



НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК
ОМСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

Том 2
Выпуск 3 (7)

**Омский государственный
медицинский университет**

**«Научный вестник Омского
государственного медицинского
университета»** - научно-

практический рецензируемый
медицинский журнал.

Сетевое издание.

Выходит 4 раза в год.

Основан в 2020 году.

Адрес редакции:

644099, Омская область,

г. Омск, ул. Ленина, 12, каб. 237

med@omgtu.ru

+7 (3812) 21-11-30

Зав. редакцией: Н.А. Николаев

Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.science-med.ru Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя.

Компьютерный набор и верстка:

К.А. Андреев

Литературный редактор:

И.Л. Шарапова

ISSN (Online) 2782-3024

Свидетельство о регистрации

СМИ ЭЛ № ФС 77 - 79095

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Н.А. НИКОЛАЕВ, д.м.н., доц.(Омск)

Редакционный совет

М.А. ЛИВЗАН, член-корр. РАН, д.м.н. (Омск) – председатель

О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск) – зам. председателя

Д.С. БОРДИН, д.м.н., проф. (Москва)

В.Д. ВАГНЕР, д.м.н., проф. (Москва)

О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

В.П. КОНЕВ, д.м.н., проф. (Омск)

А.В. КОНОНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Т. ЛЮКЕ, проф. (Бохум, Германия)

И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

А.И. МАРТЫНОВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., профессор (Омск)

О.Б. ОСПАНОВ, д.м.н., проф. (Астана)

Т. ШЕФЕР, проф. (Бохум, Германия)

Научные редакторы

Клиническая медицина: С.В. БАРИНОВ д.м.н., проф. (Омск), Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., проф. (Омск), Е.Б. ПАВЛИНОВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фундаментальная медицина: О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фармация и фармакология: Е.А. ЛУКША, к.фарм.н., доц. (Омск)

Микробиология: Н.В. РУДАКОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Науки о здоровье и профилактическая медицина: В.Л. СТАСЕНКО, д.м.н., проф. (Омск)

Медицинская и биологическая статистика: Д.В. ТУРЧАНИНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Философские, гуманитарные и социальные науки: Л.А. МАКСМЕНКО, д.фил.н., доц. (Омск)

Работы молодых ученых и студентов: Т.П. ХРАМЫХ, д.м.н., доц. (Омск)

Члены редколлегии

Баринов С.В. (Омск), д.м.н., проф., Кравченко Е.Н. (Омск), д.м.н., проф., Савельева И.В. (Омск), д.м.н., доц., Викторова И.А. (Омск), д.м.н., проф., Друк И.В., (Омск) д.м.н., доц., Кореннова О.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Морова Н.А. (Омск), д.м.н., проф., Овсянников Н.В. (Омск), д.м.н., доц., Гудинова Ж.В. (Омск), д.м.н., проф., Никитин Ю.Б. (Омск), к.ф.м.н., доц., Пасечник О.А. (Омск), д.м.н., доц., Плотникова О.В. (Омск), д.м.н., доц., Турчанинов Д.В. (Омск), д.м.н., проф., Ашвиц И.В. (Омск), д.м.н., доц., Говорова Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Мордык А.В. (Омск), д.м.н., проф., Пузырева Л.В. (Омск), к.м.н., Рудаков Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Стасенко В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Ахмедов В.А.(Омск), д.м.н., проф., Шредер А.Ю. (Омск), к.п.н., доц., Акулинин В.А. (Омск), д.м.н., доц., Московский С.Н. (Омск), к.м.н., доц., Путалова И.Н. (Омск), д.м.н., проф., Русаков В.В. (Омск), д.м.н., доц., Храмых Т.П. (Омск), д.м.н., доц., Вьюшков Д.М. (Омск), к.м.н., Игнатъев Ю.Т. (Омск), д.м.н., проф., Хомутова Е.Ю. (Омск), д.м.н., доц., Кротов Ю.А. (Омск), д.м.н., проф., Ларькин В.И., (Омск), д.м.н., проф., Лебедев О.И. (Омск), д.м.н., проф., Антонов О.А. (Омск), д.м.н., доц., Белан Ю.Б. (Омск), д.м.н., проф., Павлинова Е.Б. (Омск), д.м.н., проф., Пискалов А.В. (Омск), д.м.н., проф., Котенко Е.Н. (Омск), к.п.н., доц., Максименко Л.А. (Омск), д.ф.н., доц., Мусохранова М.Б. (Омск), д.ф.н., к.п.н., доц., Усов Г.М. (Омск), д.м.н., доц., Григорович Э.Ш. (Омск), д.м.н., доц., Ломиашвили Л.М. (Омск), д.м.н., проф., Скрипкина Г.И. (Омск), д.м.н., доц., Стафеев А.А. (Омск), д.м.н., проф., Сулимов А.Ф. (Омск), д.м.н., проф., Худорошков Ю.Г. (Омск), к.м.н., доц., Василевская Е.С. (Омск), к.м.н., доц., Ефременко Е.С. (Омск), к.м.н., доц., Индутный А.В. (Омск), д.м.н., доц., Лукша Е.А. (Омск), к.ф.н., доц., Орлянская Т.Я. (Омск), д.б.н., доц., Степанова И.П. (Омск), д.б.н., проф., Фоминых С.Г. (Омск), д.м.н., доц., Деговцов Е.Н. (Омск), д.м.н., доц., Дзюба Г.Г. (Омск), д.м.н., доц., Новиков Ю.А. (Омск) д.м.н., доц., Полуэктов В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Цуканов А.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Черненко С.В. (Омск) к.м.н., доц.

Оглавление

| | |
|--|----|
| КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... | 2 |
| К. А. Кашева, В. Н. Липперт, П. И. Голендяева, Ю. П. Скирденко, М. М. Федорин, А. В. Горбенко, К. А. Андреев, Н.А. Николаев. ОЦЕНКА ВАЖНОСТИ ВЕРЫ - КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ | 4 |
| Д.А. Гавриленко, О.В. Гаус. КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ COVID-19 | 12 |
| И.А. Викторова, Д.С. Иванова, Е.Н. Носко. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ | 22 |
| Росюк Е.А., Коваль М.В., Попов А.А., Гетманова А.В.ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ У ВЫПУСКНИКОВ БЮДЖЕТНОЙ И КОНТРАКТНОЙ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ | 26 |
| <u>МАТЕРИАЛЫ ФИЛОСОФСКОЙ АССАМБЛЕИ 2022</u> | |
| Мартыненко Т.А. ПОНЯТИЕ “КАЧЕСТВО ЖИЗНИ” И ЕГО МНОГОМЕРНОСТЬ: ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ | 31 |
| Атянчев С.А. СИМВОЛИЧЕСКОЕ ПОЛЕ МУЛЬТФИЛЬМА «ЁЖИК В ТУМАНЕ» | 35 |
| Евграфов И.Е. ИСТОРИЯ ГЕДОНИЗМА: ОТ ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ | 39 |
| Елкина А.В. ВОСПРИЯТИЕ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ | 44 |
| Иванова Д.И. ЛЮБОВЬ СРЕДИ РУИН | 48 |
| Крашенинникова А.С. ЧЕЛОВЕК В УСЛОВИЯХ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И НЕСТАБИЛЬНОСТИ | 51 |
| А.С. Коршунов. ПОЗДРАВЛЕНИЕ В.Д. ВАГНЕРА | 55 |

