



**Научный Лидер**

**№ 30 (75)**

**ИЮЛЬ, 2022**

**ISSN 2713-3168**

Международный научный журнал

# Научный Лидер

№75 / июль 2022

## Редакционная коллегия:

**Абдурахманов Ильяс Хуршидович**

кандидат экономических наук, доцент

**Асатуллаев Хуршид Суннатуллаевич**

профессор, заведующий кафедрой «Экономика»

**Заватский Михаил Дмитриевич**

кандидат геолого-минералогических наук

**Кузиев Ислам Неъматович**

профессор, доктор экономических наук

**Марданова Рано Исаковна**

доктор экономических наук (PhD, Германия)

**Салтыков Владимир Валентинович**

доктор технических наук

**Хакбердиев Бекзод Уктамович**

доктор философских наук, кафедра «Экономика»

**Шолдоров Дилшод Азмиддин угли**

доктор философских наук, кафедра «Бюджетный учет и казначейское дело»

**Шеров Санжар Раджабович**

доктор философских наук, кафедра «Государственные финансы»

**Рахимова Гулнора Рахим кызы**

Кандидат фармацевтических наук

**Ph.D Ражабов Шерзод Умурзакович**

кафедра «Страховое и пенсионное дело» Ташкентский финансовый институт

**Ph.D Астанакулов Азамат Абдукаримович**

кафедра «Бухгалтерский учет» Ташкентский финансовый институт

**Ph.D Адилова Гулнур Джурабаевна**

кафедра «Страховое и пенсионное дело» Ташкентский финансовый институт

**Ph.D Базаров Закир Ханкулович**

кафедра «Страховое и пенсионное дело» Ташкентский финансовый институт

**Ph.D Шермухамедов Бехзод Усманович**

кафедра «Экономика» Ташкентский финансовый институт

### **Ph.D Хамдамов Шавкат Комилович**

кафедра «Финансы» Ташкентский финансовый институт

### **Ph.D Джуманов Саитмурод Алибекович**

кафедра «Бухгалтерский учет» Ташкентский финансовый институт

### **Ph.D Рахимов Акмал Матякубович**

кафедра «Банковский учет и аудит» Ташкентский финансовый институт

### **Агзамов Авазхон Талгатович**

доцент, Ph.D Ташкентский государственный экономический университет, факультет «Финансы и бухгалтерский учет», кафедра Налоги и страховое дело

### **Бауетдинов Мажит Жанызақович Ташкентский**

доцент, Ph.D Ташкентский государственный экономический университет, факультет «Финансы и бухгалтерский учет», кафедра финансы

### **Нуралиева Мукаддас Мамуновна**

Ph.D старший преподаватель кафедры «Экономика» ТФИ

### **Мелиев Исроил Исмаилович**

Ph.D доцент кафедры «Банковское дело и аудит» ТФИ

### **Рустамов Максуд Суванкулович**

Ph.D доцент кафедры «Банковское дело и аудит» ТФИ

### **Тиллаев Хуршиджон Сулаймон угли**

Ph.D, доцент кафедры «Банковское дело» ТФИ

### **Абылхатова Сауле Сагидуллоевна**

директор-юрист ТОО «Национальный Центр Юридической Практики», г. Алматы

Главный редактор: Тугушев Оскар Артурович

**ООО Международный издательский дом «ВОРЛДСАЙПАБЛ»**

# Содержание

## АРХИТЕКТУРА, ДИЗАЙН, СТРОИТЕЛЬСТВО

Канда Ана Вероника Николау

**АРХИТЕКТУРА ОСОЗНАННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ** 6

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Зацепина Елена Евгеньевна

**ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ CRM-СИСТЕМЫ И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ** 19

## КУЛЬТУРОЛОГИЯ

БОНДАРЬ ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОВИНЦИАЛЬНОГО ТЕАТРАЛЬНОГО ИСКУССТВА В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ** 22

Игошина Юлия Алексеевна

**КИТАЙСКАЯ ЖИВОПИСЬ ПОСЛЕ КУЛЬТУРНОЙ РЕВОЛЮЦИИ** 26

Игошина Юлия Алексеевна

**ОТРАЖЕНИЕ МИФОЛОГИИ И РЕЛИГИИ КИТАЯ В СОВРЕМЕННОМ ИСКУССТВЕ** 28

## МЕДИЦИНА

Цопанов Константин Маратович

**АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ** 31

Зацепина Елена Евгеньевна

**АУТОХТОННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА** 34

Цопанов Константин Маратович

**ГЕПАТИТ В** 36

Сланова Белла Алановна,, Сланова Алина Алановна,

**ГЛОССАЛГИЯ: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ** 39

Циклаури Мэлани Руслановна

**ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА** 42

Циклаури Мэлани Руслановна

**ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА** 44

Циклаури Мэлани Руслановна

**ДИГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D** 46

Дауров Марат Георгиевич, Зангионова Амина Темир-Булатовна

**ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОБРАБОТКА КОРНЕВОГО КАНАЛА. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ** 48

Циклаури Мэлани Руслановна

**ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА D** 51

Дауров Марат Георгиевич, Зангионова Амина Темир-Булатовна <b>МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ. СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.</b>	53
Касоев Владислав Гивиевич, Габараев Давид Эрикович <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.</b>	55
Циклаури Мэлани Руслановна <b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕПАТИТ D</b>	57

## **НЕФТЕГАЗОВОЕ ДЕЛО**

Александров Глеб Станиславович <b>АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАГНЕТАТЕЛЬНЫХ СКВАЖИН НА РАБОТУ ДОБЫВАЮЩЕГО ФОНДА НА ПРИМЕРЕ ОБЪЕКТА «БЛОК 1 ЮГ» ВОСТОЧНОГО УЧАСТКА ОРЕНБУРГСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ</b>	59
---	----

## **ПЕДАГОГИКА**

Бадретдинова Лилия Фанузовна <b>ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. РОЛЬ ТЬЮТОРА.</b>	64
---	----

## **ПСИХОЛОГИЯ**

Сланова Белла Алановна,, Сланова Алина Алановна, <b>АУТИЗМ: ПРИЧИНЫ, ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ</b>	66
--	----

## **УГОЛОВНОЕ ПРАВО**

Глушков Александр Иванович <b>ПРЕДМЕТ ДОКАЗЫВАНИЯ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ЭКСТРЕМИСТСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ</b>	68
---	----

## **ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ**

ФЕДОРЯК АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ <b>ПРИВЛЕЧЕНИЕ СПОНСОРОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОКСЕРСКОГО КЛУБА</b>	72
---	----

## **ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ**

Мамедов Руслан Эльмарович <b>СУЩНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ КОМПАНИИ, ЕГО ПРИНЦИПЫ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ</b>	75
---	----

## Канда Ана Вероника Николау

Студент бакалавриата

Российский университет дружбы народов

### АРХИТЕКТУРА ОСОЗНАННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ

**Аннотация:** Статья анализирует проблему негативного влияния жилой среды на человека и воздействия “не правильной” архитектурны на мироощущение человека и на его способность чувствовать себя в гармонии. Как необходимо проектировать, учитывая все необходимое для гармоничного и осознанного сосуществования человека с окружающей средой?

**Ключевые слова:** осознанность, внимательность, архитектура, психология, дизайн интерьера, уединение, здоровье, социальные проблемы, материалы

### THE ARCHITECTURE OF AWARENESS AND THE PROBLEMS OF THE URBAN ENVIRONMENT

**Abstract:** The article analyzes the problem of the negative impact of the living environment on a person and the impact of “wrong” architecture on a person’s worldview and his ability to feel in harmony. How is it necessary to design, taking into account everything necessary for the harmonious and conscious coexistence of a person with the environment?

**Keywords:** mindfulness, mindfulness, architecture, psychology, interior design, privacy, health, social issues, materials

**Актуальность** данной проблемы с каждым моментом увеличивается, так как гармония и ощущение осознанности — это чувства, которые многими людьми постепенно теряются в такое время, как сейчас, когда происходит информационная революция, процветает цифровой век, повсюду есть доступная информация (нужная и не нужная), человек ощущает постоянное чувство тревожности, перегруженности и гиперподключенности, что влечет за собой последствия.

Цель статьи раскрыть, что пошло не так со средой в многих городах мира и выделить несколько советов для архитекторов во время проектирования с целью увеличения у людей ощущения гармонии и осознанности в пространствах. Выделить определенные качества пространств, которые открывают наше подсознание и заставляют нас быть в гармонии с собой и пространством.

Привлечение к процессу проектирования психолога, который мог бы оценить с психологической точки зрения, как те или иные формы могут влиять на человека.

#### Проблемы городской среды.

В нынешней обычной городской среде, где проектировщик особо не задумался о психическом благополучии посетителя/жильца, люди выходя на улицу очень часто ощущают себя в неуютной среде. Т.е. улица не приглашает человека, не способствует осознанности, а наоборот приносит перенасыщение информацией и подавляет своей хаотичностью.

Необходимо проектировать больше таких пространств, где люди могут уединиться и побыть с собой.

При достатке **архитектуры уединения**, люди, находясь в архитектуре «объединения с людьми», т.е. местах для социализации, смогут полноценно раскрываться и быть добры друг к другу, ведь все дело в балансе.

**Психическое благополучие** - настоящая тема для беспокойства в архитектуре - это практика медитации, выходящая за рамки человека. Проектирование архитектурной среды и дизайна интерьера, подразумевающее собой духовную практику способствует психическому благополучию человека.

Что такое осознанность?

В 1970-х годах стал набирать популярность тип психологической терапии, основанный на размышлении, позволяющий людям осознавать настоящий момент. Полное внимание: вот что означает этот англицизм, заимствованный из семантики буддийской практики медитации.

Что вдохновляет на внимательность? Это реакционное течение против бегства по жизни разделяет идеи сохранения только самого необходимого при минимализме, организационную теорию Мари Кондо и способность к анализу и абстракции при медленном дизайне. Эти три основных элемента, смешанные вместе, дают нечто, что легко перевести в наше понимание дизайна интерьера. Или, может быть, нам следует практиковать полную осознанность, если наше окружение не следует этой практике?

#### **Mindfulhome: внимательность в дизайне интерьера**

Тенденция осознанности, применяемая к жилым помещениям, широко прослеживается на сайте Pinterest (главная витрина дизайна интерьера), где количество сохраненных значков, связанных с этой концепцией, увеличилось на 248%. (Рис. 1,2)





(Рис. 1,2)

В отличие от барокко и роскошных стилей, пространства созданы для проживания, а не для впечатления. Он способствует самоанализу через отдельные элементы: от архитектурной композиции, приводящей к меньшему количеству физических и визуальных разделений, до декора, которые должны быть важными элементами, позволяющими нам быть в гармонии с нашим окружением.

Каким советам должны следовать архитекторы для того, чтобы применять внимательность к пространствам?

1. при проектировании отдавать предпочтение **открытому пространству**, не отвлекая его, основываясь на минималистском стиле, который помогает нам сохранить только самое необходимое. Естественное, мягкое и тусклое освещение должно быть главным героем. (Рис. 3,4)

2. **Цвета и текстуры:** земляные тона, такие как охра, и мягкие цвета должны иметь приоритет в цветовой палитре. Пространство должно оставить резкость в сторону, тем самым образуя среду, в которой можно соединиться с человеком через прикосновение, что ведет к третьему пункту ...





(Рис. 3,4)

3. **Натуральные материалы:** натуральные ткани, растения и материалы без примесей, такие как дерево, глина и камень, способствуют укреплению жилого пространства, делая его частью единого целого. При использовании таких материалов пространство как бы живет и дышит.

4. **Бегство от времени:** пространство должно способствовать осознанности, поэтому проектировщику интерьера следует убрать часы из помещений, в которых они не нужны, например, из кухни. Таким образом поощряя осознанные действия.

5. **Отключение от технологий:** хотя автоматизация и гаджеты отлично подходят для упрощения жизни современного человека, иногда эта гиперподключенность может сделать людей неспособными обрести спокойствие. Рекомендуется иметь минимальное технологическое окружение и сосредоточить его в определенных областях. (Рис. 5,6)





(Рис. 5,6)

Отношения между архитектурой и индивидуумом включают в себя процесс открытия через самих себя. Архитектура предназначена для людей, и она способна двигать их и впечатлять. Есть определенные качества пространств, которые открывают наше подсознание и заставляют нас осознать самих себя, как при медитации.

Также существуют два принципа, по которым архитектура способна вызвать в человеке осознанность и гармонию.

#### **1. масштаб и загадочность, оба они по-своему влияют на психологию человека.**

Будда чувствовал, что может чувствовать и наблюдать все процессы природы и жизни под деревом - животных, людей, солнце, небо и т. д. Это действительно была шкала, которая заставляла его подчиняться всему миру. Архитектура должна служить человеку, как такое дерево. (Рис. 7,8)





(Рис. 7,8)

Архитектура в целом относится к проектированию здания, которое будет эстетически красивым, функционально правильным, экономически целесообразным, структурно стабильным и экологически

устойчивым. Все это вращается вокруг потребностей людей. Если мы пойдем глубже, то к этому чисто пространственному и геометрическому явлению, которое выходит за рамки визуального восприятия и, возможно, является наиболее важным из всех, добавляется еще один градус. Так здание влияет на внутреннее состояние человека.

Список литературы:

1. Архитектура и психология - Степанов А.В.
2. Магическая уборка. Японское искусство наведения порядка дома и в жизни

**Зацепина Елена Евгеньевна**

доцент, к.б.н.

Пятигорский медико-фармацевтический институт-филиал ВолгГМУ

## **ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ CRM-СИСТЕМЫ И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Аннотация:** В статье рассматривается история создания CRM-системы и ее перспективы использования в здравоохранении.

**Ключевые слова:** CRM-системы, здравоохранение, медицина

### **HISTORY OF CRM-SYSTEM CREATION AND ITS PERSPECTIVES IN HEALTH CARE**

**Abstract:** The article discusses the history of the creation of a CRM system and its prospects for use in health care.

**Keywords:** CRM systems, healthcare, medicine

Учреждения медико-фармацевтического профиля не прекращают поиск путей по повышению качества предоставляемых услуг. С учетом высокой конкуренции в приоритете остается те, кто готов предложить достойное соотношение цены и качества. Многие задачи современных медико-фармацевтических организаций можно решить с помощью CRM-системы. CRM — бизнес-структура технологически ориентированная на клиентскую базу, включает в себе совокупность множеств методологий, и отвечает за повышение эффективности коэффициента полезного действия компании [1, с.94].

CRM – стратегическая основа авангарда технологических методик управления и информирования, которые выступают мессинджерами-помощниками для организации взаимовыгодных касательств (отношений) со Клиентским набором. Итогом использования клиентоориентированной стратегической методологии является усиление способности к конкурированию и повышение возможной прибыли.

Сама аббревиатура CRM (Customers Relationship Management – управление взаимоотношениями с клиентами) стала популяризоваться с середины 90-х годов XX века. Сущность «CRM» четко обрисовал Thomas Davenport, Professor at Boston University and Head of the Institute for Strategic Change. Первое: рост тотальной конкуренции уменьшает отличительные качества товаров-аналогов и услуг-аналогов, поэтому продавцы сменили ориентирование по предлагаемой продукции клиентской базе. Второе: стремительное развитие компьютерной отрасли, нанотехнологии кумулирует и анализирует информативные данные по клиентской базе, независимо от количественного компонента, это открывает новые возможности для продуктивного широкоформатного развития клиентоориентированных технологий в масштабах компаний и корпораций

CRM-система конкретно реализует концепцию CRM в локальном программном производстве, (к примеру, в продуктах линейки «1С: CRM»).

Концептуальность CRM это не изобретение последнего времени, а скорее всего «новое хорошо забытое старое». Потому что наипростейшие «CRM-системы» прежних лет в виде писцовых, амбарных, долговых книжных записей являлись одним из вариантов коммуникации с клиентской базой, своего рода история взаимоотношений, которая помогала привлекать новых и удерживать прежних потребителей.

В более позднее время этот подход трансформировался в сфере услуг и сервиса в более доступный и эффективный, так называемый подход «технология технологией дешевого роста». Ориентированность на клиентскую, потребительскую базу позволила предприятиям малого бизнеса покинуть сферу

ценовой конкуренции с крупномасштабными корпорациями, при этом не потерять потребителей и не снизить рост продаж.

Пионером в области компьютеризирования выступила методология (программа) для управления контактами, именуемая «ACT!». Выпуск в 1987 году By Pat Sullivan. А сам термин «CRM» манифестировал Siebel Systems с целью отражения специфики данного типа корпоративных программ-продуктов. В настоящее время в мире существует свыше 1000 предлагаемых решений, относящихся к классу CRM и Contact Management.

Технология CRM была впервые упомянута в опросном листе компании «Vain» в 2002 году. С системами этой категории работало 35% респондентов уже в то время. За прошедшие десятилетие популярность CRM возросла более чем в два раза. Опираясь на предоставленные этим исследованием факты можно сказать с уверенностью, что сегодня CRM-системы пользуют 65% руководителей, на 4 % больше руководителей отдадут предпочтение в своей трудовой деятельности стратегическому планированию [2, с.63]. Проекты-пионеры в данной области внедрения CRM-систем на территории РФ выполнялись в конце 80-х – начале 90-х годов. Внедрения тех лет в основном использовались банками и финансовым сектором. Это вполне логично, позволить себе западную CRM-систему и западных консультантов могла далеко не любая российская компания. CRM компьютерные системы заняли свою нишу на рынке более четверти века, но вопросы о перечне их функциональных компонентов до сих пор актуальны. Терминология CRM развивается «семимильными шагами», большое количество специалисты объединяются во мнении: современное мультифакторное CRM-решение должно включать в себя 11 основополагающих аспектов из перечня Barton Goldenberg (основатель и президента компании ISM Inc.) [3, с.105]:

1. управление контактами;
2. управление продажами;
3. продажи по телефону;
4. управление временем;
5. поддержка и обслуживание клиентов;
6. управление маркетингом;
7. отчетность для высшего руководства;
8. интеграция с другими системами;
9. синхронизация данных;
10. управление электронной торговлей;
11. управление мобильными продажами.

Суммируя все вышеописанное, CRM системы-методологии перспективны во многих организационных структурах, и в том числе и в медико-фармацевтических организациях, где процессы предоставления услуг пролонгированы во времени, и сформированы из нескольких этапов, включающих разработку товара по предложению потребителям, к примеру поиск, привлечение клиента, далее презентация товара, подготовка и согласование условий договора по сделке, оплата и ключевые моменты по поставкам товара, гарантийное обслуживание и др. CRM- методология оказывает помощь в поддержании и налаживании коммуникаций с множеством клиентов одновременно, что так же важно (исключает забывчивость при наличии большой клиентской базы).

Список литературы:

- 
1. Абрамов В. Г. Оценка качества сетевых графиков в управлении проектами / В. Г. Абрамов, И. В. Горячая, Д. А. Пучкин // Современные информационные технологии и ИТ-образование. - 2019. - Т. 15, № 1. - С. 92-98.
  2. Маликов Р. И. Современные подходы к развитию системы управления персонала: выбор методов и критериев оценки эффективности обучения персонала / Р. И. Маликов, П. А. Исакова, В. Ю. Карпеева // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. - 2019. - № 4. - С. 60-65.
  3. Торосян Е. К. Критерии выбора методологии управления IT-проектами / Е. К. Торосян, А. С. Тюлькина // Петербургский экономический журнал. - 2020. - № 1. - С. 99-108

**БОНДАРЬ ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА**

Студент магистратуры  
Хабаровский государственный институт культуры

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОВИНЦИАЛЬНОГО ТЕАТРАЛЬНОГО ИСКУССТВА В  
ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ**

**Аннотация:** В статье рассматриваются вопросы истории и развития театрального искусства на Дальнем Востоке. Исследуются культурологические и искусствоведческие проблемы развития театрального искусства, восприятия столичного и провинциального театра.

**Ключевые слова:** Театр, провинциальное театральное искусство, театр Дальневосточного региона, столичный театр, ценность, театральная наука, художественный образ

**HISTORY OF DEVELOPMENT OF PROVINCIAL THEATER ART IN THE FAR EASTERN  
REGION**

**Abstract:** The article deals with the history and development of theatrical art in the Far East. The cultural and art history problems of the development of theatrical art, the perception of the capital and provincial theater are investigated.

**Keywords:** Theater, provincial theatrical art, theater of the Far East region, capital theater, value, theatrical science, artistic image

*Если церковь – храм божий,*

*то театр – храм искусства*

Понимание истории отечественной культуры - одна из важнейших задач современной гуманитарной науки. Исследование феномена русской провинциальной культуры и ее истории в силу условий, которые сложились в нашей стране, не было приоритетным направлением исторической науки в XX веке. Между тем реконструкция объективного образа развивающегося и взаимосвязанного исторического процесса возможна только при признании внутренней ценности каждого из составляющих аспектов человеческого существования.

