, хотя и назывался механистическим. Диалектический материализм в плане соотношения сознания и мозга, заявляя о своем принципиальном отличии от механицизма, на самом деле недалеко ушел от него, и рассматривает сознание в неразрывном единстве и связи с материальным миром, как существенное свойство материи. В качестве первоосновы выступает материя, а сознание является вторичным, производным от нее. Сознание, с точки зрения диалектического материализма, существует реально, но лишь в связи с материальным, как его отражение.

Согласно высказыванию С.А. Богомаза в этом направлении [2, с. 5]: «В 70-е годы в рамках нейробиологии учеными была сформулирована так называемая «Центральная догма». Она звучит следующим образом – все нормальные функции здорового мозга и все их патологические нарушения, какими бы сложными они не были, можно в конечном итоге объяснить, исходя из свойств основных структурных компонентов мозга». Однако догматичность данной теории оказалось противоречивой даже в момент ее создания, а в настоящее время либерализации научных исследований и открытого представления их результатов найдено значительное количество доказательств, прямо противоречащих. Конечно, следует отметить, что в рамках этой парадигмы, было предложено значительное количество оригинальных подходов, одной из целей которых была попытка вырваться из удушающих объятий парадигмы психофизиологической идентичности, фактически оставаясь в ее рамках.

Например, подход системной психофизиологии В.Б. Швыркова [3], о котором Ю.И. Александров пишет: «Приведенное решение психофизиологической проблемы избегает [4, с. 278]:

- отождествления психического и физиологического, поскольку психическое появляется только при организации физиологических процессов в системе;
- параллелизма, поскольку системные процессы есть процессы организации именно элементарных физиологических процессов;

- взаимодействия, поскольку психическое и физиологическое – лишь аспекты рассмотрения единых системных процессов».

Данный подход, с одной стороны, несколько отойдя от прямого отождествления, с другой стороны, не достиг парадигмы взаимодействия, так и не придав психическому отдельных свойств и оставив его на уровне лишь одного из аспектов «единых системных [по сути, материальных] процессов».

Несколько по-иному пыталась не столько решить, сколько снять психофизиологическую проблему, строго оставаясь в рамках парадигмы психофизиологической идентичности, Ю.Б. Гиппенгеймер [5]: «Имеется единый материальный процесс, и то, что называется физиологическим и психическим, – это просто две различные стороны единого процесса. (...) Дело обстоит не так, что существует мозговой физиологический процесс и в качестве его отсвета, или эпифеномена, психический процесс. И мозговые, и психические «процессы» (процессы в кавычках, ибо они не имеют самостоятельного существования) – это лишь две разные стороны из *многих сторон*, выделяемых нами, обобщённо говоря, в процессе жизнедеятельности. (...) видимые случаи взаимодействия души и тела могут быть проинтерпретированы совершенно иначе – просто как два разных проявления одной общей причины». Далее Ю.Б. Гиппенгеймер отмечает, что, вообще говоря, при такой переформулировке психофизиологическая проблема скорее *снимается*, чем *решается*: «...по крайней мере, в той части, которая относится к вопросу о соотношении физиологических и психических процессов» [5, с. 235].

Предложены еще многие варианты полного (по крайней мере, так казалось их авторам) или чаще частичного решения психофизиологической проблемы, но все они оставались в рамках одной из трех указанных выше парадигм. В списке отечественных ученых, занимавшихся этой проблемой можно отметить В.В. Орлова [6], его ученицу З.В. Макарову [7], А.Ф. Корниенко, А.Н. Леонтьева [8], Е.Н. Песоцкую, Е.Е. Соколову, А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского [9] и многих других.

З.В. Макарова [7], касаясь состояния психофизиологической проблемы в западных странах, отмечает, что «Рассмотрев рамочно теоретические положения некоторых представителей зарубежной психофизиологии и философии, занимающихся исследованиями «mind body problem», выяснили, что практически все ведущие западные философы принимали участие в дискуссии по вопросам соотношения ментального и физиологического, сознания и мозга. Наибольший интерес представляют теории физикализма (У. Куайн), функционализма (П. Черчленд, Д. Деннет), эмерджентизма (Р. Сперри, Дж. Ллоу, Т. Нагель) и других представителей зарубежной философии. В западной философской литературе оживленные дискуссии продолжают и сохраняют свою актуальность до сих пор».

Но ни один предложенный подход в рассмотрении данной проблемы до сих пор не привел в общепризнанному решению психофизиологической проблемы.

К сожалению, все три базовых подхода к решению психофизиологической проблемы, называемых научными, сегодня уже не отвечают важнейшему критерию научности, который заключается в том, что рассматриваемая гипотеза охватывает все известные на данный момент факты. А если рассматривать в их полноте все известные нам сегодня факты, то все три парадигмы оказываются внутренне противоречивыми.

Рассмотрим факты, которые при полном рассмотрении всех их в рамках каждой парадигмы, порождают внутреннюю противоречивость каждой из них:

1. Мы в [10] показали (вслед за рядом публикаций других авторов), что технических возможностей человеческого мозга на много порядков не хватает как на обработку, так и на хранение тех гигантских объемов информации, которые должны «находиться» в мозге при парадигме отождествления психического и физиологического (психофизиологическая идентичность).

2. Французский социолог и психолог Гюстав Ле Бон еще в конце XIX века показал в [11], что человек несет в себе (где в себе?) огромную информацию от предыдущих поколений (не только от родителей, но и от многих поколений, фактически – от всего устойчиво сложившегося в течение многих поколений народа), во многом определяющую ментальность человека независимо от условий его воспитания в иной среде, принципиально отличной от социальной среды общества. В одном из направлений «глубинной» психологии – в аналитической психологии основатель этого направления Карл Густав Юнг назвал примерно этот феномен коллективным бессознательным. Правда, К. Юнг считал коллективное бессознательное единым для всего человечества, а Г. Ле Бон индивидуализировал это бессознательное в качестве ментального наследства, получаемого индивидом от расширяющейся вглубь поколений пирамиды прямых родственников пробанда. Объем этой информации явно не вмещается в физически передаваемый от родителей к ребенку генетический аппарат и при этом является «скрытой силой», во многом влияющей на взгляды и поведение взрослого человека.

3. Вслед за выходом в свет в 1976 году книги Раймонда Моуди «Жизнь после смерти» [12] и последовавшей вслед за этой книгой лавиной подобных публикаций стало невозможно отрицать независимое существование «души» (мы здесь не определяем это понятие) вне жизни материального тела. Хотя все данные об этом нематериальном (в категориях примитивного материализма) получены методом интроспекции, который в современной науке не считается наиболее достоверным способом сбора инфор-

мации, частично достоверность этой информации, оказавшейся в распоряжении «отделившейся от тела души», проверяется знанием вернувшегося к жизни после переживания бессознательного состояния клинической смерти (а совсем не любого бессознательного состояния) о предметах, находящихся в комнате и которые человек принципиально не мог видеть с места, на котором он находился, а только с более высокой точки над телом, да еще при свободе перемещения по комнате. Кстати, об интроспекции – серьезная научная экспериментально подтверждаемая психология началась в 1879 году с создания ординарным профессором философии в Лейпцигском университете Вильгельмом Максимилианом Вундтом первой в мире Лейпцигской психологической лаборатории. Причем, вся работа в этой лаборатории, весьма скоро преобразованной в институт экспериментальной психологии, осуществлялась именно методом интроспекции.

Эта «посмертная жизнь души» изначально была достоянием религий, в дальнейшем – эзотерики. Но сегодня наличие этой структуры собственного «Я», не являющейся частью того материального мира, который дан нам в ощущениях, но реально существующей в той части реального (а, значит, материального) мира, которая не дана нам в ощущениях, и содержащей всю информацию о личности индивида вне его мозга для многих исследователей считается априорным. В качестве доказательства применяются рассказы выживших после клинической смерти называются в современной литературе ОСП – околосмертными переживаниями. Их следует разделять с угасающим впечатлениям умирающего от недостатка кислорода мозга (одна из гипотез возникновения ОСП, хотя она с натяжкой может быть отнесена только к феномену «прокручивания» перед человеком в состоянии клинической смерти всей его жизни, но и здесь можно привести контраргументы – объем представленной в таком «прокручивании» информации явно превышает объем памяти, которой обладает человек) и сохранившимся в памяти после восстановления кислородоснабжения мозга. Первой известной нам публикацией рассказа об околосмертном переживании является рассказ в Талмуде [13] (закончен написанием в 467 году текущего исчисления лет, одного из многих исчислений календаря нееврейских народов, более 1500 солнечных лет назад). Этот рассказ приведен в талмудическом трактате Бава Батра лист 10 стр. 2 и повторен в другом талмудическом трактате – Псахим – мы не приводим здесь ни перевод названия талмудических трактатов, ни иные данные об этом сборнике мудрости огромного объема, что является предметом отдельного изучения.

4. Сегодня нам известно на основании огромного количества данных о связи определенных частей мозга с теми или иными психическими феноменами, свойствами, проявлениями. Разрушение определенных фрагментов мозга приводит к полной или частичной утере соответствующей

психической функции (иногда частично восстанавливаемой со временем за счет пластичности мозга, за счет перераспределения утраченной функции между иными фрагментами мозга).

5. Этот аспект во многом противоположен аспекту 4 и одновременно дополняет его. Мы знаем, что многочисленные клинические и экспериментальные данные, накопленные в науке в последние десятилетия, свидетельствуют, что между психикой и мозгом существует тесная и диалектическая взаимосвязь. Воздействуя на мозг, можно изменить и даже уничтожить дух (самосознание) человека, стереть личность, превратив человека в зомби. Сделать это можно химически, используя психоделические вещества (в том числе наркотики, хотя в последние десятилетия спектр таких веществ весьма расширился и включает далеко не только наркотические химические соединения), «электрически» (с помощью вживленных электродов) или несколькими иными воздействиями на мозг. В настоящее время с помощью электрических или химических манипуляций с определенными участками головного мозга человека изменяют состояния сознания, вызывая различные ощущения, галлюцинации и эмоции. Психологические состояния человека тесно связаны с наличием или отсутствием того или иного химического вещества в мозге. По сути, все лекарства из психофармакологии пытаются изменить состояние сознания и функционирование психики, изменяя химизм мозга (синапсов, нейронов, межклеточной среды).