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Уважаемые читатели!
Третий выпуск журнала «Научный вестник ОмГМУ» открывается статьей «Оценка важности веры - как возможный предиктор приверженности лечению» К.А. Кашевой и соавт. (г. Омск), в которой, авторы на основании выполненных оригинальных исследований рассматривают возможность оценки значимости для респондента религиозной веры, как возможного предиктора приверженности лечению. Авторы сообщают о выявлении прямой взаимосвязи между уровнем приверженности лечению и значимостью веры, сохраняющейся вне зависимости от пола и возраста респондентов. В исследовании обсуждается, что оценка степени важности религиозной веры может быть использована как в качестве простого скринингового маркера, так и предиктора приверженности лечению. Такой маркер может быть особенно интересен, когда практическому врачу при минимальных временных затратах необходимо принимать управленческое медицинское решение, зависящее от

фактической или потенциальной приверженности лечению пациента. В работе Д.А. Гавриленко и О.В. Гаус (г. Омск) «Клиническая манифестация поражения печени у пациентки, перенесшей COVID-19» систематизированы имеющиеся данные о возможных этиологических факторах повреждения печени при COVID-19 и представлено собственное клиническое наблюдение. Авторы акцентируют внимание читателя на том, что уточнение механизмов влияния SARS-Cov-2 на организм позволит выделить среди всей когорты пациентов группы высокого риска по развитию тех или иных осложнений инфекции, а также будет способствовать разработке индивидуализированных подходов к курации.

Статья «Дифференциальная диагностика боли в грудной клетке» проф. И.А. Викторовой с соавт. (г. Омск) на представленном клиническом примере знакомит читателя с вариантом диагностического поиска причины боли в грудной клетке, указывая на необходимость детализировать жалобы типичной или атипичной стенокардии уточнять дополнительные симптомы со стороны бронхолегочной системы в виде экспираторной одышки или кашля для исключения признаков бронхообструкции.

В работе «Оценка результатов государственной итоговой аттестации у выпускников бюджетной и контрактной основы обучения» Е.А. Росюк с соавт. (г. Екатеринбург), выполненном на собственном материале, обосновывается положение, что отсутствие договора о целевом обучении, по всей видимости, стимулирует учащихся получать более высокие оценки, чтобы оказаться конкурентноспособными на рынке выпускников медицинского ВУЗа, и иметь преимущества при поступлении в клиническую ординатуру, что может иметь значение для организаторов как образовательного процесса, так и деятельности медицинских организаций.

В разделе «Работы философской ассамблеи 2022» представлена статья Т.А. Максименко (г. Омск) «Понятие “качество жизни” и его многомерность: философский и медицинский аспекты», в которой особое внимание уделено качеству жизни в медицине и рассматривается нормативное понимание качества жизни, на основании чего делается вывод, что в медицинской практике при определении качества жизни главным оказывается экзистенциальный уровень. В работе «Символическое поле мультфильма «Ёжик в тумане» С.А. Атянчев (г. Омск) предпринял попытку философского осмысления символического поля мультфильма Ю.Б. Норштейна «Ёжик в тумане», вскрывая ряд архетипов, через которые художественный ряд мультфильма обращается к бессознательному. Статья И.Е. Евграфова (г. Омск) «История гедонизма: от древней Греции до наших дней» посвящена краткой оценке философского учения, в котором получение удовольствий – высшее благо для человека, основная потребность, жизненная цель и стремление. В статье А.В. Елкиной (г. Омск) «Восприятие и переживание одиночества в современном мире» рассматривается аспект одиночества. Большое значение в

раскрытии сущности одиночества имеет индивидуализация. Автор приходит к заключению, что ценность философского осмысления одиночества состоит в актуальности внимания к большей значимости обособления индивидов в обществе. Д.И. Иванова (г. Омск) в работе «Любовь среди руин», взяв за основу утверждение, что современное состояние общества как будто не оставляет места для любви, задается вопросом – значит ли это, что любовь должна быть предана забвению, или мы по-прежнему нуждаемся в ней? Завершает материалы этого раздела работа А.С. Крашенинникова (г. Омск) «Человек в условиях неопределенности и нестабильности», в которой рассматривается проблема как нестабильность и неопределённость оказывают влияние на существование человека, что вынуждает его изменить свое отношение к привычным правилам, ценностям и влечёт за собой изменение мышления.

Завершает настоящий выпуск статья А.С. Коршунова (г. Омск) в которой автор отдает должное заслугам члена Редакционного совета нашего журнала профессора В.Д. Вагнера, в связи с присуждением ему высокого звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации».

*С пожеланиями полезного чтения,
главный редактор, д.м.н., доцент
Николай Анатольевич Николаев*

ОЦЕНКА ВАЖНОСТИ ВЕРЫ - КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

К. А. Кашева, В. Н. Липперт, П. И. Голендяева, Ю. П. Скирденко, М. М. Федорин, А. В. Горбенко, К. А. Андреев, Н.А. Николаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Кашева Кристина Александровна, ординатор кафедры медицинской реабилитации ДПО ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12

Резюме: В практической врачебной деятельности часто существует необходимость принимать управленческие медицинские решения в условиях дефицита времени, что диктует потребность в выявлении скринингового маркера, на основании которого можно быстро и достоверно прогнозировать поведение пациента в отношении своего здоровья. В работе рассмотрена взаимосвязь приверженности лечению и религиозной веры. Выдвинута гипотеза о возможной роли важности веры в качестве предиктора приверженности лечению. В исследование включено 567 респондентов в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст = 50.13 ± 17.71 лет). Приверженность лечению изучали, используя специализированный вопросник «Количественной оценки приверженности – 25» (КОП-25). Для выявления важности религиозной веры оценивались ответы респондентов на 12 вопросов КОП-25 «Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?». Для статистической обработки данных применяли непараметрические методы. В исследовании установлена прямая взаимосвязь между уровнем приверженности лечению и значимостью религиозной веры. Важно, что установленные закономерности сохраняются вне зависимости от пола и возраста. В исследовании обсуждается, что оценка степени важности религиозной веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером и предиктором приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. Такой маркер особенно интересен, когда практическому врачу при минимальных временных затратах необходимо принимать управленческое медицинское решение, зависящее от

потенциальной приверженности лечению пациента. Таким образом, авторы предполагают, что выявление значимости религиозной веры может определять дальнейшую тактику ведения пациентов.

Ключевые слова: приверженность лечению, комплаенс, религиозная вера, вера в Бога

Религиозная вера, при всей сложности постижения своей природы, является атрибутивным элементом человеческого сознания [5]. Тематика взаимосвязи религии и здоровья в последнее десятилетие часто оказывается в фокусе исследовательского внимания [14]. По данным Е.В. Дубограй, Н.В. Присяжной, пациенты, декларирующие важность веры в Бога, показывают лучшую излечиваемость, большую склонность к соблюдению норм здорового образа жизни, в том числе в плане отказа от табакокурения и употребления алкоголя, а также регулярнее посещают поликлинику и врача [3]. Установлено, что положительное влияние религиозности на принятие здоровьесберегающих установок существуют и в молодежной студенческой среде [2, 4].