Актуальность изучения истории провинциального театра очевидна; ведь театральное искусство - это не только форма общественного сознания, но и одна из важнейших сфер общественной жизни региона. Этот вид искусства, как способ художественного отражения действительности, по самой своей природе является публичным, требующим коллективного восприятия, создающего вокруг себя социальную среду. Театр, воздействуя на зрителя системой художественных образов, сформированных творчеством драматурга, режиссера, актера, художника, в конечном итоге отражает состояние культуры, общественной жизни в целом.

Объективную картину развития отечественной культуры можно воссоздать, анализируя культурные процессы, происходившие не только в центре страны, но и в самых отдаленных ее уголках. Однако в историографии сформировался традиционно устойчивый интерес к изучению истории и деятельности столичных театров Москвы и Санкт-Петербурга, а вопросы изучения провинциального театра в России в целом и на Дальнем Востоке в частности актуализировались в научных исследованиях последних десятилетий. Театральная наука сейчас особое внимание уделяет анализу провинциальных театров [1 с. 226].

Так, один из видных теоретиков театральной науки и знаток провинциального театрального искусства – Данилов С.С. – определил две значимые точки зрения, которые сложились в 1930-ых годах в молодой искусствоведческой науке.

Первая принадлежит Всеволодскому-Генгроссу В.Н. Он утверждает, что практического художественного назначения провинциальные театры не имели. Вторая, выделенная Бартошевичем А.А., указывает на то, что провинциальный театр, напротив, имел высокое художественное значение, как в теории, так и в художественной практике. Провинциальный театр в таком контексте противопоставляется столичному, что позволяет наглядно продемонстрировать характерные особенности каждого из них.

Изучив данные мнения о провинциальном театральном искусстве, Данилов С.С. сделал общий вывод, согласно которому различные подходы двух авторов имели общее целеполагание – они помогли изживать пренебрежение к театральному искусству в целом и провинциальной сцене.

В 1940 году выходит научный труд Брянского А.А., посвященный историографии провинциального театра. Данная монография стала одной из первых, которая смогла полемично осветить проблемы театрального искусства в провинциях, при этом охватывая многообразие мнений и взглядов на историю провинциального театра, а также определить его место в культурной жизни России.

В 1970-х гг. складывается концепция провинциального театра как явления общероссийского, которое развивается в виде определенной единой системы, со своей четко разграниченной иерархией законов, актуальных для всех городов России. Данная концепция нашла отражение в трудах Петровской И.Ф., она смогла полно развернуть характерные особенности театра в провинциальных городах России. Так, ее труд «Театр и зритель провинциальной России. Вторая половина XIX века», который был составлен благодаря конкретному материалу российских провинциальных городов, проанализированы историческая эпоха, репертуар театров на примере выдающихся личностей, актерское искусство. Помимо всего перечисленного, она смогла впервые систематически проанализировать контингент театральных зрителей. Автор акцентировала внимание на исследовании публики, социальных слоев, посещающих театральные постановки в разные временные промежутки. Именно данный научный труд стал каноном для дальнейшего изучения и анализа театрального искусства.

Вл. Тальзатти, актера антрепренера, по праву можно назвать первым историком театрального искусства на Дальнем Востоке. С 1894 по 1897 он служил на Дальнем Востоке, что и стало толчком для написания и публикации работы – «Театральное дело в Сибири». Данный труд был опубликован в столичном журнале «Театр и искусство».

Работа имела свою определенную структуру. В первом номере автор дает краткие обзоры и отзывы городов от Тюмени до Сахалина в контексте изучения театральной культуры; указывает на численность потенциальных посетителей, актуальный репертуар, а также рассматривает архитектурные постройки, связанные с театром. В последующих трех номерах Тальзатти досконально анализирует репертуар, предлагаемый театральной труппой, отношение публики к деятелям театрального искусства, рассматривает особенности путешествия и сбора информации. Автор отмечает, что во всех сибирских городах труппа смогла провести лишь гастрольные спектакли, а в Благовещенске, Хабаровске и Владивостоке исследователь прожил около трех лет, поэтому труд Тальзатти относится не только к театральному достоянию Сибири, но к Дальнему Востоку [2 с. 68].

Статьи режиссера Брянского А.А., актера Любоша А. и любителя театрального искусства Козлова В. посвящены развитию театрального дела на Дальнем Востоке после русско-японской войны. В то время 1906-1908 гг. связь театральной культуры Дальневосточного региона с основными фронтами развития общероссийской театральной культуры, была весьма тесной, что придает данному этапу, а также его анализу особый интерес.

Хохлова В.Л. и Ю. Тарич в 1911-1912 гг. выпускают в печать статьи, содержащие в себе очерки и зарисовки местной театральной жизни, которые относятся к позднему периоду, когда дальневосточная театральная культура стала отставать от культурных процессов в российских театрах.

Первым, кто всерьез подошел к изучению театральной культуры дальневосточного региона был Иванов А.С. В 1972 году он выпускает труд «Из истории Амурского театра драмы», в котором освещалась богатая театральная жизнь Благовещенска.

Изучение истории Дальнего Востока, а в том числе и театрального творчества, стало активно развиваться в 90-х годах XX в. В тот период выходит книга А.С. Иванова «Дорога длиной в век», которая была приурочена к столетию театральной жизни в Хабаровске.

Говорить об истории становления театрального искусства в Хабаровске стоит с образования Общественного и Офицерского собрания, театральные коллективы которых были самодеятельными. Первый любительский спектакль состоялся 14 ноября 1887 года. Это была комедия А.В. Сухово-Кобылина «Свадьба Кречинского». Именно с этой комедии и началась активная деятельность любительского театра. Несмотря на непрофессиональных актеров, постановки имели успехи. 14 мая 1892 г. в город приехал уже профессиональный театральный коллектив М.К. Шумилова.

Театральные спектакли были грандиозным событием в жизни города, стали местом массового досуга, поэтому спектакли длились с утра и до полуночи. Антракты сопровождалось оркестрами, устраивались так называемые женские и мужские буфеты с различными угощениями – пирожные, лимонад, квас, напитки для мужчин, копченая кета и краковская колбаса. Также были курительные комнаты, бильярдная, читальня.

Театр в то время был одним из почетных мест посещения и времяпровождения. Но, к большому сожалению, сцены Офицерского и Общественного собрания были непрофессиональными. Поэтому в 1900-х гг. было принято решение о том, что театру необходима сцена и отдельное здание [3].

Первый полноправный театр в Хабаровске появился в 1906 г., который располагался на Хабаровской улице (нынешней – Дзержинского). При завершении строительства в июне 1906 г., было принято решение назвать театр - «Театр-цирк Матеуса». Имя Леопольда Ивановича Матеуса известно тем, что он работал с американской труппой Джорденса. И.К. Воронин, который являлся администратором цирка, приспособил его под театр. Сейчас здание театра можно представить только по сохранившимся чертежам и воспоминаниям.

В Хабаровске был еще один театр-цирк, который располагался на Николаевской площади (сейчас площадь им. Ленина). Данный театр-цирк был спроектирован итальянским архитектором Мартини, который также являлся инициатором строительства и хотел устроить постоянный цирк в Хабаровске. Он сам стал меценатом и профинансировал строительство стационарного цирка, ставшего местом выступлений приезжих цирковых и театральных трупп. Известно, что цирк перестраивался, его перестройкой занимался М.М. Осколков, который в дальнейшем построил и деревянный летний театр-варьете «Эльдорадо» [3].

Также в Хабаровске был китайский театр. Жившая в то время Варвара Федоровна Духовская, жена генерал-губернатора Приамурского края Сергея Михайловича Духовского, писала: «На Военной горе (в прошлом Тихменевская, а сейчас улица Серышева), в открытом балагане, любители-китайцы дают драматические представления; пьесы большей частью исторические, и действия происходят три тысячи лет назад. Актеры денег за представление не берут, считая это за бесчестие, и перед их балаганом стоит несметная толпа китайцев» [4 с. 435]. Особенностью китайского театра была игра актеров, определенных ролей. Традиционно в китайском театре женские роли играли мужчины-актеры. Это связано с тем, что китайцы считали, что именно мужчина может передать женскую сущность и донести правильно красоту души и тела. Поэтому китайский театр был чем-то новым, экзотическим в провинциальном Хабаровке.

К сожалению, все здания, кроме Общественного и Военного собраний, не сохранились. Многие пришли в негодность, многие снесли в силу перестройки.

Другая история театрального искусства, более известная современным горожанам, начинается в постреволюционное время. Если до революции театры носили некий частный характер, принадлежали или местным органам управления или значимым личностям, то после революции театр получает статус государственного учреждения. В 1926 г. был открыт Первый Дальневосточный трудовой коллектив комической оперы – сейчас всем известный Хабаровский краевой Музыкальный театр.

Долгое время театр находился в здании Офицерского собрания, он занимал зал нынешней филармонии. Лишь к 60-ой годовщине театру подарили собственное здание.

Уже в 1933 г. горсовет подготовил документ «Об организации постоянно действующего драматического театра в Хабаровске». Но, как было написано в официальных документах, смета расходилась с планами, и открытие было отложено на неопределенный срок. Только после войны 1946 г. правительство решило создать театр драмы, открытие которого состоялось 16 марта спектаклем по опере К. Утевского «Памятные встречи».

В 1940 г. труппа Ленинградского Нового театра была отправлена на гастроли на Дальний Восток, актеры которого решили создать театр юного зрителя в Хабаровске. Работа по созданию театра была продолжена, и после отъезда ансамбля в Ленинград в 1943 г. театр открылся 11 июня 1944 г. патриотическим спектаклем «Осада Лейдена» по пьесе И. Штока. Тогда ТЮЗ был совмещен с театром кукол.

В современное время в Хабаровске начали свою деятельность театр пантомимы «Триада» (1975 г.), Белый театр (1989 г.), который является театром абсурда и минимализма, Театр кукол (1997 г.).

Таким образом, можно утверждать, что возникновение и развитие провинциального театра на Дальнем Востоке - это важное звено в развитии не только театрального искусства, но и культуры России в целом. Несмотря на его общую ориентацию на столичную театральную культуру (во внешнем виде здания, в самом предназначении, в выборе репертуара, в публике), можно проследить региональные особенности. Театральное искусство дало толчок на развитие национальной культуры и приобщение к культуре приезжих отечественных и зарубежных театральных коллективов.

#### Список литературы:

1. Альтшуллер, А.Я. Провинциальный театр в период первой русской революции // Первая русская революция и театр/ А.Я. Альтшуллер; Государственный Научно-Исследовательский Институт театра и музыки. - Москва: Искусство, 1956. - 235 с.
2. Востриков Л.А. Восток З.В. Хабаровск и хабаровчане. Очерки о прошлом/ Л.А. Востриков, З.В. Восток; Научно-популярное издание - Хабаровск: Хабаровское книжное издательство, 1991. - 255 с. - ISBN 5-7663-0234-7
3. Государственный архив Хабаровского края. - Ф. Р-772. - Оп.2.
4. Духовская В.Ф. Из моих воспоминаний/ В.Ф. Духовская; Москва: «Захаров», 2019. - 570 с. - ISBN -978-5-8159-1552-7

Игошина Юлия Алексеевна

студент

Нижегородский государственный лингвистический университет имени Н.А. Добролюбова

## КИТАЙСКАЯ ЖИВОПИСЬ ПОСЛЕ КУЛЬТУРНОЙ РЕВОЛЮЦИИ

**Аннотация:** Статья посвящена изменениям в китайском искусстве, произошедшим под влиянием Культурной революции, и последующему формированию новых течений в живописи.

**Ключевые слова:** китай, современное искусство, живопись

## CHINESE PAINTING AFTER THE CULTURAL REVOLUTION

**Abstract:** The article is devoted to the changes in Chinese art that occurred under the influence of the Cultural Revolution and the subsequent formation of new trends in painting.

**Keywords:** china, contemporary art, painting

Чтобы проанализировать современное китайское искусство, нужно для начала определить пути его развития и его связь с традициями предков. Во многом принято считать началом периода современного искусства события, происходящие после смерти Мао Цзэдуна в сентябре 1976 года. Живопись того времени всё ещё испытывала трудности, после “Культурной революции”, однако, всячески пыталась оправиться.

Одним из важнейших событий того периода явилась выставка, которая проходила дважды: в 1979 году и в 1980 году в Пекине. Основной идеей было пробуждение искусства и стремление сблизиться с западным искусством, отрицание множества китайских ценностей, в том числе и некоторых традиций. Это привело к последующему конфликту с властями, из-за которого выставка была быстро свернута. Основными направлениями того времени явились “живопись шрамов” и “деревенский реализм”.

“Живопись шрамов” возникла в конце 1970-х годов и явилось реакцией на Культурную революцию. Художники этого направления во многом отошли от изображения героев и идеализма, стремясь показать жизнь простого человека и утрат, связанных с Культурной революцией. Многие работы этого течения также можно отнести к трагическому реализму.

Основная специфика заключалась в том, что после разрушения Культурной революцией идеалов китайской культуры, творчество художников стремилось к осмыслению эпохи и к принятию последствий реформ власти. Во многом художники как будто “откатились назад”, возвращаясь к древним традициям, выставляя на первый план внутренние переживания человека, его внутренний мир, психологию его поведения. Ярким примером “живописи шрамов” являются работы Чэна Цунлиня “Снег в один из дней 1968 года”. В своей работе Чэн Цунлинь стремился показать боль и страдания людей, возвращаясь к истокам реалистической живописи.

Продолжателем темы “живописи шрамов” является также и художник Чжан Сяоган. Его серия картин “Большая семья” в какой-то степени высмеивает конфуцианские представления о государстве как о “семье семей”. Единственным цветным персонажем картины является ребенок, в то время как родители представлены в монохrome. Подобным образом Чжан Сяоган желал показать гибель общества в период Культурной революции. Ребенок же символизирует нынешнее общество, которое, словно беспомощный младенец, не может действовать без помощи родителей.

Следуя примеру “живописи шрамов”, которая захлестнула китайское искусство, часть художников решило обратить свое внимание на места единения человека и природы, а именно на глухие деревни, что были расположены между гор. Люди там продолжали жить в гармонии с окружающим их миром, далекие от всяческих военных конфликтов, реформ и политических мыслей. Таким образом, появилось течение “деревенского реализма”.

Многие последователи “деревенского реализма” критиковали политический строй как часть искусства, считая, что искусство и государство во многом не связаны. Они возвращались к древним идеям о единстве человека и волшебству природы. Во многом, художники отходили от лирики и драмы в сюжетах собственных картин, сконцентрировавшись на красоте окружающего мира, простой жизни абсолютно простых людей.

Примером “деревенского реализма” можно считать тибетскую серию, написанную Чэн Даньцинем. Его серия состоит из потрясающих работ, посвященных жителям Тибета, которые в свою очередь служат образом жизни человека в руках природы, и яркой иллюстрацией так называемого ритма жизни, почитаемого еще древними китайцами.

Невозможно не отметить течение, получившее название “вульгарное искусство” от китайского “яньсу”. Неологизм получился в результате слияния двух иероглифов: “янь” - красочный и “су”- вульгарный, что во многом объясняет основную идею всех работ представителей этого течения.

С одной стороны, художники “вульгарного искусства” продолжали творить с опорой на традиции прошлых времен. Они все также обращались к символизму, образам животных, например, оленя. В некоторых работах также проглядывает мысль о необходимости сохранения традиционных канонов, поскольку для любого творца новизна несла в себе не только что-то неизведанное, но и привычные сложности, необходимость познавать новое и выходить за рамки привычного.

Однако, в отличие от другого течения “политический поп-арт”, “вульгарное искусство” полностью отображало свое название и концентрировалась на ярких, порою даже аляпистых сочетаниях цветов. Вычурность и насыщенные краски были не особо свойственны традиционной живописи Китая и являлись способом выражения недовольства нынешним положением китайской общественности, а также прямой конфронтации западного вмешательства в искусство. Они сконцентрированы на желании показать то, как сильно современное общество зациклено и зависимо от различных продуктов массовой культуры.

#### Список литературы:

1. Дай Чуан. Ситуация современного искусства в Китае: традиция и постмодернизм // Культура и искусство. - 2020. - № 8. - С. 1 -10.
2. Иванова Ю.В., Яковлева Н.Ф. Традиционная живопись в современной культуре Китая // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Социологические науки. - Чита, 2013. - с. 228-235
3. <https://www.britannica.com/art/Chinese-painting>
4. Горбачева С.А. Творчество Ван Гуани и политический поп-арт в контексте современного искусства в Китае // . - Новосибирск., 2014.
5. Белецкий П. А. Китайское искусство / П. А. Белецкий. М., 1957. - 162 с.

**Игошина Юлия Алексеевна**

студент

Нижегородский государственный лингвистический университет имени Н.А. Добролюбова

**ОТРАЖЕНИЕ МИФОЛОГИИ И РЕЛИГИИ КИТАЯ В СОВРЕМЕННОМ ИСКУССТВЕ**

**Аннотация:** Статья посвящена непосредственному влиянию китайской мифологии и религии на сюжеты современного искусства, включая их пересечение с традиционными образами и ценностями.

**Ключевые слова:** Китай, современное искусство, мифология, религия

**REFLECTION OF CHINESE MYTHOLOGY AND RELIGION IN MODERN ART**

**Abstract:** The article is devoted to the direct influence of Chinese mythology and religion on the subjects of contemporary art, including their intersection with traditional images and values.

**Keywords:** china, contemporary art, mythology, religion

Легенды и мифологические сказания являются неотъемлемой частью культуры абсолютно любого государства. Они начинают складываться задолго до создания устойчивой системы языка - письменности, распространяются в устной форме и являются неоспоримой частью древнего знания, передаваемого из поколения в поколение.

Мифы сами по себе явились основой множества произведений древности, начиная от живописных орнаментов, покрывающих ритуальные сосуды и стены гробниц, и заканчивая романами, повествующими о тех или иных мифологических героях, о богах и богинях, которые предшествовали даже идеалам конфуцианства и буддизма. В основе мифов зачастую прослеживается собирательный образ человека, который должен явиться эталоном поведения для всего народа, тем, кто жертвует собственными убеждениями и желаниями ради всеобщего благополучия. Мифы повествуют о создании мира, о том, как произошло все живое на Земле. Существует огромное количество трактовок того или иного мифа, однако в современном обществе тематика мифов является особенно популярной среди создателей различных произведений искусств.

Так, китайцы очень трепетно относятся к фильмам и сериалам, чьи сюжеты основаны на мифологических представлениях. На одном из них и хотелось бы акцентировать внимание.

Каждый китаец и многие иностранцы не понаслышке знакомы с мультипликационным произведением "Мулан", основанным на истории о Хуа Мулань. Девушка, притворившаяся мужчиной, отправилась на войну вместо своего отца и добилась огромных успехов. Помимо известного мультфильма компании Дисней, существует большое количество различных экранизаций этой истории, а сам образ Хуа Мулань ассоциируется с мужеством и женской мощью, которая наталкивает на мысль, что женщины ни в чем не уступают мужчинам, особенно в моменты, когда нужно защищать собственную страну.

Самая ранняя версия легенды о Хуа Мулань относится к юэфу, традиционному жанру лирической поэзии. Образ Мулань, во многом, противоречит привычному китайцам образу женщины, ему чужда нежность и грациозность знатных дам, однако он все еще хранит в себе любовь к отечеству и стойкость перед лицом опасности.

Во многом, в большинстве версий история героини не заканчивается счастливым концом. В какой-то из версий она сходит с ума, в какой-то лишает себя жизни из-за трагедий войны и смерти отца. С каждой новой версией писатели адаптировали историю под нужное им время, переписывали сюжетную линию, но образ Мулань в целом не сильно видоизменялся. Мулань явилась также собирательным образом конфуцианских идеалов, таких как, человеколюбие, благоразумие, почитание

родителей, верность стране и долгу, храбрость. Возможно, именно поэтому она стала почитаема китайцами.

Во время создания мультфильма про Мулан, работники “Дисней” рассматривали немного иную сюжетную линию, а именно историю о выживании девушки, которую увезли из родного дома после женитьбы. Однако, в конечном итоге, создатели наткнулись на “Песнь о Мулани”. Иллюстраторы посещали Китай, фотографировали не только местные достопримечательности, но и саму природу, чтобы максимально приблизить проект к реальности. Однако, некоторые моменты, созданные мультипликаторами, не порадовали китайский народ, хоть и понравились западному зрителю. Одна из таких деталей - это шуточный образ дракона, помощника главной героини. Китайцы посчитали подобный ход оскорблением собственных ценностей, ведь в китайской мифологии дракон являлся символом могущества и власти вана - императора Китая.