С другой стороны, все, что глубоко затрагивает психику, отражается также и на мозге, и на всем организме. Известно, что горе или сильная депрессия могут привести к телесным (психосоматическим) заболеваниям, а в некоторых состояниях – и к смерти соматически здорового организма. Гипноз может вызвать различные соматические расстройства и наоборот, способствовать излечению. Эффект плацебо, т.е. эффект нейтрального вещества, которое применяется вместо «ультрасовременного» лекарства, действенен для одной трети больных.

6. Невозможно отрицать наличие и огромную роль онтогенеза. Это снимает вопрос (или требует дополнений в объяснениях) о наличии готовой, до рождения ребенка существующей души, обладающей предыдущим опытом и ранее накопленными знаниями, которую родившийся ребенок получает в готовом виде.

Итак, аспекты 1, 2 и 3 противоречат парадигме психофизиологической идентичности. Аспекты 4, 5 и 6 противоречат парадигме психофизиологического параллелизма. Аспекты 2 и 3 также противоречат парадигме психофизиологического взаимодействия, понятого как одновременно появившийся и одновременно исчезающий комплекс неразрывно связанного между собой психического и телесного.

Значит, выход из создавшегося положения может быть найден либо на пути построения

четвертой, не имеющей внутренних противоречий при охвате всех известных фактов парадигме (нам, да и не только нам пока это не удалось), либо на пути построения комплексной парадигмы из некоторой комбинации имеющихся. Мы пойдем вторым путем и попробуем предложить модель, объединяющую парадигмы психофизиологического взаимодействия и психофизиологического параллелизма, полностью отбросив парадигму психофизиологической идентичности.

Постулируем построение структуры «психика – тело», состоящей не из двух, как обычно, а из трех составных частей – вечной и всезнающей души, созданной из нее на период жизни материального организма *эпидуши* и материального мозга, находящегося в организме, существующем в период своей жизни в нашем материальном мире, данном нам в ощущениях. Все три структуры находятся в последовательном взаимодействии – душа контактирует и взаимодействует только с эпидушой, эпидуша взаимодействует с мозгом в одну сторону и душой в другую сторону, мозг взаимодействует только с эпидушой. В момент зачатия или вскоре после него на ранней стадии развития зародыша (по некоторым религиозным взглядам, как еврейским, так и христианским – на 40-ой день после зачатия) развивающийся материальный организм получает вновь и исключительно для него сформированную эпидушу, чистую от чистой от накапливаемого в дальнейшем знания, только начинающую свой онтогенез (в состоянии *tabula rasa*). Правда, по некоторому слою еврейских взглядов эта эпидуша от «спуска» в эмбрион до момента рождения обладает большими знаниями (но существенно меньшими, чем душа), которые она «забывает» перед самым рождением ребенка.

Мозг человека представляет собой, по сути, компьютер, который обладает всего двумя функциями – всем набором сенситивных возможностей и их первичной организацией (в связи с соответствующими рецепторами – зрение, слух, тактильность, вкус и т. д. на уровне чувствительности. Ощущение и восприятие находятся уже не в мозге, а в эпидуше) и системами управления двигательного комплекса организма по командам из эпидуши. Кроме этого мозг может обмениваться информацией с эпидушой – передавать ей ощущения и получать из нее управляющие команды для двигательного комплекса. В мозгу также жестко «прошиты» (введены, закреплены и постоянно, неотторжимо присутствуют) программы простейших безусловных рефлексов (которые могут исчезать при разрушении той части мозга, где они «прошиты»). Но, возможно, что программы этих простейших безусловных рефлексов, «прошиты» в эпидуше без вывода их в сознание и исчезают (не могут проявиться) при разрушении той части мозга, через которую они реализуются из-за нарушения связи «передатчик» (эпидуша) – «приемник» (соответствующая часть мозга, управляющая исполнением данного рефлекса). Даже при выполнении безусловных рефлексов информация

об отклонениях, которые требуют более сложных (разумных) действий доводится до сведения сознания, например, безусловно выполнив быстрое отдергивание руки от огня, эпидуша относительно медленно передает в сознание информацию обо всем событии и особенно о боли.

Автоматическое управление внутренними органами (получение информации от них, постоянный анализ полученных данных по заданным «прошитым» программам и возврат команд по функционированию комплекса внутренних органов) осуществляется в основном автономной нервной системой с минимальным включением низших (по отношению к коре) отделов головного мозга (в первую очередь, ствола мозга и мозжечка), но, возможно, что и программы оценки состояния и управления внутренними органами (анализирующие и управляющие функции, приписываемые автономной нервной системе) «прошиты» в эпидуше без вывода их в сознание. В сознание информация попадает только при резком отклонении функционирования внутренних органов, когда имеющиеся программы доводят до сведения сознания информацию о наступившем отклонении и о своей неспособности справиться с ситуацией – боль, дискомфорт.

Все, что мы относим к сознанию и высшей психической деятельности (несколько неверное название – высшая нервная деятельность), расположено в эпидуше (там располагается «процессор», реализующий все эти функции). Там же располагается полная, огромного объема память человека, которая проявляется в сознании (через «процессор») лишь частично, с реализацией функции забывания и неожиданного «всплывания» частей запомненной ранее, но забытой информации [14]. В этой мысли мы опираемся на мнение У.Г. Пенфилда, которое мы приводим по книге Оливера Сакса [15]. Канадский нейрохирург американского происхождения У.Г. Пенфилд на основании наблюдений больных пришел к выводу, что мозг сохраняет *точную запись всех переживаний* человека *в течение всей его жизни* (зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых, обонятельных, эмоции, настроение, весь объем мышления и проч.). Поток сознания человека, считал У.Г. Пенфилд, регистрируется *в полном объеме* и может затем воспроизводиться как в обычных жизненных обстоятельствах, так и в результате эпилептической или электрической стимуляции. О. Сакс в этой же книге приводит еще ряд примеров нереально точного и подробного (в понятиях обычной памяти) запоминания событий жизни и воспроизведения (реминисценции) полных картин давно ушедших для пациента дней при тех или иных повреждениях или патологических возбуждениях мозга при том, что эта информация была «забыта» пациентом в течение десятилетий и вдруг выяснилось, что эта часть памяти полностью и в деталях сохранена. О. Сакс также приводит случай полного отсутствия в памяти больного неко-

торых его действий под влиянием фенциклидина (PCP, сильный наркотик), что хорошо известно из литературы по фенциклидину, и полное, детальное, красочное «всплывание» этих событий в памяти в результате серьезной травмы головного мозга [15, стр. 235]

Иногда отклонения в работе мозга влияют на функционирование эпидуши. Например, эпилептическое (естественное или искусственное) возбуждение некоторых отделов височной доли мозга (мамиллярных тел) может вызывать в сознание реминисценции из хранимого в эпидуше полного объема памяти, но спрятанного за завесой забывания.

Подсознание, интуиция, огромные интеллектуальные возможности, полная информация о предыдущем и накапливаемом в данной жизни опыте, знаниях, научении находится в душе, которая может по мере необходимости (неясно как определяемой) передавать части своей информации эпидуше и непрерывно получать от нее весь объем накопленного опыта.

Именно эпидуша, будучи при рождении чистой от еще не накопленной информации и научения, тем не менее, возможно, обладает многими «прошитыми» в ней программами – безусловных рефлексов, управления внутренними органами и, главное, способностью к онтогенезу, к научению. Именно эпидуша проходит полный известный нам процесс онтогенеза, в частности процесс развития мышления и научения, и контактирует с мозгом в соответствии с теми частями мозга, которые запрограммированы и выполнены для передачи организму тех или иных функций психики. Соответственно эпидуша получает от мозга ощущения от сенсоров в соответствии с теми частями мозга, которые получают информацию от этих сенсоров и передают ее в эпидушу. Именно поэтому при разрушении определенной части мозга эпидуша теряет возможность реализовывать «связанную» с этим участком мозга психическую функцию – «передатчик» (в эпидуше) существует, а «приемник» (в мозге) разрушился. Верно и обратное – при гибели того или иного сенсора (например, глаза) «приемник» (в эпидуше) существует, «передатчик» (в мозге) исправен, но информация на «передатчик» не передается. А может быть разрушен и «передатчик» (в мозге), тогда информация от сенсора тоже не дойдет до «приемника» (в эпидуше). Как принято в компьютерных науках, можно предположить, что передача информации между «приемником» и передатчиком» (в обе стороны) осуществляется при активном участии «процессоров» с обеих сторон.

В момент смерти материального мозга эпидуша, передав весь накопленный материал в душу (возможно, весь накопленный материал передается из эпидуши в душу не однократно, а постоянно по мере получения) она (эпидуша) или сливается с душой (возможно, оставаясь в ее структуре отдельным блоком информации, несущем, например, среди прочего, информацию о реальностях того исторического периода, в котором жил

человек, мозг которого при жизни был связан с данной эпидушой. Возможно, душа может включать в себя ряд эпидуш из разных исторических эпох нашего мира) или перестает существовать. Возможно, описанное «прокручивание» всей жизни перед смертью является отражением процесса копирования накопленной информации из эпидуши в душу.

Скорее всего, в момент клинической смерти при возникновении околосмертного переживания сознание человека уже переходит к душе (или остается в эпидуше, временно потерявшей связь с материальным мозгом, но еще не слившейся с душой и еще не прекратившей свое отдельное существование), но затем по каким-то причинам возвращается к эпидуше, восстановившей связь с мозгом вместе с «оживлением» тела. Выясняется, что душа или эпидуша при околосмертном переживании имеет временное и по времени весьма короткое месторасположение в нашем материальном трехмерном мире с возможностью ограниченного перемещения над телом, а именно, в той же области пространства, где находится умирающее материальное тело (над телом в комнате, над телом на месте автомобильной аварии и т.д.).

Описанные в [10] части души А, В и С целиком относятся к той структуре, которая в данном тексте названа эпидушой.

Такая гипотеза, объединяющая парадигмы психофизиологического взаимодействия и психофизиологического параллелизма, позволяет без внутренних противоречий объяснить все имеющиеся факты, и не прибегает к необходимости включать в себя прямо противоречащую данной гипотезе парадигму психофизиологической идентичности. Парадигму психофизиологического параллелизма в этой гипотезе реализует душа, а парадигму психофизиологического параллелизма – эпидуша.

Следствиями приведенной гипотезы может являться выявление принципиальных ограничений воздействия психиатрии и психологии. Можно весьма схематично разграничить интересы и области воздействия средств различных влияний на функционирование организма.