Приверженность лечению – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни [11]. Низкая приверженность терапии является глобальной проблемой [16], снижающей эффективность проводимого лечения [15, 17], что приводит к ухудшению здоровья и увеличению общих расходов на здравоохранение [18].

В настоящее время перспективным представляется индивидуализированный подход к выбору стратегии медицинского вмешательства в зависимости от уровня установленной приверженности конкретного пациента [6]. Превентивная оценка приверженности лечению

позволяет, как управлять лекарственной терапией, так и корректировать врачебные рекомендации по модификации образа жизни [8, 9, 12].

Сегодня предложено большое количество методов оценки индивидуального уровня приверженности, среди которых чаще применяется анкетирование [9]. Однако в практической врачебной деятельности в условиях дефицита времени необходимо определение скринингового маркера, на основании которого можно быстро и достоверно прогнозировать поведение пациента в отношении своего здоровья. Известно, что религиозность, являясь интегративным качеством личности, накладывает отпечаток на формирование паттернов поведения и систему социального взаимодействия [7, 13]. В связи с этим сформирована гипотеза о возможности прогноза приверженности пациента на основе определения степени его религиозности. Нами обнаружены лишь единичные работы, посвященные вопросу взаимосвязи между приверженностью и важностью веры (религиозностью). Это не удивительно, поскольку до последнего времени отсутствовали инструменты, позволяющие изучать этот феномен в условиях рутинной практики. Ситуация принципиально изменилась после появления вопросника “Количественной оценки приверженности – 25” (КОП-25), шкала которого позволяет выделять и изучать феномен важности религиозной веры для респондента в единой взаимосвязи с уровнями приверженности лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни [9,10,11].

Изучение связи уровня приверженности с важностью религиозной веры является актуальным для практического здравоохранения, так как выявленные закономерности могут определять дальнейшую тактику ведения пациентов, либо выступать в качестве скрининговых маркеров или предикторов приверженности лечению.

Таким образом, целью работы явилась оценка вероятности и значимости взаимосвязи между декларацией важности религиозной веры и приверженностью лечению. Авторы предполагают, что степень важности веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению.

МЕТОДИКА

В открытое (метод поперечного среза) контролируемое исследование было включено 567 респондентов в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст = 50.13 ± 17.71 лет), из них 289 мужчин в возрасте 53.83 ± 18.20 лет и 278 женщин в возрасте 46.62 ± 16.50 лет. Исследование осуществляли на базах БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер» и ООО «Медицинский Лечебно-Диагностический Центр «Доверие» города Омска. Необходимый объем выборки, рассчитанный по формуле Lehr R., при установленной доверительной вероятности 95% и доверительном интервале 8% составил 422 человека. Для исключения влияния случайных факторов выборка была дополнительно увеличена на 25%. Приверженность лечению изучали, используя специализированный вопросник КОП-25, включающий вопросы как для определения важности связанных с болезнью проблем для пациентов, так и степени их приверженности к лечению. Вопросник обладает достаточной чувствительностью (93%), специфичностью (78%) и

воспроизводимостью (94%), при высоком уровне конструкторной и факторной валидности (α Кронбаха = 0.832). Ответ на каждый вопрос оценивали в баллах, которые затем суммировали и рассчитывали количественные показатели. На основании полученных показателей вычисляли выражаемые в условных процентах индексы приверженности модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению. Для всех показателей приверженности уровень значений в интервале до 50% интерпретировали как «низкий», от 51% до 75% – как «средний», более 75% – как «высокий». В качестве инструмента прогноза приверженность более 75% интерпретировали как «достаточную», 75% и менее – как «недостаточную». Для выявления важности религиозной веры оценивались ответы респондентов на 12 вопрос КОП-25 «Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?». В зависимости от полученных на этот вопрос ответов сформированы 3 группы респондентов: респонденты, декларирующие высокую важность веры (далее – группа 1), которые выбрали ответ «достаточно важно» или «очень важно»; респонденты, декларирующие умеренную важность веры (далее – группа 2), которые выбрали ответ «скорее не важно, чем важно» или «скорее важно, чем не важно»; респонденты, декларирующие неважность веры (далее – группа 3), которые выбрали ответ «совершенно не важно» или «почти не важно». Уровнем значимости установлена вероятность α менее 0.05. Вид распределения тестировали критериями Kolmogorov-Smirnov и Shapiro-Wilk's W test. Поскольку распределение в выборках не удовлетворяло требованиям параметрического анализа, для статистической обработки данных применяли непараметрические методы (Kolmogorov-Smirnov, Wald-Wolfowitz runs test, Mann-Whitney U test). Средние

выборочные значения количественных признаков приведены в тексте как среднее выборочное (M) и стандартное отклонение (SE) в виде "M±SE".

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе выборки в зависимости от декларируемой важности религиозной веры, респонденты распределились в три

Статистический анализ выполнен в программном пакете Statistica 8 от Statsoft для Windows 10.

близких по численности группы (табл. 1), при этом значимость веры для респондентов оказалась прямо связана с увеличением возраста и женским полом.

Таблица 1. Характеристика респондентов в зависимости от декларируемой важности веры

| Показатели | Высокая важность веры (Группа 1) | Умеренная важность веры (Группа 2) | Низкая важность веры (Группа 3) |
|---|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Количество респондентов, чел. (%) | 198 (34.9) | 186 (32.8) | 183 (32.3) |
| Средний возраст, лет | 59.87±15.74 | 46.48±17.17 | 43.48±15.73 |
| Доля респондентов мужского пола, чел. (%) | 78 (39.4) | 98 (52.7) | 113 (61.7) |

Для общей выборки оказались характерными низкий уровень интегральной приверженности лечению (41.01±22.96 %) отдельных ее показателей: приверженности лекарственной терапии (43.72 ± 26.72 %), медицинскому сопровождению (42.59±25.04 %) и модификации образа жизни (36.14±20.40 %). При этом

приверженность респондентов с умеренной и низкой важностью веры была значимо худшей (табл. 2), чем респондентов, декларирующих высокую важность веры. Та же тенденция сохранялась для показателей приверженности модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению.

Таблица 2. Приверженность лечению респондентов в зависимости от декларируемой важности веры

| Критерии | Виды приверженности | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Cc | Cd | Cm | C |
| Группа 1 | 50.97±17.04 ¹ | 60.69±21.01 ¹ | 59.98±18.85 ¹ | 57.33±16.92 ¹ |
| Группа 2 | 37.36±14.64 ² | 42.95±22.74 ² | 42.55±19.35 ² | 41.02±18.01 ² |
| Группа 3 | 18.86 ±14.88 | 26.13±24.33 | 23.84 ±22.40 | 23.33 ±19.92 |

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, p = 0.00;

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, p = 0.00;

C – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа

жизни;

Cd – приверженность лекарственной терапии;

Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

Важно, что прямая зависимость уровня приверженности сохранялась вне зависимости от пола респондентов. Приверженность лечению была значимо выше как у мужчин, так и у женщин,

декларирующих высокую важность веры (группа 1), чем декларирующих умеренную важность веры (группа 2), а у респондентов обоих полов в группе 2 значимо выше, чем в группе 3 (табл. 3).

