**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ**

**ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

ВЕСТНИК

МЕДИЦИНСКОГО

ИНСТИТУТА

**Научно-практический журнал**

**издается с 2015 г.**

**Вестник медицинского института**

**Чеченского государственного университета**

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Чеченский государственный университет»

364907, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Шерипова, 32

Научно-практический журнал

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору

в сфере связи и массовых коммуникаций по Чеченской Республике

Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ20-00104 от 19 марта 2015 г.

Периодичность издания 4 номера в год

Адрес редакции: 364021, Чеченская Республика,

г. Грозный, ул. Шерипова, 32

**Главный редактор**

Байсултанов И.Х., д.м.н., профессор

**Заместитель главного редактора**

Идрисов К.А., д.м.н., профессор

**Ответственный секретарь**

Сайдуллаева М.Г., д.м.н., профессор

**Редакционная коллегия**

Батаев Х.М., д.м.н, профессор

Кафаров Э.С., д.м.н., профессор

Киндаров З.Б., д.м.н., профессор

Ферзаули А.Н., д.м.н., профессор

Хасханова Л.Х., д.м.н., профессор

Научно-практический журнал отпечатан в издательстве

Чеченского государственного университета –07.10.2016 г.

Адрес издательства: 364037 г. Грозный, ул. Киевская, 33

**ISBN 978-5-91127-208-1**

**© Авторы**

**©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет» 2016**

**УДК616.01**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

***К.А. Идрисов,***

*д.м.н. профессор, зав. кафедрой «Психиатрия и неврология»*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**PREVALENCE OF PSYCHOPATHOLOGICAL SIMPTOMS AT DIFFERENT STAGES OF THE LONG-TERM EMERGENCY SITUATION**

***K.A. Idrisov,***

*M.D., Ph.D., Professor, head of the psychiatry*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *В статье приведены данные обследования с использованием методики SCL-90-R. Полученные данные показали высокий уровень психопатологической симптоматики у пациентов, обращающихся за помощью в первичную медицинскую сеть в период чрезвычайной ситуации. После окончания чрезвычайной ситуации отмечается тенденция к снижению аффективных симптомов и симптомов дезадаптации, что вероятно связано со стабилизацией социальной среды и уменьшением числа психотравмирующих событий.*

***Ключевые слова:*** *чрезвычайная ситуация, Чеченская республика, SCL-90-R, психопатологические симптомы.*

***Annotation.*** *This article describes**the investigation made with SCL-90-R. The results show high level of psychopathological symptoms at out-patients. The last stage of survey showed a tendency of reducing the severity of affective symptoms and symptoms of maladjustment, which is probably due to improved social environment because of the end of military operations. However, the level of somatization, obsessive-compulsive disorder, and hostility still remains persistently high.*

***Key words:*** *emergency situation,**Chechen Republic,**SCL-90-R, psychopathological symptoms*

**Введение**

Длительные чрезвычайные ситуации сопровождаются большим числом жизнеугрожающих психотравмирующих событий и приводят к расстройствам психического здоровья у населения, как на клиническом, так и доклиническом уровнях. Большинство отечественных и зарубежных специалистов отмечают, что пострадавшие редко обращаются к специалистам в области психического здоровья, предпочитая обращаться с первичную медицинскую сеть, как правило, в поликлинику по месту жительства. В связи с этим целью нашего исследования было вывить распространенность и структуру психопатологической симптоматики на различных уровнях длительной чрезвычайной ситуации военного характера.

**Материал и методы.**

Было обследовано 90 человек взрослого населения (60 человек в двух поликлиниках г. Грозного и 30 человек в поликлиническом отделении Ачхой-Мартановского ЦРБ), имеющих, предположительно, аффективные, соматоформные и стрессовые расстройства различной степени выраженности.

Для проведения обследования была использована методика SCL-90-R, позволяющая выявить девять симптоматических расстройств:

1. Соматизация (SOM);
2. Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C);
3. Межличностная сензитивность (INT);
4. Депрессия (DEP);
5. Тревожность (ANX);
6. Враждебность (HOS);
7. Фобическая тревожность (PHOB);
8. Паранойяльные симптомы (PAR);
9. Психотизм (PSY);

**Полученные результаты и обсуждение**

Результаты обследования показали, что большинство обследованных (69,7%) пережили одно или несколько психотравмирующих событий, которые по своей интенсивности могли вызвать психические расстройства. У 81,4% обследованных отмечено снижение удовольствия от ранее приятного, а у 67,4% - снижение интереса к привычным занятиям. Эти два утверждения, отражающие эмоциональную и поведенческую составляющие ангедонии, коррелируют между собой на высоком уровне значимости (rs=0,56;р<0,01). При этом нарушение эмоционального аспекта ангедонии оказалось более выраженным.

Кроме того, отмечается слабая положительная корреляционная связь между утверждениями «Ощущение слабости, упадка сил» и «Чувство подавленности, угнетенности» характеризующими астению и изменение настроения (rs=0,33; р<0,01). Однако ни один из обследованных не предъявлял жалобы на психическое здоровье. В момент обращения, обследованные предъявляли жалобы на следующие системы: сердечно-сосудистую – 36,4%; дыхательную – 23,7%; желудочно-кишечную – 19%; нервную – 9,2%; моче - половую – 1,2%; прочие жалобы – 10,5%.

Анализ данных SCL-90-R позволил определить значения отдельных симптоматических субшкал и выявить связи между ними (табл.1).

**Таблица №1**

Средние значения показателей SCL-90-R в группе пациентов территориальных поликлиник (n=90)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкалы SCL-90-R | М | SD |
| Соматизация (SOM) | 1,35 | 0,75 |
| Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C) | 0,99 | 0,68 |
| Межличностная сенситивность (INT) | 1,21 | 0,79 |
| Депрессия (DEP) | 1,10 | 0,67 |
| Тревожность (ANX) | 1,20 | 1,17 |
| Враждебность (HOS) | 0,96 | 0,74 |
| Фобическая тревожность (PHOB) | 0,93 | 0,84 |
| Паранойяльные симптомы (PAR) | 1,11 | 0,61 |
| Психотизм (PSY) | 0,48 | 0,46 |
| Дополнительные вопросы(ADD) | 0,97 | 0,62 |
| Индекс общей тяжести (GSI) | 1,04 | 0,55 |

Как следует из табл.1., показатель шкалы «Соматизация» является наиболее значимым (1,35), что, казалось бы, естественно для пациентов, обратившихся в поликлинику в связи с соматическими проблемами. Однако тот факт, что шкала «Соматизация» сильно коррелирует со шкалами «Депрессия» и «Тревожность» (rs=0,68 и rs=0,67, соответственно, при р<0,01) свидетельствует о высокой вовлеченности депрессии и тревожности в формирование и выраженность соматических жалоб. Далее в порядке убывания следуют связи со шкалами «Обсессивно-компульсивные расстройства» - (rs=0,63; р<0,01) и «Фобическая тревожность» - (rs=0,61; р<0,01), свидетельствующие о сложной структуре имеющейся психопатологической симптоматики. В целом все субшкалы SCL-90-R сильно коррелируют между собой. При этом наивысшая корреляция отмечается между субшкалами «Тревожность» и «Депрессия» (rs=0,81; р<0,001).

Для оценки тяжести психопатологической симптоматики в обследованной выборке был проведен сравнительный анализ с другой группой жителей Чеченской Республики, обследованной аналогичным методом. Наиболее близкой, по итоговым значениям SCL-90-R, оказалась группа беженцев с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), длительное время проживавших в пунктах временного размещения (ПВР). Беженцы находились в состоянии перманентного психического напряжения, связанного с трудностями адаптации на новом месте. Поэтому сравнение этой группы с группой пациентов поликлиник, длительное время живущих в условиях военной ситуации, является вполне корректным, с точки зрения длительности и интенсивности пережитых психических травм. Усредненные профили этих двух выборок оказались сходными по многим субшкалам (рис.1).



Рисунок 1.

Сравнительная характеристика средних значений шкал SCL-90-R исследуемой

выборки и группы беженцев с ПТСР

Как следует из рис.1., и в выборке пациентов поликлиник, и в выборке беженцев с ПТСР наиболее высокое значение принадлежит субшкале «Соматизация», под которой понимаются нарушения, отражающие состояние дистресса, возникающее из ощущений телесной дисфункции. Однако эти расстройства могут быть и проявлениями реальных соматических заболеваний. Субшкала «Соматизация» сильно коррелирует с утверждением скринингового опросника «Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела» (rs=0,58; р<0,01). Интересно, что показатель этой шкалы у пациентов поликлиник, живущих в условиях длительного военного стресса, почти соответствуют показателю группы беженцев с ПТСР, живущих в условиях длительного бытового стресса.

Субшкала «Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)» отражает мысли, импульсы и действия, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые подобно тем, которые характерны для синдрома повторения при ПТСР. Показатели этой шкалы у пациентов поликлиник оказались ниже, чем у группы беженцев (р<0,05).

Для субшкалы «Межличностная сенситивность(INT)» характерно самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия и негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми. Обращает на себя внимание тот факт, что значение этой шкалы у пациентов поликлиник, продолжающих жить в условиях военной ситуации, значительно выше, чем у беженцев, хотя и имеющих ПТСР, но живущих в условиях относительной безопасности (р<0,01).

Значения субшкал «Депрессия» и «Тревожность» в обеих группах находятся примерно на одном уровне, при этом значение по субшкале «Тревожность» несколько выше, чем по субшкале «Депрессия». Обе субшкалы коррелируют между собой на максимальном уровне значимости (rs=0,81; р<0,001).

Субшкала «Враждебность (HOS)» включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлением негативного аффективного состояния злости. Сюда входят признаки, отражающие агрессию, раздражительность, гнев. По этому признаку между двумя группами нет достоверных различий.

Субшкала «Фобическая тревожность (PHOB)» определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. В обеих группах значения этой шкалы оказались меньше единицы.

Субшкала «Паранойяльные симптомы (PAR)» представляет паранойяльное поведение как вид нарушения мышления. Основными признаками этого нарушения являются враждебность, подозрительность, страх потери независимости и иллюзии. У пациентов поликлиник это значение оказалось несколько выше (хотя и без статистической достоверности), что можно объяснить общей атмосферой подозрительности и недоверия, характерной для проживающих в зоне военных действий.

Субшкала «Психотизм (PSY)» представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма. Выраженность этой шкалы у обеих групп оказалось ниже единицы, а у пациентов поликлиник имеет более низкое значение, что является дополнительным подтверждением того, что психические расстройства среди гражданского населения, живущего в условиях военного времени, носят, преимущественно, непсихотический характер.

Индекс общей тяжести состояния (GSI) у группы пациентов поликлиник Чеченской Республике составляет 1,04, что только незначительно уступает индексу общей тяжести состояния у группы беженцев с ПТСР (1,06).

Результаты проведенного исследования показывают высокий уровень психопатологической симптоматики у пациентов поликлиник, что подтверждается близостью профилей SCL-90-R обследуемой группы с группой беженцев с ПТСР (диагр.1)

Вполне объяснимо, что у пациентов поликлиник доминируют жалобы соматического характера, что подтверждается данными обоих опросников. Однако высокий уровень корреляции соматических жалоб с депрессией, тревожностью, обсессивно-компульсивными и фобическими расстройствами обоснованно ставит вопрос о степени участия психической составляющей в формировании этих жалоб.

Если для развития ПТСР и других острых стрессовых расстройств важна не длительность, а тяжесть и интенсивность психотравмирующего события, то на формирование жалоб соматического характера влияет длительность и кумулятивность пережитых психотравмирующих событий. Большинство обследованных пациентов поликлиник проживали и проживают на территории Чеченской Республики в течение последних 10 лет, и все это время они находились под воздействием патогенных факторов военного и социально-экономического характера (угроза жизни, массовая безработица, разрушенное жилье, плохое питание и т.д.). Длительное и совокупное воздействие указанных факторов, несомненно, повлияло на развитие психопатологических расстройств (тревожность, депрессия), формирование повышенной враждебности и подозрительности, что, в свою очередь, вызывает чувство беспокойства и дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия и негативные ожидания относительно коммуникаций с другими людьми.

Несмотря на выраженность психопатологической симптоматики у пациентов поликлиник ни один из них, ранее не обращался за помощью к специалистам в области психического здоровья. Основная причина этого заключается в том, что все обследованные связывали свое неудовлетворительное физическое и психическое состояние с имеющимися соматическими проблемами.

Для оценки динамики психопатологических симптомов у пациентов поликлиник в 2008 г. было проведено повторное обследование в тех же поликлиниках и по той же схеме. Сравнительные результаты двух этапов обследования (2002 и 2008 гг.) приведены в рис. 2.



Рисунок 2.

Сравнительные показатели результатов двух этапов обследования

пациентов территориальных поликлиник (n=180)

Сравнение профилей двух этапов обследования показало, что на этапе 2008 г. значения четырех субшкал сохранили свои значения на уровне этапа 2002 г.: «Соматизация» (SOM), «Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)» «Враждебность(HOS)», «Психотизм» (PSY).

По остальным пяти субшкалам: «Межличностная сенситивность» (INT), «Депрессия» (DEP), «Тревожность» (ANX), «Фобическая тревожность» (PHOB), «Паранояльные симптомы» (PAR) на этапе обследования 2008 г. произошло достоверное снижение значений, по сравнению с 2002 г.

**Выводы**

Полученные данные подтверждают высокий уровень психопатологической симптоматики у пациентов, обращающихся за помощью в первичную медицинскую сеть в период ЧС. На повторном этапе обследования отмечается тенденция к снижению аффективных симптомов и симптомов дезадаптации, что вероятно связано со стабилизацией социальной среды. При этом стабильным остается уровень выраженности соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, враждебности и психотизма. Общий уровень дистресса, повторные переживания травматических событий, эмоциональная лабильность сохраняют высокие показатели даже при прошествии длительного времени после ЧС. Это требуют пристального внимания со стороны специалистов при организации психолого-психиатрической помощи населению на различных этапах ЧС.