Основным интересом и целью воздействия неврологии является проводимость нервных путей, их миелинизация, уровни чувствительности или блокировка рецепторов (сенсоров) и внешняя правильность построения структуры нервной системы, включая головной и спинной мозг (в терминах рассматриваемой гипотезы структурная исправность «передатчика», «приемника», сенсоров и материальных связующих путей между ними самими и между «мозговыми устройствами», управляющими движениями и эффекторами).

Психиатрия своими лекарствами в первую очередь воздействует на химизм процессов передачи информации в мозгу, то есть на химию передачи нервного возбуждения между синапсами и общий химизм мозга, включая межкле-

точную среду. Именно успех (хотя и частичный, но весьма впечатляющий) психиатрической фармакопеи указывает в рамках рассматриваемой гипотезы, что многие психические отклонения (но не все) связаны в первую очередь с неисправностью «приемника» информации от эпидуши и особенно с неисправностью «процессора», и нормализация химического положения в синапсах устраняет, хоть зачастую и частично, проблемы сознания, на которое напрямую материальная химия воздействия оказать не может. Среди прочего именно успех психиатрической фармакопеи демонстрирует изначально здоровое состояние эпидуши. Ограничением психиатрии именно и является невозможность воздействия на нематериальную (в понятиях материального мира, данного нам в ощущениях) эпидушу, и во многом случаи неудач или неполного восстановления нормального состояния сознания со стороны психиатрии связаны с необходимостью так или иначе воздействовать на эпидушу, на что психиатрия принципиально неспособна.

Психология (психотерапия, гипноз) воздействуют именно на нематериальную эпидушу, воздействуют по экспериментально выявленным неполным путям, не зная ее структуры, законов функционирования и необходимых путей воздействия на нее. Именно этим объясняется весьма ограниченная эффективность таких воздействий. Имеется много теорий в психиатрии, например, огромный спектр теорий личности, но пока не создана общая единая теория функционирования психики (и нет реальных подходов к ее созданию), способная объяснить многообразие психических. Но только из такой теории следствиями будут пути воздействия на отклонения в проявлениях функционирования эпидуши и принципы ее терапии.

Предложена гипотеза построения и функционирования структуры «психика – тело», объединяющая парадигмы психофизиологического взаимодействия и психофизиологического параллелизма. Эта гипотеза объединяет все известные на сегодня факты и при этом является внутренне непротиворечивой.

Из предложенной гипотезы построения и функционирования структуры «психика – тело» достаточно однозначно следует необходимость сознательной реализации цели жизни.

Показана принципиальная невозможность полностью и окончательно излечить психическую болезнь материальными (химическими и иными) средствами воздействия на материальный мозг. Возможно только поддержание исправного той или иной степени функционирования мозга.

Литература

1. Сербиновская Н.В. *Психология*. Ростов-на-Дону: ЮФУ; ЮРГУЭС, 2011. 64 с.
2. Богомаз С.А. *Лекции по анатомии и физиологии центральной нервной системы*. Томск: Томский государственный университет, 1999. 59 с.

3. Швырков В.Б. *Нейрофизиологическое изучение системных механизмов поведения*. Москва: Наука, 1978. 241 с.
4. Александров Ю.И. *Психофизиология*. Санкт-Петербург: Питер, 2014. 464 с.
5. Гиппенрейтер Ю.Б. *Введение в общую психологию*. Москва: ЧеРо, Юрайт, 2002. 336 с.
6. Орлов В.В. *Психофизиологическая проблема. Философский очерк*. Пермь: Изд-во Пермского государственного университета, 1966. 435 с.
7. Макарова З.В. *Научная философия и психофизиологическая проблема. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата философских наук*. Пермь: Пермский государственный университет, 2007. 180 с.
8. Леонтьев А.Н. *Деятельность, сознание, личность*. Москва: Политиздат, 1975. С. 159-165.
9. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. *История и теория психологии*. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 416 с.
10. Дацковский И. Мозг, мышление, память, душа. *Психология, социология и педагогика*, 2018, № 6. Режим доступа: <http://psychology.snauka.ru/2018/06/8603>
11. Ле Бон Г. *Психология народов и масс*. Санкт-Петербург: Макет, 1995. 311 с.
12. Моуди Р. *Жизнь после смерти*. 1976. Режим доступа: <http://www.lib.ru/MOUDI/moudi.txt>
13. *Вавилонский Талмуд*. Режим доступа: <http://www.mechon-mamre.org/i/0.htm>
14. Дацковский И. Аутологотерапия здоровых. *Психология, социология и педагогика*, 2018, № 5. Режим доступа: <http://psychology.snauka.ru/2018/05/8572>
15. Сакс О. *Человек, который принял жену за шляпу*. Москва: АСТ, 2017. 352 с.

Philosophical generalization of psychophysiological problems: a scientific search for the relationship of the brain and psychology

Datskovsky I., Starostin V.P., Zhondorov P.N.

Clinic of Psychodiagnostics and Pathopsychology, Yakutsk State Agricultural Academy

This article presents a general formulation of the psychophysiological problem and basic options for its solution. The second part deals with the Soviet / Russian experience in solving a psychophysiological problem. The third part of the article provides a general criticism of basic approaches to solving a psychophysiological problem. In the fourth, main part of the article, the author's view on the possible solution of the psychophysiological problem is different from the existing one. In the fifth part, based on the model for solving a psychophysiological problem, discussed in the fourth part of the article, some consequences of the proposed approach are considered theoretical limits of the possibilities of psychiatry and psychology are achievable only in the future.

Keywords: psycho-physiological problem, psycho-physiological parallelism, identity, interaction, mind, brain.

References

1. Serbinovskaya N.V. *Psychology*. Rostov-on-Don: SFU; SRSUES, 2011. 64 p.
2. Bogomaz S.A. *Lectures on the anatomy and physiology of the central nervous system*. Tomsk: Tomsk State University, 1999. 59 p.
3. Shvyrkov V.B. *Neurophysiological study of systemic mechanisms of behavior*. Moscow: Science, 1978. 241 p.
4. Aleksandrov Yu.I. *Psychophysiology*. St. Petersburg: Peter, 2014. 464 p.
5. Gippenreiter Yu.B. *Introduction to general psychology*. Moscow: CheRo, Yurayt, 2002. 336 p.
6. Orlov V.V. *Psychophysiological problem. Philosophical essay*. Perm: Publishing house of Perm State University, 1966. 435 p.
7. Makarova Z.V. *Scientific philosophy and psychophysiological problem. Abstract of dissertation for the degree of candidate of philosophical sciences*. Perm: Perm State University, 2007. 180 p.
8. Leontiev A.N. *Activity, consciousness, personality*. Moscow: Politizdat, 1975. p. 159-165.
9. Petrovsky A.V., Yaroshevsky M.G. *History and theory of psychology*. Rostov-on-Don: Phoenix, 1996. 416 p.
10. Datskovsky I. *Brain, thinking, memory, soul. Psychology, sociology and pedagogy*, 2018, No. 6. Access mode: <http://psychology.snauka.ru/2018/06/8603>
11. Le Bon G. *Psychology of peoples and masses*. St. Petersburg: Layout, 1995. 311 p.
12. Moody R. *Life after death*. 1976. Access mode: <http://www.lib.ru/MOUDI/moudi.txt>
13. *The Babylonian Talmud*. Access Mode: <http://www.mechon-mamre.org/i/0.htm>
14. Datskovsky I. *Autologo therapy healthy*. *Psychology, sociology and pedagogy*, 2018, № 5. Access mode: <http://psychology.snauka.ru/2018/05/8572>
15. Saks O. *The man who took his wife for a hat*. Moscow: AST, 2017. 352 p.

Основные критерии результативности воздействия социальной рекламы на ценности современной молодежи

Жило Артём Андреевич

аспирант кафедры психологии, социологии, государственного и муниципального управления, Российский университет транспорта (РУТ (МИИТ))

В данной статье раскрыта значимость воздействия социальной рекламы на ценности современной молодежи. Раскрыты критерии результативности воздействия социальной рекламы на молодых людей. Подчеркивается важность особого внимания к вопросам социального регулирования сферы рекламных коммуникаций, воздействие которой на социальный облик молодежи является значительным.

Ключевые слова: социальная реклама, ценности, ценностные ориентации.

В современном обществе остро стоит потребность в активной личности, участвующей в социальной жизни и общественно значимой деятельности. Разнообразные социальные проекты и мероприятия могут способствовать повышению социально-культурной активности населения и предоставлять возможность молодежи реализовать свой потенциал, творчески и интеллектуально развиваться, если будут грамотно организованы. Воспитание творческой активности и самореализации современной молодежи является приоритетным направлением государственной образовательной и культурной политики.

Участие молодежи в восприятии, осмыслении и создании социальной рекламы не только могут позволить им повысить свой социально-образовательный уровень, но и помочь в процессе их дальнейшей жизни.

Особенности возрастного, психического развития современных молодых людей запускают у них своеобразную социальную активность: они становятся восприимчивы к усвоению норм, ценностей и способов поведения, существующим в мире людей и в их отношениях. В юношеском возрасте идет сознательное усвоение ценностей. Молодые люди начинают строить и свое поведение в соответствии с теми нормами, которые они усваивают под влиянием окружающей среды (семьи, друзей, представителей общественности, медийных личностей и пр.).

Изменяется и характер познавательной деятельности. Молодежь в целом способна к сложному аналитико-синтетическому осмысливанию окружающего. У молодых людей совершенствуется способность самостоятельно мыслить, рассуждать, сравнивать, делать более глубокие выводы и обобщения. Уточняется и становится более развитым абстрактное, теоретическое мышление, возможность логической обработки материала. Внимание становится более целенаправленным, устойчивым и организованным.

У молодых людей ярко проявляется осознание своей индивидуальности, осмысление собственного «Я», появление жизненного смысла, установок на сознательное выстраивание своей жизни, взаимодействие с социумом [10].

Одно из средств воздействия на ценности современной молодежи – это социальная реклама. О.Савельева отмечает, что социальная реклама, кроме информационной функции, выполняет адаптивную и воспитательную [6]. Кроме этого, эмоциональная насыщенность социальной рекламы позволяет быстро и достаточно корректно включить молодого человека в систему социальных отношений и взаимосвязей, поэтому значение социальной рекламы в вопросах формирования механизмов социализации в настоящее время является огромным [4].