Ответом на это стал вышедший в 2009 году совместный проект Китая и США - фильм “Хуа Мулань”. Основной мыслью фильма явилась тематика верности собственной стране и тяжести военной жизни. Война в фильме показана во всей красе, а сама Мулань неразрывно связана с ней. Однако, последствия войны накладывают свою тень на жизнь Мулань и даже успехи в военном деле не могут залечить ее раны.

Мифы нашли свое отражение также и во многих современных книгах. Зачастую за основу берется история любви между человеком и существом из мифологии, рассказывают о тяжести их пути и сложности принятия собственных чувств. Одним из прекраснейших примеров является книга 三三三 (Три жизни, три мира: личный дневник), написанная Тан Ци Гунцзы в 2012 году. Новелла повествует о истории любви двух потомков мифических существ: королевы из клана лисов и первого Владыки Небес.

Хули цзин, к клану которой относится главная героиня, являются китайскими мифологическими существами. Самым известным представителем хули цзин является девятихвостая лиса, “цзювэйху”. В зависимости от произведения, девятихвостые лисы играют как положительную, так и отрицательную роль.

Считалось вполне нормальным, что традиционных представлениях китайцев лиса несла в себе больше негативный образ. Часто встреча с этим существом считалось знаком, сулившим неудачу. Иными словами, цзювэйху была дурным знамением. Считалось, что беды лисы переносили на собственных хвостах, а чем больше хвостов, тем больше бед. Воющая лиса являлась прообразом ирландского существа “банши” и предзнаменовала трагическую гибель.

Постепенно, складывался культ лисы. Желая умиловить мифологическое существо, люди приносили ей в дар еду и питье с человеческого стола. Кроме того, хули цзин постепенно превратилась в покровителя брака и деторождения.

История возлюбленных из новеллы “Три жизни, три мира: личный дневник” во многом трагична, благодаря части божественного в себе они постоянно перерождаются и вынуждены искать друг друга в новых жизнях. Во многом, сюжет новеллы затронул и религиозные китайские представления о загробной жизни и жизни после смерти. Идея реинкарнации и бессмертной любви двух созданий драматична и лирична, заставляет читателей испытывать бурю эмоций, начиная от сожаления и заканчивая счастьем.

Новелла была экранизирована в 2017 году и получила множество положительных отзывов. Прекрасные виды, потрясающая графика и отличный актерский состав помогли воплотить в жизнь не только историю любви, но и волшебные китайские пейзажи.

Художник Юэ Минцзюнь, известный язвительно-злорадной ухмылкой, имеющей также название “сардонический смех”, героев собственных картин, создал множество потрясающих картин, некоторые из которых тесно связаны с буддизмом.

Однако, “потешался” Юэ Минцзюнь не только над религией и политическим строем. Бронзовые скульптуры, другой знаменитый проект художника, возвращает нас к знаменитым скульптурам - терракотовым фигурам армии Цинь Ши Хуанди. Посредством этого, Юэ Минцзюнь желал заявить о бесполезности традиционным ценностей, столь верно хранимых китайским народом.

## Список литературы:

1. Вернер Э. Мифы и легенды Китая. Цитрополиграф, 2007. - 573 с.
2. Васильев Л.С. Культы, религии, традиции в Китае. М.: Восточная литература, 2001. - 488 с.
3. Тан Ци Гунцзы, Три жизни, три мира: личный дневник, Хунаньское издательство литературы и искусства, 2012. - 284 с.
4. Яншина Э.М. Формирование и развитие древнекитайской мифологии. - М.: Наука, 1984. - 248 с.
5. <https://www.britannica.com/art/Chinese-painting>
6. Иванова Ю.В., Яковлева Н.Ф. Традиционная живопись в современной культуре Китая // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Социологические науки. - Чита, 2013. - с. 228-235

**Цопанов Константин Маратович**

Студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

**АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ**

**Аннотация:** Аномалии зубов — это врождённые или приобретённые проблемы количества, объёма, формы, оттенка, положения, сроков прорезывания и структуры тканей зубов. Зачастую они сопровождаются косметическими пробелами, изменениями челюстно-лицевой области, помехами при откусывании и пережёвывании пищи, неправильным прикусом и дефектами речи.

**Ключевые слова:** прикус, зубы, аномалии развития зубов

**ANOMALIES OF DENTAL DEVELOPMENT**

**Abstract:** Dental anomalies are congenital or acquired problems of quantity, volume, shape, shade, position, timing of eruption and structure of dental tissues. They are often accompanied by cosmetic gaps, changes in the maxillofacial area, interference with biting and chewing food, malocclusion and speech defects.

**Keywords:** bite, teeth, anomalies of dental development

К аномалии зубов приводят следующие факторы:

- 1) экологические проблемы, влияющие на будущих родителей (например, высокие температуры внешней среды);
- 2) травмы зубов и языка;
- 3) высокая температура при беременности, плохое питание, авитаминоз и нехватка минералов;
- 4) остеомиелит челюсти, приводящий к гибели зубных зародышей;
- 5) наследственность — отклонения, которые есть у родственников, чаще всего проявляются и у ребёнка;
- 6) чрезмерный радиоактивный фон, нехватка ионов фтора в питьевой воде, дефицит солнечного света.

Симптомы аномалий развития зубов:

- 1) Зуб прорезывается раньше четырёхмесячного возраста — говорит о том, что у ребёнка есть некие эндокринные заболевания.
- 2) Зуб прорезывается намного позже, чем в восемь месяцев — означает нехватку кальция в организме ребёнка.
- 3) Резцы могут прорезаться позже, чем другие зубы — намного.
- 4) промежуток между прорезыванием отдельных зубов увеличивается, меняется их парность.

Также помимо всего прочего может проявляться адентия или ретенция.

Адентия — отсутствие зубов, которое может проявляться по различным причинам, чаще всего это бывают нарушения, которые образовались ещё в утробе.

Ретенция — задержка роста зуба, не может прорасти и правильно расположиться в альвеолярной дуге.

Аномалии количества зубов:

- 1) Гиподентия — зубов меньше, чем должно быть.
- 2) Адентия — выпадение постоянных зубов.
- 3) Гипердентия — выявляются лишние зубы.

Вытекающими последствиями уменьшения количества зубов являются укорачивания зубного ряда и смещения средней линии, что в свою очередь приводит к треме и диастеме.

Трема — промежутки между всеми зубами за исключением центральных.

Диастема — промежуток между центральными зубами.[1]

Аномалии расположения зубов:

На данный момент различают всего 7 аномалий расположения зубов ,это;

- 1) Наружное(вестибулярное)- чаще всего смещаются клыки и резки.
- 2)Внутреннее(оральное)- чаще всего подвергаются премоляры.Может привести к травме языка, из за чего будет нарушаться движение в нижней челюсти.
- 3)Мезиальное(вперёд по зубному ряду) и дистальное(назад по зубному ряду)-зубные ряды сильно укорачиваются.
- 4)Супраокклюзия-зуб занимает место вне условной линии и подвергает пациента к некоторым неудобствам при пережевывание пищи.
- 5)Инфраокклюзия-зуб не достаёт до нужной плоскости.
- 6)Тортоаномалия-зуб поворачиваются вокруг собственной вертикальной оси, чаще всего это бывают резцы и клыки.
- 7)Транспозиция-зубы меняются местами ,занимая места друг друга. По статистике, чаще всего это бывают клыки и резцы.

Аномалии размеров зубов:

Макродентия-зубные коронки намного больше ,чем должны быть. Всё происходит из -за дисфункции эндокринной системы, вследствие чего начинают сливаться несколько зачатков. Крупные зубы мешают прорезываются соседним зубам,именно поэтому не находя другого выхода, зубы начинают искать себе другое место и это приводит к аномалиям. Но это всё можно решить хирургическим вмешательством или же сделав брекет-систему.

Микродентия-чересчур маленькие размеры зубных коронок. Истинная причина этой аномалии неизвестна,но смотря на статистику можно смело сказать, что к микродентии предрасположены люди с генетическими признаками. При мелких размерах зубов,у человека начинают развиваться промежутки между зубами, что следовательно нарушает косметический план. [2]

Аномалии формы:

- 1) Зубы Гетчинсона- изменяется форма коронки резцов, страдает эмалевый слой.
- 2)Аномалия Тернера-на зубах отсутствует эмаль,появляется шероховатая поверхность.
- 3)Зубы Фурнье-выемка режущего края отсутствует, проблемы зарождаются ещё на внутриутробном уровне.
- 4)Шиповидные или шиловидные формы зубов-зубы приобретают цилиндрическую форму, на поверхностях зубов появляются пятна и бугры.
- 5)Зубы Пфлюгера- страдают постоянные зубы,жевательная поверхность развита плохо,эмаль и остальные слои нарушены и недоразвиты.

Наследственные нарушения развития зубов:

Этиологическим фактором наследственных заболеваний являются болезни, проявление которых не зависит от влияния внешней среды, но среда оказывает влияние на степень выраженности симптомов заболевания. Наследственные болезни делят на 2 группы: генные и хромосомные. В зависимости от числа генов, вовлеченных в действие, различают моногенные и полигенные болезни. Генные мутации могут задевать развитие твердых тканей зуба – эмали и дентина. По характеру наследования моногенные болезни можно разделить на 3 типа: - аутосомно-доминантные; - аутосомно-рецессивные; - сцепленные с геном. Встречается несовершенный амелогенез и несовершенный дентиногенез. Несовершенный амелогенез (формирование неполноценной эмали). Это тяжелое, наследственное нарушение эмали которое выражается в нарушении структуры и минерализации молочных и постоянных зубов, изменении их окраски и последующей частой или полной потере тканей. Эту патологию называют еще наследственной гипоплазией эмали, аплазией. [3]

Поражения твердых тканей зубов:

- 1)Поражение твердых тканей зубов. 2) Чрезмерное полоскание. 3) Истирание зубов — в результате чистки зубов, вредных привычек, специальных вредностей и народных обычаев. 4) Эрозия. 5) Изменение окраса твердых тканей зуба после прорезывания — металлы и металлические составные, кровоизлияние в пульпе. 6) Другие поражения твердых тканей зуба — изменение в эмали в результате облечения, резкость дентина.

## Список литературы:

1. Васильева А. В., Колядов Н. Ф. Аномалии прорезывания зубов, особенности обезболивания и хирургического лечения // Тверской Медицинский журнал. — Изд.: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Министерства здравоохранения Российской Федерации (Тверь), 2018 г. — № 3. — с. 85-86.
2. Персин Л. С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование. — М.: МГМСУ, 2006. — 32 с.
3. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 544 с.

**Зацепина Елена Евгеньевна**

доцент, к.б.н.

Пятигорский медико-фармацевтический институт-филиал ВолгГМУ

**АУТОХТОННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

**Аннотация:** В статье рассматриваются эволюционные составляющие по развитию воспалительного процесса, а также его взаимосвязь с стресс-механизмами.

**Ключевые слова:** воспаление, медиаторы, стресс, флогоген, альтерация, экссудация, пролиферация

**AUTOCHTHONICITY OF THE INFLAMMATORY PROCESS**

**Abstract:** The article discusses the evolutionary components of the development of the inflammatory process, as well as its relationship with stress mechanisms.

**Keywords:** inflammation, mediators, stress, phlogogen, alteration, exudation, proliferation

Воспаление - высокоаутохтонная реакция живого организма, достаточно типичная и универсальная в своем проявлении. Независимая от центрального регуляторного механизма, центрами управления воспаления являются локализованные сигнальные субстраты (медиаторы), и регулируется протекание воспалительной реакции своими внутренними законами [1, с.695]. Надо отметить то, что для формирования полноты и динамичности воспалительного процесса при остром течении пролонгация и перманентность флогогенов не имеет особого значения.

Аутохтонность реакции воспаления – это способность проистекать автономно от флогогена. При первичной атаке на организм, клеточные системы проходят через все стадии каскадного механизма и основоположные процессы саморегулирования жизнедеятельности до закономерного, энергетически обусловленного конца. Таким образом, воспалительную реакцию, возможно считать «автономией очага», в которой заложена информация по сохранению целостности и регуляции жизнеобеспечения организма в процессе временных видоизменений адаптирующей живой организм к новым условиям. Информационная блокада воспалительной реакции не односторонняя, так как этот процесс включает активизацию защитных систем, локализуя действие флогогена, с целью избежать дальнейшего массового системного повреждающего действия медиаторов воспаления. Завершение воспалительной реакции наступает вследствие аккумуляирования и противодействия флогогенам медиаторов, отвечающих за противовоспалительный эффект: антитрипсин, полиамины, гепарин, хондроитинсульфаты, арилсульфатаза и т.п.

В 1952 Ганс Селье сделал акцент на том, что гормоны формирующие стресс – глюкокортикоиды и катехоламины – являются наисильнейшими агентами борющимися с воспалением, они способны изменять интенсивность воспалительного процесса, резко снижая проявления воспаления. Ф.Хокер в 1988 экспериментально показал, что в условиях критического состояния, вследствие пограничного напряжения стресс- механизмов, наблюдается нарастание концентрации в кровеносном русле глюкокортикоидов в 6-8 раз, катехоламинов – в 20-50 раз. Не смотря на такое предельное повышение стресс-гормонов, воспаления в поврежденных клетках тканей, тем не менее, проходит всю стадийность. Но внутренние стимуляционные агенты не доходят до клеток-участников воспалительной реакции в полной мере, по-прежнему превалирует автономность процесса между окончаниями и структурами нервной системы. Вероятность наступления системной атаки воспалительных медиаторов рассматривается, если суммарная поверхность очагов достаточно масштабна и физиологические защитные барьеры вследствие повреждения утрачивают свою способность противостоять продвижению аутокоидов.

С точки зрения Ганса Селье воспаление и стресс это противодействующие друг другу процессы, так называемый «местный стресс». Интересно то, что если рассматривать эти оба процесса, то они

неспецифичны по своим механизмам развития, то есть при повреждении их обобщает одно свойство – предохранение от шока [2, с.124]. То есть по существу оба процесса это созданные эволюцией естественные противошоковые барьеры, и они уравнивают друг друга. Травматизация включает запрограммированный ответ, который начинаясь местно, затем приобретает интегральность развития. Если синхронизировать процессы воспаления и стресса, в виде факторов защиты, то возможность стабилизировать и удержать патогенность воспалительной реакции возрастает. Альтерация запускает воспалительную реакцию. На фактор агрессии вырабатывается системно-метаболическая реакция организма: стресс. Две эволюционных механизма разного уровня создают саногенный баланс, препятствующий гипоксии и генерализации патологии. При истощении, сбое механизмов стресса, потере информационной барьерности воспаления, наступает шок. В 1984 году Х.Бекемейкеру сформировал понятие «ортофлогоз», что означает при одновременной работе механизмов воспаления и стресса можно предотвратить развития шока [3, с.214].

Ортофлогоз – совокупное одномоментное активизирование механизмов воспаления и стресса противостоящее флогогенам, не допускает шокового состояния.

Гипофлогоз – недостаточная эффективность и слаженность механизмов воспаления, угрожает шоковым развитием.

Гиперфлогоз – избыточная генерации системного действия аутокидов воспаления, завершающаяся токсико-аллергическим шоком.

Общая интоксикация, ожоговая болезнь, синдром раздавливания – действие воспалительных медиаторов становится системным, не локализованным, наблюдается при нарушении баланса, созданного стресс-механизмами. Данный синдром является итогом системного действия медиаторных воспалительных механизмов, которые выбрасываются активно при первичном контакте макроорганизма с патогенными микроорганизмами. В этом синдроме можно наблюдать интеграцию симптомов, реализующих ответ острой фазы воспаления, так называемый механизм «преимунного ответа» с подавляющим действием цитокинов на гонадо-гипоталамо-гипофизарную систему.

Суммирование все вышесказанное воспаление, следует рассматривать, как процесс, который включает в себя три необходимых составляющих: альтерацию, экссудацию, пролиферацию, независимо от условий.

Составляющие воспалительной реакции характеризуются не стадийностью, а параллельностью протекания. Всегда первична альтерация, вторичное самоповреждение может быть даже более динамичным.. Вторичная альтерация накладывается на фон экссудации. Завершение экссудации является началом пролиферации, а не ограничивается стазом. Проллиферация возможна и при начале воспаления, на участках периферии очага, но набирает силу пролиферация пропорционально активности действия медиаторов, подавляющих альтерацию и экссудацию и борющихся с воспалением.

#### Список литературы:

1. Зяблицкая Н.К. Инсектная аллергия: местные и системные проявления/ Н.К. Зяблицкая, Ю.С. Ковалева, О.А. Кокина и др.// Клиническая дерматология и венерология. – 2020. - №19(5). – С. 691699.
2. Белоцкий, С. М. Воспаление и иммунный ответ в таблицах и рисунках / С.М. Белоцкий, Р.Р. Авталион. - М.: Гончарь, 2020. - 359 с.
3. Белоцкий, С.М. Воспаление. Мобилизация клеток и клинические эффекты / С.М. Белоцкий. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2019. - 677 с.

## Цопанов Константин Маратович

Студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

### ГЕПАТИТ В

**Аннотация:** Существует 5 различных гепатитов, вызванных вирусами: Гепатит А, гепатит В, Гепатит С, Гепатит D, Гепатит Е. В медицинской практике почти все случаи гепатита вызываются вирусами А, В или С. Гепатиты D и Е встречаются редко. Гепатит В — это инфекционное заболевание, вызываемое вирусом под названием HBV (аббревиатура вируса гепатита В). Гепатит В — это пандемия, которая затрагивает около 350 миллионов человек во всем мире.

**Ключевые слова:** гепатит, гепатит а, фульминантный гепатит, антитела,

### ГЕПАТИТ В

**Abstract:** There are 5 different hepatitis caused by viruses: Hepatitis A, hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D, Hepatitis E. in medical practice, almost all cases of hepatitis are caused by viruses A, B or C. Hepatitis D and E are rare. Hepatitis B is an infectious disease caused by a virus called HBV (abbreviation of hepatitis b virus). Hepatitis B is a pandemic that affects about 350 million people worldwide.

**Keywords:** hepatitis, hepatitis, fulminant hepatitis, antibodies, liver enzymes,

Важно знать, что вирусы, вызывающие каждый из этих гепатитов, полностью отличаются друг от друга. Например, вирус гепатита С генетически гораздо ближе к вирусам денге и желтой лихорадки, чем к вирусу гепатита В. Вирусные гепатиты различаются также формой передачи, прогрессирования заболевания и лечения.

Гепатит В — это венерическое заболевание, передающееся половым путем. К другим путям передачи HBV включают вертикальную передачу (от матери к плоду), переливание крови и использование инфицированных игл или других больничных материалов. Возможна также передача инфекции через иглоукалывание, татуировки и пирсинг. Вирус гепатита В может выжить в течение 7 дней вне организма.

Гепатит В делится на две фазы: острую инфекцию и хроническую инфекцию.

1. Острый гепатит В. Инкубационный период обычно составляет от 1 до 4 месяцев. Около 70 % пациентов, инфицированных вирусом гепатита В, имеют легкие и неспецифические симптомы инфекции. Часто острую фазу можно спутать с картиной гриппа. Только у 30 % развивается типичная клиническая картина гепатита, называемая желтушной формой острого гепатита В. Желтуха — это пожелтение кожи и слизистых оболочек вследствие воспаления печени и

накопления билирубина в крови. Наряду с желтухой также обычно появляются темная моча и кал очень светлого цвета.

К другим симптомам острого гепатита В относятся: усталость, тошнота и рвота, боль в суставах, боль в животе, особенно в верхней правой области, лихорадка, потеря аппетита.

Фульминантная печеночная недостаточность встречается редко, менее чем в 0,5 % случаев. Во время острой фазы в анализах крови маркеры поражения печени обычно очень высоки: TGO (AST) и TGP (ALT) обычно превышают 1000 МЕ/л. 95 % взрослых, заболевших гепатитом, полностью излечиваются в течение 6 месяцев. Только 5 % прогрессируют до хронической формы гепатита. Чем моложе пациент, тем выше риск развития хронической формы, вплоть до того, что до 50 % детей в возрасте до 5 лет и 90 % новорожденных не могут добиться излечения.

2. Хронический гепатит В возникает, когда наша иммунная система не может устранить HBV в течение 6 месяцев. Эти пациенты остаются на неопределенный срок с вирусом в организме, медленно разрушая свою печень, и могут заражать других людей. Хронический гепатит В обычно протекает бессимптомно в течение многих лет. Даже у тех, кто имеет типичные симптомы острого гепатита, самопроизвольно улучшается состояние, хотя вирус гепатита В остается в организме. Значения TGO (AST) и TGP (ALT) падают, оставаясь лишь незначительно-умеренно повышенными, свидетельствуя о медленном и прогрессирующем разрушении печени.