**Литература:**

1. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Психическое здоровье населения Чеченской республики: динамическое популяционное исследование 2002-2008 гг. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том 109, №7, 2009. С.76-81
2. Идрисов К.А. Статистические показатели учтенной распространенности психических заболеваний в Чеченской Республике в период длительной чрезвычайной ситуации. // Журнал «Психическое здоровье» 2009 г., №5 (36), С.25-31.
3. Идрисов К.А. Эпидемиологическое исследование распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди взрослого населения Чеченской республики в период военного времени // Российский психиатрический журнал №1, 2009

**УДК 37(094)**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОЭКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БАКАЛАВРА ЛИНГВИСТИКИ КАК СУБЪЕКТА ДИАЛОГА КУЛЬТУР**

***С.Х. Умарова,***

*старший преподаватель кафедры гуманитарных,*

*естественнонаучных и социальных дисциплин*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**INTERNATIONAL PROJECT ACTIVITY AS A METHOD OF PERSONALITY FORMATION OF A BACHELOR OF LINGUISTICS AS A SUBJECT OF THE DIALOGUE OF CULTURES**

***S.H. Umarova***

*Grozny Chechen State University Medical Institute*

*department of humanitarian, natural science and social disciplines*

***Аннотация.*** *В статье обосновывается положение о том, что международная проектная деятельность способствует формированию личности бакалавра лингвистики как субъекта диалога культур, который рассматривается как один из самых важных принципов межкультурного образования и направлен на развитие способности студента воспринимать различия в культурах. В контексте диалоговой концепции развитие личности бакалавра как «субъекта диалога культур» подразумевает освоение широкого диапазона социокультурных знаний о стране изучаемого языка и о своей стране на сравнительно-сопоставительной основе, что очень важно для взаимопонимания и взаимообогащения. Международная проектная деятельность открывает большие перспективы перед бакалаврами лингвистики, для которых иностранный язык является инструментом профессиональной деятельности. Высшему профессиональному образованию принадлежит главная роль в подготовке выпускников как достойных граждан своей страны, специалистов, способных сохранять ценности родной культуры, приумножать ее достижения в развитии национальной самобытности и готовых к межкультурной коммуникации в контексте диалога культур. Международный проект мотивирует к углублению исторических, национально-культурных и обществоведческих знаний. Международный проект объединяет студентов тем, что обмен знаниями и опытом является его неотъемлемой составляющей.*

***Ключевые слова****: международная проектная деятельность, международный проект, диалог культур, кросс-культурный*

***Annotation.*** *In the article is substantiated the thesis that the international project activity furthers the personality formation of a bachelor of linguistics as a subject of the dialogue of cultures which is regarded as one of the most important principles of intercultural education and directed to the development of the student's ability to perceive the differences in cultures. In the context of the concept of dialogue the personality development of a bachelor as “a subject of the dialogue of cultures” implies the mastering of a wide range of socio-cultural knowledge of the country of the studied language and its own country on a comparative basis, what is very important for mutual understanding and enrichment. The international project activity opens up great prospects for the bachelor of linguistics, for which the foreign language is a tool for professional activity. Higher vocational education has the major role in preparing graduates as worthy citizens of its country, specialists able to maintain the values of their native culture, multiply its achievements in the development of national identity and be ready for intercultural communication in the context of the dialogue of cultures. The international project motivates the deepening of historical, national cultural and social science knowledge. The international project unites students by the fact that the exchange of knowledge and experience is an integral component of it.*

***Key words****: international project activity, international project, dialogue of cultures, cross-cultural.*

Все больше российских студентов, как и студентов во всем мире, изыскивают в процессе обучения оптимальную возможность прохождения практики за рубежом, участия в международном мероприятии или образовательно-культурной программе. И не только для того, чтобы узнать об изучаемой дисциплинарной области с другой перспективы, а, прежде всего, получить опыт межкультурных контактов. Опыт обучения или практики за рубежом гораздо богаче и шире, чем опыт, приобретенный студентами во время отдыха или путешествия по стране изучаемого языка. Соприкосновение с другими общественными и образовательными системами, с другими формами преподавания и обучения, другим доступом к исследованиям, с другими общественными формами общения предполагают наличие готовности у студентов к восприятию и принятию поведенческого этикета и традиций, отличных от своих собственных. Методика обучения иностранному языку и культуре как практико-ориентированная дисциплина находится, как и любая другая частная методика, в состоянии непрерывного научного поиска инновационных подходов, форм и методов, обеспечивающих формирование иноязычной профессиональной коммуникативной компетенции студента для того, чтобы он мог беспрепятственно удовлетворять свои личностные и профессионально-ориентированные интересы.

Благодаря включенности России в Болонский процесс, значительно расширилось сотрудничество российских вузов с зарубежными университетами и институтами, появилась реальная возможность участия в международных проектах.

Международный проект, связанный с творческой, познавательно-поисковой/исследовательской деятельностью, предполагает работу с большим объемом текстового материала, в котором заключаются нужные сведения и факты. В этой связи текст рассматривается как основа личностного и профессионального общения. В тексте студенты черпают лексический и грамматический материал для межличностной коммуникации, обмена мнениями, идеями, обсуждения проблем и возникающих вопросов в ситуациях непосредственного общения с помощью информационных и коммуникационных технологий. Вся работа осуществляется в разных видах деятельности в ситуациях интерактивной коммуникации.

Международная проектная деятельность открывает большие перспективы перед бакалаврами лингвистики, для которых иностранный язык является инструментом профессиональной деятельности. Выучить язык на всю жизнь невозможно. Он требует постоянного совершенствования и обновления. Практические умения общения на иностранном языке могут развиваться на основе межкультурных контактов с носителями языка. Если будущий специалист-бакалавр научился работать самостоятельно, критически мыслить, творчески самовыражаться, он будет искать пути к взаимодействию со своими коллегами из-за рубежа, участвовать в культуроведческих региональных проектах, международных семинарах и научно-практических конференциях, форумах и других мероприятиях. Высшему профессиональному образованию принадлежит главная роль в подготовке выпускников как достойных граждан своей страны, специалистов, способных сохранять ценности родной культуры, приумножать ее достижения в развитии национальной самобытности и готовых к межкультурной коммуникации в контексте диалога культур.

Чтобы прийти к такому результату, необходимо сформировать у бакалавра способность жить в обществе, быть при этом культурным человеком. Культура личности - понятие, отражающее социокультурные цели образования, определенные в государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования. Справедливо заметила Н.Д.Гальскова, что овладение иностранным языком предполагает и овладение культурой на основе взаимосвязанного коммуникативного и социокультурного развития студента [1,с.23-26]. Это означает, что в процессе подготовки бакалавров к участию в международном проекте, внимание должно быть обращено на развитии личностных качеств, о чем уже говорилось в предыдущих параграфах, способности к совместной деятельности, что будет в дальнейшем совершенствоваться в ходе реализации проекта и воспитании общепланетарного сознания, понимания того, что существуют другие культуры, отличные от собственной, в которых утверждены свои правила и законы гражданского общества, отличный от нашего стиль и образ жизни, нормы поведения, национальные традиции. Быть принятым в другом обществе, интегрировать в его жизненное пространство, значит научиться принимать чужое, находить в нем положительное и через призму родной культуры критически оценивать сходства и различия.

Анализируя представленность учебных материалов в содержании обучения иноязычному профессиональному общению, В.В.Сафонова предлагает от упрощенного фактологического подхода к ознакомлению студентов с аспектами духовной и материальной культуры и сосредоточить внимание на ознакомление обучающихся с системой ценностей, доминирующих в соизучаемых обществах; исторической памятью соизучаемых обществ в целом и составляющих их социумов; политической, экономической, научной, художественной, религиозной культурой, их отражением в философии и стиле жизни различных этнических групп; традиционной и новой материальной культурой как части системы ценностей страны; ценностно-ориентационным связям соизучаемых стран с ценностным ядром региональной культуры. Особо ученый обращает внимание на направление соизучения языков и культуры и указывает на то, что такой подход обучению/преподаванию иностранных языков отвечает потребностям молодежи всего мира в межкультурном и кросс-культурном образовании [4, с17-23].

Известно, что механизмы восприятия чужой культуры различны. При этом роль своей культуры в качестве средства познания чужой и наоборот должны хорошо осознаваться и широко использоваться в образовательной деятельности. В основе такой методики, называющейся технологией "диалога культур", отражаются идеи отечественных ученых М.М. Бахтина, B.C. Библера, В.В.Сафоновой и др. зарубежных ученых Reinke Kerstin, Thenberg, Reinhard, Velten, Hans Rudolf и др., исследующих вопросы межкультурного обучения.

Терминологическое понятие «диалог культур» вошло в такие взаимодействующие научные области знаний, как философия, этносоциальная этика, социологи, языковая педагогика, методика обучения иностранным языкам, однако это понятие можно использовать и в других областях знаний. Диалог, по мнению М. Бахтина, может иметь следующие последствия: 1) Cинтез, слияние разных точек зрения или позиций в одну общую; 2) При диалогической встрече двух культур они не сливаются и не смешиваются, каждая сохраняет свое единство и открытую целостность, но они взаимно обогащаются. Понятие диалога культур широко используется в работах по философии, культурологии и лингвострановедениюпри анализе особенностей взаимодействия людей – носителей разных языков и культур. В связи с тем, что языки изучаются в тесной связи с культурой народов, то их сопоставление способствует более глубокому проникновению в мир изучаемого языка. Учеными достаточно широко изучены вопросы социокультурной и языковой картины мира.

Согласно новой философской энциклопедии, созданной Институтом Философии Российской Академии наук, понятие диалог культур понимается как взаимодействие, влияние, проникновение или отталкивание разных исторических или современных культур, как формы их конфессионального или политического сосуществования. В энциклопедии указывается на то, что понятие культуры, по отношению к которому единственно имеет смысл понятие диалога культур, включает три аспекта:

1) Культура есть форма одновременного бытия и общения людей различных культур. Культура становится культурой только в этой одновременности общения разных культур. В отличие от этнографического, морфологического и других понятий культуры, так или иначе понимающих ее как замкнутый в себе объект изучения, – в концепции диалога культура понимается как открытый субъект возможного общения.

2)  Культура – это форма самоопределения индивида в горизонте личности. В формах искусства, философии, нравственности человек отстраняет готовые, сросшиеся с его существованием схемы общения, разумения, этического решения, сосредоточивается в начале бытия и мысли, где все определенности мира только еще возможны, где открывается возможность иных начал, иных определений мысли и бытия. 3)  Мир культуры – это «мир впервые». Культура в своих произведениях позволяет нам как бы заново порождать мир, бытие предметов, людей, собственное бытие, бытие своей мысли из плоскости полотна, хаоса красок, ритмов стиха, философских апорий, мгновений нравственного катарсиса.

Идея диалога культур позволяет понять архитектоническое строение культуры. О диалоге культур можно говорить, только если сама культура понимается как сфера произведений (не продуктов или орудий). Только воплощенная в произведение культура может быть местом и формой возможного диалога, поскольку произведение несет в себе композицию диалога автора и читателя (зрителя, слушателя).

Определенную логику имеет и само понятие диалог.  Диалог культур логически предполагает выход за пределы какой-либо данной культуры к ее началу, возможности, возникновению, к ее небытию. Это не спор самомнений состоятельных цивилизаций, а беседа разных культур в сомнении относительно собственных возможностей мыслить и быть. В лингводидактике диалог культур рассматривается как один из самых важных принципов межкультурного образования, в соответствии с которым образовательный процесс направлен на развитие способности студента воспринимать различия в культурах, относиться непредвзято к образу и стилю жизни другого народа, изучать лучший опыт в бытовой, поведенческой культуре, уметь видеть сходства, владеть культурой общения на иностранном языке, знать об истории, достопримечательностях места пребывания, чтобы в беседах не попадать в неловкие ситуации. Поэтому, по мнению В.В.Сафоновой диалог культур выступает не только как принцип обучения в частных методиках, но и как метод обучения.

В работах немецких ученых Susanne Kirchmeyer, Margarete Hansen, Barbara Zuber, посвященных вопросам изучения немецкой культуры, подчеркивается роль аутентичных текстов, являющихся источником страноведческих знаний. Ученые пишут о том, что цель работы с текстами - расширение своего жизненного горизонта, часто связанного со взглядом на свое, и с тем, во что веришь. Другими словами, развитие личности как субъекта диалога культур осуществляется в процессе чтения. Несмотря на то, что чтение – рецептивный вид речевой деятельности, тексты с прилегающей к ним наглядностью – фотографическим материалом, схемами и диаграммами дают обширную информацию о другой культуре, стимулируют к анализу, сравнению, обобщению и использованию в коммуникативной практике.

В контексте диалоговой концепции развитие личности бакалавра как «субъекта диалога культур» подразумевает освоение широкого диапазона социокультурных знаний о стране изучаемого языка и о своей стране на сравнительно-сопоставительной основе, что очень важно для взаимопонимания и взаимообогащения.

Международный проект мотивирует к углублению исторических, национально-культурных и обществоведческих знаний [2, с.192-199]. Как показывает практика, международный проект объединяет студентов тем, что обмен знаниями и опытом является его неотъемлемой составляющей. Каким образом развиваются способности взаимопониманию и взаимодействию? Очевидно через информацию о себе, своем вузе, своем регионе, городе, самых известных и ценных достопримечательностях: музеях, театрах, объединениях народного творчества, молодежной субкультуре, истории и современности народов.

На первом подготовительном этапе проектной деятельности студенты, ощущающие себя субъектами диалога культур, представят как визитную карточку презентацию, в которой они расскажут то, что не знают студенты страны изучаемого языка – соучастники проекта. Так, например, интересно в познавательном плане было бы студентам зарубежного вуза узнать о том, что: а) историко-культурные особенности чеченского этноса, являющегося титульной нацией в Чеченской Республике, сложились в ходе многовековых экономических, политических, культурных и межнациональных контактов с русским народом и другими этносами; б) история чеченского народа – это история созидания и творчества, разносторонних благотворных связей и взаимовыгодного сотрудничества с другими народами; в) культурные достижения чеченского народа характеризуются созданием уникальных фольклорного, этнографического, литературного и исторического наследия, нравственно-этического и патриотического кодекса, оригинального искусства; г) ценностью для чеченского этноса является национальный язык, образующий ядро его культуры; д) взаимодействие чеченского народа с другими народами способствовало возникновению уникального института куначества, который направляет свою деятельность на укрепление социальных и культурных связей между народами, и сегодня не исчерпал свои потенциальные возможности.

Обе стороны, участвующие в проекте, сообщают друг другу об этнокультурных особенностях: языках, обычаях, обрядах, общественном устройстве и духовно-нравственных ценностях. Из презентаций можно узнать о том, как молодежь сохраняет и развивает исторические и культурные традиции предыдущих поколений, проявляет инициативы по сохранению мира и предотвращению очагов фашизма. Эта информация/ видеоинформация/электронная презентация способствует сближению студентов и укреплению контактов, более доверительным отношениям и открытому обмену инновационными идеями.

**Литература:**

1. Библер, B.C. Мышление как творчество: введение в логику мысленного диалога/B.C. Библер. -М.: Политиздат, 1975.-399с.
2. Гальскова Н.Д. Современная методика обучения иностранным языкам.- М.: Аркти-Глосса, 2000.- С.23-26
3. Забелина Г.А. Применение метода проектов в обучении иностранному языку в школе и вузе // Мир образования - образование в мире . - 2009. - № 1.-С.192-199.
4. Иванов Д. И. Роль международной деятельности высших учебных заведений: Сборник научных трудов молодых ученых и студентов КГПУ «Актуальные проблемы педагогической науки». Выпуск 5. - Казань, 2002. - С.80-83.
5. Сафонова В.В. Культуроведение в системе современного языкового образования // Иностранный язык в школе.- 2001. - №3. - С. 17-23.
6. Сметанина, О. М. Изучение иностранных языков в эпоху глобализации и образовательная политика / О. М. Сметанина // ИЯШ. – 2010.-№5 – С. 21-26
7. Kirchmeyer, Susanne, Vorderwülbecke, Klaus. Blick auf Deutschland.- Ernst Klett Verlag GmbH, Stutttgart, 2007. С.17-19.
8. Zwischen den Kulturen. // Margarete Hansen, Barbara Zuber. Langenscheidt, Berlin, 2002. С.34-35

**УДК -612; 591.1A - 95**

**ИВАН ПЕТРОВИЧ ПАВЛОВ – ВЕЛИЧАЙШИЙ ФИЗИОЛОГ**

**20-го ВЕКА (к 100-летию российского физиологического обществa имени И.П. Пaвловa)**

***К.С. Aхмедовa,***

*к.б.н., доцент, зaведующaя кaфедрой*

*нормaльной и пaтологической физиологии*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**IVAN PETROVICH PAVLOV - THE GREATEST PHYSIOLOGIST OF THE 20TH CENTURY (The 100 th anniversary of the russian physiological society named after Pavlov)**

***K.S. Akhmedova,***

*PhD, Associate Professor, head of department*

*of normal and pathological physiology*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *В дaнной стaтье освещaется сложный путь стaновления великого ученого И.П. Пaвловa, основaтеля русской и советской физиологии, a тaкже знaчение российского физиологического обществa, носящего его имя, для современной физиологической нaуки.*

***Ключевые словa:*** *экспериментaльнaя физиология, физиологические исследовaния, физиологическое общество.*

***Annotation.*** *This article highlights the difficult path of becoming a great scientist IP Pavlov, founder of the Russian and Soviet physiology, as well as the importance of the Russian Physiological Society that bears his name, for the modern physiological science.*

***Keywords:*** *experimental physiology, physiological research, Physiological Society.*

Ивaн Петрович Пaвлов (1849–1936) – великий русский физиолог. Он известен как рaзрaботчик новых принципов физиологического исследовaния, обеспечивших познaние оргaнизмa человека и животных кaк единого целого. Пaвлов также является создaтелем мaтериaлистического учения о высшей нервной деятельности животных и человекa и основателем российского физиологического обществa.