Вопросы изучения влияния рекламы как социального института на ценности молодежи в последнее время затрагивали в собственных работах такие ученые, как М.К. Горшков [2], О.О. Савельева [6], В.Е. Семенов [7], С.В. Толмачева [8], Н.Г. Харитоновна [9] и другие.

Реклама – полноценный общественный институт, который выполняет определенные функции в социуме, и влияет на ценности, нормы и традиции, а также на поведение молодых людей [1]. За счет того, что рекламная коммуникация встраивается в каждодневную жизнь молодого поколения, ее влияние во многих случаях выступает как незаметное и завуалированное. Рекламные ролики могут формировать определенный информационный фон, к содержательной стороне которого становится возможным обращаться в разные моменты или, напротив, скорее игнорировать его. Так может быть создана иллюзия, связанная со свободой выбора и личного самостоятельного принятия решения, что позволяет увеличить возможности, связанные с влиянием рекламной продукции на личность и поведение подрастающего поколения [5].

Реклама также может оказывать влияние на ценностную структуру молодого поколения современности: отражаясь в потребностях, нормах, целях, представлениях о стиле жизни. С.В. Толмачева говорила о том, что, являясь одной из сторон массовой культуры, реклама может воздействовать на усвоение ценностных ориентаций молодого поколения и может определять ее обыденное мировоззрение [8].

В.И. Рерке в своем исследовании доказывает, что социальная реклама оказывает влияние на ценностные ориентации современной молодежи, что проявляется в отношении к употреблению психоактивных веществ и курению и отношении к рекламе табака и алкоголя в СМИ. Социальная реклама позволяет обосновать значимость социальных мер по борьбе с вредными привычками в среде молодежи. Другими критериями оценки воздействия социальной рекламы на личность молодежи авторы выделили:

- ценностные ориентации (инструментальные, терминальные ценности);
- смысложизненные ориентации (осмысленность жизни, локус контроля и пр.) [4].

Под влиянием социальной рекламы происходят выраженные изменения жизненных ценностей юношей и девушек (по отношению к буду-

щей семейной жизни, во взаимодействии с окружающими), а также возрастание приоритетной значимости таких качеств, как исполнительность, ответственность, самоконтроль. В отношении смысложизненных ценностей положительное воздействие социальной рекламы отражается на показателях осмысленности жизни и деятельности, ее направленности и временной перспективе, а также стремления молодежи к самореализации [4].

Л.А. Андросова, И.Г. Кондратьева говорят о том, что реклама способна оказать влияние на следующие показатели ценностных ориентаций молодежи, которые определяют интересы, потребности молодых людей, их включенность в социальные отношения. Ценности выступают не только как ориентир жизни для молодежи, который определяет цель и стремления, но и выступают механизмом социального контроля, демонстрации здорового образа жизни [1].

При изучении основных ценностей современной молодежи, Е.М. Танасиенко полагает важным выделять и исследовать следующие аспекты, которые можно также представить в виде критериев результативности воздействия социальной рекламы на ценности современной молодежи:

- систему ценностей, которые позволяют выработать перспективные жизненные позиции и стратегии в дальнейшей профессиональной, познавательной, социальной деятельности;
- культуру мышления, которая представляет собой духовное образование и характеризует степень социального развития чувства ответственности;
- интегративность ценностных установок, проникновение которых может формировать образ жизни, комфорт, обеспечивает гарантированную надежность в разнообразных областях деятельности [3].

Н.В. Розенберг, И.А. Рудакова в числе значимых характеристик современной рекламы обозначают такие из них, как массовость, авторитетность, привлекательность и непреднамеренный характер воздействия. Помимо этого, они анализируют особенности отношения молодежи к рекламной продукции, а также меру доверия к ней. Авторы подчеркивают, что данные характеристики рекламы и особенности восприятия ее продуктов представителями молодого поколения выступают как основа социализирующего воздействия рекламной коммуникации, могут усиливать действие механизмов, которые лежат в его основе. Исследователи описали ключевые механизмы, находящиеся в основании влияния рекламной продукции как одного из современных агентов социализации подрастающего поколения. В том числе, это следующие механизмы, в числе которых: формирование и поддержание системы ценностей, транслирование и распространение определенной информации, развитие и осмысление новых потребностей и установок, проектирование социальных ориентиров, реализация моделирования реальности, реализация процесса социального контроля [5].

На основании работы Н.В. Розенберга, И.А. Рудаковой можно выделить также следующие критерии воздействия рекламы на современную молодежь и ее ценности:

- усвоение и осмысление новой информации, формирование определенных представлений;
- формирование новых потребностей и установок (развитие ценностей, непосредственно связанных с рекламируемым объектом);
- создание новых ориентиров поведения в обществе;
- отношение к современной реальности и моделирование собственной жизни;
- реализация социального контроля (за распространением нежелательного поведения) [5].

Все это говорит о важности особого внимания к вопросам социального регулирования сферы рекламных коммуникаций, воздействие которой на социальный облик молодежи является значительным. Целесообразной является разработка вопросов специальной политики социального регулирования в сфере рекламных коммуникаций, которая отвечает особенностям современной жизни, за счет которой будут развиваться позитивные социальные проявления рекламы и сокращаться ее негативные последствия.

Социальная реклама высокого качества способна воздействовать на ценности современной молодежи, что может выражаться в следующих критериях, выделенных на основании приведенных работ разных авторов: интегративность ценностных ориентаций (инструментальные, терминальные ценности) и смысловые ориентаций (осмысленность жизни, локус и пр.); жизненные позиции и стратегии молодежи в дальнейшей профессиональной, познавательной, социальной деятельности; духовно-нравственные качества личности и культура мышления личности (ответственность, исполнительность, целеустремленность, стойкость позиции); поведенческие установки и стратегии поведения в сложных жизненных ситуациях.

Литература

1. Андросова Л.А., Кондратьева И.Г. Социокультурное измерение ценностей молодежи, пропагандируемых рекламой: социологический опрос специалистов // Наука. Общество. Государство. – 2014 [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiokulturnoe-izmerenie-tsennostey-molodezhi-propagandiruemyh-reklamoy-sotsiologicheskii-opros-spetsialistov>
2. Горшков М.К., Шереги Ф.Э. Российская молодежь: истоки и этапы социологического изучения // Гуманитарий Юга России. -2012. - № 3. - С. 23-46.
3. Информационно-аналитический бюллетень Института социологии российской академии наук. Выпуск № 3 - 2008. Российская идентичность в социологическом измерении. – М.: Институт социологии РАН, 2008. – 72 с.
4. Рерке В.И. Влияние социальной рекламы на ценностные ориентации современной моло-

дежи // Вестник Иркутского государственного университета. – 2013. - № 9 (80). – С. 321-328.

5. Розенберг Н.В., Рудакова И.А. Механизмы социализирующего воздействия современной рекламы на молодое поколение // Социально-экономические явления и процессы. – 2016. – № 5. – Том 11. – С.86-92.

6. Савельева О. Живая история российской рекламы. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 301 с.

7. Семенов В.Е. Ценностные ориентации проблемы воспитания современной молодежи // Социологические исследования. - 2007. -№ 4. С. 37-43.

8. Толмачева С.В. Реклама глазами молодежи / С.В. Толмачева, Л.В. Генин // Социологические исследования. - 2007. - № 4. -С. 56-60.

9. Харитонов Н.Г. Массовая культура и социализация молодежи // Проблемы психического здоровья молодежи в XXI веке: сборник материалов международной научно-практической конференции. - Пенза: ПДЗ, 2003. - С. 40-46.

10. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: ВЛАДОС, 2012. – 512 с.

11. Шарков Ф.И., Алексеев А.Н., Киселёв В.М., Потапчук В.А. Дизайн как коммуникация // Коммуникология. 2016. Т. 4. № 3. С. 177-187.

Main success criteria for the social impact of advertising on values of modern youth

Zhilo A.A.

Russian University of Transport (RUT) (MIIT)

This article reveals the importance of the impact of social advertising on the values of modern youth. The criteria of effectiveness of social advertising impact on young people are revealed. The importance of special attention to the issues of social regulation of the sphere of advertising communications, the impact of which on the social image of young people is significant, is emphasized.

Key words: social advertising, values, value orientations.

References

1. Androsova, LA, Kondratieva, I.G. Sociocultural dimension of values of young people, promoted by advertising: a sociological survey of specialists // Science. Society. State. - 2014 [Electronic resource] / access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiokulturnoe-izmerenie-tsennostey-molodezhi-propagandiruemyh-reklamoy-sotsiologicheskii-opros-spetsialistov>
2. Gorshkov M.K., Sheregi F.E. Russian youth: the origins and stages of sociological study // Humanitarian South of Russia. - 2012. - № 3. - p. 23-46.
3. Informational and analytical bulletin of the Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences. Issue number 3 - 2008. Russian identity in the sociological dimension. - Moscow: Institute of Sociology, Russian Academy of Sciences, 2008. - 72 p.
4. Rerke V.I. The impact of social advertising on the value orientation of modern youth // Bulletin of Irkutsk State University. - 2013. - № 9 (80). - p. 321-328.
5. Rosenberg N.V., Rudakova I.A. The mechanisms of socializing the impact of modern advertising on the younger generation // Socio-economic phenomena and processes. - 2016. - № 5. - Volume 11. - P.86-92.
6. Savelieva O. Living history of Russian advertising. - M.: Aspect Press, 2001. - 301 p.
7. Semenov V.E. Value orientation problems of education of modern youth // Sociological studies. - 2007. -№ 4. - p. 37-43.
8. Tolmacheva S.V. Advertising through the eyes of young people / S.V. Tolmacheva, L.V. Genin // Sociological Studies. - 2007. - № 4. -С. 56-60.
9. Kharitonov N.G. Mass culture and socialization of youth // Problems of mental health of youth in the XXI century: a collection of materials of the international scientific-practical conference. - Penza: PDZ, 2003. - p. 40-46.
10. Shevandrin N.I. Psychodiagnosics, correction and personality development. - M.: VLADOS, 2012. - 512 p.
11. Sharkov F.I., Alekseev A.N., Kiselev V.M., Potapchuk V.A. Design as a communication // Communicology. 2016.V. 4. No. 3. P. 177-187.