У 10-20 % больных гепатитом В развиваются внепеченочные заболевания (наиболее часто васкулит и мембранозная нефропатия). Среди печеночных осложнений хронического гепатита В - цирроз печени и рак печени. Пациенты с приобретенным гепатитом В при рождении обычно достигают возраста 30 лет без серьезных осложнений заболевания. При приобретенном заболевании у взрослых от 10 до 20 % развиваются признаки цирроза после 5 лет болезни. На вероятность прогрессирования цирроза влияют несколько факторов, в том числе вирусная нагрузка (количество вирусов в крови), уровень вирусной активности, употребление алкогольных напитков, коинфекция другими вирусными гепатитами, такими как гепатит С и гепатит D и др. Примерно у 10 % пациентов с циррозом печени вследствие гепатита В развивается рак печени.

Диагноз гепатита подтверждается серологией крови. Если анализ HBsAg положительный, это указывает на то, что вирус присутствует в циркуляции. Пациенты с хроническим гепатитом В остаются с положительным HBsAg навсегда,

так как они никогда не избавляются от вируса. Вылеченные пациенты имеют отрицательный HbsAg. HBsAg появляется, когда инфекция вылечена или когда пациент был вакцинирован. Пациенты с хроническим гепатитом В никогда не имеют положительного HBsAg. Пациенты с HBsAg отрицательным это те, кто имеет иммунитет к гепатиту, либо путем вакцинации, или ранее имели заболевание. HBeAg обычно присутствует, когда он находится в высокой активности. HBeAg обычно положителен в острой фазе и в случаях хронического гепатита В с высокой вирусной репликацией.

HBeAg - это антитело, которое возникает, когда пациент излечивает себя или когда его хроническая инфекция спит и вирус не размножается. Антитела к HB-core антигену класса М (анти-HBcor Ig M) это еще одно антитело против вируса В. Анти- HBcor Ig M является положительным в острых случаях. Анти- HBc IgG — это антитело, которое присутствует у всех, кто имел гепатит или имеет его хронически.

Вакцина против гепатита очень безопасна и имеет эффективность выше 95%. Гепатит В является потенциально ликвидируемым заболеванием, если проводятся эффективные кампании массовой вакцинации. Через два месяца после окончания графика вакцинации может быть проведена серология для определения наличия анти-HBs, что отражает успешность вакцинации. Поскольку вакцина занимает несколько месяцев для создания защиты от гепатита, ее не следует использовать, например, в случае несчастных случаев с зараженными иглами. В этом случае, если пострадавший человек не был вакцинирован или никогда не болел гепатитом В, иммуноглобулин следует давать как можно скорее, желательно в течение 24 часов после возможного заражения. После 7 дней заражения иммуноглобулин оказывается неэффективным. Лечение гепатита В показано только в случаях хронического гепатита В с положительным HBeAg, повышением SGOT и TGP, и/или высокой вирусной нагрузки. При остром гепатите показан отдых, гидратация и избегание алкоголя и лекарств, которые могут нанести вред печени. Лечение, как правило, длительное. Целью терапии является предотвращение размножения вируса и предотвращение будущих осложнений, таких как цирроз и рак печени. В более тяжелых случаях, с признаками цирроза и печеночной недостаточности, может быть показана трансплантация печени.

Список литературы:

1. Попова, Ю. С. Гепатит. Самые эффективные методы лечения / Юлия Попова. - М.: Крылов, 2009.

- 
2. Романова, Е. А. Гепатит. Диагностика, профилактика, эффективные методы лечения / Е. А. Романова. - М.: АСТ, 2017.

**Сланова Белла Алановна,**  
студент  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Сланова Алина Алановна,**  
студент  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

## ГЛОССАЛГИЯ: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ

**Аннотация:** Число больных глоссалгией растет с каждым годом. В статье рассмотрены основные вопросы терминологии, клинической картины, причин и лечения глоссалгии. Представлены общие принципы лечения с учетом психоэмоциональной дезорганизации больных, что создает благоприятные прогнозы для лечения.

**Ключевые слова:** Глоссалгия, Синдром жжения полости рта (СЖПР), поражение слизистой оболочки ПР

## GLOSSALGIA: CAUSES, TREATMENT

**Abstract:** The number of patients with glossalgia is growing every year. The article deals with the main issues of terminology, clinical picture, causes and treatment of glossalgia. The general principles of treatment are presented, taking into account the psycho-emotional disorganization of patients, which creates favorable prognosis for treatment.

**Keywords:** Glossalgia, Burning Mouth Syndrome (BMS), damage to the mucous membrane of the PR

Глоссалгия — патологическое состояние полости рта, характеризующееся болевыми ощущениями, а также чувством жжения языка, которые не сопровождаются видимыми воспалительными или другими структурными изменениями. [1] Другие названия: глоссалгический синдром, стомалгия, синдром ротового жжения, синдром обожженного языка, вегетоз языка, сенсорный невроз языка, синдром жгучей боли, синдром жжения ПР (СЖПР).

Болевой синдром характеризуется чувством жжения, зуда, сравнимым с ощущением на слизистой при приеме перца, как правило, пациенты связывают эти симптомы с приемом острой, горячей пищи. Боли могут иметь как приступообразный характер, так и могут беспокоить больного постоянно. Боли могут иррадиировать на нёбо, слизистые оболочки щек, губ, горла. Помимо основных проявлений, пациенты жалуются на сухость во рту, а также на притупление или извращение вкуса. [2] Больной может страдать от депрессии, повышенной раздражимости, возбудимости, бессонницы, тревожности.

Причины глоссалгии.

В зависимости от причины, вызвавшей заболевание, выделяют следующие формы глоссалгии: неврогенную, симптоматическую, ишемическую, от местных факторов и др. [3]

Исследования показывают, что болезнь может быть одним из признаков висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома, при котором поражаются блуждающий и языкоглоточный нервы. Нарушения передачи нервных импульсов становятся причиной глоссалгии, поскольку приводят к появлению ложных ощущений. А внешние раздражители могут лишь усиливать симптом, что и объясняет высокую частоту болезни у людей с протезами и коронками.

По определению Е.В. Боровского и соавт. [1], глоссалгия — это патология вегетативной нервной системы, сформировавшаяся на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, сосудистых поражений и эндокринных нарушений.

По мнению Ю.М. Максимовского и соавт. [4], глоссалгия в основном обусловлена местными факторами: аллергическими реакциями на акрилаты, гальваническими токами из-за разнородных металлических ортопедических материалов, ксеростомией, но может быть спровоцирована и приемом лекарственных препаратов, в частности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Также можно заметить проявления этой болезни у пациентов, перенёвших COVID-19.

Также глоссалгии могут развиваться на фоне следующих заболеваний:

- ишемический и геморрагический инсульт;
- энцефалиты любого происхождения;
- нейросифилис.
- хронический эмоциональный стресс

Усугубляющими факторами могут выступать гиповитаминоз, нехватка железа, минералов, эндокринные заболевания, инфекции и аутоиммунные патологии. Влияет на заболевание и прием некоторых лекарственных средств — препаратов химиотерапии, антигистаминных средств и др.

#### Клинические проявления

Заболевание начинается постепенно, пациент не всегда может указать точное время появления болей. Жалобы пациентов при глоссалгии не имеют четких анатомических границ. Чаще они локализуются на кончике и боковой поверхности языка, реже на спинке и корне. Иногда парестезии распространяются на губы, твердое небо, глотку, область шеи [1].

Пациенты предъявляют жалобы на жжение, печение, пощипывание, чувство «одеревенения» и «ошпаривания» губ и/или языка. В некоторых случаях пациенты характеризуют свои ощущения как «язык посыпан перцем» или «как ошпаренный». Отмечают также субъективное ощущение отечности со стороны СОПР. Иногда наряду с парестезиями наблюдаются болевые ощущения, изредка очень интенсивные. Такие приступы имеют цикличность с периодическими сильными обострениями и непродолжительными ремиссиями.

Усиливаются болевые ощущения в вечернее время, при различных стрессовых ситуациях и практически полностью проходят в период приема пищи.

В некоторых случаях пациенты могут предъявлять жалобы на сухость в полости рта, ощущение тяжести в языке, реже отмечается феномен оральной псевдомиастении (затрудненность речи) [5].

Глоссалгия, как правило, не сопровождается морфологическими изменениями со стороны слизистой оболочки. В большинстве случаев она свободна от высыпаний, бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Глоссалгия может сочетаться с различными формами красного плоского лишая (КПЛ), с десквамативным глосситом и кандидозом. В этих случаях к глоссалгическим явлениям присоединяются симптомы поражения слизистой оболочки, характерные для того или иного заболевания. В случае КПЛ это белесоватый налет в зоне смыкания зубов в ретромаллярных участках и на боковых поверхностях языка, не снимаемый шпателем, при кандидозе — рыхлый, бело-серый творожистый налет, снимаемый шпателем преимущественно на дорсальных поверхностях языка.

#### Лечение

Лечение глоссалгии начинается с санации полости рта: врач назначит лечение кариеса, замену неправильно установленных протезов, а также замену пломб, срок годности которых истек. Также одновременно с этим необходимо посетить других специалистов узкого профиля — невролога, эндокринолога, психотерапевта и пр. [4]

Лечение пациентов должно быть комплексным, продолжительным, последовательным. Монотерапия, как правило, приносит лишь симптоматическое и непродолжительное облегчение.

С учетом того что у большинства лиц, страдающих глоссалгией, есть выраженные психогенные и невротические проявления, большое значение приобретает психическое воздействие. Пациенту на

первом приеме следует объяснить суть заболевания, успокоить и внушить уверенность в его излечимости.

Психоневролог дает заключение об отсутствии органических поражений со стороны периферической и центральной нервной системы.

В литературе отмечено, что снижение выраженности болевого синдрома наблюдается после приема бензодиазепинов (клоназепам, диазепам), трициклических антидепрессантов (амитриптилин, доксепин) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин). Дозу и курс лечения устанавливают индивидуально и корректируют в процессе лечения в зависимости от реакций пациента. В целях достижения устойчивого положительного эффекта рекомендуется назначение этих средств сроком не менее чем на 1 мес [7].

С целью стимуляции тканевого обмена и нормализации гомеостаза при дефектах периферической нервной системы больным назначают витамины В1, В12, мильгамму, берокку, нейромультивит [7].

В комплексе лечебных мероприятий успешно применяют физиотерапевтические методики. Хорошие результаты при лечении глоссалгии получены от применения электрофореза ионов натрия, гальванизации шейных симпатических узлов, лазертерапии, гипербарической оксигенации, чрескожной электростимуляции, ультратона-, озонотерапии, а также электросна, гипноза и иглорефлексотерапии. Актуальным также является массаж воротниковой зоны и спины при отсутствии противопоказаний [6].

#### Список литературы:

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. : Реабилитация в неврологии : руководство для врачей: 2014
2. Klasser GD, Grushka M, Nan Su. Burning Mouth Syndrome. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. 2016;28(3):381-396. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2016.03.005>
3. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М: Медицина 1984; 400.
4. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Юзбашян П.Г., Терещенко А.В., Миченко А.В., Бобко С.И., Воронова Е.И., Романов Д.В. Глоссалгия как синдром психодерматологической патологии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(7):7-13.
5. Иорданишвили А.К. Клиническая стоматология: официальная и интегративная: руководство для врачей. Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. СПб: СпецЛит 2008; 431.
6. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология: Учебник. М: Медицина 2002; 640
7. Merskey H, Bogduk N. (eds.). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

## Циклаури Мэлани Руслановна

Студент

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

### ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

**Аннотация:** Своевременная диагностика синдрома Жильбера позволяет отличить его от других заболеваний печени и крови, вовремя ограничить прием препаратов, обладающих гепатотоксическим действием, осуществить профилактику печеночных кризов, скорректировать образ жизни пациента до полного исчезновения дискомфорта, вызываемого гипербилирубинемией.

**Ключевые слова:** синдром жильбера, диагностика, днк-диагностика, течение, прогноз

### DIAGNOSIS OF GILBERT'S SYNDROME

**Abstract:** Timely diagnosis of Gilbert's syndrome makes it possible to distinguish it from other diseases of the liver and blood, to limit the intake of drugs that have a hepatotoxic effect in time, to prevent liver crises, to correct the patient's lifestyle until the discomfort caused by hyperbilirubinemia completely disappears.

**Keywords:** Gilbert syndrome, diagnosis, DNA diagnostics, course, prognosis

В настоящее время диагностика синдрома Жильбера не представляет никаких сложностей. Одним из самых быстрых методов диагностики данной патологии является прямая ДНК-диагностика, заключающаяся в определении числа ТА-повторов в гене *UGT1A1*.

Лабораторные исследования для диагностики синдрома Жильбера включают в себя общеклинические и биохимический анализ крови. К общеклиническим относят[1]:

1.общий анализ крови — повышение уровня Hb или снижение уровня тромбоцитов (тромбоцитопения);

2.общий анализ мочи и кала — снижение содержания стеркобилина вследствие нарушения образования прямого билирубина в клетках печени и их производных в желчных канальцах и кишечнике;

3.уровень Vi в крови — повышается;

4.анализ кала на стеркобилин — отрицательный.

К биохимическим относятся:

1.ферменты крови (АсАТ, АлАТ, ГТПП, ЩФ) — норма или незначительно повышены;

2.белки сыворотки крови и их фракции — увеличение концентрации общего белка и нарушение нормального соотношения фракций белков крови (диспротеинемия)[2];

3.протромбиновое время — в пределах нормы;

4.маркеры вирусов гепатита В, С, D — не выявляются.

Дополнительные диагностические обследования, которые проводятся на амбулаторном уровне:

1.Коагулограмма

2.Подсчет ретикулоцитов в крови;

3.Определение Ig G к HВсAg вируса гепатита В в сыворотке крови;

- 4.Общий анализ мочи;
- 5.Определение креатинина в моче;
- 6.Определение Ig G к вирусу гепатита А в сыворотке крови
- 7.Определение Ig G к вирусу гепатита С в сыворотке крови;
- 8.Исследование кала (копрограмма)[3].

На стационарном уровне необходимо проводить:

- 1.ОАК – 1 раз в 10 дней;
- 2.ОАМ – 1 раз в 10 дней;
- 3.Биохимический анализ крови (определение общего белка, белковых фракций, общего холестерина в сыворотке крови, щелочной фосфатазы, сывороточного железа)

4.УЗИ органов брюшной полости

5.ФЭГДС

Из инструментальных методов исследования применяется УЗИ органов брюшной полости[4].

Список литературы:

1. Губергриц Н.Б.: Функциональные гипербилирубинемии / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич Москва, 2013 г. 20 с.
2. Денисова И.Н.: Клинические рекомендации+фармакологический справочник / И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 1184 с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»).
3. Ипатова М.Г.: Особенности фармакотерапии у пациентов с синдромом Жильбера // М.Г. Ипатова, П.В. Шумилов, Д.Л. Шагалова, Т.А. Нестерова, А.С. Иванова — 2015. — № 6. — С. 92-96.
4. Кожанова Т.В. Синдром Жильбера: этиология, клиника, диагностика, терапия. Архив внутренней медицины: учебное пособие / Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. – 5-е изд. - 2014. – 218с.

## Циклаури Мэлани Руслановна

Студент

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

### ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА

**Аннотация:** Проблема острого желудочно-кишечного кровотечения при синдроме Маллори-Вейсса считается актуальной в неотложной абдоминальной хирургии и, прежде всего, она обусловлена явным ростом количества больных. По данным мировой литературы, в последние годы заболеваемость СМВ остаётся на достаточно высоком уровне, около 13-17% среди всех больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

**Ключевые слова:** синдром мэллори-вейса, диагностика, клиника, УЗИ, прогноз

### DIAGNOSIS OF MALLORY-WEISS SYNDROME

**Abstract:** The problem of acute gastrointestinal bleeding in Mallory-Weiss syndrome is considered relevant in emergency abdominal surgery and, above all, it is due to a clear increase in the number of patients. According to the world literature, in recent years, the incidence of CMS remains at a fairly high level, about 13-17% among all patients with gastrointestinal bleeding.

**Keywords:** mallory-weiss syndrome, diagnostics, clinic, ultrasound, prognosis

В настоящее время постановка диагноза синдрома Мэллори-Вейса может быть значительно затруднена вследствие стремительного роста клинической картины и обязательного оказания первой медицинской помощи пациенту. Диагноз данного симптома включает комплексное инструментальное обследование пищеварительного тракта для определения первоначальной причины кровавой рвоты. Наиболее информативными являются[1]:

1.Рентгенография брюшной полости. Исследование является информативным в том случае, если есть подозрение на пораженный орган. Основным признаком перфорации является наличие свободного газа в брюшной полости (симптом «серпа»).

2.Эзофагогастродуоденоскопия – выполняется urgently, позволяет выявить не только причину, но и характер кровотечения. Введение гибкого эндоскопа через полость рта позволяет оценить состояние эпителиальной мембраны верхних отделов ЖКТ, а также выявить линейные разрывы, расположенные в зоне перехода пищевода в желудок. В кардиальном отделе желудка на слизистой обнаруживаются единичные и множественные трещины слизистой оболочки и подслизистого слоя, идущие продольно, с умеренным кровотечением. Чаще всего разрывы обнаруживаются на малой кривизне, задней стенке желудка и пищевода. Прямым признаком СМВ является депо бария в виде округлой или линейной формы. При визуальном осмотре можно определить глубину поражения стенки пищевода или желудка[2].

3.УЗИ - преимуществом метода является неинвазивность, многократные исследования желудочно-кишечного тракта[1].

4.Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов органов брюшной полости - критериями кровотечения являются пиковая систолическая скорость кровотока, диастолическая скорость кровотока, индекс резистентности, пульсационный индекс.

В лабораторной диагностике при использовании клинического анализа крови определяются изменения, характерные для анемического синдрома - уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина, уменьшение гематокрита. Для исключения хронического кишечного кровотечения проводится реакция Грегерсена, чтобы обнаружить скрытую кровь в кале. При тяжелом диспепсическом

синдроме бактериологическую культуру кала можно проводить для выявления патогенных микроорганизмов[3].

Помимо разрывов слизистой оболочки, часто обнаруживают ряд патологических изменений, которые представляют потенциальные источники кровотечения: расширение вен пищевода, эрозии слизистой оболочки, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Список литературы:

1. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебное пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 576 с.
2. Ющук Н.Д. Система органов пищеварения: учебное пособие / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова, О.О. Знойко. - 3-е изд. - перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 368 с.
3. Кожанова Т.В. Синдром Мэллори-Вейса: этиология, клиника, диагностика, терапия. Архив внутренней медицины: учебное пособие / Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. – 5-е изд. - 2014. – 218с.

## Циклаури Мэлани Руслановна

Студент

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

### ДИГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D

**Аннотация:** Вирусный гепатит D (дельта-гепатит) изначально был описан у пациентов с более тяжёлой формой инфекции, вызываемой вирусом гепатита В, продолжающееся более 6 месяцев, коинфекцию или суперинфекцию вирусного гепатита В. Для диагностики острых и хронических вирусных гепатитов D широко применяют ИФА и РИА. Маркёры репликации вируса —АТ (IgM) к АГ вируса гепатита D и вирусная РИК.

**Ключевые слова:** вирус гепатита D, диагностика, методы исследования, антигены, антитела

### DIAGNOSIS OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS D

**Abstract:** Viral hepatitis D (delta hepatitis) was originally described in patients with a more severe form of hepatitis B infection lasting more than 6 months, coinfection or superinfection with viral hepatitis B. ELISA and RIA are widely used to diagnose acute and chronic viral hepatitis D. Markers of virus replication — AT (IgM) to hepatitis D virus AG and viral RIC.

**Keywords:** hepatitis D virus, diagnostics, research methods, antigens, antibodies

Пациенты, страдающие такой патологией, как хронический вирусный гепатит В, имеют очень высокий риск заражения хроническим вирусным гепатитом D. Для диагностики данной патологии врач-гепатолог применяет такие методы, как опрос, в который входит тщательный сбор жалоб и анамнеза, а также объективные методы исследования, такие как физикальные (пальпация, перкуссия), инструментальные и лабораторные методы исследования [1].