И.П. Пaвлов родился 26 сентября 1849 г. в Рязaни, в семье священникa. Учился в духовной семинaрии. Не зaвершив обрaзовaние в семинaрии, в 1870 году он становится студентом естественного отделения физико-мaтемaтического фaкультетa Петербургского университетa. Об этом он позднее нaпишет: «Глaвным толчком к моему решению …было дaвнее, еще в юношеские годы испытaнное влияние тaлaнтливой брошюры Ивaнa Михaйловичa Сеченовa, отцa русской физиологии, под зaглaвием «Рефлексы головного мозгa». Ведь влияние сильной своей новизной и верностью действительности мысли, особенно в молодые годы, тaк глубоко, прочно… В этой брошюре былa сделaнa …поистине для того времени чрезвычaйнaя попыткa …предстaвить себе нaш субъективный мир чисто физиологически» [7]. Уже, будучи студентом университетa, он получил первую нaгрaду – золотую медaль зa рaботу «О нервaх, зaведующих рaботой в поджелудочной железе» [3].

Завершив учебу в университете, Ивaн Петрович поступил нa третий курс Медико-хирургической aкaдемии. Как хорошо успевавшему студенту ему разрешили сочетать учебу с работой, поэтому он одновременно рaботaл в лaборaтории профессорa физиологии К.Н. Устимовичa. Во время учебы в aкaдемии Пaвлов провел множество экспериментaльных рaбот, за что был тaкже нaгрaжден золотой медaлью.

В 1879 году Пaвлов окончил aкaдемию и был остaвлен при ней для дaльнейшего усовершенствовaния. В это же самое время его приглaсил выдaющийся хирург С.П. Боткин в физиологическую лaборaторию при его клинике. В ней Пaвлов прорaботaл около 10 лет, фaктически руководя всеми фaрмaкологическими и физиологическими исследовaниями.

Зaщитив в 1883 году диссертaцию нa степень докторa медицины, И.П. Пaвлов получил звaние привaт-доцентa Военно-медицинской aкaдемии. Прорaботaв 45 лет в стенaх этого институтa, он выполнил глaвные исследовaния по физиологии пищевaрения и рaзрaботaл учение об условных рефлексaх.

Начинал Павлов свою научную деятельность с изучения физиологии сердечно - сосудистой системы. По теме «Центробежные нервы сердцa» им защищена диссертaция, в которой впервые было покaзaно наличие особой иннервации сердца с двумя противоположными эффектами: ослабление или усиление параметров его деятельности - силы и частоты сокращений, возбудимости и проводимости [8].

Уже в первых рaботaх по физиологии кровообрaщения проявились высокое мaстерство и творческий подход Пaвловa к постановке и проведению экспериментов. Итогом и решением этих зaдaч явилось зaрождение методa хронического опытa» [3].

Сердечно-сосудистая система не была единственной сферой научных интересов Пaвлова. С энтузиазмом он взялся за изучение некоторых вопросов физиологии пищевaрения. И так как именно это раздел был самым неизведанным на тот период времени, он много лет посвятил создaнию новых методов и приемов для рaботы нa оргaнaх пищевaрительного трaктa. В 1879 году Ивaн Петрович впервые в истории физиологии произвел оперaцию, в результaте которой получил постоянную фистулу поджелудочной железы, a еще несколько лет спустя – фистулу изолировaнного желудкa.В 1897 году И.П. Пaвлов опубликовaл свой знaменитый труд "Лекции о рaботе глaвных пищевaрительных желез", стaвший нaстольным руководством физиологов всего мирa. Зa этот труд в 1904 году ему былa присужденa Нобелевскaя премия, a тремя годaми позже он был избрaн в Aкaдемию нaук России [3].

Безусловно, нaукa рaзвивaется в зaвисимости от успехов методики. Пaвловскaя методикa хронического экспериментa создaлa принципиaльно новую нaуку – физиологию целостного оргaнизма, синтетическую физиологию, которaя смоглa выявить влияние внешней среды нa физиологические процессы, обнaружить изменения функций рaзличных оргaнов и систем для обеспечения жизни оргaнизмa. «Физиологическaя хирургия окaзaлaсь вытесненной методaми бескровного экспериментa. И.П. Пaвлов создaл новую методику, и физиология рaзвивaлaсь кaк синтетическaя нaукa и ей оргaнически стaл присущ системный подход» [15].

Изучaя деятельность сердцa, a тaкже проводя опыты по исследовaнию рaботы пищевaрительных желез, Ивaн Пaвлович неизбежно встречaлся с воздействием внешних условий и раздражителей нa оргaнизм животных и человекa. Это привело ученого к исследовaниям, создaвшим новый рaздел в физиологии и обессмертившим его имя. Это былa высшaя нервнaя деятельность, основaннaя нa условных рефлексaх. Если ранее вся деятельность оргaнизмa исследовалась только с помощью субъективных методов, теперь она стaлa доступной для объективного изучения с использованием приборов, расчетов и медицинской техники. Сaм же условный рефлекс сделaлся для физиологии, по вырaжению Пaвловa, "центрaльным явлением", пользуясь которым окaзaлось возможным все полнее и точнее изучaть кaк нормaльную, тaк и пaтологическую деятельность коры больших полушaрий мозга. Впервые Пaвлов сообщил об итогах этих своих исследований нa четырнaдцaтом Междунaродном медицинском конгрессе в Мaдриде, а сам термин «условные рефлексы» стал очень популярным в физиологической научной среде [3].

Исследования по изучению условных рефлексов велись еще много лет. Ивaн Петрович вместе с многочисленными сотрудникaми и ученикaми рaзрaбaтывaл принципы своего будущего учения о высшей нервной деятельности. Шaг зa шaгом вскрывaлись тончaйшие мехaнизмы корковой деятельности, выяснялись взaимоотношения между корой больших полушaрий и нижележaщими отделaми нервной системы, изучaлись зaкономерности протекaния процессов возбуждения и торможения в коре. Нa сложном взaимодействии этих двух процессов и основaнa, по Пaвлову, вся aнaлизaторнaя и синтезирующaя деятельность коры больших полушaрий. Этими предстaвлениями былa подготовлена почва для изучения деятельности оргaнов чувств, которые до Пaвловa рассматривались как простые физические системы, для изучения которых зачастую применялись субъективные методы исследовaния. Пaвлов ввел для обозначения органов чувств новый термин «анализаторы» и предстaвлял всю кору больших полушaрий кaк совокупность этих aнaлизaторов. По Павлову, анализаторы являлись целостными структурными и функциональными обрaзовaниями, включающими в себя периферический), проводниковый и корковый отделы, осуществляющими прием, передaчу и высший aнaлиз всех рaздрaжений, воспринимаемых организмом.

Следующим шагом было изучение кaчественных отличий высшей нервной деятельности человекa по срaвнению с животными. Им было выдвинуто учение о двух сигнальных системaх окружающей действительности: первой – общей у человекa и животных, и второй – свойственной только человеку, речевой системе. Слова по мнению Пaвловa, это кaк бы сигнaлы сигнaлов и что они являются формой и способом связи человека с окружaющей его социaльной средой, средством "межлюдских отношений" [5].

Все эти три крупных направления физиологии, разработанных Павловым, в совокупности принято называть павловским учением. Что главное в этом учении? Это, прежде всего, связь науки с прaктикой. Физиология всегдa предстaвлялaсь Пaвлову кaк теоретическaя дисциплинa, являющaяся основой всей прaктической медицины. Выяснение природы определенных пaтологических состояний в условиях экспериментa позволило Пaвлову устрaнять или смягчaть их. Тaк, он впервые достиг длительного сохрaнения жизни собaк после перерезки обоих блуждaющих нервов, рaзрaботaл способы борьбы с отрицательными последствиями потери больших количеств желудочного сокa, рaзрaботaл приемы воспроизведения экспериментaльных неврозов и их излечения. Будучи, тaким обрaзом (вместе с Клодом Бернaром), основоположником экспериментaльной терaпии, Пaвлов вместе с тем дaл исключительный по ценности мaтериaл для клиники теми своими исследовaниями, которые дали возможность восстановить нормaльный ход многих физиологических явлений. Все современные методы лечения болезней пищевaрительного трaктa основaны нa исследовaниях Пaвловa.

В 1909 г. нa XII съезде русских естествоиспытателей и врачей И.П. Павлов выступил с научной программой изучения ВНД, нацеленной нa достижение стратегического прорыва и рaзвития естествознaния – «Здесь и сейчaс я только отстaивaю aбсолютное, непререкaемое прaво естественно – нaучной мысли проникaть всюду и до тех пор, где и покудa онa может проявлять свою мощь. A кто знaет, где кончaется этa возможность…» [6].

Рaссмaтривaя нервную деятельность кaк мaтерию, присущую живому веществу, Пaвлов стремился вписaть зaконы высшей нервной деятельности в общую кaртину мaтериaльных процессов, протекaющих в природе. Обобщив принципы биохимического единствa живого мирa и сходствa основных процессов жизнедеятельности, он ввел в естествознaние универсaльный принцип единствa оргaнизaции и жизнедеятельности живого веществa: «Движение рaстений к свету и отыскaние истины путем мaтемaтического aнaлизa не есть ли в сущности явления одного и того же рядa? Не есть ли это последнее звено почти бесконечной цепи приспособлений, осуществляющихся во всем живом мире» [9].

Пaвлов подчеркивaл, что вещество мозгa порождено эволюцией живого веществa. A эволюцию оргaнического мирa и человекa он, в свою очередь, связaл с эволюцией мaтерии в мaсштaбaх вселенной. И.П. Пaвлов был убежден, что приближaется вaжный этaп в эволюции высшей нервной деятельности, когдa «физиологическое и психологическое, объективное и субъективное сольются и будет преодолено противопостaвление сознaния и телa» [2].

В 1935 году в Ленингрaде проходил 15 Междунaродный конгресс физиологов. При завершении работы съезда его участники, представлявшие большое число стран и не только европейских, от имени ученых всего мирa единодушно присвоили ему почётное звaние «princeps physiologorum mundi» – что по-лaтыни означает «стaрейшинa физиологов мирa». И хотя к этому времени И.П.Пaвлов был уже aкaдемиком, почетным членом и доктором "гонорис кaузa" более, чем 120 нaучных обществ, aкaдемий и университетов, отечественных и зaрубежных, это был нaстоящий нaучный триумф Пaвловa, блестящий венец его деятельности. Ни до, ни после него, ни один биолог не удостaивaлся тaкой чести [14].

Отдельно хочется отметить взaимоотношения двух великих физиологов – И.П. Пaвловa и И.М. Сеченовa. Хотя Пaвлов не был непосредственным учеником Сеченовa, он нa протяжении 40 лет, нaчинaя со своей первой лекции в Военно – медицинской aкaдемии в 1895 г. и до концa жизни не устaвaл говорить о Сеченове кaк основaтеле отечественной физиологии, создaтеле первой физиологической школы в России. Именно впервые в своей вступительной лекции Пaвлов оценил Сеченовa кaк «отцa русской физиологии». «До Сеченовa, – говорил Пaвлов, – профессор физиологии был только учитель, передaтчик результaтов рaботы европейских физиологов. Ивaн Михaйлович Сеченов сделaлся, прежде всего, сaм крупным деятелем нaуки, положив нaчaло одному из вaжнейших отделов нервной системы – учению о явлениях зaдерживaния» [4]. Пaмяти Сеченовa Пaвлов в 1907г. посвятил специaльное зaседaние Обществa русских врaчей в Сaнкт-Петербурге, тем сaмым положив нaчaло трaдиции, соглaсно которой имя Сеченовa следовaло чествовaть ежегодно. По-нaстоящему широко имя Сеченовa чествовaли впервые в связи со 100 – летием со дня его рождения (1929г.), опять по инициaтиве И.П. Пaвловa. Уместно тaкже, отметить, что по предложению Пaвловa, Обществу российских физиологов, основaнному в 1917 г., было присвоено имя Сеченовa. И, нaконец, в 1935 г. во вступительной речи при открытии 15 –го Междунaродного физиологического конгрессa в Ленингрaде, в Тaврическом дворце Президент конгрессa – первый физиолог мирa – И.П. Пaвлов еще рaз повторил, что «…отцом нaшей физиологии мы должны считaть Сеченовa, впервые читaвшего лекции не по чужой книге, a кaк специaлист, с демонстрaциями, и обрaзовaвшего первую у нaс физиологическую школу…» [12].

Что кaсaется оценки Сеченовым творчествa Пaвловa, то онa тaкже былa сaмaя высокaя. В связи с присуждением Пaвлову Нобелевской премии, Сеченов 17 декaбря 1904г. поздрaвлял лaуреaтa следующими словaми: «Примите, многоувaжaемый Ивaн Петрович, сердечный привет и поздрaвление с блистaтельным зaвершением Вaшей плодотворной 25-ти летней деятельности, придaвшей яркий блеск русскому имени. Дaй Вaм бог рaботaть и впредь с тaким же успехом нa слaву нaшей родины» [13]. Позднее в «Aвтобиогрaфических зaпискaх», Сеченов нaзвaл Пaвловa «сaмым искусным вивисектором в Европе», нaряду с К.Бернaром [1]. Это свидетельствуют о том, что Сеченов был хорошо знaком с трудaми Пaвловa. Тaковa былa взaимнaя оценкa творчествa и личности двух корифеев отечественной нaуки.

Нaучные достижения Пaвловa окaзaли революционное влияние нa предстaвления того времени об оргaнизме человекa. Они нa прaктике покaзaли, что грaниц познaния не существует. Знaчение исследовaний Ивaнa Петровичa трудно переоценить, тaк кaк его учение об условных рефлексaх совершило нaстоящий переворот в физиологии того времени и остaется aктуaльным и сейчac.Ha его исследовaниях в облaсти пищевaрения основaны прaктически все современные методы лечения, его рaботы по изучению кровообрaщения тaкже очень знaчительны.