Таблица 3. Приверженность лечению респондентов мужского и женского пола в зависимости от декларируемой важности веры

| Критерии | С | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| | Группа 1 | Группа 2 | Группа 3 |
| Мужчины | 56.68±17.57 ¹ | 37.99±16.55 ² | 24.38±19.75 |
| Женщины | 57.76±16.54 ¹ | 44.40±19.03 ² | 21.63±20.22 |

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.05$.

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.05$.

С – приверженность лечению.

Среди респондентов, декларирующих высокую важность веры (группа 1) и неважность веры (группа 3), уровень приверженности лечению в зависимости от пола значимо не различается, тогда

как в группе, декларирующей умеренную важность веры (группа 2), уровень приверженности лечению у женщин достоверно выше, чем у мужчин (табл. 4).

Таблица 4. Приверженность лечению среди респондентов разной степени важности веры в зависимости от пола

| Критерии | С | |
|----------|-------------|--------------------------|
| | Мужчины | Женщины |
| Группа 1 | 56.68±17.57 | 57.76±16.54 |
| Группа 2 | 37.99±16.55 | 44.40±19.03 ¹ |
| Группа 3 | 24.38±19.75 | 21.63±20.22 |

Примечание.

¹ – мужчины группы 2 / женщины группы 2, Wald-Wolfowitz, $p = 0.04$;

С – приверженность лечению.

В группе респондентов молодого и среднего возраста (18–59 лет) приверженность модификации образа жизни, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и приверженность лечению были достоверно выше у лиц, декларирующих высокую важность веры (группа 1), чем в

группе, декларирующих умеренную важность веры (группа 2). В свою очередь в группе 2 приверженность и все ее показатели оказались значимо выше, чем в группе респондентов, декларирующих не важность веры (группа 3) (табл. 5).

Таблица 5. Уровень приверженности в общей выборке респондентов моложе 60 лет

| Критерии | Виды приверженности | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Сс | Cd | Cm | С |
| Группа 1 | 50.54±17.75 ¹ | 56.84±21.00 ¹ | 56.64±18.55 ¹ | 54.70±17.92 ¹ |
| Группа 2 | 34.25±13.02 ² | 35.14±17.46 ² | 36.97±16.39 ² | 35.15±15.13 ² |
| Группа 3 | 14.32 ±10.92 | 18.56±17.79 | 15.85±15.00 | 16.70 ±14.42 |

Примечание.

¹ – группа 1/группа 2, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.01$;

² – группа 2/группа 3, Wald-Wolfowitz, $p \leq 0.01$;

С – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа жизни;
Cd – приверженность лекарственной терапии;
Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

Среди респондентов пожилого возраста (60–74 года) уровень приверженности лекарственной терапии не зависел от степени важности веры (Wald-Wolfowitz $p > 0.05$). Приверженность лечению и показатели: приверженность медицинскому сопровождению и приверженность модификации образа жизни значимо выше среди декларирующих высокую важность веры

(группа 1), чем среди декларирующих неважность веры (группа 3). В то же время, приверженность медицинскому сопровождению и приверженность модификации образа жизни в группе декларирующих умеренную важность веры (группа 2) значимых отличий от групп 1 и 3 не имеет, во всех случаях Wald-Wolfowitz $p > 0.05$ (табл. 6).

Таблица №6. Уровень приверженности в общей выборке респондентов старше 60 лет

| Критерии | Виды приверженности | | | |
|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | Cc | Cd | Cm | C |
| Группа 1 | 50.89±16.41 ¹ | 63.32±20.70 | 61.88±18.84 ² | 58.94±15.95 ³ |
| Группа 2 | 46.11±16.07 | 64.67±21.73 | 57.90±18.85 | 57.35±15.27 |
| Группа 3 | 35.37 ±14.70 | 53.97±23.95 | 53.97 ±19.84 | 47.77 ±17.11 |

Примечание.

¹ – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.001$;

² – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$;

³ – группа 1/группа 3, Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.005$;

C – приверженность лечению;

Cc – приверженность изменению образа жизни;

Cd – приверженность лекарственной терапии;

Cm – приверженность медицинскому сопровождению.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Нам представляется, что полученные данные, позволяя оценить вероятность и значимость взаимосвязи между декларацией важности религиозной веры и приверженностью лечению, тем самым открывают дорогу принципиально новым направлениям исследований в области предикции приверженности лечению. Это может оказаться ценным, в первую очередь, для скрининга приверженности, когда практическому врачу при минимальных временных затратах необходимо принимать управленческое медицинское решение, зависящее от потенциальной приверженности лечению пациента. Исследование продемонстрировало, что индивидуальная оценка степени важности веры с учетом пола и возраста респондента, позволяет с высокой вероятностью оценивать как

потенциальный уровень интегральной приверженности лечению, так и ее отдельных показателей. Важно, что прямая корреляция уровня приверженности лечению со степенью декларируемой важности веры наблюдалась во всех возрастных группах, как среди людей молодого и среднего возраста, так и у пожилых респондентов. В исследовании лишь приверженность лекарственной терапии у лиц пожилого возраста оказалась слабо связанной со степенью важности веры, однако и этот феномен требует более глубокого изучения, и может быть связан, прежде всего, с преобладающей мотивацией лиц старших возрастов по достижению клинического эффекта, связанного с проводимым лечением. Респонденты разного пола, декларирующие высокую важность и неважность веры, не демонстрировали различий в уровне

приверженности лечению, тогда как женщины, декларирующие умеренную важность веры, оказались более приверженными лечению, чем мужчины. Таким образом, пол, с учетом возрастной группы, также может являться одним из критериев оценки приверженности лечению в группе людей, имеющих умеренную религиозность.

Безусловно, выполненное исследование имеет ряд существенных ограничений. В первую очередь, это касается отсутствия учета вида религии, что может являться самостоятельным фактором, существенно влияющим на результат. Не была проведена оценка религиозной веры и приверженности лечению с учетом конкретной, в том числе потенциально жизнеугрожающей соматической патологии. За рамками исследования остались респонденты, не имеющие значимых соматических заболеваний, у которых могла бы быть оценена связь религиозной веры с потенциальной приверженностью лечению. Наконец, в исследовании не был проанализирован образовательный и профессиональный уровень респондентов. Все эти и многие другие вопросы должны быть рассмотрены в последующих исследованиях. Вместе с тем, углубление познаний в этом направлении, и создание на основе полученных знаний простых и применимых в клинической практике

алгоритмов, может существенно облегчить и повысить качество принимаемых врачебных решений,

ВЫВОДЫ

1. Оценка степени важности веры может являться простым и универсальным скрининговым маркером приверженности лечению, модификации образа жизни, лекарственной терапии и медицинскому сопровождению, сохраняющим свою значимость вне зависимости от возраста и пола.

2. Выявление высокой степени важности веры у пациентов молодого и среднего возраста с высокой вероятностью позволяет предположить более высокие уровни всех показателей приверженности лечению, чем в среднем в популяции. Выявление высокой степени важности веры у пациентов пожилого возраста с высокой вероятностью позволяет предположить более высокие уровни приверженности медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и приверженности лечению, чем в среднем в популяции.