У всех пациентов с подозрением на хронический вирусный гепатит D рекомендуется выявить в анамнезе перенесенную инфекцию вирусного гепатита В (ВГВ) и вирусного гепатита D (ВГD), факторов риска заражения ВГD (переливание крови или ее компонентов, парентеральные вмешательства, операции, нанесение татуировок, беспорядочная половая жизнь) – чтобы определить источник инфекции, пути и факторы передачи инфекции, длительность инфицирования.

При наличии воспаления печени врач обнаруживает увеличение размера печени и, быть может, селезенки, изменение окраски кожных покровов, в частности ладоней (покраснение), появление на коже печеночных знаков, таких как сосудистые звездочки, а также наличие следов расчесов от непрекращающегося кожного зуда, выявляются признаки печеночной недостаточности (энцефалопатия, асцит, гидроторакс, геморрагический синдром, периферические отеки)[2].

Вирус гепатита D с током крови попадает в печень, проникает в ее клетки (гепатоциты) и начинает размножаться, вызывая их повреждение и в последующем гибель. Поскольку гепатит D вызывает инфекцию только в присутствии гепатита В, то возможно 2 варианта инфицирования:

- одновременное заражение вирусом гепатита В и D (HDV/HBV - коинфекция)
- внедрение вируса D в инфицированные гепатитом В клетки печени (HDV/HBV – суперинфекция).

В лабораторной диагностике хронического вирусного гепатита D используются следующие методы:

- Общий (клинический) анализ крови развернутый (с исследованием лейкоцитарной формулы и тромбоцитов)
- Общий (клинический) анализ мочи для исключения внепеченочных проявлений заболевания

- Исследование уровня общего. Связанного и свободного билирубина в крови
- Определение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови
- Определение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в крови
- Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови
- Исследование уровня альбумина в крови
- Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме[3].

Для диагностики хронических вирусных гепатитов D широко применяют иммуноферментный анализ (ИФА) и радиоиммунный анализ (РИА). Установить наличие в организме вируса гепатита D можно с помощью специфического анализа – иммунологического маркера активности репликаций вирусов В и D.

Диагностика инфицирования ВГD осуществляется путем обнаружения высокой концентрации антител к вирусу ВГD иммуноглобулинов G (IgG) и иммуноглобулинов M (IgM); для подтверждения диагноза проводится исследование на наличие РНК ВГD в сыворотке крови[3].

Критерии:

- ї Наличие антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови
- ї Наличие поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови
- ї Клинические и лабораторные симптомы и синдромы поражения печени
- ї РНК вируса гепатита D в крови методом ПЦР в течение 6 и более месяцев

Список литературы:

1. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учебное пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 640 с.
2. Ющук Н.Д. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова, О.О. Знойко. - 3-е изд. - перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 368 с.
3. Кожанова Т.В. Гепатит дельта: этиология, клиника, диагностика, терапия. Архив внутренней медицины: учебное пособие / Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. – 5-е изд. - 2014. – 218с.

**Дауров Марат Георгиевич**

студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

**Зангионова Амина Темир-Булатовна**

студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

## **ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОБРАБОТКА КОРНЕВОГО КАНАЛА. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ**

**Аннотация:** В данной статье мы решили познакомить вас с нюансами проведения очень важного этапа эндодонтического лечения зубов – инструментальной обработки, а также с ошибками и осложнениями, которые возникают как во время, так и после его неправильного проведения.

**Ключевые слова:** Пульпит, периодонтит, корневые каналы, эндодонтия, лечение зубов.

## **INSTRUMENTATION OF THE ROOT CANAL. ERRORS AND COMPLICATIONS**

**Abstract:** In this article, we decided to acquaint you with the nuances of a very important stage of endodontic dental treatment - instrumentation, as well as errors and complications that occur both during and after its incorrect implementation.

**Keywords:** Pulpitis, periodontitis, root canals, endodontics, dental treatment.

Одним из самых важных этапов лечения заболеваний пульпы и периодонтита является инструментальная обработка корневого канала. Успех эндодонтического лечения во многом зависит именно от него. Однако он является самым сложным в техническом исполнении. Для квалифицированного проведения механической обработки корневых каналов перед врачом следует поставить определенные задачи:

1. тщательная очистка корневого канала от частиц размягченного инфицированного дентина, остатков пульпы или ее распада в результате некроза, а также различных пищевых остатков.

2. адекватное расширение корневого канала с сохранением устойчивых стенок и придание ему конусовидной формы, которая будет наиболее оптимальной для пломбирования.

3. выравнивание и сглаживание стенок канала для лучшего проникновения медикаментов в дентинные канальцы, а также для лучшей адгезии пломбировочного материала

4. устранение препятствий в корневом канале в виде петрификатов и кальцификатов (дентикли и тд.)

5. прохождение даже извитых частей канала

Также существует множество методик препарирования корневых каналов. В зависимости от способа препарирования они подразделяются на механические и вибрационные.

I. Механические

-ручные

-машинные: реципрокные, ротационные, комбинированные

II. Вибрационные

- акустические
- ультразвуковые.

Перейдем непосредственно к ошибкам и осложнениям:

#### ■ Образование апикального уступа («zipping»)

Причина возникновения: использование жесткого толстого файла, который предварительно не был изогнут по ходу канала (при работе с искривленными каналами); неадекватный переход от инструмента одного размера к инструменту другого размера.

Профилактика: предварительное изгибание инструмента по ходу кривизны канала; исключение вращательных движений при расширении канала, вместо этого совершение пилящих движений;

#### ■ Блокада канала дентинными опилками

Причина возникновения: недостаточная ирригация корневого канала; использование инструмента большого размера не в порядке его очереди; отсутствие возврата к инструменту меньшего размера во время обработки канала.

Профилактика: обязательно соблюдение правил и этапов проведения инструментальной обработки корневых каналов; проведение обильной ирригации канала после каждого инструмента.

Если же блокада опилками все же произошла, то тактика врача заключается в следующем:

1. необходимо обильно промыть канал
2. тонким файлом пройти на всю рабочую длину
3. и попытаться разблокировать апикальное отверстие К-римером №06

#### ■ Перфорация апикального отверстия

Причина возникновения: прохождение канала в апикальной трети со значительным давлением; использование машинных инструментов в искривленных каналах; использование инструментов с агрессивной верхушкой.

Профилактика: предварительное изгибание инструмента по ходу кривизны канала; исключение вращательных движений при расширении канала, вместо этого совершение пилящих движений; следует отдавать предпочтение инструментам с неагрессивной верхушкой (batt-tip)

#### ■ Отлом инструмента в канале

Причина возникновения: оказание значительного давления при обработке корневого канала; использование инструментов, которые уже являются непригодными («усталость инструмента»); несоблюдение правил работы с инструментами (работа Н-файлами вращательными, а не пилящими движениями)

Профилактика: аккуратная, осторожная работа с соблюдением правил и последовательности применения инструментов; соблюдение максимальных углов поворота инструментов в канале: К-римеры - 180°, К-файлы - 90°, при узких, искривленных каналах угол поворота рекомендуется уменьшить до 20-30°. Н-файлы вращать в канале нельзя; обязательное использование гелей для расширения корневых каналов на основе ЭДТА; неиспользование негодных инструментов.

#### ■ Продольная перфорация стенки корневого канала

Причины возникновения: чрезмерное давление в искривленном канале; работа в канале недостаточно изогнутыми инструментами; анатомические особенности корня.

Профилактика: проведение тщательной рентгендиагностики до начала обработки канала; изгиб каналов под их искривления; использование безопасных инструментов (SafetyHedstroem)

Безусловно, такой процесс, как инструментальная обработка каналов является очень сложным и кропотливым делом. Есть великое множество нюансов, которые в обязательном порядке должен знать врач - стоматолог. В нашей статье мы произвели небольшой экскурс по миру эндодонтии. Мы постарались кратко рассказать о тех ошибках и осложнениях, которые встречаются чаще всего.

Список литературы:

1. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В.Боровского - М.: «Медицинское информационное агенство»,2006.-840с.
2. Кузьмина Э.М.Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство «Тонга-Принт»,2001; 216 с.
3. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб.пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов.-11-е изд.-Москва : МЕДпресс- информ,2019.-928с.: ил.

## Циклаури Мэлани Руслановна

Студент

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

### ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА D

**Аннотация:** Лечение больных гепатитом В+D  $\alpha$ -интерферонами лишь в небольшом проценте случаев сопровождается вирусологическим ответом, и частота рецидивов обычно очень высокая. Однако, длительное противовирусное лечение у большинства пациентов приводит к улучшению биохимических показателей и гистологической картины печени.

**Ключевые слова:** вирус гепатита D, лечение, интерфероны, монотерапия, показания

### HEPATITIS D TREATMENT

**Abstract:** Treatment of hepatitis B+D patients with  $\alpha$ -interferons is accompanied by a virological response only in a small percentage of cases, and the recurrence rate is usually very high. However, long-term antiviral treatment in most patients leads to an improvement in biochemical parameters and liver histology.

**Keywords:** hepatitis D virus, treatment, interferons, monotherapy, indications

Большинству больных хроническим вирусным гепатитом В с дельта-антигеном показана продолжительная противовирусная терапия в связи с тем, что заболевание характеризуется прогрессирующим течением и очень быстро и легко может перейти в цирроз печени.

Диагностические мероприятия и курс лечения назначаются специалистом. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы[1]:

- молекулярно-биологическая характеристика ВГD;
- наличие противопоказаний к лечению (возраст, декомпенсация заболевания печени);
- доступность лечения.

Существуют 3 вида лечения хронического вирусного гепатита D:

1. Консервативное(этиотропное)
2. Патогенетическое
3. Симптоматическое лечение.

Показания к началу этиотропного (противовирусного) лечения:

- Наличие репликации ВГD (РНК ВГD в крови)
- Отсутствие противопоказаний к препаратам
- Согласие пациента на проведение противовирусной терапии
- Отрицательный тест на беременность

Пациентам с ХВГD, в том числе с компенсированным циррозом печени (класс А по шкале Чайлд-Пью), не имеющим противопоказаний к интерферонам и непереносимости интерферонов, рекомендуется лечение булевиртидом (2 мг 1 раз в день п/к в течение 48 недель) в комбинации с интерферонами (180 мкг 1 раз в неделю п/к в течение 48 недель) для достижения вирусологического и биохимического ответа, комбинированного вирусологического и биохимического ответа, серологического ответа[1].

При патогенетическом лечении пациентам с ХВГD рекомендуется щадящий режим и диета для восстановления или профилактики нарушений функций печени.

В настоящее время препаратами выбора при данном заболевании являются стандартные пегилированные  $\alpha$ -интерфероны. Независимо от динамики лабораторных показателей и самочувствия пациента, рекомендуется принимать лечение минимум в течение года. Если по истечении этого периода ремиссия или выздоровление не наступают, курс терапии продлевается.

У части пациентов прием данного препарата вызывает ряд побочных эффектов, пациентам с декомпенсированным циррозом печени, психиатрическими заболеваниями в активной фазе и аутоиммунными заболеваниями лечение данным препаратом противопоказано, что создает сложности в терапии этих категорий больных гепатитом D лиц[2].

Для комплексного лечения пациенту назначаются препараты, улучшающие работу печени (гепатопротекторы), витамины, сорбенты и инфузионные лекарственные средства для детоксикации. Основа медикаментозного курса при хроническом гепатите D – глюкокортикостероидные препараты для восстановления печени, дегидратационное лечение, прием противосудорожных средств. Тяжелые формы воспаления могут потребовать хирургического вмешательства в объеме трансплантации печени[3].

За период терапии и после ее окончания пациенту необходимо отказаться от алкоголя, жареных и острых блюд, жирных продуктов, диета согласно лечебному столу № 5.

#### Список литературы:

1. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учебное пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2020. – 640 с.
2. Ющук Н.Д. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова, О.О. Знойко. - 3-е изд. - перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 368 с.
3. Кожанова Т.В. Гепатит дельта: этиология, клиника, диагностика, терапия. Архив внутренней медицины: учебное пособие / Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. – 5-е изд. - 2014. – 218с.

**Дауров Марат Георгиевич**

студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

**Зангионова Амина Темир-Булатовна**

студент

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

**МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ. СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.**

**Аннотация:** На сегодняшний день не можем представить прием у современного врача стоматолога без проведения анестезии. Ведь она облегчает работу врачу, а пациенту помогает преодолеть страх и снизить до нуля болевые ощущения во время проведения манипуляций. Но помимо положительных аспектов, местная анестезия имеет свои недостатки, а именно осложнения, которые нередко возникают после ее проведения .

**Ключевые слова:** местное обезболивания, анестезия, осложнения.

**LOCAL ANESTHESIA. SYSTEMIC COMPLICATIONS.**

**Abstract:** To date, we cannot imagine an appointment with a modern dentist without anesthesia. After all, it facilitates the work of the doctor, and the patient helps to overcome fear and reduce pain to zero during the manipulation. But in addition to the positive aspects, local anesthesia has its drawbacks, namely the complications that often occur after its implementation.

**Keywords:** local anesthesia, anesthesia, complications.

Осложнения, возникающие после проведения анестезии делят на местные , которые проявляются в зоне ведения местнообезболивающего препарата и системные , обусловленные воздействием вводимого раствора на организм пациента в целом .

Системные побочные эффекты чаще всего могут быть обусловлены: психогенной реакцией на вводимый раствор, аллергической реакцией- т.е.повышенной чувствительностью пациента на вводимый препарат , который не зависит от дозы, абсолютной передозировкой (превышение максимально допустимой дозы для данного пациента) и относительной (если у пациента имеются тяжелые соматические заболевания), побочным эффектом при взаимодействии с другими лекарственными веществами, психогенная реакция на инъекцию появляется у пациентов с нестабильной психикой , который испытывают сильных страх и волнение перед началом лечения . Помимо общего беспокойство и тревоги у таких пациентов может наблюдаться изменение гемодинамических показателей, уровня сахара в крови, усилению потоотделения, вплоть до развития неотложных состояний.

Профилактика: врач всегда должен оценивать психоэмоциональное и функциональное состояние пациента перед проведением приема. При выявлении страха и волнения, его в первую очередь следует успокоить. Провести с ним беседу и доступно объяснить о важности лечения, а также о необходимости проведения обезболивания

Если напряжение и страх были выявлены, то следует снизить психоэмоциональное возбуждение, применением фармакотерапии. А именно использование, разрешенных в стоматологическом амбулаторном приеме, анксиолитиков , которые помогут избавить пациента от чувства страха и волнения . Следует применять: Тенотен – по 2-4 таблетки за 30 минут до стоматологического приема ;грандаксин 50 мг – 1-2 таблетки за час до вмешательства ; атаракс – 1мг/кг веса пациента за 40 минут до вмешательства ; настойка валерианы , пустырника по 40 капель за 1 час до приема .

Аллергическая реакция может возникнуть на любой из компонентов препарата: анестетик , консерванты , стабилизатор вазоконстриктора , натрия хлорид и ЭДТА . Поэтому следует уточнить имеется ли у пациента в анамнезе аллергия. Аллергические реакции чаще возникают на местноанестезирующие группы эфиров, чем амидов. При гидролизе эфиров образуются метаболиты, действующие в организме как гаптены .

Для профилактики аллергических реакций следует проводить подробный сбор анамнеза, назначить проведение лабораторных исследований для выявления аллергии к анестетикам .

Практика использования местноанестезирующих веществ должна учитывать индивидуальную максимальную дозу применяемого препарата, которая определяется исходя из массы тела пациента. Следует быть осторожными с тучными людьми, беременными , лицами пожилого возраста , а так же людей с сопутствующими патологиями . IFDAS(Международная Федерация Анестезиологических Стоматологических Обществ) рекомендует использовать дозу , которая не превышает 50% от значения максимальной дозы . В случае, когда врачу приходится применять анестетик в дозе, превышающей 50% значения максимальной дозы ,необходимо обеспечить пациенту условия для проведения вспомогательной или искусственной вентиляции легких , создать свободный доступ для внутривенных инъекций , а так же ингаляцию кислорода и т.д.

Клинические симптомы передозировки местных анестетиков:

Артикаин – нарушение сознания , тошнота, рвота , диплопия , мышечный тремор , судороги , угнетение дыхания вплоть до его остановки .

Лидокаин – психомоторные возбуждения , общая слабость, головокружение , общая слабость , тремор , тонико-клонические судороги , кома коллапс , остановка дыхания и смерть.

Мепивакаин – нарушение речи, глотания , зрения , эйфория, депрессия ; брадикардия , судороги, артериальная гипотензия , кома , угнетение дыхания .

Для профилактики следует: проводить аспирационные пробы; применять анестетики выпущенные в карпулах; устанавливать дозу анестетика в соответствии с массой тела пациента ;использовать не более 50% максимально допустимой дозы ;

Исходя из этого, еще раз хочется подчеркнуть важность тщательного сбора анамнеза , а так же правильного выбора анестетика и его дозировки . Пренебрегая всем этим, врач рискует столкнуться с серьезными последствиями как для него, так и для пациента.

Список литературы:

1. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В.Боровского - М.: «Медицинское информационное агенство»,2006.-840с.
2. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб.пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов.-11-е изд.-Москва : МЕДпресс- информ,2019.-928с.: ил.
3. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007

**Касоев Владислав Гивиевич**

студент

Северо-осетинская государственная медицинская академия

**Габараев Давид Эрикович**

студент

Северо-осетинская государственная медицинская академия

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.**

**Аннотация:** В данной статье представлены основные аспекты этиологии и особенностей кариеса у детей среднего школьного возраста на примере оценки распространенности и интенсивности кариеса учеников одной из городских школ.

**Ключевые слова:** кариес, профилактика кариеса, распространенность кариеса, интенсивность кариеса, гигиена полости рта

## **DETERMINATION OF INTENSITY AND PREVALENCE OF CARIES IN CHILDREN OF MIDDLE SCHOOL AGE.**

**Abstract:** This article presents the main aspects of the etiology and characteristics of caries in children of secondary school age using the example of assessing the prevalence and intensity of caries in students from one of the city schools.

**Keywords:** caries, caries prevention, caries prevalence, caries intensity, oral hygiene

Наиболее распространенным стоматологическим заболеванием школьного возраста является кариес зубов. Он характеризуется быстрым прогрессированием и, одновременно, скрытой клиникой. Это приводит к быстрому разрушению твердых тканей зубов. Среди предрасполагающих факторов можно выделить отсутствие, либо некачественную и неконтролируемую со стороны родителей гигиену полости рта детей, несбалансированное питание (чрезмерное употребление легкоусвояемых углеводов), отсутствие лечения молочных зубов, плохая санитарно-просветительская осведомленность родителей.

Несмотря на значительное число исследований по этиологии, патогенезу, дифференциальной диагностике, основным и дополнительным методам исследований, данная проблема стоит остро. Это связано, в первую очередь, с тем, что лечебно-профилактические мероприятия не достаточны, для того чтобы повлиять на снижение интенсивности и распространенности кариеса [1].

Развитие кариеса связано с действием кариесогенной микрофлоры полости рта, хотя при более широком рассмотрении можно говорить, что кариес является результатом дисбаланса множества факторов риска и защитных механизмов [2].

Биоценоз полости рта формируется поэтапно. У плода в процессе эмбрионального развития слизистая оболочка почти стерильна [3]. После рождения организм начинает контактировать со внешней средой, и полость рта заселяется микроорганизмами. Секреторный иммунитет у малыша достаточно слаб, поэтому размножение бактерий происходит с большей скоростью. Так, более низкий уровень секреторного иммуноглобулина (sIg) A1, который может разрушаться ферментами ряда патогенов, контаминирующих ротовую полость, увеличивает риск развития инфекционного процесса (в т. ч. кариеса) в детском возрасте [1].

Так же, хотелось бы отметить, что рациональное питание напрямую влияет на профилактику заболеваний не только полости рта, но всего организма в целом. [2]

Цель исследования: Определить уровень интенсивности и распространённости кариеса у детей возраста 12-ти лет.

Нами было обследовано 50 детей, учеников 6-х классов МБОУ СОШ №38, г. Владикавказ. Обследование детей проводилось на предмет определения распространённости и интенсивности кариеса, проведен индекс Федорова-Володкиной с целью определения уровня гигиены полости рта.

Для оценки интенсивности кариеса используют индекс КПУ(з). Это сумма клинических признаков кариозного поражения, рассчитанная индивидуально для одного или группы обследованных. [6]

Среднее значение индекса в исследуемой возрастной группе равно 4,5, что говорит о высокой интенсивности.

Распространённость кариеса – это отношение количества лиц, имеющих хотя бы один из признаков проявления кариеса зубов к общему числу обследованных, выраженное в процентах. [6].

Среднее значение индекса в исследуемой возрастной группе равно 85%, что говорит о высокой распространённости.