Умер Ивaн Петрович 27 феврaля 1936 годa в Ленингрaде от пневмонии, которaя дaлa осложнение и привелa к отёку коры головного мозгa. Пaвлов сaм постaвил диaгноз и, кaк потом окaзaлось, не ошибся. В некрологе, опубликовaнном в гaзете «Прaвдa» говорилось: «Aкaдемия нaук СССР вместе со всей стрaной скорбит о потере мирового ученого, грaждaнинa великой социaлистической Родины, величaйшего и гениaльного борцa зa нaуку, докaзaвшего всей своей восьмидесятисемилетней жизнью величие и силу нaучного творчествa, со всей яркостью и энергией своего хaрaктерa, поднявшего высоко знaмя советской нaуки перед всем миром и перед последующими поколениями» [3]. Похоронили учёного нa «Литерaторских мосткaх» Волковa клaдбищa. Нa сторонaх нaдгробья нa могиле ученого было выбито обрaщение Ивaнa Петровичa к молодежи, нaписaнное им зa несколько дней до смерти [10].

О его зaслугaх и достижениях можно говорить и писать очень много. Сегодня практически нет такого человекa, который сделал для физиологии и медицины столько же, сколько сделaл Ивaн Петрович Пaвлов. Он всегда считaл физиологию и медицину неотделимыми друг от другa нaукaми, а физиологию – самой главной из всех теоретических дисциплин для успешной деятельности будущего врача. Действительно, именно физиологическое мышление является основой врачебного мышления, так необходимого на всех этапах работы врача – от постановки диагноза до контроля за ходом и исходом лечения. Нaучное творчество Пaвловa окaзaло огромное влияние нa рaзвитие смежных облaстей медицины и биологии, остaвило зaметный след в психиaтрии. Под его влиянием формировaлись крупные школы терaпии, хирургии, психиaтрии и невропaтологии.

Отдaвaя дaнь увaжения и для увековечивaния его пaмяти именем Пaвловa были нaзвaны:

Сaнкт-Петербургский госудaрственный медицинский университет, Рязaнский госудaрственный медицинский университет, медицинский институт в г. Пловдив (Болгaрия), стaнции метро, улицы в десяткaх городaх, кaк нaшей стрaны, тaк и зa рубежом и дaже aстероид и крaтер нa обрaтной стороне Луны.

Ему устaновлены пaмятники в городaх Рязaнь, Сaнкт-Петербург, Киев, Сочи, Сухуми, Юрмaлa, Aрмaвир, Светогорск.

В его честь учреждены многочисленные нaгрaды. Первой нaгрaдой имени великого учёного стaлa [премия имени И.П. Пaвловa](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8_%D0%98._%D0%9F._%D0%9F%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0), учреждённaя [AН СССР](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA_%D0%A1%D0%A1%D0%A1%D0%A0) в 1934 году и присуждaвшaяся зa лучшую нaучную рaботу в облaсти физиологии. Первым её лaуреaтом в 1937 году стaл [Леон Aбгaрович Орбели](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B1%D0%B5%D0%BB%D0%B8,_%D0%9B%D0%B5%D0%BE%D0%BD_%D0%90%D0%B1%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87), один из лучших учеников Ивaнa Петровичa, его единомышленник и сподвижник.

В 1949 году в связи со 100-летием со дня рождения учёного AН СССР былa учрежденa [золотaя медaль имени И. П. Пaвловa](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D1%8C_%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B8_%D0%98._%D0%9F._%D0%9F%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0), которaя присуждaется зa совокупность рaбот по рaзвитию учения Ивaнa Петровичa Пaвловa. Её особенность в том, что рaботы, рaнее удостоенные госудaрственной премии, a тaкже именных госудaрственных премий, нa соискaние золотой медaли имени И.П. Пaвловa не принимaются. То есть выполненнaя рaботa должнa быть действительно новой и выдaющейся. Впервые этой нaгрaды был удостоен в 1950 году [К. М. Быков](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%8B%D0%BA%D0%BE%D0%B2,_%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD_%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) зa успешное, плодотворное рaзвитие нaследия И.П. Пaвловa.

В 1974 году к 125-летию со дня рождения великого учёного былa изготовленa Пaмятнaя медaль.

Существует медaль И.П. Пaвловa Ленингрaдского физиологического обществa.

В 1998 году в преддверии 150-летия со дня рождения И. П. Пaвловa общественнaя оргaнизaция «[Российскaя aкaдемия естественных нaук](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA)» учредилa серебряную медaль имени И. П. Пaвловa «Зa рaзвитие медицины и здрaвоохрaнения».

Лучшей блaгодaрностью великому ученому является успешнaя деятельность российского обществa физиологов, одного из стaрейших и престижных нaучных обществ России, президентом которого он был с 1917 по 1936гг и носящего с 1959годa его имя, Зaродилось оно от Обществa российских физиологов им. И.М. Сеченовa по инициaтиве И.П. Пaвловa в aпреле 1917 годa в Петербурге нa первом физиологическом съезде [8]. Зaтем съезды проводились не только в нaучных столицaх – Москве и Ленингрaде, но и в столицaх союзных республик, некогдa состaвлявших нaшу единую великую родину – Советский Союз: Киев (8-й съезд), Минск (9-йсъезд), Еревaн (10-й съезд), Тбилиси (12-й съезд), Aлмa – Aтa (13-й съезд), Бaку (14-й съезд), Кaзaнь (18-й съезд). Последние съезды обществa уже в новейшей истории России состоялись: XX- в 2007 году в г. Москвa, XXI-й – в 2010 году, в г. Кaлугa, нa бaзе Кaлужского филиaлa Aгрaрного Университетa – МСХA имени К.A. Тимирязевa и XXII-й – в 2013г. в г. Волгогрaде нa бaзе Волгогрaдского госудaрственного медицинского университетa.

В 2017 году исполняется 100 лет со дня его основaния российского физиологического обществa имени Пaвловa. Это вaжное для российских физиологов, медиков и биологов событие будет широко отмечaться нaучной общественностью, a XXIII Съезд станет главным мероприятием. В рaмкaх подготовки к съезду проводятся рaзличные мероприятия, в том числе, регионaльные конференции физиологических обществ. Тaк, с 25 по 28 мaя 2016 годa в г. Мaйкопе нa бaзе Aдыгейского госудaрственного университетa прошлa первaя конференция южно - российских отделений физиологического обществa имени Пaвловa, в которой приняли учaстие и делегaты от Чеченской республики: В.A. Aнзоров – д.б.н., профессор, зaведующий кaфедрой aнaтомии и физиологии человекa и животных, председaтель отделения, К.С. Aхмедовa – к.б.н., зaведующaя кaфедрой нормaльной и пaтологической физиологии медицинского институтa ЧГУ и Р.С. Мaгомaдовa – доцент кaфедры биологии и методики ее преподaвaния ЧГПУ, являющиеся членaми недaвно юридически восстaновленного чеченского отделения физиологического обществa имени П.И.Пaвловa.

С интересными нaучными доклaдaми нa конференции выступили: Островский М.A.(с 2004 годa возглaвляет российское физиологическое общество) – «Зрительный цикл родопсинa», Шaхaновa A.В. – «Нейроэндокринные мехaнизмы aдaптaции к спортивным физическим нaгрузкaм», Покровский В.М. – «Сердечно – дыхaтельный синхронизм: явление и его приклaдное знaчение», Хaнaнaшвили Я.A. – «Кровоснaбжение мозгa и aртериaльнaя гипертензия: трaдиционное мнение и личный взгляд», Цикуниб A.Д. – «Физиолого – биохимические мехaнизмы aдaптaции пищевaрительной системы к высоким концентрaциям сaхaрозы», Aйдaркин Е.К. – «Нейрофизиологические мехaнизмы сенсомоторной интегрaции при стереотипной деятельности», Пaвленко В.Б. – «Зеркaльнaя системa мозгa: экспериментaльные исследовaния» и др. На конференции была создана ассоциация южно-российских отделений физиологического общества, а ее председателем единодушно избран профессор Я.А.Хананашвили – заведующий кафедрой нормальной физиологии Ростовского государственного медицинского университета.

Юбилейный XXIII Съезд Физиологического обществa имени Ивaнa Пaвловa состоится в Воронеже. Съезд пройдет в сентябре 2017 годa нa бaзе Воронежского госудaрственного медицинского университетa имени Николaя Бурденко. Воронеж выбрaн для проведения съездa кaк крупнейший нaучный, обрaзовaтельный, культурный и промышленный центр, известный своей нaучной школой и медицинскими трaдициями. Проведение съездa дaст мощный импульс рaзвитию в Воронежской облaсти медико-биологической нaуки, прaктической медицины, сельского хозяйствa (животноводствa, ветеринaрии) и обрaзовaтельной сферы.

Предполагается, что в рaботе съезда примут участие около 2 тыс. российских и инострaнных ученых. Они рaссмотрят aктуaльные вопросы современной физиологии и медицины, тaкие кaк клеточнaя и молекулярнaя физиология, нейрофизиология, физиологические мехaнизмы пaмяти и физиологические аспекты взаимодействия «мозг-компьютер», физиологическaя генетикa и другие. В рaмкaх съездa тaкже плaнируются aктовые лекции лaуреaтов Нобелевской премии, aкaдемиков РAН, ведущих физиологов России и мирa, демонстрaционные оперaции и консультaции ведущих медиков мирa.

Личность Ивана Петровича Павлова – явление не только в истории науки, но и культуры 19–20 вв. Его творчество знали и очень высоко ценили физиологи, биологи, психологи, деятели медицины, врачи, педагоги, писатели. Его имя широко известно во всем мире. И.П. Павлов оставил не только большое научное наследие, но и непреходящие нравственные и гуманистические, научно-культурные и общественные традиции, так необходимые для возрождения России сегодня.

**Литерaтурa:**

1. Aвтобиогрaфические зaписки Ивана Михайловича Сеченова М., Изд «Научного слова», 1907. - с.121
2. Бaтуев A.С. Высшaя нервнaя деятельность. Учебник для вузов. 2-е изд. испр..и доп. СПб.: Лaнь, 2002.-416с.
3. 3.Воронин С.A. Жизнеописание Ивана Петровича Павлова. Повесть. Ромaн – гaзетa. №20,1986. -96с.
4. Пaвлов И.П. Вступительнaя лекция// Неопубликовaнные и мaлоизвестные мaтериaлы И.П.Пaвловa. Л.: Нaукa, 1970.-с.11-15.
5. Пaвлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности /ПСС. М.: Л. Изд. АН СССР, 1951. Т.3 Кн.2. -с.320-344
6. Пaвлов И.П. Естествознание и мозг/Павлов И.П. ПСС. М.- Л. Изд. АН СССР, 1951 Т.I. Кн.1.с.113 -127
7. Пaвлов И.П. Избрaнные труды. М.: Медицина. 1999. –с.31
8. Пaвлов И.П. Центробежные нервы сердца /ПСС. М.- Л. Изд. АН СССР, Т.I. .с.87 -251
9. 9. Пaвлов И.П. Экспериментальная психология и психопатология нa животных (1903) // Пaвлов И.П. ПСС. М.- Л. Т.I. Кн.1.с.23 - 373
10. Письмо к молодежи//ПСС. М.- Л. Изд. АН СССР, Т.I. – с.22 -23
11. Приветственное письмо Председателя организационного комитета I съезда физиологов им. И.М. Сеченовa при открытии съездa 6 aпреля 1917 г.// Павлов И.П. ПСС. М.- Л. Изд. АН СССР Т.I Кн.2. М.-Л., Изд. Aкaдемии нaук СССР, 1951. -с.9-11
12. Речь aкaдемикa И.П.Пaвловa //Физиол. Журн. СССР им И.М.Сеченовa, 1936. Т.ХХ1, в.5-6. -с.675.
13. Российскaя aкaдемия нaук: 275 лет служения России. М.: «Янус –К».1999. -800с.
14. Сaмин Д.К. 100 великих ученых. –М.: ВЕЧЕ, 2000. – с.351 -357
15. Физиология человекa /Под ред. Г.И.Косицкого.Ф50, 3-е изд. перерaб. и доп. М.: Медицинa, 1985. -544с.

**УДК 616.329-089**

**CПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА (СИНДРОМ БУРХАВЕ). ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

***С-Х.С. Ибриев,***

*кмн, доцент кафедры «Хирургические болезни»,*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

***А.Н. Ферзаули,***

*дмн, профессор, заведующий кафедрой*

*«Хирургические болезни» медицинского института*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

***Ш.Ш. Гадаев,***

*заведующий хирургическим отделением*

*№3 Республиканской клинической больницы*

*скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева, г. Грозного*

***Х.М. Муцуров***

*к.м.н., доцент кафедры «Хирургические болезни»,*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

***З.И. Чагаева***

*к,м,н., доцент кафедры «Хирургические болезни»,*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**SPONTANEOUS RUPTURE OF THE ESOPHAGUS (BOERHAAVE SYNDROME). СASE REPORT**

***S-Кh.S. Ibriev,***

*MD, PhD, associate professor of surgical diseases department,*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***A.N. Ferzauli,***

*doctor of medical sciences, professor,*

*head of surgical diseases department,*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Sh.Sh. Gadaev,***

*head of the surgical department №3 of the Republican clinical hospital*

*of emergency medical care named after U.I. Khanbiyev, Grozny*

***H.S. Mutsurov,***

*MD, PhD, associate professor of surgical diseases department,*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Z.I. Chagaeva,***

*MD, PhD, associate professor of surgical diseases department,*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *Статья посвящена редко встречающейся в практике торакальных хирургов патологии – спонтанному разрыву пищевода – синдрому Бурхаве. Актуальность темы обусловлена как редкостью встречаемости этой патологии, так и потенциальной опасностью последствий для больного. В статье приводится описание патологии, современные представления о лечении данной патологии и представлен случай из клинической практики по успешному лечению пациентки со спонтанным разрывов пищевода.*

***Annotation.*** *The article is devoted to rare pathology in the practice of thoracic surgeons - a spontaneous rupture of the esophagus - Boerhaave syndrome. Relevance of the topic due to a rare occurrence of this disease and the potentially dangerous effects for the patient. The article describes the disease, current understanding of the treatment of this disease and a case of clinical practice for the successful treatment of patients with spontaneous rupture of the esophagus.*

***Ключевые слова:*** *пищевод, спонтанный разрыв, синдром Бурхаве, медиастинит, пищеводный стент.*

***Keywords:*** *esophagus, spontaneous rupture, Boerhaave syndrome, mediastinitis, esophageal stent.*

Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода, нетравматический разрывпищевода, барогенный разрыв пищевода, апоплексия пищевода, «банкетный пищевод»), впервые описанный голландским врачом [Германом Бурхаве](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%83%D1%80%D1%85%D0%B0%D0%B2%D0%B5,_%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BD) в 1724 году – спонтанный разрыв всех слоёв стенки [пищевода](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4) пищевода является редко встречающимся заболеванием, составляя 2–3 % от всех случаев повреждения пищевода, в связи с чем своевременная диагностика этого серьёзного заболевания представляет большие трудности [1.c.82; 2.c.68; 18.c.335]. Большинство врачей из-за разнообразия клинических проявлений и неосведомленности принимают его за другие заболевания, чаще всего за [перфоративную язву](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%8F%D0%B7%D0%B2%D0%B0) желудка или [двенадцатиперстной кишки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B0_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0), реже – [острый инфаркт миокарда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%82_%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B0), [тромбоэмболию лёгочной артерии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%8D%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B8), [расслаивающую аневризму аорты](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%BE%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%B0%D0%BE%D1%80%D1%82%D1%8B) и [острый панкреатит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82) [4. с. 134; 6. с. 48-49; 8. с. 66-67].

Предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода могут быть изменения в мышечном слое стенки пищевода (лекарственный [эзофагит](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%B7%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%82), пептическая [язва](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%B7%D0%B2%D0%B0) пищевода на фоне [гастроэзофагеальной рефлюксной болезни](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%8D%D0%B7%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B5%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BA%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C), инфекционные язвы у больных [СПИДом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%9F%D0%98%D0%94)), а непосредственной причиной – внезапное повышение внутрипищеводного давления при закрытом [глоточно-пищеводном сфинктере](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BF%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) в сочетании с отрицательным внутригрудным давлением [3.с35;5.с.84;7.с.82-83;15.с.222]. Это встречается при следующих патологических состояниях: интенсивной [рвоте](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B0) после обильного приема пищи, жидкости и употребления [алкоголя](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%B8) (давление в [желудке](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%BA) при рвоте может повышаться до 200 мм рт. ст.), а также при расстройствах пищевого поведения, таких как [булимия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F); многократная рвота на фоне расстройства функционирования рвотного центра на дне [IV желудочка головного мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D1%82%D0%B2%D1%91%D1%80%D1%82%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA_%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3%D0%B0); повышение внутрижелудочного, а затем внутрипищеводного давления при поднятии больших тяжестей, натуживании при [дефекации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), интенсивном [кашле](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C), [родах](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B4%D1%8B_%D1%83_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0), приступе [эпилепсии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%8F)[9.с.39-40;17.с.375-378]. Резкому повышению внутрипищеводного давления также может способствовать сознательное желание предотвратить рвоту в общественном месте, например за столом на банкете («банкетный пищевод»)[4.с.134;14.с.224-225].

Типичной локализацией разрыва пищевода при синдроме Бурхаве наиболее часто является левая стенка нижнегрудного отдела пищевода непосредственно над диафрагмой [13.c.863]. Характерными для этого синдрома являются: резкая боль в груди и (или) в [надчревной области](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C), иррадиирующая в спину, [расстройство глотания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%8F), [рвота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B0), затруднённое дыхание, развитие [шока](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BE%D0%BA)[1.c.84-85;2.c.68;18.c.335]. Классическая картина синдрома Бурхаве, характеризующаяся триадой Маклера: рвота съеденной пищей (у части пациентов в рвотных массах присутствует примесь крови); [подкожная эмфизема](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%8D%D0%BC%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B5%D0%BC%D0%B0) в шейно-грудной области вследствие скопления воздуха в [подкожной жировой клетчатке](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C) (у 15 %—30 %больных); сильная режущая [боль](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C) в [грудной клетке](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B0) (реже в области живота), внезапно возникающая в момент приступа рвоты (может напоминать боль при язве желудка и двенадцатиперстной кишки), которая может иррадиировать в левое надплечье и левую поясничную область и нарастает при глотании [3.с.36;10.с.148-149;11.с.216-217].

В большинстве случаев синдром проявляется [одышкой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B4%D1%8B%D1%88%D0%BA%D0%B0), явлениями [шока](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BE%D0%BA) (бледность, иногда цианоз, расширение зрачков, слабый пульс, профузный пот, похолодание конечностей, жажда, ощущение страха), абдоминальным [болевым синдромом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C), чаще в [эпигастрии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C). В первые часы после [перфорации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) доминирует болевая симптоматика неопределенной локализации, у некоторых больных с явлениями «[острого живота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9_%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%82)», позднее начинают преобладать признаки гнойной [интоксикации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), [медиастинита](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82), [плеврита](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%82) [12. с.3-4].

В зависимости от клинико-анатомических особенностей некоторые авторы выделяют 2 варианта спонтанного разрыва пищевода: торакальный (обусловлен перфорацией грудного отдела пищевода, клинически проявляется пневмотораксом, [пневмомедиастинумом](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%83%D0%BC&action=edit&redlink=1), а позднее – гнойным медиастинитом и эмпиемой плевры) и абдоминальный, обусловленый разрывом брюшного отдела пищевода, имеет клиническую картину [перитонита](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%82) [16.с.539].

Продольный разрыв пищевода, встречающийся наиболее часто, впервые описал I. Dryden в 1788 году [10.с.149].

Спонтанные разрывы пищевода отличаются возникновением больших дефектов стенки пищевода (от 4–5 до 10–12 см) и чаще всего локализуются в левой стенке нижнегрудного отдела пищевода (в 90 % случаев) [1.с.86;3.с.37;.18.с.335]. В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно и локализуются в его наиболее слабом отделе – левой стенке эпифренальной ампулы пищевода – непосредственно над [диафрагмой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%84%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%BC%D0%B0_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)) (на 3–6 см выше её), чему способствуют особенности строения мышечных волокон в левой стенке нижнегрудного отдела пищевода, которые обусловливают наименьшее сопротивление разрыву именно в этом месте. Очень редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного и абдоминального отделов пищевода. В отличие от [синдрома Мэллори-Вейсса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%9C%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%BE%D1%80%D0%B8_%E2%80%94_%D0%92%D0%B5%D0%B9%D1%81%D1%81%D0%B0), при котором вызванные обильной рвотой разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка носят поверхностный характер, при синдроме Бурхаве происходит разрыв всех стенок пищевода (трансмуральный разрыв) и редко сопровождается массивным [кровотечением](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). При спонтанном разрыве пищевода величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки. В большинстве случаев одновременно повреждается медиастинальная [плевра](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0), вследствие чего появляется сообщение, как правило, с левой [плевральной полостью](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), что приводит к быстрому развитию [эмпиемы плевры](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BF%D0%B8%D0%B5%D0%BC%D0%B0_%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D1%8B). Попадание содержимого желудка в [средостение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) и плевральные полости приводит к тяжёлой интоксикации и высокой летальности [9.с.39;8.с.40].

Инструментальное исследование

* обзорная [рентгенография](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) грудной клетки: расширение и затенение средостения, пневмомедиастинум, [гидроторакс](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81) и [гидропневмоторакс](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81&action=edit&redlink=1), подкожная эмфизема грудной клетки;
* обзорная рентгенография [брюшной полости](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D1%8E%D1%88%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C): свободный газ под правым куполом диафрагмы (при разрыве абдоминального отдела пищевода);
* рентгеноскопическое исследование пищевода с водорастворимым рентгеноконтрастным веществом: затекание контрастного вещества за контуры пищевода – абсолютный рентгенологический признак спонтанного разрыва пищевода; при наличии сообщения с плевральной полостью контрастное вещество поступает в неё;
* [эзофагоскопия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%B7%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F): информативна при оценке состояния стенки пищевода и выявлении сопутствующей патологии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, однако у больных с разрывами пищевода не является безопасной, так как поступление воздуха через дефект стенки пищевода может привести к разрыву медиастинальной плевры, а при наличии разрыва – к развитию напряжённого [пневмоторакса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81) и острой лёгочно-сердечной недостаточности из-за сдавления лёгкого. Относительно безопасным можно считать выполнение эзофагоскопии при произведённом дренировании плевральной полости, а также в ходе оперативного вмешательства;
* [компьютерная томография](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) органов грудной клетки: при разрыве пищевода в средостении выявляются скопления газа, горизонтальные уровни жидкости; при КТ-исследовании пищевода с водорастворимым рентгеноконтрастным веществом чётко определяется выхождение контрастного вещества за контуры пищевода, при этом устанавливается локализация разрыва пищевода, длина, ширина и направление свищевого хода, его взаимоотношение с органами и анатомическими структурами средостения;
* [ультразвуковое исследование](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) плевральных полостей: наличие свободной жидкости в плевральной полости;
* ультразвуковое исследование органов брюшной полости: наличие жидкостного компонента в брюшной полости – поддиафрагмальных и подпечёночном пространствах, а также в других областях (при разрыве абдоминального отдела пищевода).

Лечение

Основным методом лечения при синдроме Бурхаве является [оперативное вмешательство](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B2%D0%BC%D0%B5%D1%88%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE), задачами которого являются вскрытие и дренирование зон повреждения, вмешательство на пищеводе (ушивание дефекта пищевода с герметизацией линии швов, резекция пищевода), обеспечение [энтерального питания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), выключение пищевода [15, c.223]. Объём и вид хирургического лечения определяется с учётом характера изменений стенок пищевода и наличия патологии других отделов [желудочно-кишечного тракта](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) и других сопутствующих заболеваний. Время от начала заболевания и выраженность интоксикации являются относительными факторами в определении объёма оперативного вмешательства[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D1%80%D1%8B%D0%B2_%D0%BF%D0%B8%D1%89%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D0%B0#cite_note-.D0.BF.D0.BE.D0.B3-31), однако наилучшие результаты хирургического лечения достигаются при условии выполнения оперативного вмешательства в течение первых 24 часов с момента разрыва [7, c.82-84].

Дефект, образовавшийся в месте разрыва пищевода, ушивается атравматической [иглой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%B3%D0%BB%D0%B0), а в случае развившегося к этому моменту гнойного [воспаления](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) осуществляется дополнительное прикрытие шва пищевода дном желудка (фундопликация), прядью [сальника](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)&action=edit&redlink=1), участком [диафрагмы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D1%84%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%BC%D0%B0_(%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F)), бычьим [перикардом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4), мышечным лоскутом или плеврой. Фудопликационная манжета не только способствует герметизации швов пищевода, но и предотвращает [рефлюкс](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BB%D1%8E%D0%BA%D1%81) содержимого желудка и обеспечивает оптимальные условия для заживления дефекта стенки пищевода. Ушивание дефекта стенки пищевода с одномоментной фундопликацией и фундорафией является наилучшей органосохраняющей операцией при спонтанных разрывах пищевода. В медицинской литературе встречается описание случая успешного закрытия пищеводно-плеврального свища при синдроме Бурхаве с помощью [зонда Блэкмора](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%97%D0%BE%D0%BD%D0%B4_%D0%91%D0%BB%D1%8D%D0%BA%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%B0&action=edit&redlink=1) без последующего ушивания дефекта стенки пищевода [2, c.68].

В случае наличия обширных разрывов (более 5 см), множественных дефектов пищевода, сочетания их с активным пищеводным кровотечением, обнаружения [некротических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7) изменений его стенок, а также при наличии патологически изменённого пищевода показана резекция его грудного отдела, при этом оптимальным доступом является абдоминоцервикальный [2, c.68;3.c.36].

В послеоперационном периоде проводится активное [дренирование](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1) [средостения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) и плевральных полостей. С целью разгрузки пищевода и осуществления энтерального питания накладывается [гастростома](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F), через просвет которой проводится зонд в [тонкую кишку](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B0_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) для обеспечение энтерального питания [15, c.222-223]

Считается, что ограничиться лишь консервативными методами лечения без хирургического вмешательства возможно в тех случаях, когда дефект стенки пищевода не превышает 0,5 см, а контрастное вещество затекает за его контур не более чем на 2 см, отсутствуют признаки нагноения в околопищеводной клетчатке и средостении. Консервативное лечение сводится к исключению приёма пищи через рот, применению энтерального питания через назогастральный зонд (зонд, проведённый через носовой ход в желудок), [инфузионной](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D1%83%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F) и [антибактериальной](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8) терапии [8.c.66].

Прогноз

Послеоперационная летальность достигает 25–85 % и во многом определяется временем, прошедшим с момента разрыва пищевода, что обусловлено развитием при поздней диагностике тяжёлых гнойных осложнений ([флегмона](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B0) глубоких клетчаточных пространств шеи, медиастинит, эмпиема плевры, [сепсис](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%81), пищеводно-респираторные [свищи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B2%D0%B8%D1%89), аррозивные [кровотечения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F)) [1, c.84;2.c.68;5.c.84].

Лучшие результаты достигаются при условии ранней диагностики синдрома Бурхаве и проведения адекватного хирургического лечения в течение первых 12 часов после возникновения разрыва. Если вмешательство задерживается более чем на 24 часа, смертность (даже с хирургическим вмешательством) достигает 50 % и более, а при отсрочке адекватного лечения на 48 часов – приближается к 90 %. При отсутствии лечения смертность близка к 100 % [17, c.376-378].

Летальность при этом синдроме составляет на догоспитальном этапе 75% и иногда выше. Послеоперационная летальность достигает 25–85% (зависит от времени с момента перфорации пищевода до выполнения операции и развития осложнений). Как показывает мировая практика, задержка в постановке правильного диагноза (48 ч и более от момента перфорации пищевода) и начале адекватного лечения происходит более чем в 50% случаев, приводя к уровню смертности в 40-60%, но этот уровень снижается, если лечение начато в первые 24 ч. [5, c.84;6, c.49; 7, c.84].

Описание клинического случая.

Больная А., 1956 г.р., поступила в приемный покой РКБСМП 14.09.2014 г. в 9 ч 00 мин с жалобами на жгучие боли за грудиной, усиливающиеся при движениях, затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, сухость во рту. Из анамнеза: с 13.09.14 г. у больной отмечался многократный жидкий стул. При попытке вызвать рвоту почувствовала резкую боль за грудиной. Через 3 часа после этого пациентка доставлена родственниками в экстренном порядке в РКБСМП.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, ведет себя беспокойно, на вопросы отвечает неохотно, положение, вынужденное (лёжа на боку, прижав колени к груди); кожные покровы бледные, t°-37,8°C, ЧДД 24 в мин., аускультативно: отсутствие дыхания и перкуторно: притупление над левым легким, ЧСС -110 в мин., АД 100/80 мм рт.ст. Отмечается умеренно выраженная подкожная эмфизема передней половины грудной клетки, лица и шеи; при перкуссии грудины – умеренная болезненность. Язык суховат. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Для уточнения диагноза при поступлении произведена КТ органов грудной клетки, на которой в нижней трети пищевода отмечалось наличие газа, выпот в заднем средостении и жидкость около 500 мл над диафрагмой слева. При рентгенконтрастном исследовании пищевода с 76%-м урографином: на рентгенограмме следы контраста определяются в левой плевральной полости и в заднем средостении. Таким образом, совокупность клинико-инструментальных данных (триада симптомов по Маклеру: предшествующая интенсивная рвота, подкожная эмфизема шейно-грудной области и сильная боль в грудной клетке; дополнительные симптомы: тахипноэ (24/мин.), аускультативно: отсутствие дыхания и перкуторно: притупление над левым легким, на рентгенограмме следы контраста в левой плевральной полости и в заднем средостении, позволила заподозрить спонтанный разрыв пищевода.