Проблема психологического влияния на присяжных заседателей

Пичугин Виталий Григорьевич

кандидат психологических наук, доцент кафедры «Управление персоналом и психология», Финансовый университет при правительстве РФ, left@lsn.ru

Проблема психологического влияния на присяжных заседателей в ходе судебного разбирательства является междисциплинарной, рассматривать её необходимо не только с точки зрения уголовного права и процесса, но и юридической психологии, психологии личности. Использование психологических знаний в юридической практике имеет как теоретическое, так и практическое значение. Поскольку Верховный Суд РФ в своих решениях рассматривает вопросы восприятия присяжными «шокирующих доказательств», то необходимо применение научно обоснованных критериев психологической оценки допустимого или недопустимого влияния на присяжных. В статье проанализированы подходы к вопросу допустимости представления присяжным и исследования в судебном заседании так называемой «шокирующей информации» и её влияние на формирование предубеждённости по отношению к подсудимым. Приведено исследование восприятия фотографий с изображением «шокирующей информации», приложений к протоколу осмотра места происшествия, которые были исследованы в судах с участием присяжных, выявлен психологический механизм формирования предвзятости и предубеждённости по отношению к лицам, находящихся на скамье подсудимых. Предложен вариант решения проблемы исследования «шокирующих доказательств» в ходе судебного разбирательства с участием присяжных заседателей.

Ключевые слова: уголовный процесс, суд присяжных, психология, судья, восприятие, влияние, воздействие.

Принцип независимости присяжных заседателей предполагает исключение любого незаконного воздействия как со стороны председательствующего в судебном заседании, так и сторон защиты и обвинения. На присяжных не должна воздействовать никакая информация, способная вызвать предубеждение в отношении подсудимого. Законодатель относит к данным, которые запрещено сообщать присяжным заседателям, «факты прежней судимости, признания подсудимого хроническим алкоголиком или наркоманом, а также иные данные, способные вызвать предубеждение присяжных в отношении подсудимого» [1]. Решение, какие иные данные способны вызвать предубеждение присяжных, а какие нет, принимает председательствующий судья. Стоит отметить, что нет строгого и единообразного понимания оценки возможности демонстрации «иных данных» в ходе судебного разбирательства присяжным заседателям. Какие данные окажут негативное психологическое воздействие и вызовут предубеждение присяжных, какие такого воздействия не произведут и присяжные останутся беспристрастными, по каким критериям это определять? Из множества спорных вопросов, возникающих в ходе судебного разбирательства с участием присяжных заседателей, представляется интересным исследовать один самый актуальный, который, судя по практике, встречается наиболее часто, а именно представление для обозрения присяжным фото и видеофрагментов, содержащих изображение трупов, например, в приложенной таблице к протоколу осмотра места происшествия. Обратимся к анализу судебной практики.

Верховный Суд РФ при рассмотрении обозначенного вопроса исходит из обстоятельств конкретного дела, способа демонстрации фотографий (полностью или фрагментарно), учитывает размер, цвет, наличие крови на трупе и ряд других обстоятельств, значимых, по мнению суда, для решения вопроса о влиянии демонстрации таких материалов на предубеждение присяжных. Отказывая представителю обвинения в демонстрации присяжным фотографий трупа, Верховный Суд РФ ссылается также на отсутствие необходимости предъявления присяжным таких данных, поскольку в них не содержится доказательственной ин-

формации: «фотографии трупа Кулагина не содержат какой-либо доказательственной информации, в том числе о предметах, с помощью которых мог быть лишен жизни Кулагин (петля, шнурок, веревка), и о следах воздействия этих предметов, что не оспаривается и в протесте» [2, с.175]. То есть, если бы на шее трупа была верёвка, то по логике Верховного Суда РФ, такую фотографию показывать присяжным допустимо, ввиду наличия доказательственной информации. В данном примере за скобками остаётся вопрос допустимости психологического влияния, которое может вызвать предубеждение присяжных. В другом решении Верховный Суд РФ затрагивает вопрос влияния демонстрации фотографий на предубеждение присяжных, указывая, что такого воздействия в конкретном случае нет, поскольку на фототаблицах «зафиксирована обстановка места происшествия и нет таких сведений, которые могли негативно воздействовать на присяжных заседателей» [3].

Аналогичный вывод сделал Верховный Суд РФ по демонстрации автомашины с обгоревшими трупами, поскольку фотографии были чёрно-белого цвета и небольшого размера. Они являются приложением к протоколу осмотра места происшествия и имеют доказательственное значение. «Данных о том, что исследование присяжными заседателями фототаблицы, приложенной к протоколу осмотра места происшествия, могли негативно повлиять на объективность присяжных заседателей, в деле не имеется. Размер и качество черно-белых фотографий подтверждают лишь наличие трупов в автомашине. Они не вызывают отталкивающего впечатления» [4].

В своей практике Верховный Суд РФ обозначил подход к способу устранения не только последствий психологического влияния (давления), но и нарушения иных несоблюдений уголовно-процессуального закона. Для этого, по мнению Верховного Суда РФ, достаточно председательствующему в судебном заседании своевременно обратиться к присяжным заседателям и разъяснить, какую информацию, оглашённую в судебном заседании, не надо принимать к сведению и учитывать в дальнейшем. Также в напутственном слове перед присяжными заседателями председательствующий, для устранения последствий психологического (эмоционального) воздействия, обязан напомнить содержание исследованных в ходе судебного разбирательства доказательств и разъяснить присяжным, что они не вправе акцентировать свое внимание на тех аспектах этих сведений, которые не имеют никакого доказательственного значения [5, с.96].

Делая выводы об отсутствии негативного психологического влияния на присяжных заседателей, Верховный Суд РФ выходит за рамки своей компетенции. Фотографии с наличием трупов в машине, по мнению суда, «не вызывают отталкивающего впечатления». На основании каких познаний в психологии восприятия сделаны такие выводы? Также является весьма спорной практика (поддержанная

Верховным Судом) устранения психологических последствий демонстрации фотографий с изображением трупов, которые могут вызывать эмоциональную реакцию и предубеждение присяжных, всего лишь разъяснением, что присяжные «не вправе акцентировать свое внимание» на возникших переживаниях, чувствах и эмоциях, а только на том, что имеет «доказательственное значение». Возможна ли ситуация, когда человек, не имеющий опыта многократного восприятия «шокирующей» информации в контексте судебной медицины, криминологии, сможет спокойно смотреть на фотографии трупов и умело контролировать свои чувства и эмоции, отделять их от функции оценки увиденного с точки зрения доказательства наличия или отсутствия события преступления. Восприятие присяжным заседателем «шокирующей» информации (фотографии места происшествия с изображением трупов) в ходе судебного разбирательства обусловлено возникновением определённых чувств, переживаний, эмоций, которые способны вызвать предубеждение и повлиять на беспристрастность и объективность при вынесении вердикта. Для проверки этой гипотезы нами проведено исследование восприятия людьми «шокирующей» информации (фотографии места происшествия с изображением трупов). Целью исследования является выявление чувств, эмоций, которые вызывает демонстрация указанных фотографий. Какое психологическое влияние оказывают чувства и эмоции на формирование предубеждения в отношении подсудимых. Методика исследования максимально приближена к реальной ситуации, в которой происходит восприятие присяжными заседателями информации в судебном заседании. Было отобрано 16 граждан от 25 до 58 лет. Их профессии не связаны с юридической практикой. Они дали письменное согласие на демонстрацию некоторых фотографий из материалов уголовных дел. Фотографии ранее демонстрировались в реальных судебных заседаниях присяжным заседателям по ходатайству стороны обвинения. Изображения подобраны таким образом, чтобы они отвечали практике Верховного Суда РФ и критериям допустимости их демонстрации, которые, по мнению суда, «не вызывают отталкивающего впечатления». Фотографии являются сканом отдельных страниц реального уголовного дела, чёрно-белые, небольшого размера. На фотографии №1 изображён труп девушки, находящийся в постели с ножом в груди, на фотографии №2 – труп мужчины в подъезде на лестнице с петлёй на шее, на фотографии №3 – труп мужчины в автомобиле с огнестрельными ранениями головы. Гражданам, сидящим на стульях в два ряда (как в суде присяжных), были продемонстрированы указанные фотографии, непосредственно каждому переданы в руки. Условия просмотра: посмотреть и, не высказывая своего мнения, молча передать другому. После просмотра каждому выдан листок с вопросом: «Какие чувства (эмоции) вызвали у вас просмотренные фотографии?». После письменного ответа на этот вопрос был выдан второй листок с вопросом: «После просмотра фотографий и указанных вами возникших чувств (эмоций), возникли ли у вас

по поводу просмотренных фотографий какие-либо вопросы? Если да, то какие?». Та же самая процедура проведена с другой группой из 16-ти человек: возраст от 28 до 63 лет, разных профессий, не связанных с юридической практикой, фотографии те же. Только фотографии были показаны индивидуально, люди не могли видеть друг друга и контактировать, они отвечали на те же вопросы изолированно друг от друга. Это важно для сравнения результатов психологического влияния демонстрации фотографий в группе и отдельному человеку. Анализ ответов в первой группе. На вопрос «Какие чувства (эмоции) вызвали у вас просмотренные фотографии?» были получены ответы (16 человек): «отвращение, ужас, кошмар, противно, гнев, расстроился, печально, не нравится». На вопрос «После просмотра фотографий и указанных вами возникших чувств (эмоций), возникли ли у вас по поводу просмотренных фотографий какие-либо вопросы? Если да, то какие?», дали ответ 15 человек. Фигурировали вопросы: «Что произошло? Кто это сделал? Нашли преступника?». У одного человека вопросов не возникло. Во второй группе результаты следующие: чувства (эмоции): «ужас, противно, это печально, гнев». Два человека сообщили об отсутствии чувств и эмоций по поводу увиденных фотографий. Возникшие вопросы: «Что случилось? Нашли ли преступников? Кто их убил?», у трёх человек никаких вопросов не возникло.

Как видим, у подавляющего большинства опрошенных (в первой группе все 16 человек, во второй 14 из 16 человек) возникли негативные чувства (эмоции) от просмотра фотографий. Соответственно, в первой группе у 15 человек из 16 появились вопросы о произошедшем и о виновнике убийства. Во второй группе появились те же вопросы у 13 человек из 16. Результаты первой и второй группы практически идентичны. Во второй группе об отсутствии чувств (эмоций) заявили 2 человека, неимении вопросов – 3, что может объясняться отсутствием группового давления, которое присутствовало в первой группе, где люди хоть и не могли общаться вербально, но хорошо видели и понимали эмоции, возникающие при просмотре фотографий у своих соседей. Важным результатом проведённого исследования является не только подтверждение гипотезы о том, что восприятие «шокирующей информации» вызывает негативные чувства (эмоции), но и то, что на фоне чувственно-эмоционального возбуждения люди начинают искать виновного в совершении преступления, задавая вопросы «что произошло?» и «кто это сделал?».