Исследование гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной показало, что у детей возраста 12-ти лет среднее значение индекса равно 2,6. Это соответствует неудовлетворительному уровню гигиены и напрямую влияет на возрастание интенсивности и распространённости кариозного процесса.

#### Список литературы:

1. Кисельникова Л. П., Вагеманс Н. В. Современные возможности профилактики кариеса зубов у детей раннего возраста. Педиатрия. 2010; 89(5):130–136.
2. Леонтьев В. К., Кисельникова Л. П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010, 890 с.
3. Lundell A. G., Anderson K., Josefsson E. Soluble CD14 and CD83 from human neonatal antigen-presenting cells are inducible by commensal bacteria and suppress human neonatal Th2 differentiation. Infect. & Immunity. 2007; 75: 4097–4104.
4. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В.Боровского - М.: «Медицинское информационное агентство», 2006.-840с.
5. Николаев, А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб.пособие / А.И.Николаев, Л.М.Цепов.-11-е изд.-Москва : МЕДпресс-информ,2019.-928с.: ил.
6. Э.М.Кузьмина, Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство – «Тонга – Принт», 2001, 216 с.

## Циклаури Мэлани Руслановна

Студент

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия

### СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕПАТИТ D

**Аннотация:** Вирусный гепатит D (дельта-гепатит) представляет собой инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита D у лиц с наличием в крови поверхностного антигена вируса гепатита B (HBsAg-позитивных лиц), продолжающееся более 6 месяцев, коинфекцию или суперинфекцию вирусного гепатита B, значительно ухудшающую его течение и прогноз. Обязательным условием заражения гепатитом D является присутствие активной формы гепатита B.

**Ключевые слова:** вирус гепатита d, коинфекция, суперинфекция, течение, прогноз

### MODERN VIEW ON HEPATITIS D

**Abstract:** Viral hepatitis D (delta hepatitis) is an infectious liver disease caused by the hepatitis D virus in persons with the presence of hepatitis B surface antigen (HBsAg-positive persons) in the blood, lasting more than 6 months, co-infection or superinfection with viral hepatitis B, significantly worsening its course and prognosis. A prerequisite for infection with hepatitis D is the presence of an active form of hepatitis B.

**Keywords:** hepatitis d virus, coinfection, superinfection, course, prognosis

Гепатит D – заболевание инфекционного характера, вызываемое вирусом гепатита D и проявляющееся воспалительными изменениями в тканях печени, приводящими к гибели печёночных клеток.

Напомним, что существуют два варианта заражения гепатитом D:

1. HDV/HBV – коинфекция (вариант, при котором происходит одновременное заражение вирусом гепатита B и D).
2. HDV/HBV – суперинфекция (когда дельта-вирус внедряется в уже инфицированный гепатитом B гепатоцит) [1].

Вирус, вызывающий болезнь, способен к размножению только при попадании в организм вируса гепатита B. Гепатит D вызывается РНК-содержащим вирусом, являющимся представителем “блуждающего” рода Deltavirus, который неспособен самостоятельного формирования белка для репликации и использует для этого белок, продуцируемый вирусом гепатита B. Внедрение вируса к организм человека ведет к ослаблению иммунной системы и требует правильного лечения. Однако, к счастью, данная форма заболевания встречается сравнительно редко.

Популяция вируса гепатита D представлена 8 генотипами. Наиболее распространен в мире генотип 1, с доминированием в Европе и Северной Америке, 2 генотип - в Азии, странах Ближнего Востока, Египте, 3 генотип — в Южной Америке, 4 генотип — в Японии, Китае, Тайване, 5–8 генотипы – в Африке. На территории России циркулирует преимущественно генотип 1, ассоциированный с более тяжелым течением заболевания, прогрессирующим в цирроз печени.

Заражение данным заболеванием происходит только парентеральным путем. К лицам повышенного риска относятся:

- наркоманы,
- лица, ведущие беспорядочную половую жизнь,
- больные гемофилией,

- во время хирургических вмешательств
- контакт с кровью или с предметами, загрязненными кровью больного (с бритвой, зубной щеткой, маникюрными принадлежностями, медицинским инструментарием)[1].

Выделяют острую (длительностью до полугода) и хроническую (длительностью более полугода) форму заболевания. В зависимости от уровня репликации вируса гепатита В(ВГВ) и вируса гепатита D(ВГD) наблюдаются 3 варианта персистенции вирусов: 1) высокий уровень РНК ВГD и низкий уровень ДНК ВГВ в крови (у 69% пациентов, обычно при HBeAg-негативном гепатите); 2) примерно одинаковый уровень РНК ВГD и ДНК ВГВ (28% пациентов), в основном при HBeAg-позитивном гепатите, 3) высокий уровень ДНК ВГВ и низкий уровень РНК ВГD (3% пациентов).

Клиническая симптоматика хронического вирусного гепатита D напоминает таковую при хроническом вирусном гепатите В. Вирусный гепатит D утяжеляет течение гепатита В. Инкубационный период коинфекции составляет в среднем 4-5 дней, суперинфекции - 3-7 недель, а дожелтушный период гепатита В имеет меньшую продолжительность и более бурное течение[2].

Симптоматика при данной патологии характеризуется повышением температуры, утомляемостью, общей слабостью, недомоганием, головными болями и головокружением, болями в правом подреберье и эпигастрии, потерей аппетита, тошнотой, рвотой, потемнением мочи, посветлением кала, желтушностью кожных покровов и слизистых оболочек. Часто заболевание сопровождается появлением на коже синяков, кровоточивостью десен и носовыми кровотечениями [3]. При физикальном обследовании больного можно обнаружить гепатоспленомегалию, болезненность и уплотнение печени. Однако обычно происходит полное выздоровление, развитие фульминантного гепатита происходит нечасто, а хроническая форма гепатита D развивается редко (менее чем в 5% случаев острого гепатита).

Коинфицирование происходит, если пациент одновременно инфицируется вирусом гепатита D и вирусом гепатита В. В подавляющем большинстве случаев (более 95%) заболевание носит циклическое течение и заканчивается спонтанным выздоровлением, однако при этом наблюдается больший уровень злокачественных нарушений функции печени и смертности, чем при инфицировании только вирусом гепатита В.

Суперинфицирование происходит, если больной с хроническим инфицированием вирусом гепатита В заражается вирусом гепатита D. У таких пациентов, как правило, наблюдается внезапное ухудшение состояния, примерно в 90% случаев отмечается развитие хронического гепатита D, цирроза печени и терминальных стадий заболеваний печени, что делает суперинфицирование очень опасным.

#### Список литературы:

1. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа: учебное пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2020. – 640 с.
2. Ющук Н.Д. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова, О.О. Знойко. - 3-е изд. - перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 368 с.
3. Кожанова Т.В. Гепатит дельта: этиология, клиника, диагностика, терапия. Архив внутренней медицины: учебное пособие / Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. – 5-е изд. - 2014. – 218с.

**Александров Глеб Станиславович**

студент магистратуры

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАГНЕТАТЕЛЬНЫХ СКВАЖИН НА РАБОТУ ДОБЫВАЮЩЕГО ФОНДА НА ПРИМЕРЕ ОБЪЕКТА «БЛОК 1 ЮГ» ВОСТОЧНОГО УЧАСТКА ОРЕНБУРГСКОГО НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ**

**Аннотация:** Актуальность исследования обусловлена все большим истощением продуктивных пластов эксплуатируемых месторождений в процессе их длительной разработки и эксплуатации и в связи с этим необходимостью поддержания пластового давления и производительности пласта посредством нагнетательных скважин. В данной статье было проанализировано влияние нагнетательных скважин на работу добывающего фонда на примере Восточного участка Оренбургского нефтегазоконденсатного месторождения.

**Ключевые слова:** ОРЕНБУРГСКОЕ МЕСТОРОЖДЕНИЕ, БЛОК 1 НАГНЕТАТЕЛЬНЫЕ СКВАЖИНЫ, ДОБЫВАЮЩИЙ ФОНД, ЗАКАЧКА, ДЕБИТ, ПРОДУКТИВНОСТЬ, ПЛАСТ

## **ANALYSIS OF THE IMPACT OF INJECTION WELLS ON THE OPERATION OF THE PRODUCTION FUND ON THE EXAMPLE OF THE BLOCK 1 SOUTH FACILITY OF THE EAST SECTION OF THE ORENBURG OIL AND GAS CONDENSATE FIELD**

**Abstract:** The relevance of the study is due to the increasing depletion of the productive strata of the operated fields in the process of their long-term development and operation and, in connection with this, the need to maintain reservoir pressure and reservoir productivity through injection wells. In this article, the impact of injection wells on the operation of the production fund was analyzed using the example of the Eastern section of the Orenburg oil and gas condensate field.

**Keywords:** ORENBURG FIELD, BLOCK 1, INJECTION WELLS, PRODUCTION FUND, INJECTION, RATE, PRODUCTIVITY, RESERVATION

Одним из основных способов поддержания пластового давления и поддержания производительности продуктивных пластов является использование нагнетательных скважин.

Нагнетательная нефтяная скважина – специализированная скважина, предназначенная для выполнения функции закачки любого рода газа, жидкости, воздуха или теплоносителя в продуктивный для поддержки производительности пластов.

Ключевая задача подобного типа скважин – это замена коллекторного флюида.

Устройство нагнетательной скважины для добычи нефти разработано таким образом, чтобы нагнетать воду или газ в:

- газовую шапку, то есть законтурные области залежей нефти посредством использования методологий поддержания нужного уровня давления;
- по всей площади месторождения. Обычно этому способу отдают предпочтение при вторичных методах нефтедобычи.

Нагнетательные нефтяные скважины обеспечивают:

- возможность поддержания нужного уровня пластового давления;
- возможность регулировать и самостоятельно задавать темп отбора полезных ископаемых;
- подачу рабочих агентов в пласты нефтяных, газовых и нефтегазоконденсатных месторождений, что позволяет более качественно и полно вытеснять флюид. [1]

Оренбургское нефтегазоконденсатное месторождение открыто в 1966 году в 30 км от города Оренбург разведочной скважиной №13 и находится в юго-восточной части Волго-Уральской нефтегазоносной провинции.

Это самое крупное в России и одно из крупнейших в мире сероводородо – и гелийсодержащее месторождение.

Мощность газоносной толщи составляет около 550м. Балансовые запасы на текущий момент составляют порядка : 600 млрд. м<sup>3</sup> газа, 270 млн тонн нефти и газа.

В геологическом разрезе Оренбургского нефтегазоконденсатного месторождения (ОНГКМ) принимают участие (сверху вниз) терригенные верхнепермско-четвертичные отложения, соленосные кунгурские породы и карбонатные каменноугольно-нижнепермские отложения.

Газоконденсатная залежь находится в известняках подсолевого комплекса на глубине 1300-1800 м и имеет размеры 125x25 км, толщину до 520 м, подстилается мощной (1000-1500 м) водонапорной системой. Покрышкой залежи служат соленосные породы кунгура. [2]

Предметом рассмотрения данного исследования является один эксплуатационный объект артинских отложений – Блок 1 Юг.

Общий фонд составляет 653 скважины, из которых 267 скважин (40%) пробурены за последние 4 года (темп отбора почти 1,5%).

Как видно из графика (Рис. 1), с момента интенсивного наращивания темпов освоения месторождения, снижается пластовое давление. В среднем, пластовое давление снизилось на 25 – 30 %, в зонах отбора ряда добывающих скважин на 43 % и составляет на уровне 15 МПа. Очагами заводнения охвачено не более 20 % площади, соотношение нагнетательных и добывающих скважин составляет 1:18. [3]



Рис. 1 – Зависимость пластового давления от темпов освоения месторождения

Для более детального рассмотрения влияния нагнетательных скважин на добывающие, было выделено 3 участка, схема размещения которых представлена на рисунке 2, одновременно совмещенная с картой накопленных отборов. Так как система воздействия организована единичными скважинами, оконтуривание участков осуществлялось исходя из окружения добывающими скважинами, нагнетательных. А также с учетом текущей, утвержденной геологической модели, здесь больше подразумеваются разломы, разделяющие на отдельные блоки.

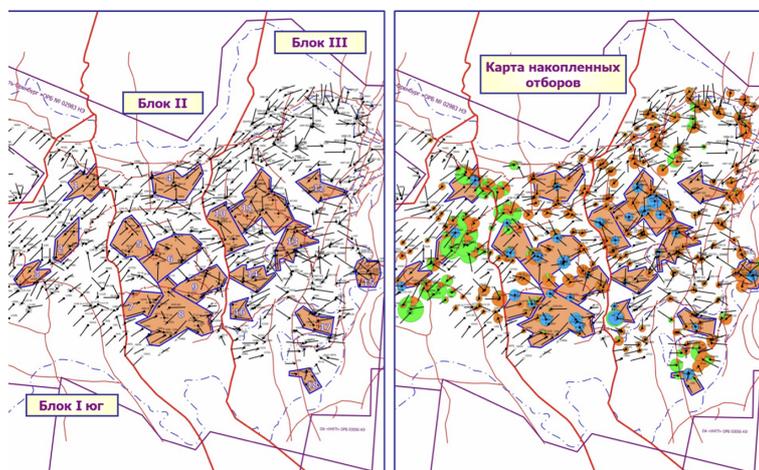


Рис. 2 – Схема размещения участков заводнения.

В таблице 1 представлены текущие показатели по выделенным участкам, из которых видно, что начало формирование очагов заводнения в основном датированы 2013 – 2017 годами, ведение отборов начато уже в начале 2013-2014 г. Отбор от НИЗ изменяется от 4 до 14 %, однако, данные значения являются приблизительными, т.к. не учитываются перетоки между участками и взяты поскважинно.

Таблица 1 – Показатели разработки участков

	Участки		
	1	2	3
Эксплуатационные объекты	Блок I Юг		
Дата начала эксплуатации	2014	2013	2013
Дата начала закачки	2017	2017	2018
Добыча нефти, тыс. т	2,1	2,8	0,9
Нак. добыча нефти, тыс. т	29	169	82
Отбор от НИЗ, %	4	14	10
Добыча жидкости, тыс. т	3,0	6,1	1,0
Нак. добыча жидкости, тыс. т	31	601	85
Добыча газа, млн. м <sup>3</sup>	2,9	1,8	0,6
Нак. добыча газа, млн. м <sup>3</sup>	34	119	56
Закачка воды, тыс. м <sup>3</sup>	1,1	0	1,4
Нак. закачка, тыс. м <sup>3</sup>	156	151	123
Дебит нефти, т/сут	22,7	30,7	10,1
Дебит жидкости, т/сут	22,6	66,7	10,3
Обводненность, %	30,3	54,0	1,1
Приемистость, м <sup>3</sup> /сут	279,8	0,0	92,2
ГНФ., м <sup>3</sup> /т	1381	634	620
Компенсация текущая	24	0	84
Компенсация накопленная	300	21	84

На участке № 1 (Рис. 3), с момента организации закачки в 2018 году отмечается влияние и увеличение дебитов, последующий ввод в 2019 году сопровождался ГТМ и отследить прямого влияния возможности нет.

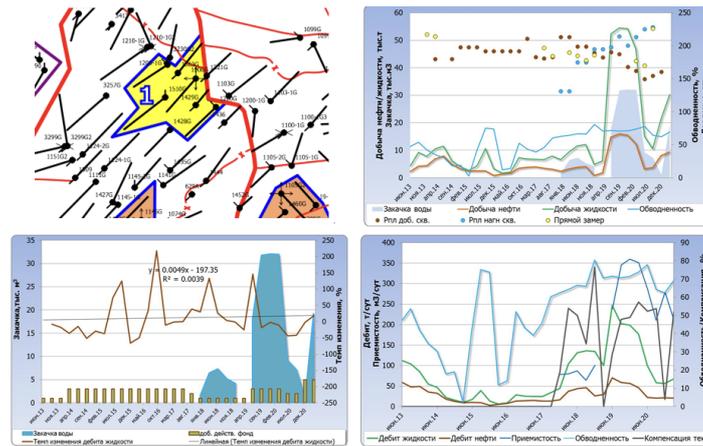


Рис. 3 – Данные по участку №1

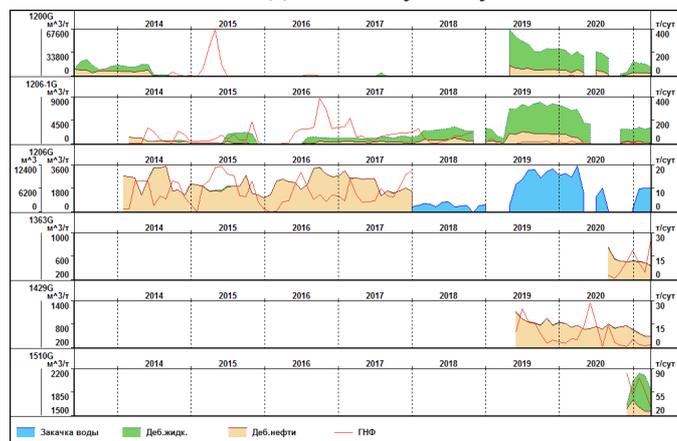


Рис. 4 – Данные по участку №1 - поскважинно

На рисунке 4 можно увидеть реакции в разрезе скважин, отклик происходит как по дебитам – это верхние две скважины 1200G и 1206-1G, а также по динамике ГФ – снижение – это прослеживается по скважине 1429G.

На участке 2 (Рис. 5) также, с момента начало закачки в конце 2017года, мы видим увеличение дебитов, последующий резкий скачок связан с проведением ГТМ на одной из скважин участка.

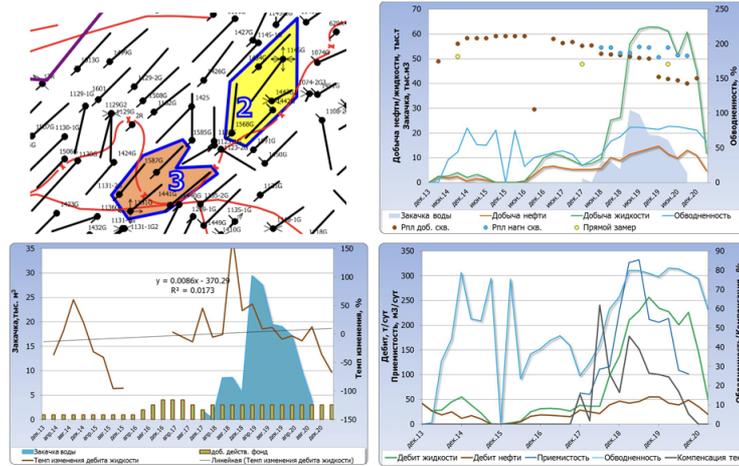


Рис. 5 - Данные по участку №2

В разрезе скважин (Рис. 6) мы видим реакцию на ввод ППД, одновременно с отключением нагнетательной скважины, наблюдается рост ГФ – скв. 1434, верхний график.

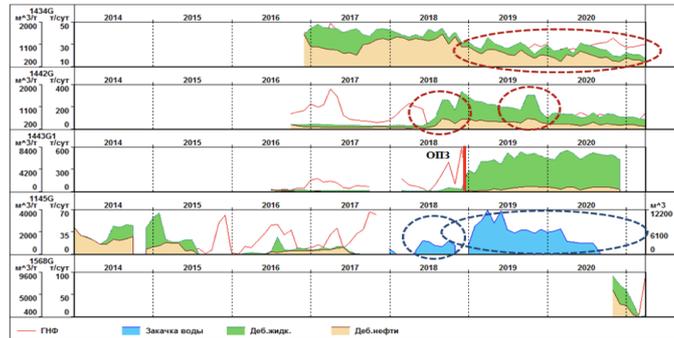


Рис. 6 - Данные по участку №2 – поскважинно

На участке № 3 (Рис. 7), с момента ввода очага заводнения, наблюдается стабилизация падения дебитов жидкости и нефти.

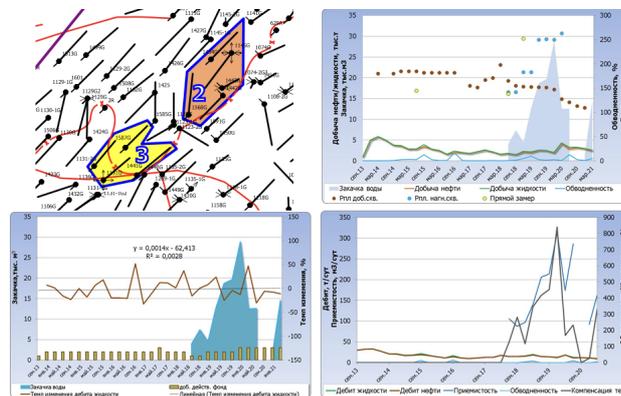


Рис. 7 - Данные по участку №3

В разрезе поскважинно (Рис. 8), это прослеживается на двух скважинах 1131-2G и 1441G. ГФ также снижается в 2019 году с момента наращивания закачки – скв. 1441.