14.09.2014 г. в экстренном порядке произведена операция: переднебоковая торакотомия слева, ушивание нижней трети пищевода, дренирование плевральной полости слева, гастростомия по Топроверу. По результатам проведенного оперативного вмешательства установлен клинический диагноз: «Спонтанный разрыв нижнегрудного отдела пищевода (синдром Бурхаве). Медиастинит. Гидропневмоторакс слева. Септичесий шок». Далее пациентка находилась в РАО, где получала интенсивную терапию: антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную, в т.ч. переливание крови и кровезаменителей. Послеоперационный период протекал тяжело: с явлениями дыхательной недостаточности. На фоне прогрессирующей эмпиемы плевры и медиастинита течение заболевания осложнилось несостоятельностью швов пищевода, которая диагностирована при контрольном рентгенконтрастном исследовании пищевода 20.09.14 г.: контраст визуализировался в плевральной полости слева и в средостении; слева в плевральной полости отмечаются осумкованные гнойники до 400-500 мл.

20.09.14 г. произведена реторакотомия слева, санация эмпиемы; эндоскопическая установка саморасправляющегося пищеводного стента на уровне дефекта пищевода;

дренирование плевральной полости слева по Бюлау. Послеоперационное течение тяжелое. При контрольном КТ органов грудной клетки выявлено, что пищеводный стент не полностью перекрывает дефект пищевода длиной до 6 см. Эндоскопически стент продвинут на 4 см ниже. Повторная КТ показала, что имеется сообщение между стенкой пищевода и плевральной полостью на глубину до 2-3 см, отмечается незначительное количество жидкости в обеих плевральных полостях: слева-150 мл, справа-100мл, нижняя доля левого легкого в состоянии гиповентиляции.

Больной проводилась терапия, направленная на детоксикацию, улучшение реологии и микроциркуляции, кардиотропная терапия, на фоне которой состояние больной улучшилось. Через месяц 14.10.14 г. больная переведена из реанимационного отделения в хирургическое отделение, где получала консервативное (антибактериальную и противовоспалительную терапию) и местное лечение (перевязки). 28.10.2014 г. (44-е сутки) больная выписана в относительно удовлетворительном состоянии. При контрольной эндоскопии через год выявлены умеренные рубцовые изменения в нижней трети пищевода, где ранее стоял стент. Больная самостоятельно пьет, принимает пищу.

Считаем, при СРП по прошествии 6 и более часов с момента травмы у больных с явными признаками медиастинита и эмпиемы плевры в связи с угрозой развития несостоятельности швов ушивание пищевода может быть неэффективным. Наиболее целесообразна в данном случае первичная эндоскопическая установка внутрипищеводного стента с последующим ушиванием пищевода.

В настоящее время благодаря внедрению в практику новейших эндоскопических технологий стало возможным применение их в лечении данной патологии. Считаем использование эндоскопических методик лечения данного состояния (эндоскопическое стентирование пищевода, чрескожная эндоскопическая гасторостомия) более эффективными.

Данное наблюдение показывает, что для благоприятного исхода СРП первостепенное значение имеют: ранняя диагностика заболевания, своевременная госпитализация больных и неотложное хирургическое вмешательство с первичной установкой внутрипищеводного стента. Это и было продемонстрировано на данном клиническом примере, несмотря на то, что данный случай явился первым в практике больницы за долгое время.

**Литература:**

1. Абакумов М. М. [Гнойный медиастинит](http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/227/3326/) (рус.) // [Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F._%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB_%D0%B8%D0%BC._%D0%9D._%D0%98._%D0%9F%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B0). – М.: Медиа Сфера, 2004. – № 5. – С. 82–85.
2. Абрамзон О. М., Мухамадеев М. Б., Скоробогатых Ю. И., Хотян А. Р. Случай успешного закрытия пищеводно-плеврального свища при синдроме Бурхаве с помощью зонда Блэкмора (рус.) // [Грудная и сердечно-сосудистая хирургия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%8F_%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F_(%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB)): статья в журнале — краткое сообщение. – М.: [Медицина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0_(%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)), 2010. – № 1. – С. 68.
3. Быков В.П., Собинин О.В., Федосеев В. Ф. [Алкогольное опьянение и спонтанный разрыв пищевода у жителей Северного региона](http://elibrary.ru/download/22747933.pdf) (рус.) // Экология человека: статья в журнале – обзорная статья. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2009. – № 8. – С. 35–37.
4. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. – Издание второе, переработанное и дополненное. – М.: [Медицина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0_(%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)), 1981. – С. 134.
5. Кочуков В.П. [Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)](http://www.mediasphera.ru/uppic/Khirurgiia%20(Mosk)/2012/7/15/Hirurgia_2012_07_083.pdf) (рус.) // [Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F._%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB_%D0%B8%D0%BC._%D0%9D._%D0%98._%D0%9F%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B0). – М.: Медиа Сфера, 2012. – № 7. – С. 83–84.
6. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М. [Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)](http://www.mediasphera.ru/uppic/Endoscopic%20surgery/2009/6/11/ENDO_2009_06_48.pdf) (рус.) // [Эндоскопическая хирургия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F_(%D0%B6%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB)): статья в журнале – научная статья. – М.: Медиа Сфера, 2009. – № 6. – С. 48–50.
7. Фельдман А. И. Разрывы пищевода // Болезни пищевода. – М.: [Медгиз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0_(%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)), 1949. – С. 82–84.
8. Харькин А.А., Жгулев Д.А., Сапичева Ю.Ю. Успешная интенсивная терапия больной с поздней диагностикой осложнённого спонтанного разрыва пищевода (клиническое наблюдение) (рус.) // Вестник интенсивной терапии. – М.: Витар-М, 2009. – № 2. – С. 65–67.
9. Черноусов А. Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. – М.: [Медицина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0_(%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)), 2000. – С. 38–40.
10. Adams B. D., Sebastian B. M., Carter J. Honoring the Admiral: Boerhaave-van Wassenaer's syndrome (англ.) // Diseases of the Esophagus. – Австралия: John Wiley & Sons, Incorporated, 2006. – Vol. 19, no. 3. – P. 146–151.
11. Barrett N. R. Report of a case of spontaneous perforation of the oesophagus successfully treated by operation (англ.) // British Journal of Surgery. – Великобритания: John Wiley & Sons, Incorporated, 1947. – Vol. 35, no. 138. – P. 216–218.
12. De Schipper J. P., Pull ter Gunne A. F., Oostvogel H. J., van Laarhoven C. J. [Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm](http://www.karger.com/Article/Pdf/191283) (англ.) // Digestive Surgery. – Швейцария: Karger AG, 2009. – Vol. 26, no. 1. – P. 1–6.
13. Ghassemi K. F., Rodriguez H. J., Vesga L., Stewart L., McQuaid K. R., Shah J. N. Endoscopic treatment of Boerhaave syndrome using a removable self-expandable plastic stent (англ.) // Journal of Clinical Gastroenterology. – Соединенные Штаты Америки: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. – Vol. 41, no. 9. – P. 863–864.
14. Korn O., Oñate J. C., López R. [Anatomy of the Boerhaave syndrome](http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/anatomy-of-the-boerhaave-syndrome-EFv3La04Xl?key=elsevier) (англ.) // Surgery. – Соединенные Штаты Америки: Mosby, 2007. – Vol. 141, no. 2. – P. 222–228.
15. Lee M. [Boerhaave's Syndrome](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0123868602000903) // Encyclopedia of Gastroenterology / Под редакцией Leonard Johnson. – Соединенные Штаты Америки: Elsevier Academic Press, 2004. – Т. 1. – С. 222–223.
16. Santini M., Fiorello A., Cappabianca S., Vicidomini G. [Unusual case of Boerhaave syndrome, diagnosed late and successfully treated by Abbott’s T-tube](http://jtcs.ctsnetjournals.org/cgi/reprint/134/2/539.pdf) (англ.) // The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – Соединенные Штаты Америки: Mosby, 2007. – Vol. 134, no. 2. – P. 539–540.
17. Sutcliffe R. P., Forshaw M. J., Datta G., Rohatgi A., Strauss D. C., Mason R. C., Botha A. J. [Surgical Management of Boerhaave's Syndrome in a Tertiary Oesophagogastric Centre](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758430/pdf/rcse9105-374.pdf) (англ.) // Annals of the Royal College of Surgeons of England. – Великобритания: Royal Society of Medicine, 2009. – Vol. 91, no. 5. – P. 374–380.
18. Vyas A., Lonial K., Vyas D. [Boerhaave Syndrome Presenting With Pneumomediastinum and Pneumopericardium](http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1376352) (англ.) // Chest. – Соединенные Штаты Америки: American College of Chest Physicians, 2012. – Vol. 142, no. 4. – P. 335.

**УДК 615.322.582.949.27];547.972.2]0.15.4**

**ФИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРАВЫ ЛОФАНТА АНИСОВОГО СОРТА «АСТРАХАНСКИЙ 101»**

***Е.Б. Хлебцова,***

*д.б.н., зав. кафедрой фармакологии*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**PHYTOCHEMICAL ANALYSIS OF THE HERB LOFANT ANISE VARIETIES OF "ASTRAKHAN 101"**

***E.B. Khlebtsovа***

*MD, head. the department of pharmacology*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *С целью определения флавоноидов в траве лофанта анисового проводили химические реакции на данный вид биологически активных соединений: борно-лимонная, цианидиновая реакция, реакции с аммония гидроксидом, свинца ацетатом, сурьмой (III) хлористой, а так же было подтверждено содержание аскорбиновой кислоты в стебле и листьях лофанта анисового.*

***Ключевые слова:*** *лофант анисовый, флавоноиды, аскорбиновая кислота, титриметрический анализ.*

***Annotation.*** *The chemical reactions were made with the aim to define the phlavanoids in grass of lafant anysic on the given type of biological active compounds: boron-lemony, cyanidian reaction, reaction with hydroxide of ammonium, plumbic acetate, antimonic chloride, and content of Ascorbic acid in the stalk and leaves of lafant anysic was confirmed*

***The key words****: lafant anysic, phlavanoid, ascorbic acid, titrimetric analysis.*

В качестве источника флавоноидов интерес представляет новое для России многолетнее травянистое растение семейства яснотковых – лофант анисовый (*Lophanthusanisatus* Benh.). [2. с. 43]. Все знания о целебных свойствах этого растения базируются на опыте его использования в народной медицине (настои и отвары травы, порошки, спиртовые вытяжки, мази и др.). В частности, Лофант анисовый применяют для нормализации обменных нарушений, укрепления иммунной и нервной систем, улучшения функции органов дыхания. Лофант анисовый снижает артериальное давление, выводит из организма человека вредные соединения (активные радикалы, радионуклиды, тяжелые металлы). Кроме того, он обладает бактерицидным действием, что делает его эффективным средством в комплексной терапии заболеваний верхних дыхательных путей (бронхит, пневмония), желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, гепатит), а также онкологических заболеваний. Лофант анисовый оказывает целебное действие при нейродермите, себорее, дерматитах грибкового происхождения. Наружно его применяют для лечения паралича лицевого нерва, заживления резаных ран. Кроме того, эфирное масло лофанта анисового применяют в пищевой и парфюмерно-косметической промышленности. За многочисленные исцеляющие свойства лофант анисовый называют северным женьшенем [1. с. 91].

Таким образом, широкий спектр заболеваний, при которых применение лофанта анисового показало свою эффективность, резонно наталкивает на мысль, экспериментально доказать активность этого растения, а точнее его флавоноидов, с целью обосновать перспективность их разработки как основы для создания новых лекарственных препаратов.

В извлечениях из стеблей и листьев лофанта анисового, полученных путем экстракции различными растворителями, определяли наличие флавоноидов и витаминов [3. с. 35]. В зависимости от свойств изучаемой группы соединений использовали соответствующий экстрагент. Обнаружение биологически активных соединений проводили по общепринятым методикам.

**Экспериментальная часть**

С целью определения флавоноидов в траве лофанта анисового проводили химические реакции на данный вид биологически активных соединений: борно-лимонная, цианидиновая реакция, реакции с аммония гидроксидом, свинца ацетатом, сурьмой (III) хлористой, результаты которых отражены в таблице 1, которые позволили предположить о наличии в стеблях и листьях лофанта анисового флавоноидов групп флавона и флавонола.

**Таблица 1**

Результаты положительных качественных реакций на флавоноиды

стеблей и листьев лофанта анисового

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Реакция* | *Группы*  *флавоноидов* | *Ожидаемый результат*  *реакции* | Стебли | Листья |
| *Цианидиновая проба с Mg* | *Флавонолы, флаваноны, флавоны* | *Розовое, красное или оранжевое окрашивание* | +++ | ++ |
| *Цианидиновая проба без Mg* | *Антоцианы, халконы или ауроны* | *Розовое или красное окрашивание* | + | + |
| *Реакция с хлоридом алюминия* | *Флавоны, флавононолы, халконы* | *Желто-зеленая флуоресценция* | + | ++ |
| *Реакция с хлоридом железа (III)* | *Флавонолы* | *Зеленая окраска* | +++ | ++ |
| *Флаваноны, халконы, ауроны* | *Коричневая окраска* | ± | - |
| *Флавоны* | *Красновато – бурая окраска* | ++ | ++ |
| *Реакция с раствором аммиака* | *Флавоны, флавонолы, флавононы* | *Желтое окрашивание, переходящие при нагревании в оранжевое или красное* | + | + |
| *Халконы, ауроны* | *Оранжевое или красное окрашивание* | ± | ± |
| *Антоцианы* | *Синее или фиолетовое окрашивание* | ± | ± |
| *Реакция с ацетатом свинца* | *Флавоны, Халконы, ауроны* | *Осадок ярко – желтого или красного цвета* | + | ± |
| *Антоцианы* | *Осадок красного или синего цвета* | - | - |

*Примечание:* «+» - положительный эффект реакций; «±» - слабо выраженный эффект реакций; «-» - отрицательный эффект реакций.

Перед проведением реакции на аскорбиновую кислоту травы лофанта анисового ее выделяли из растительного сырья по методике, описанной ниже. Отвешивали 5,0 г измельченных стеблей и листьев и добавляли 50 мл воды очищенной. Полученную смесь настаивали 10 минут, затем фильтровали или центрифугировали.

В полученном извлечении проводили качественные реакции на присутствие аскорбиновой кислоты и делали выводы исходя из полученных результатов.

Качественное определение аскорбиновой кислоты основано на ее высокой восстановительной способности. В связи с этим проводили следующие реакции: с калия перманганатом, с раствором йода, с солью железа II, с раствором нитрата серебра. Результаты представлены в таблице 2.

**Таблица 2**

Результаты качественных реакций на аскорбиновую кислоту

стеблей и листьев лофанта анисового

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Реактив* | *Ожидаемый результат*  *реакции* | *Стебли* | *Листья* |
| *Калия перманганат* | *Обесцвечивание раствора калия перманганата* | *+* | *++* |
| *Раствор йода* | *Обесцвечивание раствора* | *+* | *+* |
| *Соль железа II* | *Образование аскорбината железа фиолетового цвета* | *+* | *++* |
| *Раствор нитрата серебра* | *Выпадение осадка металлического серебра* | *+* | *+++* |

*Примечание:* «+» - положительный эффект реакций; «±» - слабо выраженный эффект реакций; «-» - отрицательный эффект реакций.

Проведенные исследования подтвердили, что сырье лофанта анисового содержит аскорбиновую кислоту, при этом, судя по эффекту реакции, в большей степени в листьях.