Чувственно-эмоциональное восприятие противоположно рациональному, логическому анализу поступающей информации. В таком состоянии эмоционального возбуждения, которое было вызвано демонстрацией фотографий, присяжные без критического осмысления находят ответы на заданные себе вопросы, поскольку и сторона обвинения указывает на подсудимых, и обстановка, где подсудимые находятся (за решёт-

кой и под стражей), подсказывают ответ, кто совершил то, что они видели на фотографиях. В этом процессе нет логики, нет рационального оценивая фактов, стимул (демонстрация фотографий «иных данных») вызывает реакцию - внутреннюю поисковую активность, результатом которой может стать идентификация подсудимого с преступником, совершившим то, что было увидено на фотографии. Как результат такого психологического влияния на присяжных заседателей может быть возникновение предубеждения по отношению к подсудимому, поскольку в своей субъективной реальности они уже сложили картину произошедшего и идентифицировали виновного. Даже если председательствующий в судебном заседании укажет, что присяжные «не вправе акцентировать своё внимание» на возникших переживаниях, чувствах и эмоциях, а только на том, что имеет «доказательственное значение», то это будет ещё одним напоминанием именно о тех чувствах и эмоциях, которые испытали присяжные и которые им необходимо автоматически забыть по указанию председательствующего. Представляется сомнительным возможность автоматизации психической деятельности по указанию, а разделение чувств и эмоций от логики и фактов не является тривиальной задачей даже в бытовом общении. Конечно, в судебном разбирательстве у стороны защиты есть возможность предъявлять доказательства, оправдывающие подзащитного или смягчающего его ответственность, но нет предусмотренных законом средств оказания такого мощного эмоционального влияния, которое производит демонстрация «шокирующей информации», а у стороны обвинения такая возможность есть. Насколько это соответствует принципу состязательности и равноправия сторон в судебном процессе? [6]. С другой стороны, сторона обвинения имеет право настаивать на предоставлении всех доказательств присяжным, которые посчитает нужным, поскольку это не только право, но и обязанность прокурора поддерживать обвинение, а лишение стороны обвинения права предоставления доказательств может повлечь отмену оправдательного приговора [7]. Решения присяжными заседателями принимаются не на основании норм закона, а на основании представлений присяжных о справедливости, их житейского опыта и здравого смысла. Чувственно-эмоциональное влияние – это активное вмешательство и управление ценностно-смысловым представлением, формирующимся под воздействием чувств (эмоций), а не здравого смысла. Существует два крайне противоположных подхода для решения вопроса воздействия на присяжных «шокирующей информации (доказательств). Первый – полный запрет на их демонстрацию присяжным заседателям. С. А. Насонов предлагает признавать «шокирующие доказательства» недопустимыми и ввести психологический критерий допустимости доказательств [8, с.177]. Даровских С.М. полагает, что нельзя исключать никакие доказательства из рассмотрения в судебном заседании, полученные в

установленном законом порядке, даже если исследование этих доказательств может повлиять на объективность и беспристрастность присяжных заседателей. Председательствующий имеет право по собственной инициативе исключить доказательство, если сочтёт, что демонстрация присяжным «шокирующей информации (доказательств)» способна вызвать предубеждение в отношении подсудимого [9]. «Нам представляется, что это положение не согласуется с целью разбирательства уголовного дела с участием присяжных заседателей. Как можно вынести справедливый вердикт, не обладая полной информацией о происшедшем событии [10, с.68]. Как было отмечено выше, Верховный Суд РФ, не является сторонником крайних точек зрения и в своей практике основывается на рассмотрении обстоятельств конкретных дел, принимая решение о наличии или отсутствии негативного психологического воздействия на присяжных заседателей, не придерживаясь строгих критериев (ввиду их отсутствия). Представляется, что решением проблемы может являться обобщение практики Верховного Суда РФ по исследованию указанных доказательств с участием присяжных заседателей, выработка критериев допустимости демонстрации «шокирующих доказательств» с учётом научно обоснованных данных о психологических последствиях воздействия на присяжных «иных данных», которые могут вызвать предубеждение в отношении подсудимых.

Литература:

1. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) ч.8 ст. 335 УПК РФ.
2. Насонов С.А. Судебное следствие в суде присяжных: законодательство, теория, практика. М.: Р. Валент., 2001. С.175.
3. Апелляционное определение СК УД ВС РФ от 24.07.2013 г. № 41-АПУ13-23сп [http://www.consultant.ru]: СПС «Консультант-Плюс». (Дата обращения 20.02.2019).
4. Кассационное определение СК УД ВС РФ от 24.05.2011 г. № 56-О11-41сп [http://www.consultant.ru]: СПС «Консультант-Плюс». (Дата обращения 20.02.2019).
5. Насонов С.А. Напутственное слово председательствующего в суде присяжных. М.: Р. Валент., 2006. С.96.
6. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) ст.15.
7. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) ч.1 ст. 389.25.
8. Насонов С. А. Судебное следствие в суде присяжных: законодательство, теория, практика. М., 2001. С. 177.

9. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) ч.5,8 ст. 335 УПК РФ.

10. Даровских С.М. Некоторые вопросы реализации принципа состязательности в суде с участием присяжных заседателей. Актуальные вопросы уголовного процесса современной России: Межвузовский сборник научных трудов. Отв. ред. З.Д. Еникеев. Уфа: РИО БашГУ, 2003. С. 68.

The problem of psychological impact on jurors

Pichugin V.G.

Financial University under the government of the Russian Federation

The problem of psychological influence on jurors during the trial is interdisciplinary; therefore, it is necessary to consider it not only from the point of view of criminal law and process but also from the point of view of legal psychology and personality psychology. The use of psychological knowledge in legal practice has both theoretical and practical significance. Since the Supreme Court of the Russian Federation takes the jury's perception of "shocking evidence" into consideration in its decisions, it is necessary to apply scientifically based criteria for the psychological assessment of acceptable or unacceptable influence on the jury. The article analyzes the approaches to the question of whether the presentation of the so-called "shocking information" to the jury at the court hearing is acceptable, as well as its influence on prejudice formation against defendants. A study was carried out that looked into the perception of photographs depicting "shocking information" and appendices to the inspection protocol of the scene which were investigated in jury trials. A psychological mechanism that accounts for the formation of bias and prejudice against the people in the dock was revealed. A solution to the problem of studying "shocking evidence" during the trial with the participation of jurors is proposed.

Keywords: criminal process, jury court, psychology, judge, perception, influence, effect.

References

1. Criminal Procedure Code of the Russian Federation of December 18, 2001 No. 174-ФЗ (as amended on December 27, 2017) (as amended and added, entered into force on January 8, 201), part 8 of Art. 335 Code of Criminal Procedure.
2. Nasonov S.A. Judicial investigation in jury trial: legislation, theory, practice. M.: R. Valent., 2001. P.175.
3. Appeal definition of IC UD of the RF Armed Forces of the Russian Federation No. 41-APU13-23sp [http://www.consultant.ru] dated July 24, 2013: ATP ConsultantPlus. (The date of circulation is February 20, 2019).
4. The cassation determination of IC UD of the Armed Forces of the Russian Federation of 24.05.2011, No. 56-O11-41sp [http://www.consultant.ru]: ATP ConsultantPlus. (The date of circulation is February 20, 2019).
5. Nasonov S.A. Parting word from the jury presiding judge. M.: R. Valent., 2006. P.96.
6. The Code of Criminal Procedure of the Russian Federation of December 18, 2001 No. 174-ФЗ (as amended on December 27, 2017) (as amended and added, took effect from January 8, 2019), article 15.
7. Criminal Procedure Code of the Russian Federation of December 18, 2001 N 174-ФЗ (as amended on December 27, 2017) (as amended and added, entered into force on January 8, 201), Part 1, Art. 389.25.
8. Nasonov S. A. Judicial investigation in a jury trial: legislation, theory, practice. M., 2001. p. 177.
9. Criminal Procedure Code of the Russian Federation of December 18, 2001 No. 174-FZ (as amended on December 27, 2017) (as amended and added, entered into force on January 8, 201) Part 5.8 of Art. 335 Code of Criminal Procedure.
10. Darovskikh S.M. Some issues of the implementation of the principle of adversarial trial by jury. Actual issues of the criminal process in modern Russia: Interuniversity collection of scientific papers. Ed. ed. Z.D. Enikeev. Ufa: RIO BashSU, 2003. p. 68.

Теоретико-практический ракурс особенностей депрессивных состояний у подростков

Родермель Татьяна Алексеевна

кандидат философских наук, доцент кафедры клинической психологии, Сургутский государственный университет, tra960@mail.ru

Шамухаметова Елена Сафиулловна,

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии, Сургутский государственный университет, shalesaf@mail.ru

В данной статье рассматриваются проблемы подростковых депрессий на современном этапе, которые имеют важное значение в научно-практическом изыскании. Сделан анализ теоретических аспектов проблемы депрессивных состояний у подростков.

Анализ исследовательской практики позволил прийти ученым к выводам, что сравнение депрессии подростков и взрослых, независимо от различий в стадий развития депрессии - все симптомы идентичны. Из различий можно выделить такие особенности у подростков, как булимия, бессонница и повышенная сонливость, потеря интереса к жизни, бурное реагирование на внешние события, излишняя раздражительность, а так же стресс. Но, несмотря на все различия, лечить подростков следует теми видами терапии, что уже зарекомендовали себя в лечении депрессии у взрослого поколения. В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленное на исследование депрессивных состояний у подростков. В большинстве случаев у испытуемых было выявлено депрессивное состояние, наблюдались негативизация прошлого, чрезмерная идеализация будущего и проблемные зоны в настоящем, описание которого затрачивало больше всего времени.

Ключевые слова: депрессия, дезадаптация, депрессивная симптоматика, дисфорический фон, межперсональные отношения, психотравма, прогностическая функция.