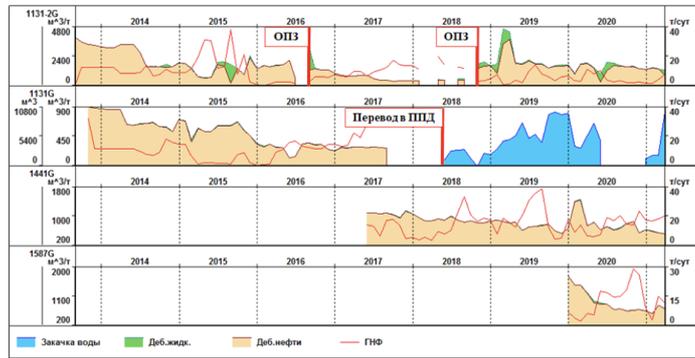


Рис. 8 - Данные по участку №3 – поскважинно

На рисунках 9 и 10 произведено сравнение выбранных участков с ППД, отдельно по эксплуатационным объектам, в сравнении с участками, которые разрабатываются на естественном режиме.

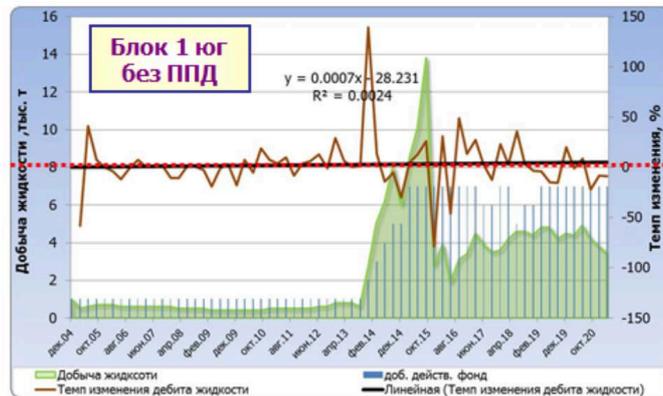


Рис. 9 – Блок 1 юг без ППД.

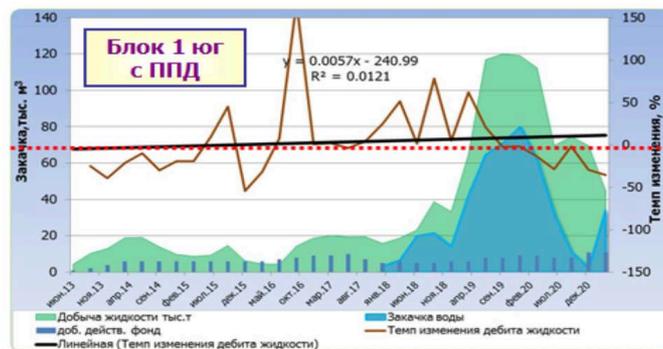


Рис. 9 – Блок 1 Юг с ППД

Темп изменения дебита жидкости, приведенный в линейном формате – это черная линия, увеличивается на графиках, где отображены участки разрабатывающиеся с применением нагнетательных скважин.

Таким образом, на основании проанализированного материала можно сделать вывод, что на Блоке 1 Юг Восточного участка Оренбургского нефтегазоконденсатного месторождения косвенно, с учетом вышеперечисленных показателей поскважинно в участках, применение нагнетательных скважин дает свою эффективность, но не в достаточной степени.

Список литературы:

1. Neftegaz.ru [Электронный ресурс]: Нагнетательная скважина – URL: <https://neftegaz.ru/tech-library/ngk/147611-nagnetatelnye-skvazhiny/> (дата обращения 25.07.2022) – Текст : электронный.
2. Neftegaz.ru [Электронный ресурс]: Оренбургское нефтегазоконденсатное месторождение (НГКМ). – URL: <https://neftegaz.ru/tech-library/mestorozhdeniya/141624-orenburgskoe-neftegazokondensatnoe-mestorozhdenie-ngkm/> (дата обращения 25.07.2022) – Текст : электронный.
3. Дополнение к технологическому проекту разработки Восточного участка Оренбургского нефтегазоконденсатного месторождения : Книга 1 / АО «ТАНДЕМ»; – А.В. Деревесков ; А.В. Черняев [и др.] – Тюмень, 2021. – 255 с. – Текст: электронный.

**Бадретдинова Лилия Фанузовна**

студент

БГПУ им. М. Акмуллы

## **ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. РОЛЬ ТЬЮТОРА.**

**Аннотация:** Инклюзивное образование в последнее время в России дает положительные результаты включения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду. Активно распространяется применение инклюзивного образования, модели «ресурсного класса». Но до сих пор ребенок с РАС может сталкиваться с трудностями, которые проявляются во взаимоотношении со сверстниками. В работе также рассматривается роль тьютор при работе с детьми с РАС.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, тьютор, дети, обучение

## **INCLUSIVE EDUCATION. THE ROLE OF THE TUTOR.**

**Abstract:** Inclusive education in Russia has recently yielded positive results in the inclusion of children with disabilities in the general education environment. The use of inclusive education, the "resource class" model, is actively spreading. But until now, a child with ASD may face difficulties that manifest themselves in relationships with peers. The paper also examines the role of a tutor when working with children with ASD.

**Keywords:** inclusive education, tutor, children, training

Дошкольное и школьное образование детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в современном обществе остается важной задачей, в связи со стремительным ростом количества детей с РАС. Именно поэтому система образования постепенно пришла к такой модели обучения, как инклюзия.

Инклюзивное образование – это такой процесс обучения и воспитания, при котором все дети, в независимости от их физических, психических, интеллектуальных и иных особенностей, включены в общую систему образования.

Инклюзия - не просто размещение детей с особенностями здоровья и без них в одном классе. Эффективная инклюзия требует от учителей и школьных администраторов научиться понимать индивидуальные сильные стороны и потребности каждого ученика, а не только учеников с инвалидностью. Учителя в инклюзивных классах не могут просто нацеливать учебный план на среднего ученика.

Инклюзия означает предоставление ученикам многочисленных способов работы с материалом, многочисленные представления концепций в рамках учебного плана и многочисленные средства, которыми ученики могут выразить то, чему обучились. Этот тип вдумчивого универсального подхода к обучению одинаково приносит пользу как ученикам с инвалидностью, так и без неё.

Этот метод включает процесс системного реформирования такой среды, превращая ее в доступную для всех участников процесса. Реформирование включает в себя изменение контента, обучающих методик, подходов, структур и стратегий в образовании, с целью преодоления препятствий на пути к предоставлению базового права на образование для всех учеников всех возрастных групп, и создание среды, которая более всего соответствует их запросам и предпочтениям. Включение учеников с особенностями в обычные классы без проведения соответствующих структурных изменений в области, к примеру, организации, расписания, обучающих стратегий и так далее не является инклюзией.

Очень важно избегать превалирования удаленного обучения в качестве альтернативы непосредственного участия детей с особенностями. Социальные и коммуникативные навыки лучше

всего развиваются в реальной инклюзивной среде. Активное взаимодействие с другими учащимися, включая братьев и сестер, является важным компонентом права на инклюзивное образование.

Существуют определенные правила и принципы инклюзивного образования:

- все ученики приветствуются в системе общего образования. Общеобразовательный класс (с поддержкой) является единственным целевым вариантом обучения независимо от типа и тяжести инвалидности;

- ученики обучаются в классах, где поддерживается процент инвалидов, пропорциональный существующему соотношению инвалидности среди населения (примерно 10% -12%);

- ученики получают образование со сверстниками в примерно тех же возрастных группах;

- ученики с различными характеристиками и способностями максимально разделяют общий образовательный опыт со сверстниками, получая индивидуальную поддержку, соответствующую готовности и достигаемым результатам;

- общий образовательный процесс отстраивается с опорой на стандарты обучения детей без инвалидности;

- ученики должны получать преимущественную поддержку от классных учителей, одноклассников и пара педагогов, а от носителей «специализированных» компетенций (коррекционные педагоги, дефектологи и врачи) только по мере необходимости [2, с. 43].

Важную роль в системе инклюзивного образования выделяется тьютору. Тьютор - индивидуальный помощник ученика, использующий в работе методы АВА, сопровождающий ребенка во время занятий в регулярном классе, помогающий ему поддерживать коммуникацию со сверстниками и наставник, отработывающий индивидуальные навыки по личной программе ребенка в ресурсной комнате.

В обязанности тьютора входит: знание общей информации обо всех учениках ресурсной комнаты, знание информации о поведенческих протоколах всех учеников класса, умение заменить другого тьютора по мере необходимости, применение методов АВА в работе, постоянный поиск мотивационных стимулов и поощрений, ведение нужной стратегии обучения (например, безошибочной), систематическое применение подсказок, употребление в разговорах с учеником только позитивных конструкций, употребление в разговорах с учеников простых фраз, сбор данных по нежелательному поведению, заполнение чек - листов и подсчет процентов в конце дня, ведение листов дневного мониторинга, отслеживание необходимости начала генерализации отработанного навыка, помощь учителю в изготовлении материалов, обязательное участие в обучающих семинарах [1, с. 61].

Таким образом, на основе изученной литературы и практики инклюзивного образования, стоит сделать вывод, что развитие инклюзивного образования для обучения детей с РАС в настоящее время набирает обороты. Тьюторами активно используется прикладной поведенческий анализ, который направлен на развитие коммуникативных навыков, социализацию, адаптацию в обществе личности ребенка с РАС.

Список литературы:

1. Баринаева, Е. Б. Тьюторское сопровождение обучающихся в системе инклюзивного образования : учебное пособие для вузов / Е. Б. Баринаева. — Москва : Издательство Юрайт, 2022. — 116 с.
2. Фуряева, Т. В. Модели инклюзивного образования : учебное пособие для вузов / Т. В. Фуряева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2022. — 176 с.

**Сланова Белла Алановна,**  
студент  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ

**Сланова Алина Алановна,**  
студент  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ

## **АУТИЗМ: ПРИЧИНЫ, ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**Аннотация:** Аутизм — это общее расстройство развития, которое характеризуется непереносимостью обычных человеческих эмоциональных нагрузок. С каждым годом количество аутичных детей растет. Статья посвящена проблемам аутизма, обзору основных форм аутизма, причин.

**Ключевые слова:** аутизм, синдром, социальные отношения, психическое развитие

## **AUTISM: CAUSES, FORMS OF MANIFESTATION**

**Abstract:** Autism is a general developmental disorder characterized by intolerance to normal human emotional stress. Every year the number of autistic children is growing. The article is devoted to the problems of autism, a review of the main forms of autism, causes.

**Keywords:** autism, syndrome, social relations, mental development

Аутизм, а точнее - расстройства аутистического спектра (РАС), – это группа психических расстройств, которые характеризуются нарушениями в социальном взаимодействии и коммуникации – процессе общения и передачи информации другим людям. При аутизме наблюдается ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение.

Исследование ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) в 2016 году показали, что на каждых 100 детей, один будет болен. Получается, что 1% страдает аутизмом. И с каждым годом пациентов с подобным диагнозом растет.

### Причины развития аутизма

Ученые не могут с точностью ответить на вопрос об основаниях проявлениях данного заболевания. Истинная причина неизвестна, к косвенным относят:

- Генетический фактор
- Наследственность
- Сочетание вредных воздействий на организм матери во время беременности и родов
- Заболевания: менингит, фенилкетонурия, энцефалит
- Отравления ртутью/свинцом
- Позднее отцовство или материнство (в возрасте после 40 лет).

Дети аутисты рождаются по разным причинам. Предсказать рождение малыша с таким отклонением в психическом развитии практически невозможно. Тем более, есть вероятность, что предрасположенность к этому заболеванию может и не реализоваться.

### Формы проявления аутизма

1. Раннее начало симптомов

В 90% случаев аутичные проявления очевидны между 1-м и 2-м годами жизни, поэтому раннее начало — это важный диагностический фактор. Последующее наблюдение показывает, что, у пациентов с признаками, появившимися в течение 36 месяцев, были характерные симптомы аутизма; при появлении симптомов в более позднем возрасте наблюдалась клиническая картина, близкая к ранней шизофрении. Исключением является синдром Аспергера (болезнь аутистического спектра), который часто диагностируется в позднейшем детском возрасте.

#### 1. Нарушение социальных отношений

Нарушения эмоционального контакта и социального взаимодействия считаются центральными признаками расстройства. В то время, как у детей с нормальным развитием с первых недель очевидна предрасположенность к формированию социальных отношений, у аутистов уже на ранних стадиях развития отмечаются отклонения от нормы во многих областях. Для них характерен слабый интерес или его отсутствие к социальному взаимодействию, что, прежде всего, проявляется в отношении родителей, а позже — нарушением социально-эмоциональной взаимности по отношению к сверстникам. Типично также нарушение зрительного контакта, непонятное использование имитаций и жестов в социальном взаимодействии, минимальная способность воспринимать невербальное поведение других.

#### 1. Расстройство развития речи

При аутизме часто наблюдаются определенные нарушения развития, особенно, ухудшение речи (она значительно задерживается или отсутствует). Более половины аутистов никогда не достигают уровня речи, достаточного для нормального общения, у других регистрируется опоздание ее формирования, с качественными нарушениями в ряде областей: бывает выразительной эхолалия, замена местоимений, нарушение интонации и речевой каденции. Аутичная речь искусственно спроектирована, наполнена бессмысленными, неестественно ясными, стереотипными фразами, непрактичными, часто совершенно непригодными для нормальной коммуникации.

#### 1. Интеллектуальный дефицит

Ментальное отставание — это наиболее распространенное сопутствующее расстройство, встречающееся примерно у 2/3 аутичных пациентов. Хотя в большинстве исследований указывается на интеллектуальную недостаточность в диапазоне от средней до тяжелой умственной отсталости (IQ 20–50), речь идет о широкой шкале уровней поражения. Она варьируется от глубокой умственной отсталости (при тяжелом аутизме) до среднего, иногда даже немного выше среднего показателя интеллекта (при синдроме Аспергера). У 5–10% аутичных детей в дошкольном возрасте возможно проявление «autismus savant», синдрома Саванта, характерного выдающимися способностями (например, музыкальными или художественными талантами, высокими математическими

способностями, необычной механической памятью), несовместимыми с общим уровнем поражения. Однако, только минимальный процент аутистов может использовать такие способности в повседневной жизни, большинство из них своими навыками пользуются совершенно нефункциональным способом.

#### Список литературы:

1. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок / Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. М.: Теревинф, 2017, 134 с.
2. Уиндер с. И др. На «ты» с аутизмом / Уиндер с. И др М.: Теревинф 2013, 510 с.
3. Международная научно-практическая конференция «Аутизм. Выбор маршрута» /М. 2014, 29–30 с.
4. Кривелен В. К. К проблеме аутизма Детский аутизм: Хрестоматия СПб, 1997

**Глушков Александр Иванович**

доктор юридических наук, профессор

Государственный университет «Дубна» Московской области

**ПРЕДМЕТ ДОКАЗЫВАНИЯ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ  
ЭКСТРЕМИСТСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ**

**Аннотация:** В статье рассмотрены теоретические и практические вопросы, касающиеся содержания предмета доказывания по делам о преступлениях экстремистской направленности. Исследованы особенности содержания обстоятельств, которые необходимо устанавливать по преступлениям указанной категории.

**Ключевые слова:** предмет доказывания, процесс доказывания, следователь, уголовное дело, преступление, экстремистская направленность

**SUBJECT OF EVIDENCE IN CRIMINAL CASES ON CRIMES OF EXTREMISM**

**Abstract:** The article deals with theoretical and practical issues related to the content of the subject of proof in cases of extremist crimes. The features of the content of the circumstances that must be established for crimes of this category are studied.

**Keywords:** subject of proof, process of proof, investigator, criminal case, crime, extremist orientation

Одной из важнейших задач любого государства является обеспечение внутренней безопасности и правопорядка в стране, защита охраняемых законом прав и интересов государства, общества и граждан от любых преступных посягательств. Эффективность борьбы с преступностью в значительной мере определяется тем, насколько быстро и полно будет раскрыто каждое совершённое общественно опасное деяние, своевременно изобличены и преданы суду лица, причастные к его совершению, а также насколько качественно и своевременно потерпевшему будет обеспечено возмещение вреда, причинённого преступлением. Правильное и полное установление следователем, дознавателем и судом всех деталей имевшего место правонарушения, запрещённого уголовным законодательством, а также выяснение обстоятельств, входящих в предмет доказывания по уголовному делу, во многом обуславливает и предопределяет возможность постановления законного, обоснованного и справедливого приговора.

Сказанное в полной мере относится к уголовным делам о преступлениях экстремистской направленности, т.е. совершённых по мотивам политической, идеологической, расовой, национальной или религиозной ненависти или вражды либо по мотивам ненависти или вражды в отношении какой-либо социальной группы. Речь идёт, в частности, о правонарушениях, предусмотренных п. "л" ч. 2 ст. 105, п. "е" ч. 2 ст. 111, п. "б" ч. 1 ст. 213, ст.ст. 280, 280<sup>1</sup>, 282, 282<sup>1</sup>-282<sup>3</sup> УК РФ [2], а также иных преступлениях, совершённых по указанным мотивам, которые в соответствии с п. "е" ч. 1 ст. 63 УК РФ признаются обстоятельством, отягчающим наказание.

Согласно официальным статистическим учётам МВД РФ, на протяжении трёх последних лет наблюдается устойчивый и значительный рост числа зарегистрированных преступлений экстремистского характера. Так, например, в 2020 году было зарегистрировано 833 преступления названной категории (+42,4% в сравнении с предыдущим годом); в 2021 году зарегистрировано 10507 указанного вида преступления (+26,9% в сравнении с предшествующим годом); только за период январь-май 2022 года зарегистрировано 594 преступления экстремистской направленности (+22,7% в сравнении с аналогичным периодом прошлого года) [4, с. 5; 5, с. 4].

Учитывая изложенные обстоятельства, с достаточно высокой долей вероятности можно предположить дальнейший рост в нашей стране числа зарегистрированных и оконченных преступлений экстремистской направленности. Особую тревогу вызывает тот факт, что подобного рода противоправные действия получили распространение во многих российских регионах, а также сопровождаются применением насилия, которое становится всё более жестоким и влекущим за собой наступление смерти.

Согласно ст. 13 Конституции РФ в нашей стране признаются идеологическое и политическое многообразие, многопартийность; никакая идеология не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной. Запрещается создание и функционирование общественных объединений, цели или действия которых направлены на насильственное изменение основ конституционного строя и нарушение целостности России, подрыв безопасности государства, создание вооруженных формирований, разжигание социальной, расовой, национальной и религиозной розни. В соответствии со ст. 29 Основного закона РФ всем субъектам правоотношений гарантируется свобода мысли и слова при одновременном запрете пропаганды или агитации, возбуждающих социальную, расовую, национальную или религиозную ненависть и вражду, пропаганды социального, расового, национального, религиозного или языкового превосходства [1].

В указанных вопросах российский законодатель полностью придерживается и подтверждает значимость общечеловеческих ценностей, закреплённых международно-правовыми стандартами в области прав человека, предусматривающих в том числе право каждого человека на свободное выражение своего мнения. Согласно этим же стандартам в качестве противозаконных рассматриваются любые призывы к национальной, расовой или религиозной ненависти, поскольку они юридически квалифицируются как подстрекательство к дискриминации, вражде или насилию.

В силу изложенных предписаний при формулировании обвинения по уголовному делу однозначно как незаконные необходимо рассматривать всякие действия, сопряжённые с распространением идей, основанных на расовом превосходстве или ненависти, любое подстрекательство к расовой дискриминации, а также различные акты насилия или побуждение к таким актам, направленных против какого-либо народа, расовой группы или этнической общности, а также против лиц, обладающих иным цветом кожи или национальным происхождением. К числу противоправных также требуется отнести принятие мер, связанных с предоставлением какой бы то ни было помощи, в том числе финансовой, для осуществления расистской деятельности, а также дискриминации на основе религии или убеждений.

При проведении судебного разбирательства по уголовному делу и принятии по нему итогового процессуального решения, естественно, суд обладает полной процессуальной самостоятельностью и независимостью, однако в то же время нельзя забывать, что он осуществляет свою оценку обстоятельств преступления, главным образом исходя из представленных следователем (дознавателем) материалов расследования. Именно следователь (дознаватель) в первую очередь определяет наличие или отсутствие события и состава преступления, доказывают причастность к нему обвиняемого, осуществляет юридическую квалификацию совершённого общественно опасного деяния, вид, размер и характер причинённого преступлением материального ущерба и т.д.