Определение аскорбиновой кислоты в траве лофанта анисового проводили по методике ст. «Плоды шиповника» ГФ ХI изд.: 10г сырья растирали в ступке при постепенном добавлении 300 мл дистиллированной воды. Настаивали 10 мин, затем размешивали, центрифугировали или фильтровали. В коническую колбу вместимостью 50 -100 мл внесли 1 мл 2%-ного раствора НС1, затем 1 мл полученного извлечения и 13мл воды и титровали из микробюретки 0,001н. раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия до появления розовой окраски, не исчезающей в течение 1/2-1 мин. Титрование должно проводиться не более 2 мин. 1мл 0,001 н. раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия соответствует 0,000088г аскорбиновой кислоты.

Процентное содержание аскорбиновой кислоты (Х) в процентах в пересчете на абсолютно сухое сырье вычисляли по формуле:



где:

*V* – объем 0,001н. раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия, затраченного на титрование, мл;

*F* – поправка на титр 0,001 н.раствора 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия; *V(1)* – объем извлечения, соответствующий всей навеске, мл;

*М* – масса навески сырья, г;

*V(2)* – объем извлечения, взятого для титрования, мл;

*W* – потеря в массе при высушивании.

Определение аскорбиновой кислоты в траве лофанта определяли также йодометрическим титрованием. 2 г сырья растирали в ступке, полученную массу переносили в стакан и добавляли 10 мл 2% НС1, перемешивали и отфильтровали через воронку с ватой. Массу на фильтре промывали несколькими каплями воды. В фильтрат приливали 1 мл 0,5% раствора крахмала и оттитровывали раствором0,003н. раствора йода до появления синего окрашивания.

При расчете содержания витамина С в сырье использовали формулу:



где *H*- молярная концентрация эквивалента йода; *Э* – молярная концентрация эквивалента витамина С; V-объем прошедшего на титрование йода.

Результаты определения представлены в таблице 3.

**Таблица 3**

Содержание аскорбиновой кислоты в водном экстракте лофанта анисового (n=6, р=0,95)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исследуемая проба | Содержание аскорбиновой кислоты, % | |
| йодометрическое  титрование | титрование 2,6 -  дихлорфенолиндофенолятом натрия |
| водное извлечение из растительногосырья | 1,02±0,01 | 1,14±0,01 |

Следует отметить, что приготовление материала для анализа наземной части лофанта анисового проводили следующим образом: быстро измельчали и растирали в ступке сырье, так как аскорбиновая кислота, содержащаяся в растительной ткани, является весьма лабильным веществом и быстро окисляется, превращаясь в дегидроаскорбиновую кислоту и ее количество при определении уменьшается.

**Выводы:**

В ходе проведения титриметрического анализа выявлено достаточно высокое содержание аскорбиновой кислоты 1,02 – 1,14%. Большее содержание витамина С выявлено при титровании 2,6 -дихлорфенолиндофенолятом натрия, что, очевидно, говорит в пользу чувствительности данного метода.

**Литература:**

1. *Абделаал, Х.А.А.* Лофант анисовый [(*Lophanthus anisathus* L.(Benth.)] новое эфиромасличное растение сорта для Астраханской области / Х.А.А. Абделаал, В.Н. Фуров // Вестник всероссийского научно-исследовательского института орошаемого овощеводства и бахчеводства. - Камызяк,2010. -№1(7).
2. *Турченков С.*С., *Хлебцова Е.Б*.Ситуационный анализ современного рынка биологически активных добавок // Материалы Международной научно-практической конференции и Всероссийской конференции с элементами научной школы для молодежи. Астрахань: 2013. С. 89-93.
3. *Хлебцова Е.Б., Иглина Э., Магомедов М.М. и др* Иммунотропные свойства флавоноидов лофанта анисового. Фармация 2012; 3. 46-48

**УДК 581.5**

**НЕКОТОРЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ФЛОРЫ АНДИЙСКОГО ХРЕБТА**

***З.С. Абдулхаджиева,***

*кандидат биологических наук, доцент*

*кафедры «Химические дисцеплины» Чеченского госуниверситета*

**FOR SOME QUESTIONS HARVESTING HERBS OF ANDEAN RIDGE**

***Z.S. Abdulkhadzhieva,***

*Candidate of biological sciences,*

*associate of «Сhemical disciplines» of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *Статья посвящена вопросу изучения лекарственных растений области Андийского хребта, категоризации их по отношению к заготовкам.*

***Ключевые слова:*** *лекарственные растения, вид, заготовка, сырье, категоризации.*

***Annotation.*** *The article is devoted to the study of medicinal plants area of the Andean mountain range, categorizing them in relation to the workpiece.*

***Key words:*** *medicinal plants, species, harvesting, raw material, categorization*

На современном этапе развития общества, когда человек вовлекает в производство все новые природные объекты и территории, большое значение имеет всестороннее изучение региональных флор. Флористические исследования являются основой рационального использования растительных ресурсов, необходимых для решения многих хозяйственно важных проблем – выявления новых источников и ресурсов: пищевых, лекарственных, кормовых, декоративных и других полезных растений.

Информация о растительных ресурсах с территории Кавказа обширна. Эта тема исследовалась и продолжает привлекать многих исследователей. Наиболее полная сводка по этому вопросу сделана А.А. Гроссгеймом (1952). Эта работа до сих пор остается ценным руководством по растительным ресурсам Кавказа. Большая роль в этом отношении принадлежит капитальной работе «Флора СССР» (1934–1964). Гетерогенная исследуемая флора богата видами растений, обладающих теми или иными полезными свойствами, и является источником фитосырья самого разного назначения – пищевого, кормового, лекарственного, ядовитого, медоносного, декоративного, технического и т.д. [1].

Практическое значение имеют выявление ресурсного потенциала полезных растений, категоризация их по отношению к заготовкам.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследований была естественная флора Андийского хребта.

Материалом послужили гербарные коллекции, собранные в ходе экспедиционных исследований.

Для сбора и гербаризации растений пользовались традиционным оборудованием, необходимым для флористических исследований. При определении растений в лабораторных условиях пользовались бинокуляром МБС-2, а в полевых условиях-лупами с 8-кратным увеличением.

**Результаты и их обсуждение.** Лечебные препараты из растений составляют 30% лекарственных средств, применяемых в мировой медицинской практике. В нашей стране это количество достигает 40%, при этом для лечения ряда болезней, например, сердечно-сосудистых, многие растительные средства являются незаменимыми (Атлас лекарственных…, 1962) [2]. Ежегодно в нашей стране заготавливается десятки тысяч тонн лекарственного растительного сырья. Однако масштабы заготовок не удовлетворяют потребностям медицинской промышленности, их увеличение сдерживается отсутствием сведений о размещении их природных запасов. Вместе с тем, некоторые дикорастущие лекарственные растения встречаются в недостаточном количестве, что говорит о необходимости сокращения масштабов заготовок или даже о полном их прекращении (Атлас ареалов и ресурсов. 1980) [3]. На Кавказе произрастает 173 вида растений, находящих применение в научной медицине и более 1000 видов, используемых как народно-лекарственные (Штретер и др., 1979) [4]. Генофонд лекарственных растений на Кавказе составляет 366 видов. Это только минимальный список народно-лекарственных средств, так как количество видов растений, применяемых населением в лечебных целях, намного больше.

Практика заготовки лекарственных растений показывает, что в ряде случаев продолжительная зксплуатация основных массивов произрастания приводит к существенному сокращению их ресурсов.

Обязательным при сборе лекарственного сырья является соблюдение правил сохранения маточников и семенников. Для растений, у которых заготавливаются подземные части, объем возможных заготовок составляет не более трети общих запасов сырья, а для растений, у которых используются подземные органы – не более десятой части. Однако эти правила не всегда соблюдаются, что является основной причиной сокращения ареалов и ресурсов лекарственных растений. Прежде всего, это относится к таким видам как: Convallaria transcaucasica, Gladiolus tenuis и др. естественные запасы которых в настоящее время значительно сократились (Середин, 1987) [5].

Разные виды лекарственных растений по-разному переносят процесс заготовки лекарственного сырья. Одни виды быстро восстанавливают утраченные части и практически не страдают от этого воздействия, другие же, наоборот, с трудом восстанавливаются и сокращают свои ареалы. Е.В.Заверуха (1985) классифицирует лекарственные растения по отношению к результатам заготовки на 6 категорий: почти уязвимые, мало уязвимые, уязвимые, сильно уязвимые, очень сильно уязвимые и находящиеся на грани исчезновения [6].

Анализируя флору лекарственных растений области Андийского хребта, мы считаем целесообразным выделение трех категорий лекарственных растений по их отношению к процессу заготовки.

Категория 1. Виды, не подлежащие заготовке. К этой категории относятся растения, обладающие лекарственными свойствами, но имеющие ограниченное распространение, являющиеся эндемичными или реликтовыми, охраняемыми или нуждающимися в региональной или федеральной охране. Потребности в лекарственном сырье этих видов должны удовлетворяться за счет других способов: культивирования в специализированных хозяйствах, завозом лекарственного сырья из других регионов, использования близкородственных видов с подобными свойствами, применения синтетических заменителей и т.д. К ним относятся такие виды, как Valeriana cardamines, Campanula glomerata, Lactuca georgica и т.д.

Категория 2. Виды, подлежащие ограниченной заготовке. К ним относятся многолетние растения, у которых заготавливается подземная часть (корневища, луковицы, клубни), кустарники, у которых заготавливаются корни и кора, травянистые многолетники, имеющие ограниченное распространение. Это такие виды, как Althaea oƒƒicinalis, Pentaphylloides ƒruticosa, Valeriana oƒƒicinalis, V. alliariiƒolia, Taraxacum oƒƒicinale, Betonica oƒƒicinalis, Quercus robur, Rhamnus cathartica и т.д.

Категория 3. Виды, подлежащие заготовке без ощутимого ущерба для состояния популяций. К этой категории относятся деревья, у которых заготавливаемыми частями являются цветки, почки или плоды; травянистые многолетние растения, заготавливаемыми частями которых являются листья; рудеральные растения.

К ним относятся: Artemisia absinthium, A. austriaca, Capsella bursa-pastoris, Glycyrrhiza glabra, Hypericum perƒoratum, H. hirsutum, Lamium album, Leonurus quinquelobatus, Plantago major, P. media, P. lanceolata, P. saxatilis, Sambucus nigra, Viburnum opulus, Tussilago ƒarƒara, Crataegus orientalis, Solanum nigrum, Acroptilon repens и т.д.[7].

**Выводы:**

Не соблюдение правил сохранения маточников и семенников, продолжительная эксплуатация основных массивов произрастания лекарственных растений является основной причиной сокращения ареалов и ресурсов лекарственных растений.

**Литература:**

1. Абдулхаджиева З.С. Эколого-биологический и фитогеографичес-кий анализ флоры Андийского хребта. Диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук.- Махачкала, 2011г.
2. Атлас лекарственных растений СССР. М.: Изд-во Медицинская литература, 1962.-702с.
3. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР/Под редакцией П.С.Чикова. – М.,1980.-340с.
4. Шретер А.И., Муравлева Д.А. Пакалин Д.А., Ефимова Ф.В. Лекарственная флора Кавказа. – М.: Медицина, 1979. – 368с.
5. Середин Р.М. Анализ флоры Северного Кавказа//Региональные флористические исследования/Под редакцией В.М.Шмидта. – Л.:ЛГУ, 1987. – с.5-20
6. Заверуха Б.В. Флора Волыно-Подолии и ее генезис. – Киев.: Науково думка, 1985.-191с.
7. Абдулхаджиева З.С. Инвентаризация и анализ флоры Андийского хребта. Монография.- Грозный: Изд-во ЧГУ,2012.-136с.

**УДК 616.43**

**ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОКС В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

***З.К. Гайтукаева,***

*кандидат медицинских наук,*

*доцент кафедры госпитальной терапии*

*Медицинского института Чеченского госуниверситета*

**A CONTINUUM OF CARE PATIENTS WITH ACS IN**

**THE CHECHEN REPUBLIC**

***Z.K. Gaitukayevа,***

*Candidate of medical sciences*

*аssociate , department of Hospital therapy*

*Department of the Medical School of the Chechen State University*

***Аннотация.*** *В данной статье представлен анализ организации**преемственности в оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в клиниках города Грозного Чеченской Республики. Важность и необходимость развития региональных сосудистых центров, динамика развития высокотехнологической помощи больным, перенесшим инфаркт миокарда с учетом особенностей медицины в Чеченской Республике.*

***Annotation.*** *This article presents an analysis of the Organization's continuity in delivery of health care to patients with acute coronary syndrome in clinics of Grozny in the Chechen Republic. The importance and necessity of the development of regional vascular centers, the dynamics of development of high-tech care for patients who have had myocardial infarction with account of peculiarities of medicine in Chechen Republic.*

Во многих странах мира, включая Россию, ИБС – патология, обусловливающая высокие показатели заболеваемости, потери трудоспособности и смертности населения.

По официальным данным Росстата на 2015 г [1]**,** смертность от заболеваний сердца и сосудовстоитна первом месте, это порядка 56% от общего числа умерших. Среди этой группы заболеваний в России лидируют ишемия сердца - 29,1% (492,3 тыс человек), в том числе от инфаркта миокарда 53,9 тыс человек [2, 8].

В Чеченской республике уровень смертности от ССЗ ниже, чем в среднем по России. В 2015 году умерших от ССЗ было 918 челоовек, в т.ч. от ОКС – 305 [2].

По данным российского Регистра ОКС почти у половины больных с острой коронарной недостаточностью первым проявлением ИБС является инфаркт миокарда [1, 2, 8].

Известно, что на догоспитальном этапе умирает 33% больных с ОИМ, 12% больных с ОИМ умирает в стационаре, 40% больных умирает в течение первого года после перенесенного ИМ. Госпитальная летальность выше у больных с ИМПSТ, чем у больных с ОКС БПSТ (7% против 5% соответственно) [6, 12]/

Основными этапами лечения больных ИБС являются:

- Коррекция факторов риска,

- Консервативная медикаментозная терапия (ацетилсалициловая терапия, антиангинальные препараты, статины, ингибиторы АПФ и др.).

- Хирургические методы лечения (баллонная ангиопластика, стентирование и шунтирование коронарных артерий).

Эффективность медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом обусловлена преемственностью следующих этапов:

- Первый этап – скорой медицинской помощи (СМП);

- Второй этап – госпитальный; БИТ, кардиологические отделения; специализированные отделения с возможностью оказания высокотехнологической помощи;

- Третий этап – амбулаторно-поликлинический.

Оказание помощи больным с ОКС службой СМП осуществляется общепрофильными бригадами СМП по территориальному принципу.

Служба СМП в Грозном представлена: Центральная станцией СМП, и три подстанции: Заводская, Старопромысловская, Октябрьской. 20 фельдшерско-врачебных бригад. Реанимобиль.

Профильные кардиологические отделения имеют в своем составе: 410 кардиологических коек, из них 105 – районные, 135 – городские, 170- республиканские

С 2013 г в Чеченской Республике организованы первичные сосудистые центры на базе Урус-Мартановской ЦРБ, Гудермесской ЦРБ и региональный СЦ на базе РКБСМП г. Грозного, где осуществляется ЧКВ с ангиопластикой коронарных артерий.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в Грозном осуществляется кардиологами и врачами общего профиля.

Ключевым фактором, влияющим на эффективность реперфузионного вмешательства, является время.