Депрессивные расстройства детского и подросткового возраста представляют одну из сложнейших проблем ввиду тяжёлых социальных последствий. Хотя и наличие истинного депрессивного состояния именно у подростков встречается не так часто, но, тем не менее, опасно оно именно своими последствиями. Если оно не будет своевременно купировано, то может последовать проявление истинной депрессии, которая будет осложнять весь процесс взросления и приводить подростков к социальной дезадаптации. Данное состояние на начальных этапах может повлечь за собой множество трудностей, где одной из основных будет являться понижение фона настроения, что повлечет изменение многих сфер жизни. Подобное состояние может затрагивать как снижение интереса к обычным видам деятельности, так и когнитивные и мотивационные нарушения, за которыми могут последовать сложности в дальнейшем самоопределении подростка.

Таким образом, под прогностической функцией можно понимать и как способность к планированию деятельности, так и к действиям и принятием тех или иных решений с определенным временно-пространственным убеждением в отношении ожидаемых, будущих событий. А так как лишь правильно сформированная прогностическая функция с дальнейшей способностью к прогнозированию будет считаться залогом успешной регуляции деятельности, за счет правильно происходящих процессов адаптации личности к меняющимся условиям среды, можно в очередной раз утвердить, что ее нарушение так же приведет к дезадаптации.

Согласно данным подростковой психиатрии средняя и тяжелая формы депрессии в подростковом возрасте встречаются довольно редко, но ее симптомы могут представлять угрозу для жизни тех, кто оказался в таком состоянии. Исследование подростковой депрессивности (Коннелли, 1993 г.) показали, что легкая депрессия встречается в среднем в 90% случаев, а средняя и тяжелая форма депрессии встречается значительно реже, только в 10% случаев.

Структура депрессивных состояний у подростков довольно сложна и демонстрирует сочетанную истинную депрессивную симптоматику, которая своеобразно преломляется в соответствии с возрастом ребенка, а так же личностной защитной реакцией, которая возникает, как ответ на какие-то социальные трудности, будь то проблемы в усвоении школьной программы или изменение отношений с коллективе, но и так же изменение в социальных мерах взаимодействия. На это могут последовать такие личностные реакции, как агрессивность, нарушение поведения, прогулы, конфликты, а так же тяга к антисоциальным течениям.

Такие подростки способны уйти в себя, проводить все больше времени в одиночестве, даже начать питаться отдельно от других; могут начать уделять больше внимания своему внутреннему миру, уходя в фантазии, мысли и грезы. Так же не исключены моменты, когда они могут даже попытаться найти утешение в наркотиках или алкоголе. Нужно уделять пристальное внимание тем подросткам, которые не демонстрируют реакций на какую-либо утрату, но принимают вести бурный образ жизни, слишком поспешно завязывая новые эмоционально окрашенные отношения. Потеря любви является также одной из частых причин самоубийств среди подростков.

Но депрессивные расстройства не исчерпываются тоской, тревогой, страхом, скукой: нередко на первый план выступает так называемый дисфорический фон настроения, при котором преобладает раздражительность с гневливостью, злобностью и агрессией. При этом вспышки ярости, активного сопротивления с драчливостью, грубостью, бранью, как правило, провоцируются извне и чередуются с периодами слезливости и подавленности.

Кэндел и Дэвис обнаружили, что депрессивные симптомы в подростковом возрасте являются основным фактором, определяющим появление депрессивных симптомов во взрослой жизни. Подростки, страдающие от депрессии, подвергаются также большему риску иметь в дальнейшем значительные психосоциальные трудности, включающие меньшую способность к близости, наибольший процент безработицы, большее количество разводов, возрастающую отчужденность от родителей и большую степень употребления наркотиков и алкоголя, в отличие от подростков, не страдающих от депрессии [12].

Подольский А. отмечает, что депрессия и тревожные состояния, депрессия и поведенческие нарушения, включая импульсивное поведение, часто появляются вместе. Значительная доля тех, кто покушается на самоубийство, переживают депрессию, по меньшей мере после своей попытки. Депрессия, мысли о самоубийстве, и употребление наркотиков также связаны между собой. У девушек недовольство своим телом может привести к расстройствам пищевого поведения, а затем и к депрессии. Особую

опасность депрессии всегда связывали с нездоровьем, - исходя из предположения, что депрессия делает человека уязвимым к болезни. Вызываемое депрессией обеднение общения может ухудшать отношения "родитель - ребенок" в отрочестве и влиять на романтические отношения. [9]

Депрессия способна поспособствовать усугублению проблемы и к появлению частого ощущения безнадежности, неспособности приспособления к новым ролям или нахождению способа изменению ее таким образом, чтобы та больше соответствовала потребности подростка. В итоге такой переход может повлиять на понижение самооценки, а так же появлению чувства неудачи, что обусловлено неспособностью успешно исполнять новую роль.

Нас заинтересовала, данная тема, изучив, теоретические основы мы провели исследование депрессивных состояний у подростков.

В исследовании принимали участие 10 подростков в возрасте 15-17 лет. При проведении исследования все участники находились в одинаковых условиях эксперимента.

Методы исследования:

— Диагностическое обследование.

• Многофакторный опросник ММРП «Минимум»; • Методика рисуночных метафор «Мой жизненный путь» И. Л. Соломина; • Опросник временной перспективы Зимбардо; • Сочинение на тему «Мое прошлое, настоящее и будущее»;

— Клиническая беседа.

Основной целью нашей работы являлся анализ исследуемой проблемы, а так же проверка следующей гипотезы: мы предполагали, что прогностическая функция мышления у лиц с выраженным депрессивным фоном будет отличаться своеобразием при сравнении с нормативной выборкой, что будет состоять в:

- преобладании негативного образа прошлого и возможной фиксацией на нем; с неопределенностью своего настоящего, что будет накладывать определенные трудности при сопоставлении своих возможностей для планирования будущего.

- Несоответствии заявляемых целей с имеющимися у них средствами на данном этапе жизни;

- Несформированности ценностей – средств при планировании дальнейшей жизни;

Далее подросткам предлагалось написать **сочинение на тему «Мое прошлое, настоящее и будущее»**. Перед началом проведения сочинения была дана инструкция: «Здравствуйте, вам предлагается написать сочинение на тему «Мое прошлое, настоящее и будущее». Это сочинение не будет предполагать оценку за грамматические ошибки, приветствуется ваша развернутость и искренность».

К работе на данном этапе все участники исследования подошли с меньшим энтузиазмом, чем ко всем другим методикам. Некоторые объяснили это усталостью от подобных заданий в школе, другие обосновывали тем, что не знают, что написать (в основном это были участники ЭГ). Объем сочинений был разным, но чаще всего

наибольший был у подростков первой группы. Им было свойственно расписывание не только своих чувств, но и идеальных образов будущего, а так же событий прошлого, которые не представлены в позитивном ракурсе и больше представлено в оправдывающейся функции, т.к. указанные лица, будь то семья, друзья или какие-то события изображены в несправедливой роли по отношению к участникам. Такой феномен может характеризоваться ощущением несправедливости подростков, излишней жалостью к себе, что может объясняться и юношеским максимализмом, при котором юношам и девушкам происходящие события воспринимаются более остро и критично, чем есть на самом деле.

Анализируя полученный материал, мы можем утверждать, что у первой группы испытуемых наблюдаются большие проблемы с настоящим, чем с прошлым. Для примера рассмотрим сочинение И. (17 лет) и проведем на его основе сравнительный анализ, поскольку оно раскрывает общую тенденцию в сопоставлении с сочинениями остальных 4-х участников из экспериментальной группы:

«Воткнув наушники в уши, я как обычно включила свой плейлист. Музыка в дороге помогает мне рисовать мое будущее. В голове уже прорисовано множество вселенных моего будущего, но все они имеют схожесть. В своём будущем я прежде всего успешная девушка, с собственным жильем, с машиной, у меня есть породистые котейки. Я уже выучилась, а моя работа приносит радость и очень большие деньги. У меня есть возможность путешествовать, пусть недалеко, но в желаемые места. В своём будущем я здоровая и активная, занимаюсь собой. Моя творческая составляющая бьет ключом. Я пробую себя во многом или развиваю нынешние зачатки творчества. В моем будущем много интересных друзей и выгодных знакомых. Я становлюсь предметом подражания и человека с мнением которого все считаются и слушаются. В моем будущем есть любящее меня лицо (человек), который обеспечен и не ущемляет меня. Он тоже творчески развит. Мы открываем с ним новые миры и творим. В конечном итоге мы сотворим наше продолжение рода. Дети смогут добиться того, чего не добились мы. В моем настоящем этого нет ничего. Оно пустое и не приносит удовольствия. Есть только желание и задатки. То что есть мне этого мало. Есть фундамент для будущего, но не хватает строительного материала. Может показаться что у меня хорошее настоящее: родители, обеспеченность, хобби, подруги, небольшие путешествия. Но все это словно без цвета и вкуса. А ещё много страхов. Мое прошлое. Я к нему редко обращаюсь, только лишь за хорошими воспоминаниями. В моем прошлом есть мой кот Банан. Это моя призма, через которую я видела цветной мир. Он в прошлом, как и цветной мир. Самые счастливые школьные годы, годы глупостей, дурных и рискованных поступков. 2 года ада в виде панических

атак. Переломный год переосмысления жизни. Сильная депрессия. Отвратные последние школьные дни и годы белой вороны. Год в больнице. Годы счастья поездок к бабушке. Счастливые годы в садике. Все детство в аэропорту».

И для сравнения сочинение одного из участников нормативной группы (М, 17 лет):

«В каждом прошлом находится небольшая частичка другого человека. Лично для меня ранняя жизнь была куда более простой и легкой. Эмоции были честнее, поступки интереснее, мир-более захватывающим. Хоть и не было интересов, отсутствовала цель, зато были близкие друзья и яркие события. В настоящем же всё немного иначе. Каждый поступок может быть, как мимолётным решением-так и взвешен и обдуманым действием. Чужие эмоции всё чаще мне кажутся наигранными и может пройти не малое количество времени для попытки понять их. Но теперь есть и идеи, и цель. Есть желание действовать здесь и сейчас. Каждый день. Увлечения, друзья, возможности на любой вкус и цвет! Своё же будущее я представляю, как продолжение пути, по которому иду. Развитие в той стезе, которую выбрал лично для себя. Окружённый теми, кто поддержит в нужный момент и останется рядом до конца. Это будет моя жизнь.»

Как и предполагалось в гипотезе, по исходам методики ОВП, образ своего прошлого испытуемая с депрессивным состоянием выражает негативно, уделяет больше внимания будущему, где участники оценивают себя положительно, даже идеально, представляя в нем многие аспекты жизни, которых их не хватает на данном этапе.