3. Крайние позиции декларируемой важности веры нивелируют половые различия по уровню приверженности лечению. Однако в группе лиц с умеренной важностью веры, половые различия в уровне приверженности лечению сохраняются, и их следует учитывать для последующего прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Моисеев С.В., Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. Т. 13. № 1-2. С. 259-271.
2. Дубоград Е.В. О некоторых аспектах взаимосвязи религиозности и здоровья военнослужащих6. вооруженных сил России // Социология медицины. 2013. Т. 1. № 2. С. 47-49.
3. Дубоград Е.В., Присяжная Н.В. Влияние религиозности на отношение россиян к здоровью // Социология медицины. 2015. Т 1. С. 13-17.
- Лисина О.В. Здоровьесберегающие практики и жизнестойкость верующей студенческой молодежи технологического и духовного вузов: сравнительный анализ // Фундаментальные исследования. 2014. №5-4. С. 885-889.
- Лукин А. Н., Домрачев С. С. Вера как элемент сознания человека // Социум и власть. 2018. № 3 (71). С. 15–22.
- Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Воронина В.П., Лерман О.В., Гайсенко О.В., Гомова Т.А., Ежов А.В., Куимов А.Д., Либис Р.А., Матюшин Г.В., Митрошина Т.Н., Нечаева Г.И., Резник И.И., Скибицкий В.В., Соколова Л.А., Чесникова А.И., Добрынина Н.В., Якушин С.С. Приверженность к лечению и качество жизни

- больных стабильной ишемической болезнью сердца при лечении никорандилом: взаимосвязь и взаимовлияние (по результатам наблюдательного исследования никея) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. Т. 14. № 3. С. 409-417.
7. Мишин Ю.В. Психологические корреляты религиозности и личности безопасного типа. // Человек-Природа-Общество: Теория и практика безопасности жизнедеятельности, экологии и валеологии. 2019. № 5 (12). С. 46-51.
8. Моисеев С.В. Как улучшить приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии после острого коронарного синдрома // Клиническая фармакология и терапия. 2014. Т. 23. № 4. С. 23-28.
9. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия. 2018. Т. 27. № 1. С. 74-78.
10. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Драпкина О.М., Ливзан М.А., Моисеев С.В., Скирденко Ю.П., Бунова С.С., Викторова И.А., Задионченко В.С., Лазебник Л.Б., Малявин А.Г., Нелидова А.В., Нечаева Г.И., Пушкарева Л.А., Ребров А.П., Сайфутдинов Р.И., Совалкин В.И., Терентьев В.П., Тюрин В.П., Уразов В.П., Федосеев Г.Б., Ягода А.В., Якушин С.С., Ясницкий Л.Н. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению // Терапия. 2018. № 5. С. 11-32.
11. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В., Ершов А.В., Агеев Ф.Т., Андреев К.А., Бабичева Л.Г., Бунова С.С., Викторова И.А., Волчегорский И.А., Воробьев П.А., Галявич А.С., Гаус О.В., Гомберг В.Г. и др. Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ // Consilium-Medicum. 2020. № 5. С. 9-18.
12. Скирденко Ю.П., Николаев Н.А. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий // Российский кардиологический журнал. 2019. Т. 24. № 2. С. 64-69.
13. Чумакова Д.М. Религиозность в системе социально-психологических качеств личности // Психология религиозности личности / Под ред. О.Г. Арефьева. Курган: издательство Курганского гос. ун-та, 2015. С. 84.
14. Ясин М.И., Гусева Е.С. Религиозность, дистресс и здоровье // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 27. № 1. С. 46-51.
15. Gale N.K., Greenfield S., Gill P., Gutridge K., Marshall T. Patient and general practitioner attitudes to taking medication to prevent cardiovascular disease after receiving detailed information on risks and benefits of treatment: a qualitative study // BMC Fam Pract. 2011. V. 12(1). P. 59.
16. Geest S., Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2003. V. 2(4). P. 323.
17. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, Frohlich ED, Re RN. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults // Hypertension. 2011. V. 58. P. 804-810.
18. Tiffe T, Wagner M, Rucker V, Morbach C, Gelbrich G, Stork S, Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study // BMC Cardiovasc Disord. 2017. V. 17. P. 276.

КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ COVID-19

Гавриленко Д. А.¹ Гаус О.В.¹,

¹ - федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Гавриленко Дарья Александровна, студентка 505 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12, gavrilenko.darigav@yandex.ru

Резюме: Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), вызванная SARS-Cov-2, отличается многообразием клинических форм и непредсказуемым характером течения. На сегодняшний день установлено, что вирус поражает не только органы дыхания, но и другие системы, в том числе, пищеварительный тракт. Типичные гастроинтестинальные симптомы при COVID-19 включают тошноту, рвоту, потерю аппетита вплоть до развития анорексии, абдоминальную боль и диарею. Наряду с этим при обследовании пациентов часто выявляется изменение биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени. Среди причин, которые могут приводить к повреждению гепатобилиарной системы, выделяют прямое цитопатическое или иммуноопосредованное действие вируса на печень, ишемию органа, лекарственно-индуцированное поражение, обострение имеющегося хронического, а также дебют ранее не диагностированного заболевания печени. Как правило, нарушение функции печени характерно для стадии развернутой клинической картины COVID-19, но у части пациентов может обнаруживаться и в периоде реабилитации, что требует динамического наблюдения даже после выздоровления и полной элиминации вируса. Вместе с тем уточнение механизмов влияния SARS-Cov-2 на организм позволит выделить среди всей когорты пациентов группы высокого риска по развитию тех или иных осложнений инфекции, а также будет способствовать разработке индивидуализированных подходов к курации. В данной статье систематизированы имеющиеся данные о возможных этиологических

факторах повреждения печени при COVID-19 и представлено собственное клиническое наблюдение.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, синдром цитолиза, синдром холестаза, первичный склерозирующий холангит, лекарственно-индуцированное повреждение печени, ишемический гепатит

В 2019 г. все мировое сообщество столкнулось с такой глобальной проблемой как COVID-19. Новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-Cov-2, отличается многообразием клинических форм и непредсказуемостью течения. 50%-80% пациентов переносят COVID-19 бессимптомно или в легкой форме, у 10-15% отмечается тяжелое течение с развитием прогрессирующей дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома и других грозных осложнений [1].

Коварство инфекции заключается в том, что в патологический процесс вовлекаются не только органы дыхания, как считалось первоначально. Накопленный опыт ведения пациентов с COVID-19, говорит о мультисистемном характере поражения. В многоцентровом исследовании Redd W. D. et al., с участием 318 пациентов с COVID-19 показано, что 61,3% из них предъявляли жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Наиболее распространенными гастроинтестинальными симптомами были потеря аппетита (34,8%), диарея (33,7%), тошнота (26,4%), рвота (15,4%) и боль в животе (14,5%). Кроме того, 9,4% жаловались на потерю веса, а 0,94% - на запоры [17]. Примечательно, что симптомы со стороны пищеварительного тракта у 20,3% пациентов являются единственными клиническими проявлениями инфекции и именно они становятся причиной обращения за медицинской помощью [12].