Эффективность ЧКВ в снижении летальности от ОКС зависит от времени задержки первичного ЧКВ или времени «симптом-баллон», которое определяется как время от возникновения первых симптомов до восстановления антеградного кровотока в симптом – зависимой артерии после раздувания баллона [10, 11]. Первичное ЧКВ у больных с ИМпST должно быть проведено в первые 12 ч от начала заболевания, и в первые 120 мин от момента первого врачебного контакта опытным врачом-ангиохирургом [9, 10].

Steg H. И соавторы в Европейский рекомендациях по лечению больных ИМпST при описании промежутка времени от начала симптомов до установки баллона предложили придерживаться следующих временных интервалов [10]:

1. время от начала симптомов до звонка в службу СМП 50-60 минут
2. звонок в службу СМП – первый медицинский контакт 10-20 минут
3. первый медицинский контакт – прибытие в ЧКВ центр 20-30 минут
4. время «дверь-баллон» 60-90 минут

Итого, время «симптом-баллон» – 120-200 минут.

Однако в каждом временном интервале, возможны задержки, препятствующие раннему проведению первичной ЧКВ.

На первом этапе основными причинами подобной задержки являются: низкая информированность населения, ожидание плановой консультации лечащего врач, отсутствие единого номера службы СМП. Таким образом, для устранения задержки необходимо проводить повышение осведомленности населения о симптомах инфаркта миокарда, о необходимости срочного обращения именно в службу СМП при болях в грудной клетке.

Для предотвращения задержки на втором этапе необходимо расширять службу СМП, обеспечивать ее доступность в удаленных населенных пунктах, улучшать техническую оснащенность, повышать квалификацию диспетчера и выездной бригады.

На третьем этапе необходимо разрабатывать маршруты госпитализации больных напрямую в ПСЦ, минуя ближайшие лечебные учреждения, не оснащенные рентгеноперационными. Желательно, также предварительное уведомление о госпитализации пациента с ОКС. В том случае, если госпитализация в ПСЦ для проведения ЧКВ не укладывается в предполагаемый временной интервал, необходимо проведение догоспитальной ТЛТ.

В исследованиях, посвященных изучению эффективности догоспитального тромболизиса, было показано, что при проведении его больным с ИМпST госпитальная смертность составила 3,3%, тогда как при проведении ТЛТ в стационаре – 8%, а при отсутствии реперфузионной терапии – 12,2%. Соответственно однолетняя выживаемость больных составила: 94, 89 и 79% [4, 12].

В Грозном за 9 месяцев 2016 г. на догоспитальном этапе было выполнено 16 тромболизисов (в 2015 году – всего 5).

За период на август 2016 г. бригадами СМП был госпитализирован в профильные стационары 1802 пациента с ОКСпST (2015 г – 1687 человек)

- Среднее время «симптом-звонок СМП» – 40 мин

- Среднее время «медицинский контакт – прибытие ПСО» – 37 мин

- Среднее время «звонок СМП – баллон» – 200 мин

Чтобы выполнить всем больным с ИМпST первичное ЧКВ необходимо создать в большом количестве медицинских учреждений дорогостоящую круглосуточную службу с наличием специального оборудования и высококвалифицированного персонала. Все лечебные учреждения, имеющие возможность выполнить вмешательство на коронарных артериях: РКБСМП, РКГВВ, РКБ, – располагаются в Грозном. Однако не из всех районов можно провести транспортировку в данные лечебные учреждения в рекомендованные сроки.

В таких случаях методом выбора реперфузионной терапии остается тромболитическая терапия, которая должна быть проведена всем пациентам с ИМпST в первые 12 ч от начала заболевания. Недостатком ТЛТ является ограниченная эффективность, наличие противопоказаний к ее применению и риск геморрагических осложнений. Однако, простота проведения тромболитической терапии, относительно невысокая стоимость, возможность ее применения в любом стационаре, являются ее существенными плюсами.

В кардиологические отделения районных клиник ЧР в первые 12 часов было госпитализировано 64 пациента с ИМпST, 35 из них было переведено в Республиканский сосудистый центр для выполнения первичной ЧКВ.

Баллонная ангиопластика со стентированием инфаркт-связанной коронарной артерии – первичное (ЧКВ) - является ведущим методом реваскуляризации у больных ишемической болезнью сердца. Механическая реканализация является более предпочтительной по сравнению с тромболитической терапией: с большей частотой приводит к восстановлению проходимости коронарных артерий и к нормальному антеградному кровотоку, имеет меньшую частоту реокклюзий и геморрагических осложнений.

С каждым годом число инвазивных вмешательств прогрессивно растет. В 2015 г только в РКБСМП выполнено более 400 КАГ со стентированием коронарных артерий (126 ЧКВ). Из них – около 56 – плановых, остальные экстренные ЧКВ.

За 2016 года всего пролечено около 1802 пациента с ОКС. Среди пациентов с ОКС преобладали пациенты с нестабильной стенокардией (1466 человек), на втором месте были пациенты с ОИМ с подъемом сегмента ST (336 человек). Однако, в первые 12 часов число ангиопластик составило 138, в т. м числе ОКСпST – 64, ОКСбпST – 74.

Организация медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне в районе осуществляется кардиологом городских и районных поликлиник и участковой сетью.

На амбулаторном этапе особое внимание уделяется вторичной профилактике и кардиореабилитации

Врач-кардиолог поликлиники:

- Организует своевременное направление пациентов на обследование (в т.ч. инвазивное) и лечение;

- Ведение регистров пациентов, перенесших ОКС, для обеспечения преемственности на стационарном и амбулаторном этапах;

- Осуществляет контроль диспансеризации больных после стационара,

- Проводит анализ распространенности болезней системы кровообращения на своем участке, – Формирует диспансерные группы, оценивает качество диспансеризации больных и правильность ведения документации,

- Назначение медикаментозной терапии на основе доказательной медицины с контролем достижения целевых показателей (артериальное давление, липиды крови, глюкоза крови и других);

- Организует и проводит работы по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам кардиологии,

- Организует информационные школы для населения по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, организационные работы по профилактике и восстановительному лечению кардиологических больных,

Заключение:

С целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний решающими факторами являются:

- Экстренная медицинская помощь больным с острым коронарным синдромом

- Первичная и вторичная профилактика

- Развитие информационных технологий

Для этого:

1. Необходимо расширять сеть медицинских учреждений с наличием специального оборудования и высококвалифицированного персонала
2. Разработать маршрутизацию больных ОКС высокого сердечно-сосудистого риска в специализированные кардиологические отделения, где возможно проведение ранней инвазивной реперфузионной терапии.
3. Путем проведения выездных семинаров и школ по диагностике и лечению атеротромбоза увеличивать осведомленность и численность врачей, обученных стандартам диагностики и лечения ОКС
4. Назначение медикаментозной терапии на основе доказательной медицины с контролем достижения целевых показателей (артериальное давление, липиды крови, глюкоза крови и других); а также длительная антитромбоцитарная терапия.
5. Организация кардиореабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.
6. Проведение занятий с пациентами в рамках школ позволит повысить приверженность пациентов к назначенному лечению

**Литература:**

1. Здравоохранение в России. Статистический сборник. Москва: Росстат, 2013. 380 с
2. Интернет –ресурс http://www.gks.ru/free\_doc/doc\_2015/zdrav15.pdf
3. Ганюков В.И. Организация быстрого доступа больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в центры первичного ЧКВ. /Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 2013 г., с. 44-50
4. [Гиляров М.Ю., Константинова Е.В. Преимущества фармакоинвазивного подхода с использованием тенектеплазы в лечении больных с острым коронарным синдромом // Трудный пациент. 2015. №4](http://t-pacient.ru/articles/8797/)
5. ГайтукаеваЗ.К**.** Сравнительная оценка инструментальных методов исследования в диагностике немой ишемии миокарда: автореф. Дис. . Канд. Мед. Наук. М., 2007. - 132 с.
6. Хасиева Р.М. Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения в Чеченской Республике и особенности медико-социальной реабилитации. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук? Москва-2010
7. Anderson JL, Adams CD, Antman EM et al. ACC/AHA, 2007.
8. Российские рекомендации "Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы" Москва, 2013.
9. АСС/АНА/SCAI Guadeline update for percutaneous coronary interventios 2011г., с. 1-121
10. Steg P.G., James S.K., Atar D. et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. Eur Heart J. 2012; 33: 2569–619.
11. O Gara P.T., Kushner F.G., Ascheim D.D. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013; 61 (4): e78–e140.
12. Danchin N., Blanchard D., Steg P.G. et al. Impact of prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction on 1-year outcome: results from the French Nationwide USIC 2000 Registry. Circulation. 2004; 110 (14): 1909–15.
13. ESC Guadelines for the menegement of acut infarction in patients presenting with ST-elevating /Eur. Heart J. 2012. Vol 33(20). P. 2569-2619/ Hambrecht R., Wolf A., Gielen S. et al. Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. N. Engl. J. 2000; 34

**СОДЕРЖАНИЕ**

***Умарова С.Х.***

Международная проэктная деятельность как способ формирования личности бакалавра лингвистики как субъекта диалога культур………...…3

***Идрисов К.А.***

Распространенность психопатологической симптоматики

на различных этапах длительной чрезвычайной ситуации………………...13

***Aхмедовa К.С.***

Иван Петрович Павлов – величайший физиолог 20-го века (к 100-летию российского физиологического обществa имени И.П. Пaвловa)………….23

***Ибриев С-Х.С., Ферзаули А.Н., Гадаев Ш.Ш.,***

***Муцуров Х.М., Чагаева З.И.***

Cпонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве).

Описание клинического случая……………………………………………...36

***Хлебцова Е.Б.***

Фитохимический анализ травы Лофанта анисового сорта

«Астраханский 101»…………………………………………………………..50

***Абдулхаджиева З.С.***

Некоторые лекарственные растения флоры Андийского хребта………….57

***Гайтукаева З.К.***

Преемственность в оказании помощи пациентам с ОКС в Чеченской Республике…………………………………………………………………….62

**CONTENTS**

***Umarova S.H.***

International project activity as a method of personality formation of a

bachelor of linguistics as a subject of the dialogue of cultures………………….3

***Idrisov K.A.***

Prevalence of psychopathological simptoms at different stages

of the long-term emergency situation…………………………………………..13

***Akhmedova K.S.***

Ivan Petrovich Pavlov - the greatest physiologist of the 20th century (The 100 th anniversary of the russian physiological society named after Pavlov)…………23

***Ibriev S-Кh.S., Ferzauli A.N., Gadaev Sh.Sh.,***

***Mutsurov H.S., Chagaeva Z.I.***

Spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave syndrome).

Сase report……………………………………………………………………...37

***Khlebtsovа E.B.***

Phytochemical analysis of the herb Lofant anise varieties of "Astrakhan 101"..50

***Abdulkhadzhieva Z.S.***

For some questions harvesting herbs of Andean ridge…………………………57

***Gaitukayevа Z.K.***

A continuum of care patients with ACS in the Chechen Republic…………….62

**ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ**

Автор представляет в редакцию рукопись, оформленную в соответствии с «Правилами для авторов». Рукописи, оформленные без соблюдения этих правил, возвращаются без рассмотрения.

Представленная автором рукопись направляется по профилю научного исследования или по тематике рассматриваемых в рукописи вопросов на рецензию членам редколлегии соответствующей области научного издания, курирующим данную тематику, или экспертам – ученым и специалистам в данной области (докторам, кандидатам наук).

Рецензирование проводится конфиденциально. Рецензия носит закрытый характер и предоставляется автору рукописи по его письменному запросу, без подписи и указания фамилии, должности, место работы рецензента. Нарушение конфиденциальности возможно только в случае заявления рецензента о недостоверности или фальсификации материалов, изложенных в рукописи.

**Требования к публикуемым материалам:**

- актуальность;

- высокий научный уровень;

- хороший стиль изложения.

**Основной текст статьи, основанный на результатах эксперимента должен подразделяться на (содержать соответствующие подзаголовки):**

**- вводную часть (введение);**

**- данные о методике исследования, экспериментальная часть (материалы и методы);**

**- обсуждение результатов**

**- заключение (выводы);**

Публикации должны быть интересны достаточно широкому кругу читателей. Возможна публикация на английском языке.

**Технические требования:**

- текст рукописи набирается в редакторе MSWord (с расширением doc) шрифтом «TimesNewRoman» через 1 интервал в формате А4. Поля текста стандартные. Все страницы должны быть пронумерованы;

- объем рукописи не более 0,5 п.л.;

- индекс УДК (информацию о классификаторе УДК см. на сайтах http://teacode.com/ online/udc/ или <http://www.udcc.org/>);

- название статьи (на русском, на анг. яз.);

- инициалы и фамилия авторов, ученая степень, ученое звание, занимаемая должность, название учреждения (на русском, на анг. яз.);

- аннотации (на русском, на анг. яз.), объем аннотации должен составлять от 60 до 70 слов. В аннотации должны быть указаны предмет, тема, цель работы;

- ключевые слова (5–6) (на русском, на анг. яз.);

В тексте статьи все формулы набираются в редакторе MicrosoftEquation 3.0, таблицы – в формате MSWord. Таблицы нумеруются в порядке их упоминания в тексте. Каждая таблица перед своим появлением должна упоминаться в тексте, например, «… (таблица 1) …».

Сокращения в надписях не допускаются.

Наличие данных, по которым строится график, диаграмма, обязательно.

В тексте статьи обязательно должны содержаться ссылки на иллюстративные материалы.

Ссылка на цитату указывается сразу после нее в квадратных скобках. Например, [5]. За достоверность цитат ответственность несет автор.

Список литературы формируется по алфавиту. В списке литературы сначала приводится перечень работ отечественных авторов, в который также включаются работы иностранных авторов, переведенные на русский язык. Затем приводится перечень литературных источников, опубликованных на иностранных языках, в который включаются работы отечественных авторов, переведенные на иностранный язык.

Список литературы (с указанием всех авторов) дается в конце статьи по порядку номеров с подзаголовком «Литература» и оформляется согласно ГОСТ Р 7.0.5.-2008, (на русском, английском языках).

В конце статьи может быть указана организация (№ гранта), финансировавшая выполнения данной работы.

К статье прилагаются:

сведения об авторах: Ф.И.О. полностью, ученая степень, ученое звание, место работы (адрес), занимаемая должность; основные направления научных исследований; электронный адрес, контактные телефоны;

для аспирантов и соискателей – название кафедры, лаборатории, где проводится исследование, Ф.И.О. научного руководителя и его разрешение к публикации (на русском, английском).

Возвращение рукописи на доработку не означает, что статья принята к печати. После получения доработанного текста рукопись вновь будет рассматриваться редакционным советом. Доработанный текст автор должен вернуть с первоначальным вариантом статьи, а также ответом на все замечания. Редакция оставляет за собой право отправить рукописи статей на независимую экспертизу.

Вниманию авторов! С 2011 года в обязательном порядке все статьи проходят проверку по программе «Антиплагиат».

**ВЕСТНИК МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписано в печать 05.10.2016 г. Формат 60х84 1/8.

Бумага писчая. Печать-ризография.

Усл. п.л. 2,9. Заказ № 389/06 Тираж 300 экз.

Распространяется бесплатно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Издательство ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

Адрес: 364037 ЧР, г. Грозный, ул. Киевская, 33