Что касается настоящего – в большинстве случаев оно либо представлено в таком же негативном окрасе, что и прошлое, либо описывается тем, что участники его не чувствуют, а в отдельных случаях испытывают ощущение тревоги при более полном анализе и не заинтересованы в его описании. Во всех сочинениях ЭГ данному времени, описанию событий или своих чувств уделялось меньше всего внимания. Вероятно, подобный уход, может объясняться отсутствием контроля, ответственности за свою собственную жизнь, а так же отсутствием сил и средств, где подобное бессилие может объясняться депрессивными симптомами, которые исполняют истощающую функцию.

Но, что отличительно: будущее описано в светлых тонах, есть полный список желаемых моментов, но нет никакого действия или средств для достижения. «Нет строительного материала», как описывается на примере сочинения И., т.е. хоть и имеется целеполагание – самих шагов нет.

В то время, как испытуемый из контрольной группы в равной степени уделяет свое внимание всем промежуткам: прошлое и настоящее представлены преимущественно позитивно и реалистично, в то время как будущее видится равноценным продолжением этого времени. Так же наблюдается не только образ цели, но и действие по ее достижению («развитие в той стезе»). Бу-

душая жизнь так же рассматривается положительно, где участники КГ руководствовались и изменениями, и учетом ошибок прошлого, на которых происходило развитие.

Один из результатов, полученных в ходе работы по *методике рисуночных метафор*:

И., изобразила полосу прошлых событий, состоящую из пережитых переживаний, которые были отгорожены от нее забором – что говорит о желании девушки в защите от тех эмоций и переживаний. Латентный период был слишком коротким, что объясняется импульсивностью и отсутствием точного плана, место которому уступает импровизация. Паузы, характеризующие внутренние конфликты, концентрировались преимущественно внизу листа, где подобное расположение может говорить о значимости и актуальности для И. Наиболее значительное количество деталей наблюдается при визуализации прошлого, что свидетельствует о значимости данного этапа для личности, несмотря на то, что она от него метафорически защищается. Из особенностей деталей можно выделить большое количество второстепенных, которые говорят о вытеснении, стремлении личности не замечать проблемы, не обращать внимание на цели и игнорировать существенные обстоятельства.

Себя же испытуемая изобразила верхом на единороге с волшебным скипетром, тем самым демонстрируя полную оторванность от реальности и инфантильность. Развилка на 3 варианта будущего указывает на несформированные конечные цели и подтверждение отсутствия какого-либо планирования. Акцента на настоящем не наблюдается.

В стороне прошлого были изображены лишь события негативного окраса с излишками деталей, либо зачеркнутый, что говорит о негативном отношении. Значимость данного этапа была выявлена лишь в пересказе моментов предшествующих событий, о которых стало известно подробнее лишь из последующего индивидуального разговора. Так же изображение группы людей было чаще именно на этом этапе. К примеру, О. таким образом изобразила не только своих врагов, но и бывших подруг и бывшего парня, которые так же были зачеркнуты, тем самым подтверждая ее негативное отношение. Образ будущего оказался размытым лишь у А. (в образе злого монстра, который состоял из вопросов и занимал почти половину правой стороны, преграждая собой путь), в то время, как у остальных прослеживались образы идеальных целей, которых им не хватает на данном этапе жизни (семья, любовь, верные друзья и профессия мечты).

По итогам проведенного исследования мы можем выявить следующие тенденции:

По всем методикам прослеживалась негативизация событий прошлого, которые не представлены в позитивном ракурсе. Это чаще сопровождалось либо жалобами, либо обвинениями, что характеризует оправдывающую роль

испытуемых т.к. указанные лица, будь то семья, друзья или какие-то события изображены в несправедливой роли по отношению к участникам. Такой феномен может характеризоваться ощущением несправедливости подростков, излишней жалостью к себе. И так же может объясняться и юношеским максимализмом, при котором подростками происходящие события воспринимаются более остро и критично, чем есть на самом деле.

Также отличительной особенностью было избегание настоящего, его отрицание и неполное ощущение, на что, вероятно, в большей степени влияет существующая депрессивная симптоматика. Все это способствует избегающей позиции, при которой образ будущего идеализируется, как уход от реальности. Но поскольку настоящее ощущается не в полной мере – в нем нет ни интереса, никакого-либо желания к поиску средств, а следовательно и к действиям.

Участники экспериментальной группы в большинстве были склонны описывать лишь свой образ без какого-либо действия или без учета задействованных средств, считая, что у них все получится без определенных усилий. Образ цели в некоторых случаях был либо размыт, либо изображен в нескольких вариациях, свидетельствующих о неопределенности. В ходе беседы составление подробного плана тех или иных действий тоже сопровождался затруднениями, непониманием, которое в большинстве случаев было обусловлено непостоянством в настоящем времени.

Участники контрольной группы в равной степени уделяли свое внимание всем временным промежуткам: прошлое и настоящее представлены преимущественно позитивно и реалистично, в то время как будущее видится равноценным продолжением этого времени. Также наблюдается не только образ цели, но и действие по ее достижению. Будущая жизнь так же рассматривается положительно, где участники руководствовались и изменениями, и учетом ошибок прошлого, на которых происходило развитие. Все это может свидетельствовать о том, что у подростков, находящихся в депрессивном состоянии, процесс прогнозирования на данном этапе сформирован неполно.

В заключении исследования можно сделать вывод о том, что участники исследования, у которых по итогам опросника было выявлено депрессивное состояние, в большинстве случаев наблюдались негативизация прошлого, чрезмерная идеализация будущего и проблемные зоны в настоящем, описание которого затрачивало больше всего времени. У испытуемых экспериментальной группы было отмечено избегание настоящего, его отрицание и неполное ощущение, на что, вероятно, в большей степени влияет существующая депрессивная симптоматика. Все это способствует избегающей позиции, при которой образ будущего идеализируется, как уход от реальности. Но поскольку настоящее ощущается не в полной мере – в нем нет ни интереса, какого-либо желания к поиску средств, а следовательно и к действиям, из-

за чего процесс дальнейшего целеполагания встречает некоторые трудности.

Литература

1. Вейн, А.М. Депрессия в неврологической практике. / А.М. Вейн // - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. –160 с.
2. Депрессия. Справочник. Сост. В.Д. Сухарева. М.: Мир, 2000. с.214.
3. Бойко, В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь. / В.В. Бойко// - СПб.: Союз, 2002, 160 с.
4. Исаев, Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – Санкт-Петербург: Речь, 2005. – 400 с.
5. Евсегнеев, Р.А. Распознавание и лечение депрессий в общей медицинской практике: Учебно-методическое пособие. - Минск, 2002. - С. 103
6. Лоуэн, А. Депрессия и тело. / А. Лоуэн //:изд. Велигор.-2015.- 320с.
7. Мафсон, Л., Моро, Д. и др. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия. / Л.Мафсон, Д. Моро //– М.: ЭКСМО, 2003, 320 с.
8. Мэй, Р. Смысл тревоги. / Р. Мэй// - М.: Класс, 2001. - 384 с.
9. Подольский А.И. Диагностика подростковой депрессивности. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. - СПб.: Питер, 2009. 18. Словарь - справочник Дефектология - ее основные понятия. - М., 2005.
10. Романов, И.А. Новое в терапии депрессии. / И.А. Романов// -М.: ЧеРо.-2001.-40с.
11. Смулевич, А. Б. Дистимия. Депрессии в общей медицинской практике. / А. Б.Смулевич // - М.: Медицина. - 2000 - С. 74
12. Хьюбел, Д.; Стивенс, Ч.; Кэндел, Э. Мозг. / Д.Хьюбел, Ч.Стивенс, Э.Кэндел // М.: Мир.-1982 . -280 с

Theoretical and practical perspective features of depressive status in adolescents

Rodermel T.A., Shamukhametova E.S.

Surgut State University

This article discusses the problems of adolescent depression at the contemporary, which are important in scientific and empirical research. The analysis of the theoretical aspects of the problem of depression in adolescents.

An analysis of research practices has led scientists to conclude that the comparison of depression in adolescents and adults, regardless of differences in the stages of development of depression, is all identical. The differences in adolescents include bulimia, insomnia and increased sleepiness, loss of interest in life, rapid response to external events, excessive irritability, as well as stress. But, despite all the differences, adolescents should be treated with those types of therapy that have already proven themselves in the treatment of depression in the adult generation. The article presents the results of an empirical study aimed at the study of depressive states in adolescents. In most cases, subjects showed a depressive state, there was negativity of the past, excessive idealization of the future and problem areas in the present, the description of which took the most time.

Key words: depression, maladaptation, depressive symptoms, dysphoric background, interpersonal relations, psychotrauma, prognostic function.

References

1. Wayne, A.M. Depression in neurological practice. / A.M. Wayne // - М.: Medical Information Agency, 2002. –160 p.
2. Depression. Directory. Comp. V.D. Sukharev. М.: Мир, 2000. p.214.
3. Boyko, V.V. Difficult characters of adolescents: development, identification, help. / V.V. Boyko // - St. Petersburg: Soyuz, 2002, 160 p.
4. Isaev, D.N. Emotional stress, psychosomatic and somatic disorders in children / D.N. Isaev. - St. Petersburg: Speech, 2005. - 400 p.
5. Evsegneevev, R.A. Recognition and treatment of depression in general medical practice: Teaching aid. - Minsk, 2002. - p. 103
6. Loewen, A. Depression and body. / A. Loewen //: ed. Veligor.-2015.- 320s.
7. Mafson, L., Moreau, D., et al. Teenager and Depression. Interpersonal psychotherapy. / L. Mafson, D. Moreau // - М.: EKSMO, 2003, 320 p.
8. May, R. Meaning of anxiety. / R. May // - М.: Klass, 2001. - 384 p.
9. Podolsky A.I. Diagnosis of adolescent depression. Podolsky, A.I., Idobaeva, O.A., Heymans, P. - St. Petersburg: Peter, 2009. 18. Dictionary - Handbook Defectology - its basic concepts. - М., 2005.
10. Romanov, I.A. New in the treatment of depression. / I.A. Romanov // - М.: ЧеРо.-2001.-40s.
11. Smulevich, A. B. Dysthymia. Depression in general medical practice. / A. B. Smulevich // - М.: Medicine. - 2000 - p. 74
12. Hubel, D.; Stevens, H.; Candel, E. Brain. / D.Hyubel, C.Stevens, E.Kandel // М.: Mir. Mir-1982. -280 s