По имеющимся в настоящее время данным, изменение показателей, отражающих функциональное состояние печени, регистрируется в 19-76% случаев

COVID-19 [4]. В мета-анализе Wu Y. et al. продемонстрировано, что наиболее часто при новой коронавирусной инфекции выявляется повышенный уровень γ -глутамилтрансферазы (ГТТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ) [20]. В большинстве случаев увеличение данных показателей коррелирует с тяжестью течения COVID-19 и является неблагоприятным прогностическим признаком [13].

Спектр причин, приводящих к поражению печени, достаточно широкий. К ним относится прямое цитопатическое действие вируса на паренхиму печени, иммунноопосредованное действие на орган в рамках системного воспалительного ответа. В дополнение к этому синдромы цитолиза и холестаза могут развиваться вследствие ишемического гепатита, токсического действия лекарственных препаратов, используемых при лечении новой коронавирусной инфекции. Также в дифференциальный круг следует включить обострение имеющегося хронического и дебют ранее не диагностированного заболевания печени [9]. Возможные причины поражения печени у лиц с COVID-19 представлены на рисунке 1 [10].

Непосредственное влияние SARS-Cov-2 на гепатобилиарную систему обусловлено наличием на поверхности гепатоцитов и холангиоцитов рецепторов к ангиотензинпревращающему ферменту 2 типа (АПФ-2). Данные рецепторы обеспечивают проникновение вирусного агента внутрь клетки. Интересен тот

факт, что уровень экспрессии рецепторов к АПФ-2 печени и желчных протоков сопоставим с таковым в альвеолах [23, 24].

Иммуноопосредованное действие вируса на печень и развитие сепсис-индуцированной дисфункции печени наблюдается при так называемом цитокиновом шторме, характерном для тяжелого течения COVID-19. Показано, что такие цитокины как фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-6 (ИЛ-6) могут вызвать некроз гепатоцитов и гепатоцеллюлярный холестаз [8, 15].

Поражение сосудов микроциркуляторного русла легких при COVID-19 обуславливает снижение сатурации и, как следствие, системную гипоксию, выраженность которой коррелирует с тяжестью течения инфекции. Являясь

высокоэнергетическим органом со сложной системой кровоснабжения, печень становится очень уязвимой к кислородному голоданию и нарушению кровообращения [19]. Снижение перфузии печени может также происходить на фоне пассивного застоя крови при хронической дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, которые нередко переходят в стадию декомпенсации при COVID-19 [14]. Кроме того, гепатоцеллюлярная гипоксия развивается при критических состояниях, сопровождающихся централизацией кровообращения и снижением периферического кровотока [5]. На фоне ишемии печени происходит накопление липидов, активных форм кислорода в результате их перикисного окисления с последующим развитием стеатоза и гибели гепатоцитов. Кроме того, в условиях ишемии клетки Купфера начинают продуцировать целый ряд провоспалительных цитокинов, усиливая активность воспаления [18]. Лабораторными признаками ишемического гепатита является подъем уровня аминотрансфераз до 20 норм в сочетании с умеренным повышением

лактатдегидрогеназы (ЛДГ), нормализация которых отмечается по мере коррекции гипоксии [19].

Лечение COVID-19 - долгий и трудоемкий процесс. В схемы терапии включено огромное разнообразие лекарственных средств, большинство из которых обладают гепатотоксичностью, что в итоге может привести острой печеночной недостаточности [3]. Поскольку лихорадка является одним из самых частых симптомов COVID-19, многие пациенты начинают самостоятельно принимать парацетомол-содержащие жаропонижающие препараты, обладающие прямым токсическим действием в отношении гепатоцитов, без соблюдения имеющихся инструкций по рекомендованным дозам и кратности приема лекарственных средств [7]. Еще одной проблемой является повсеместное назначение противовирусных препаратов несмотря на то, что их эффективность не доказана в отношении элиминации SARS-Cov-2 [22]. При этом практически у всех представителей, в том числе умефиновира, озельтамивира, ритонавира, рибавирина, фавипиравира описана гепатотоксичность. Также повышение уровня печеночных ферментов отмечается на фоне приема антибактериальных средств, глюкокортикостероидов, моноклональных антител и комбинации данных препаратов [6, 16]. Стоит отметить, что биологически активные добавки, включая традиционные лечебные травы и сборы из них, потенциально могут приводить к печеночной дисфункции [16]. Наиболее внимательно к назначению данных групп препаратов необходимо подходить у пациентов, относящихся к группе высокого риска по развитию лекарственно-индуцированного поражения печени. К ним относятся пожилые люди, пациенты с коморбидной патологией и лица, уже имеющие хронические заболевания печени. В данном случае лекарственные

средства следует применять с осторожностью, только в случаях, когда ожидаемая польза терапии для пациента превышает потенциальный риск возникновения побочных эффектов, ограничить прием высоких доз препарата, назначать их на непродолжительное время и по возможности избегать их комбинаций [2, 21]. Стоит отметить, что лекарственно-индуцированное поражение печени обратимое состояние. Регресс наступает при своевременной отмене

гепатотоксичного препарата и назначении гепатотропной терапии. Остается дискуссионным вопрос о роли COVID-19 в развитии поражения печени аутоиммунного генеза. Появляется все больше научных публикаций, в которых говорится о росте различных аутоиммунных заболеваний у пациентов, перенесших COVID-19 [24]. Перспективным становится установление причинно-следственных связей данного феномена.