Одним из важнейших условий принятия любого процессуального решения по уголовному делу, в том числе по преступлениям этнической направленности, является наличие для этого достаточных фактических оснований, что может быть достигнуто лишь при правильном и полном установлении совокупности определённых обстоятельств, которые образуют содержание предмета доказывания по уголовному делу.

Перечень обстоятельств, подлежащих доказыванию (установлению) по каждому уголовному делу вне зависимости от личности обвиняемого, объёма обвинения, уголовно-правовой квалификации преступления и иных присущих ему признаков и особенностей, изложен в диспозиции ст. 73 УПК РФ [3]. Их уголовно-процессуальная регламентация устанавливает границы исследования следователем, дознавателем и судом обстоятельств имевшего место преступления и пределы осуществления доказывания по уголовному делу, в том числе пределы обвинения, выдвигаемого в отношении конкретного гражданина.

Предмет доказывания по уголовным делам о преступлениях экстремисткой направленности представляет собой совокупность предусмотренных уголовным и уголовно-процессуальным законом обстоятельств, определяющих характерные признаки, свойства и связи исследуемого события преступления данной категории, а также значимые для законного, обоснованного и справедливого разрешения уголовного дела и обеспечения реализации назначения уголовного судопроизводства.

При осуществлении производства по уголовным делам о преступлениях указанной категории правоприменителям необходимо правильно, однозначно и недвусмысленно понимать, какие именно деяния следует квалифицировать как уголовно наказуемое правонарушение экстремистской направленности. В этой связи в первую очередь необходимо руководствоваться положениями Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности», в котором к экстремистской деятельности (экстремизму) были отнесены следующие деяния:

публичное оправдание терроризма и иная террористическая деятельность;

возбуждение социальной, расовой, национальной или религиозной розни;

пропаганда исключительности, превосходства либо неполноценности человека по признаку его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;

нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его социальной, расовой, национальной, религиозной или языковой принадлежности или отношения к религии;

воспрепятствование законной деятельности государственных органов, органов местного самоуправления, избирательных комиссий, общественных и религиозных объединений или иных организаций, соединенное с насилием либо угрозой его применения;

использование нацистской атрибутики или символики, либо атрибутики или символики, сходных с нацистской атрибутикой или символикой до степени смешения, либо атрибутики или символики экстремистских организаций, за исключением случаев использования названной атрибутики или символики, при которых формируется негативное отношение к идеологии нацизма и экстремизма и отсутствуют признаки пропаганды или оправдания нацистской и экстремистской идеологии;

публичные призывы к осуществлению указанных деяний либо массовое распространение заведомо экстремистских материалов, а равно их изготовление или хранение в целях массового распространения;

публичное заведомо ложное обвинение лица, замещающего государственную должность РФ или государственную должность субъекта РФ, в совершении им в период исполнения своих должностных обязанностей деяний, указанных в настоящем законе и являющихся преступлением;

организация и подготовка указанных деяний, а также подстрекательство к их осуществлению;

финансирование указанных деяний либо иное содействие в их организации, подготовке и осуществлении, в том числе путем предоставления учебной, полиграфической и материально-технической базы, телефонной и иных видов связи или оказания информационных услуг [4].

В свете рассматриваемых проблем при установлении предмета доказывания по уголовным делам о преступлениях указанной категории необходимо учесть позицию законодателя по вопросу о том, какие именно материалы следует рассматривать в качестве экстремистских: предназначенные для распространения (публичного демонстрирования) документы либо информация на иных носителях, призывающие к осуществлению экстремистской деятельности либо обосновывающие (оправдывающие) необходимость осуществления такой деятельности.

С учётом изложенного необходимо отметить следующее: динамика распространения экстремизма в нашей стране обуславливает необходимость активизации правоохранительных органов в части противодействия данному асоциальному явлению. Надлежащая организация всестороннего и полного расследования уголовных дел о преступлениях экстремистской направленности и установление всех

обстоятельств, входящих в предмет доказывания, являются важными факторами обеспечения качественного проведения судебного разбирательства и эффективности отправления правосудия.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 01.07.2020 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 2020. № 31. Ст. 4398.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 14.07.2022) // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996, № 25. Ст. 2954.
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 14.07.2022) // Собрание законодательства РФ. 24.12.2001, № 52 (ч. I). Ст. 4921.
4. Федеральный закон от 25.07.2002 № 114-ФЗ (ред. от 14.07.2022) "О противодействии экстремистской деятельности" // Собрание законодательства РФ. 29.07.2002, № 30. Ст. 3031.
5. Состояние преступности в России за январь-декабрь 2021 г. Москва: МВД РФ. ФКУ «Главный информационно-аналитический центр». 2022. – 67 с.
6. Состояние преступности в России за январь-май 2022 г. Москва: МВД РФ. ФКУ «Главный информационно-аналитический центр». 2022. – 67 с.

**ФЕДОРЯК АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ**

Студент

Дальневосточная Государственная Академия Физической Культуры РФ

**ПРИВЛЕЧЕНИЕ СПОНСОРОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОКСЕРСКОГО КЛУБА**

**Аннотация:** В настоящее время активно развивается спонсорство как средство маркетинговых коммуникаций. Коммерческая деятельность затронула многие сферы деятельности человека, в том числе и спорт. Хотя спорт и тяжело представить без поддержки коммерческой компании все-таки договориться спортивным организациям со спонсором бывает трудно. Именно такая проблема сейчас очень актуальна, ведь спорт – это потенциальная арена для инвестирования, но в тоже время спорт весьма затратная сфера. В статье рассмотрены особенности привлечения спонсоров в спортивную деятельность. Изучена проблема вовлеченности спонсора в работу боксерского клуба. Результаты исследования показывают взаимовыгодные отношения между боксерским клубом, как спортивной организацией, и спонсором.

**Ключевые слова:** Спорт, спортивная организация, бокс, боксерский клуб, спонсор, спонсорская реклама, спонсорский контракт

**ATTRACTION OF SPONSORS TO THE ACTIVITIES OF THE BOXING CLUB**

**Abstract:** Currently, sponsorship is actively developing as a means of marketing communications. Commercial activity has affected many areas of human activity, including sports. Although it is hard to imagine sports without the support of a commercial company, it is still difficult for sports organizations to agree with a sponsor. It is this problem that is very relevant now, because sport is a potential arena for investment, but at the same time, sport is a very expensive area. The article discusses the features of attracting sponsors to sports activities. The problem of the sponsor's involvement in the work of the boxing club has been studied. The results of the study show a mutually beneficial relationship between a boxing club, as a sports organization, and a sponsor.

**Keywords:** Sports, sports organization, boxing, boxing club, sponsor, sponsorship advertising, sponsorship contract

В настоящее время в мире проводится множество спортивных мероприятий: чемпионаты различного уровня, олимпиады, местные и мировые соревнования, юношеские игры, универсиады и многие другие. Поэтому спорт и спортивные мероприятия требуют больших денежных вложений. При этом спортивная индустрия является огромной площадкой для инвестирования. Огромные денежные затраты доступны не каждому физическому лицу или конкретной компании. Спортивные соревнования – это массовые, зрелищные и яркие мероприятия, и поэтому инвестиции в спорт – это одно из привлекательных и выгодных предложений.

Сейчас одну из ведущих позиций в мировом спорте и в спортивных единоборствах занимает бокс, который также выступает как один из сложных видов спорта. Он привлекает юношей и девушек разных возрастов и уровня физической подготовки. Занятия боксом, а также и иными видами единоборств, приносят не только моральное удовлетворение, но и определенную пользу для поддержания и развития физической формы:

- появление уверенности в движениях, улучшается реакция;
- приобретение навыков защиты;
- улучшение координации движений и укрепление тела.

Поэтому одной из проблем стоит материальное обеспечение спортивного клуба, направленного на тренировку боксеров любителей и профессионалов.

Так как в России весьма неустойчивая экономическая ситуация, спортивные клубы направлены на поиски внебюджетного, коммерческого источника финансирования. В основном это директор клуба, который самостоятельно финансирует свой же клуб. Помимо руководящего лица, источниками привлечения денежных средств могут быть - продажа мерча, реклама брендов, победа в соревнованиях, инвестиции и спонсорство, привлечение PR-менеджеров и т.д.

Спонсор - лицо, которое финансирует деятельность других лиц [1, 29 с.]. В спорте можно встретить огромное количество потенциальных потребителей: сами спортсмены, болельщики, работники предприятий по производству инвентаря, экипировки и оборудования и т.д. За всем этим стоят люди, которые так или иначе могут побудить интерес потенциальных спонсоров. Сейчас спонсорская деятельность - это успешно развивающаяся отрасль маркетинга в спортивных организациях, компаниях и клубах, которая влечет за собой хорошую материальную поддержку.

Для того что привлечь спонсора необходимо использовать классическую модель - AIDA: A — Attention (внимание); I — Interest (интерес); D — Desire (желание); A — Action (действие). Данная модель зависит от того, насколько руководитель заинтересован в том, чтобы привлечь в свою деятельность спонсора. Нужно быть активным, выделяться среди потенциальных конкурентов, постоянно контактировать со спонсором, а самое главное дать, то зачем спонсор придет в вашу компанию - это прибыль. Например, спонсорская реклама - это реклама, заключающая в себе обязательное упоминание в ней определенного лица в качестве спонсора (например, спонсор «Спартак» «Лукойл») [2, 163 с.]. При этом необходимо правильно рассчитать целевую аудиторию, которая увидит спонсорскую рекламу. Для этого необходимо взять предыдущий год спортсмена или команды, подсчитать все соревнования, в которых он или они принимали участие. Потом сложить число всех зрителей и прибавить 10% - это тренеры, обслуживающий персонал, сами спортсмены, и в итоге получаем аудиторию, которая заинтересует спонсора, как потенциальный покупатель его продукции. Такая реклама размещается на инвентаре, на баннерах, на транспорте, в СМИ.

Выступать спонсорами могут:

- сами спортсмены;

- болельщики в лице организаций и частных лиц;

- предприятия, которые напрямую или косвенно связаны с спортом - компании по производству спортивного оборудования, формы, инвентаря, рестораны и кафе, спортивные базы, медицинские центры, банки, индивидуальные предприниматели и т.д. [4, 94 с.]

Существуют преимущества спонсорского контракта между спонсором и спортивной организацией. Спонсорские инвестиции помогают решить ряд значимых задач, которые возникают в компании, при этом компания и спонсор будут получать прибыль [6, 114 с.].

Чтобы спонсоры заинтересовались именно боксерским клубом, необходимо обращаться к ним, написать грамотно составленное обращение в форме письма, и замотивировать, то есть вовлечь спонсора в деятельность клуба. Нужно показать охват потенциальной аудитории, ведь именно от процента посетителей, которые посещают боксерский клуб, от процента подписчиков в социальных сетях - «Instagram», «Вконтакте» и другие, от узнаваемости и освещенности в СМИ и многих других факторов, зависит успех заключить коммерческие взаимоотношения. Именно социальные сети, СМИ (телевидение, радио, газеты и журналы), посетители, подписчики и зрители составляют практически 80% эффективного формирования долговременных связей между спонсором и спортивной организацией.

Однако уровень развития спонсорской деятельности в России невелик, по сравнению с Западными показателями. Поэтому перед спортивной организацией возникает очевидная проблема - найти спонсора. Если на Западе существует огромное количество спортивных ассоциаций и юридических компаний, готовых поддерживать и развивать спорт, то в России это лишь небольшая часть заинтересованных в спонсорской деятельности организаций. При этом спонсорская деятельность рассматривается не как коммерческий договор, а как благотворительность.

Изложенный в статье материал позволяет сделать некоторые выводы. Во-первых, спонсорская деятельность в спортивной сфере – это весьма выгодные взаимоотношения для развития обеих сторон – спонсора и спортивной организации. Во-вторых, сейчас спонсорская деятельность – это оказываемая услуга, которая носит рекламный характер. Реклама в настоящее время находит своего зрителя везде. Поэтому спонсорская реклама – это выгодный фактор для заключения спонсорского контракта между спортивным клубом и самим спонсором. В-третьих, в России мало крупных компаний, которые занимаются спонсорством. Заключение спонсорских контрактов позволит местным и Всероссийским компаниям выйти на новый уровень на рынке потребления за счет внедрения коммерческих отношений, которые будут приносить прибыль.

#### Список литературы:

1. Гуськов, С. И., Спорт и маркетинг / С. И. Гуськов. - М. : Вагриус, 1995. - 303 с.
2. Золотов М. И. Менеджмент и экономика физической культуры и спорта: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.В. Кузин, М.Е. Кутепов. – М.: издательский центр «Академия», 2015. – 432 с.
3. Леднев В.А. Индустрия спорта: обучение предпринимательству и менеджменту // Современная конкуренция. 2017. № 4 (64).
4. Малыгин, А. В., Спортивный маркетинг [Текст] : для тех, кто в игре / А.В. Малыгин ; Российский международный олимпийский университет. - Москва : Планета, 2018. - 335 с.
5. Матвеев, Л. П., Теория и методика физической культуры : [учебник] / Л. П. Матвеев. - [3-е изд., перераб. и доп.]. - Москва : Физкультура и Спорт : СпортАкадемПресс, 2008. – 542 с.
6. Менеджмент в индустрии спорта [Текст] : сборник статей / под ред. В. А. Леднева. - Москва : Московский финансово-пром. ин-т «Синергия», 2012. – 197 с.

**Мамедов Руслан Эльмарович**

студент бакалавриата

Национальный Исследовательский Университет Высшая Школа Экономики

**СУЩНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ КОМПАНИИ, ЕГО ПРИНЦИПЫ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ**

**Аннотация:** Данная статья направлена на раскрытие понятия управления финансами компании и выделение его принципов, цели и задач. Также была рассмотрена схема работы финансового менеджмента. Кроме этого, в данной работе была подчеркнута значимость выбора стратегической цели для организации и влияющие на это факторы.

**Ключевые слова:** финансы, управление финансами, стратегическая цель

**THE ESSENCE OF FINANCIAL MANAGEMENT OF THE COMPANY, ITS PRINCIPLES, GOALS AND OBJECTIVES**

**Abstract:** This article is aimed at revealing the concept of financial management of a company and highlighting its principles, goals and objectives. The scheme of work of financial management was also considered. In addition, this paper emphasized the importance of choosing a strategic goal for the organization and the factors influencing it.

**Keywords:** finance, financial management, strategic goal

В условиях современной рыночной экономики для компании, вне зависимости от её размера, направления деятельности или формы собственности, одной из наиболее значимых задач является умение правильно распоряжаться своими финансами. Финансы организаций – это совокупность экономических денежных отношений, которые связаны с организацией и использованием фондов денежных средств и накоплений предприятия, а также с контролем за формированием, распределением и использованием данных фондов и накоплений. Вопросы управления финансами предприятий уделяется большое внимание, потому что финансы являются универсальным ресурсом, который, в зависимости от потребностей фирмы, может превратиться в любой другой ресурс [1, 3].

Управление финансами является одной из важнейших частей общего управления компанией, значимость которой особенно акцентируется в сфере корпоративных структур, когда появляется необходимость в управлении не только финансами отдельных предприятий, но и консолидированными финансовыми потоками всей группы в целом [1].

Эффективность управления достигается возможностью трансформации финансовых ресурсов в любой другой вид ресурсов за минимальный период времени. В зависимости от того, насколько грамотно и эффективно будет организовано управление финансами на предприятии, будет зависеть не только величина его прибыли, но и общая гибкость этого бизнеса, позволяющая своевременно реагировать на колебания рынка, и его конкурентоспособность, позволяющая занимать передовые места в отрасли [1, 3].

Подробнее остановимся на сущности управления финансами предприятий. Она заключается в чётком планировании, организации и контроле всех операций, совершаемых компанией, а также проведении анализа за всеми изменениями в финансах фирмы. Всё вышеперечисленное осуществляется за счёт финансового менеджмента – совокупности концепций, инструментов, правил, методов и алгоритмов выработки и принятия управленческих решений в финансовой сфере [1, 2]. Общая схема финансового менеджмента продемонстрирована на Рис. 1.



Рис. 1. Общая схема финансового менеджмента

Источник: [1]

В условиях современной рыночной экономики для эффективной работоспособности инструментов управления финансами компании и для рационального функционирования связи управляющей и управляемой систем механизм управления финансами должен основываться на определенных принципах: универсальных и уникальных.

К универсальным принципам управления финансами предприятия, как части общего менеджмента предприятия, относят основные общие принципы управления:

- принцип экономической эффективности;
- ориентация на стратегические цели развития;
- высокий динамизм управления (гибкость);
- альтернативность;
- оптимизация основных финансовых показателей.

Помимо этого, в последнее время для управления финансами компании, как особого вида деятельности, выделяют несколько уникальных принципов:

- публичность;
- масштабность;
- консолидация финансовой отчетности [3].

Немаловажную роль в управлении финансами играет стратегическая цель организации. Традиционно выделяют две стратегии: максимизация прибыли и максимизация рыночной стоимости компании. Каждая компания сама выбирает: формировать механизм управления финансами, предпочитая ту или иную стратегию, или же сбалансировать оба подхода [1, 3].

Компания, в зависимости от внешней и внутренней среды, состояния рынка, масштабов организации, желаний собственников и руководства и многих других факторов, выбирает себе наиболее подходящую стратегическую цель и формирует собственную систему управления финансами. Большое многообразие таких факторов объясняет тот факт, что механизмы управления финансами могут сильно отличаться даже у компаний, ведущих свою деятельность в пределах одной отрасли. Однако, несмотря на это, стоит отметить, что, в целом, у всех систем управления финансами есть определённые общие черты, как у компаний в пределах одной сферы деятельности, так и у компаний в пределах различных отраслей [1, 3, 4].

В первую очередь, все механизмы управления финансами предприятия объединяет общая ключевая цель – максимизация финансовой рентабельности при допустимом уровне финансового риска. Помимо этого, также можно выделить несколько основных задач (формулировка которых может меняться в зависимости от различных внешних и внутренних факторов):

- формирование достаточного объема финансовых ресурсов;
- обеспечение наиболее эффективного использования финансовых ресурсов;
- оптимизация денежных потоков;

- максимизация прибыли при допустимом уровне финансового риска;
- обеспечение постоянного финансового равновесия предприятия;
- устойчивые темпы роста экономического потенциала предприятия;
- минимизацию затрат и др. [3]

В заключение, стоит ещё раз отметить, что управление финансами компании является одной из наиболее важных задач, стоящих перед любым бизнесом, независимо от формы его собственности, сферы и масштабов деятельности.

У организаций, ведущих свою деятельность в разных отраслях, есть свои особенности управления финансами. Однако, несмотря на многие различия, у механизмов управления финансами разных компаний есть много общих черт: их объединяет выполнение схожих задач и общая цель – максимизация финансовой рентабельности при допустимом уровне финансового риска.

#### Список литературы:

1. Лимитовский М.А., Лобанова Е.Н., Паламарчук В.П. Финансовый менеджмент, как сфера прикладного использования корпоративных финансов. В 2-х частях. // Часть 2 // Современный финансовый менеджмент (Лобанова Е.Н.) – М.: ВШФМ РАНХиГС при Президенте РФ, 2011. – ISBN 978-5-85006-135-7
2. Савченко, Н. Л. Управление финансовыми ресурсами предприятия : учеб. пособие / Н. Л. Савченко ; М-во науки и высш. образования Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2019. — 164 с. ISBN 978-5-7996-2555-9
3. Юрзинова, И. Л. Финансовый менеджмент : Учебник для бакалавров / И. Л. Юрзинова, В. Н. Незамайкин. – 1-е изд.. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 467 с. – (Бакалавр. Академический курс). – ISBN 9785991636384.
4. Востоков, Д. А. Отраслевые особенности управления финансами / Д. А. Востоков // Низкотемпературные и пищевые технологии в XXI веке : Материалы конференции, Санкт-Петербург, 17–20 ноября 2015 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, 2015. – С. 414-416.

**Международный научный журнал**  
**Научный Лидер**

**№75 / июль 2022**

Свидетельство о регистрации СМИ Эл № ФС77-79374 от 16 октября 2020 г.  
Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Учредитель и издатель: ООО Международный издательский дом  
«ВОРЛДСАЙПАБЛ»

Почтовый адрес редакции:

625000, г. Тюмень, ул. 50 лет ВЛКСМ 13 к. 1, оф. 7н.

Фактический адрес редакции:

625000, г. Тюмень, ул. 50 лет ВЛКСМ 13 к. 1, оф. 7н.

E-mail: [info@scilead.ru](mailto:info@scilead.ru); [scilead](mailto:scilead)