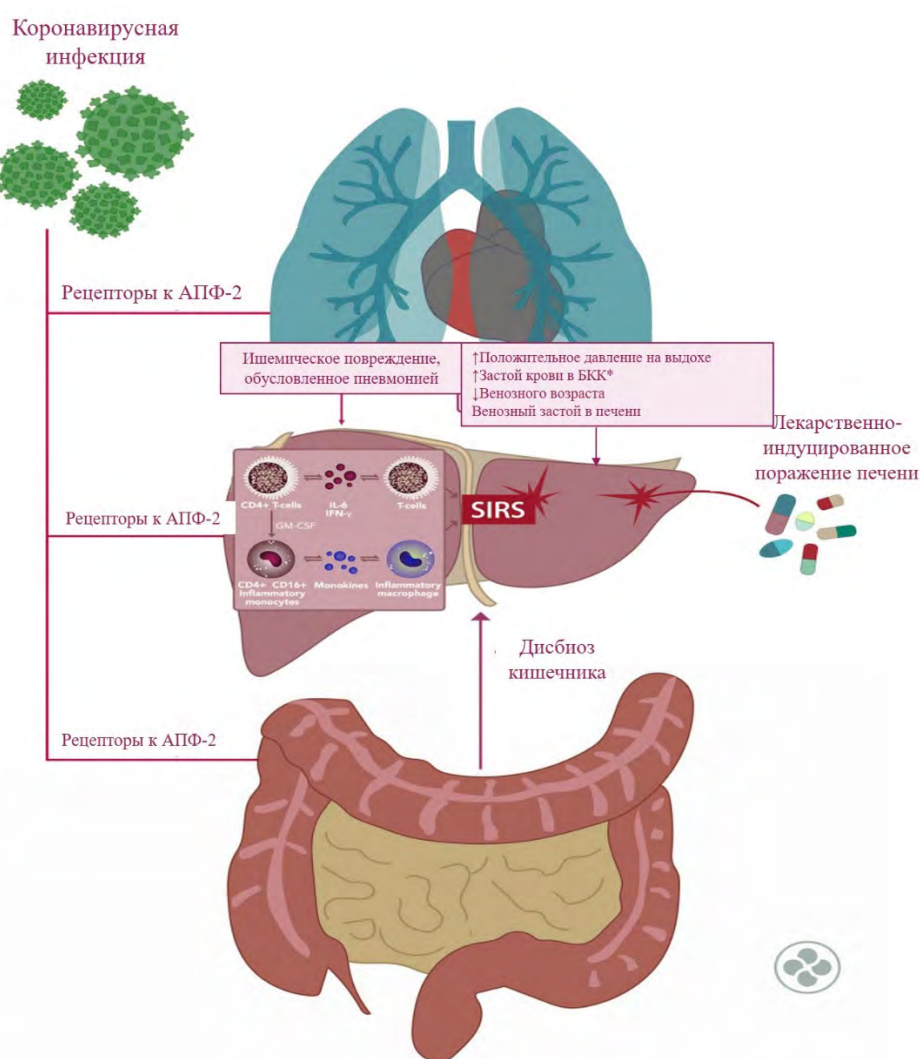


Рис. 1 Механизмы, участвующие в патогенезе поражения печени у пациентов с инфекцией COVID-19. (Idalsoaga, F., Ayares, G., Arab, J. P., & Díaz, L. A. (2021). COVID-19 and Indirect Liver Injury: A Narrative Synthesis of the Evidence. *Journal of clinical and translational hepatology*, 9(5), 760–768.)

Представляем **собственное клиническое наблюдение** пациентки В., 1992 года рождения, которая в июне 2021 г. обратилась к гастроэнтерологу Академического центра лабораторной диагностики ОмГМУ по направлению от терапевта в связи с сохраняющимся на фоне лечения повышенного уровня аминотрансфераз в биохимическом анализе крови.

При расспросе пациентка предъявляла жалобы на выраженную общую слабость, тяжесть в правом подреберье без связи с приемом пищи, высыпания на поверхности бедер, спины и туловища, без кожного зуда.

Из анамнеза заболевания известно, что с детства страдает хроническим Н.р.-ассоциированным гастритом, в 2012 г. проводилась эрадикационная терапия 1 линии. Длительное время чувствовала себя удовлетворительно, у гастроэнтеролога не наблюдалась. В ноябре 2020 г. перенесла новую коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2 (RNA SARS-CoV-2+), осложненную двусторонней полисегментарной пневмонией с общим объемом поражения легких 25%. Лечилась амбулаторно, принимала азитромицин 500 мг в день в течение 6 дней, затем цефтриаксон 1000 мг в день внутримышечно в течение 10 дней, дексаметазон 16 мг в день в течение 7 дней с последующим медленным снижением до полной отмены, апиксабан 2,5 мг 2 раза в день в течение 6 недель, поливитамины. В период болезни изменений в биохимическом анализе крови выявлено не было.

В январе 2021 г. появились высыпания на коже задней поверхности бедра, с последующим распространением процесса на спину, боковые поверхности туловища. Высыпания различной формы и размеров, возвышающиеся над поверхностью кожи, без шелушения и зуда, исчезали самостоятельно, оставляя очаги гиперпигментации. По этому поводу пациентка обращалась к дерматологу по месту жительства,

выставлен диагноз аллергического дерматита, лечение антигистаминными препаратами, местная терапия, без эффекта. Примерно в это же время стала отмечать субфебрилитет, преимущественно в вечерние часы, выраженную общую слабость.

В феврале 2021 г. при плановом дообследовании впервые обнаружено повышение аминотрансфераз до 5 норм (АлАТ 257 Ед/л, АсАТ 194 Ед/л, ГГТП и ЩФ не исследовались). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости без структурных изменений. По назначению терапевта принимала эссенциальные фосфолипиды 300 мг по 2 капсулы 3 раза в день в течение 8 недель, урсодезоксихолевую кислоту 500 мг на ночь в течение 12 недель. На контроле биохимического анализа крови в мае 2021 г. - сохранение синдрома цитолиза (АлАТ 126 Ед/л, АсАТ 83 Ед/л), повышение ГГТП до 86,2 Ед/л. В связи с чем пациентка и была направлена на консультацию к гастроэнтерологу.

Из анамнеза жизни: туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания, вредные привычки отрицает. Аппендэктомия в 2002 г. Гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез: без особенностей. Наследственный анамнез не отягощен.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное. Тип конституции – гиперстенический. Рост 163 см, вес 65 кг. Кожный покров обычного цвета, умеренной влажности, высыпания различной формы и размеров на поверхности бедер, спины, боковых поверхностях туловища, возвышающиеся над кожей, не шелушащиеся, не исчезают при надавливании (рис. 2), между указанными элементами множественные очаги гиперпигментации.

Щитовидная железа 0 степени по ВОЗ. Лимфатические узлы не увеличены.

Суставы, кости при осмотре и пальпации без особенностей. Отеков нет. Перкуторно над легкими звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/83 мм.рт.ст. на обеих руках. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительных свойств, частота 85 ударов в минуту. Язык влажный, обложен налетом желтоватого цвета. Живот не увеличен, овальной формы, при пальпации мягкий, чувствительный в околопупочной области. При глубокой пальпации по Гротту умеренно

болезненный в зоне Шоффара. В левой подвздошной области пальпируется дополнительная петля сигмовидной кишки. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптомы желчного пузыря (Кера, Мерфи, Ортнера) отрицательные. Печень по краю реберной дуги, край ее ровный, гладкий, эластичной консистенции, чувствительный при пальпации. Симптомы Де-Жардена, Мейо-Робсона отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.



Рис. 2 Проявления капиллярита и остаточные явления розового лишая на поверхности бедра пациентки В

Учитывая жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра заподозрен дебют ранее не диагностированного заболевания печени и назначены **дополнительные методы исследования.**

Общий анализ крови: без изменений.

Биохимический анализ крови: синдром цитолиза минимальной степени активности (АлАТ 123 Ед/л, АсАТ 75 Ед/л), синдром холестаза минимальной степени активности (ГГТП 99,2 Ед/л), повышение С-реактивного белка (5,68 мг/л).

Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg не обнаружено, anti-HCV суммарные не обнаружено.

Электрофорез белков: гипергаммаглобулинемия (20,3 г/л).

Антитела (АТ) к антигенам печени (иммуноблот): АТ IgG к пируватдегидрогеназному комплексу (АМА-M2) отрицательно, АТ IgG к микросомам печени и почек (LKM-1) отрицательно, АТ IgG к цитозольному антигену типа 1 (LC-1) положительно ++, АТ IgG к растворимому антигену печени (SLA/LP) отрицательно, АТ к ядерным антигенам (ANA) отрицательно, антинейтрофильные цитоплазматические АТ (pANCA) отрицательно, антигладкомышечные АТ (ASMA) отрицательно.

Эластометрия печени: печень не увеличена, диффузно-неоднородна, эхогенность неравномерно повышена. Фокусы повышенной эхогенности вдоль желчных протоков – проявление фиброза. Жесткость паренхимы

оценивалась 15-кратно, получено усредненное значение 8,52 кПа (F2 по шкале Metavir).

Эзофагогастродуоденоскопия: эритематозный эксудативный гастрит, полные эрозии антрального отдела желудка, дуодено-гастральный рефлюкс, бульбит. **Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки антрального отдела:** хронический гастрит, без признаков атрофии и кишечной метаплазии желез, Колонизация Н.р. не обнаружена.

С учетом выявленных изменений по данным эластометрии и наличии повышенного уровня ГГТП пациентка направлена на магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) для дополнительного поиска причин синдрома холестаза.

МРХПГ: МР-признаки фиброза внутрипеченочных желчных протоков, определяются диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных внутрипеченочных желчных протоков, множественные короткие тяжёлые стриктуры (рис. 3).

Пациентка консультирована дерматологом на кафедре дерматовенерологии и косметологии ОмГМУ, выставлен диагноз: капиллярит. Остаточные явления розового лишая. Рекомендовано: дипроспан 1,0 г внутримышечно в течение 5 дней, щадящий режим ухода за кожей эмолентами.



Рис. 3. Результаты МРХПГ пациентки В

После проведенного дополнительного обследования пациентке выставлен **заключительный клинический диагноз:**

Первичный склерозирующий холангит. Синдром перекреста с аутоиммунным гепатитом, клиничко-биохимическая активность 1, стадия фиброза 2 по шкале METAVIR. Капиллярит.

Хронический поверхностный гастрит антрального отдела с эрозиями, Н.р.-негативный. Бульбит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Остаточные явления розового лишая.

Рекомендовано:

Питание 4-5 раз в день, с исключением жирного, жареного, острого, копченого, газированных напитков, маринадов и солений. Исключить прием гепатотоксичных лекарственных препаратов, ограничить пребывание на солнце.

– Контроль общеклинического анализа крови, маркеров холестаза и цитолиза, С-реактивного белка 1 раз в 3 месяца;

– УЗИ абдоминальное 1 раз в год;
– Онкомаркеры СА 19-9, АФП 1 раз в год;

– Кальпротектин в кале, гемоглобин и трансферрин в кале, колоноскопия в плановом порядке для исключения воспалительных заболеваний кишечника.

К лечению:

1. Будесонид 9 мг в сутки;
2. Урсодезоксихолевая кислота из расчета 20 мг на 1 кг массы тела;
3. Эзомепразол 40 мг утром за 30 мин до приема пищи в течение 4 недель;
4. Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 3 раза в день за 30 мин до приема пищи и на ночь в течение 4 недель.

Через 4 недели от начала терапии пациентка отметила улучшение общего самочувствия. При контроле биохимического анализа крови положительная динамика (АлАТ 69 Ед/л, АсАТ 52 Ед/л, ГГТП 40,3 Ед/л, С-реактивный белок 3,28 мг/л).

Заключение

С расширением знаний о COVID-19 стало очевидно, что SARS-CoV-2 наряду с органами дыхания поражает и пищеварительный тракт. Повреждение печени встречается у значительной части пациентов с COVID-19, что заслуживает особого внимания, поскольку нарушение функции печени тесно связано с тяжестью течения инфекции и прогнозом. В большинстве описанных случаев у лиц, инфицированных SARS-CoV-2, отмечается умеренное повышение aminotransferаз и маркеров холестаза, реже – печеночная недостаточность. Кроме того, последние наблюдения демонстрируют, что у трети пациентов отклонения в биохимическом анализе крови сохраняются или впервые появляются даже спустя несколько месяцев после выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Livzan M. A., Akhmedov V. A., Krolevets T. S. et al. The informative value of non-invasive liver fibrosis markers in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Terapevticheskiy arhiv*. 2016;88(12):62-68. doi:10.17116/terarkh2016881262-68 Russ.Л(ивзан М.А., Ахмедов В.А., Кролевец Т.С., и соавт. Информативность неинвазивных маркеров фиброза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени. *Терапевтический архив*. 2016;88(12):62-68. doi:10.17116/terarkh2016881262-68)
2. Boettler T., Marjot T., Newsome P.N. et al. Impact of COVID-19 on the care of patients with liver disease: EASL-ESCMID position paper after 6 months of the pandemic. *JHEP Rep*. 2020;2(5):100169. doi:10.1016/j.jhepr.2020.100169
3. Dunn G.D., Hayes P., Breen K.J., Schenker S. The liver in congestive heart failure: a review. *Am J Med Sci*. 1973;265(3):174-189. doi:10.1097/00000441-197303000-00001
4. Genovese M.C., Kremer J.M., van Vollenhoven R.F. et al. Transaminase Levels and Hepatic Events During Tocilizumab Treatment: Pooled Analysis of Long-Term Clinical Trial Safety Data in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(9):1751-1761. doi:10.1002/art.40176
5. Herta T., Berg T. COVID-19 and the liver - Lessons learned. *Liver Int*. 2021;41 Suppl 1(Suppl 1):1-8. doi:10.1111/liv.14854
6. Hu L.L., Wang W.J., Zhu Q.J., Yang L. Novel coronavirus pneumonia-related liver injury: etiological analysis and treatment strategy. *Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi*. 2020;28(2):97-99. doi:10.3760/cma.j.issn.1007-3418.2020.02.001
7. Hunt R.H., East J.E., Lanas A. et al. COVID-19 and Gastrointestinal Disease: Implications for the

Этиология поражения печени при COVID-19 многогранна и может включать прямое цитопатическое действие вируса на гепатоциты и холангиоциты, иммунное воспаление в рамках системного воспалительного ответа, гипоксию органа, применение лекарственных препаратов с потенциальными гепатотоксичными эффектами. Несмотря на то, что повреждения печени, ассоциированные с COVID-19, как правило, преходящие и хорошо обратимы при своевременном выявлении и коррекции, клиницистам необходимо помнить и о возможном дебюте ранее не диагностированного или обострении уже имеющегося заболевания печени.

- Gastroenterologist. *Dig Dis*. 2021;39(2):119-139. doi:10.1159/000512152
8. Idalsoaga F., Ayares G., Arab J.P., Díaz L.A. COVID-19 and Indirect Liver Injury: A Narrative Synthesis of the Evidence. *J Clin Transl Hepatol*. 2021;9(5):760-768. doi:10.14218/JCTH.2020.00140
9. Idalsoaga F., Ayares G., Arab J.P., Díaz L.A. COVID-19 and Indirect Liver Injury: A Narrative Synthesis of the Evidence. *J Clin Transl Hepatol*. 2021;9(5):760-768. doi:10.14218/JCTH.2020.00140
10. Konturek P.C., Harsch I.A., Neurath M.F., Zopf Y. COVID-19 - more than respiratory disease: a gastroenterologist's perspective. *J Physiol Pharmacol*. 2020;71(2):10.26402/jpp.2020.2.02. doi:10.26402/jpp.2020.2.02
11. Kumar-M P., Mishra S., Jha D.K., et al. Coronavirus disease (COVID-19) and the liver: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Hepatol Int*. 2020;14(5):711-722. doi:10.1007/s12072-020-10071-9
12. Lightsey J.M., Rockey D.C.. Current concepts in ischemic hepatitis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2017;33(3):158-163. doi:10.1097/MOG.0000000000000355
13. Liu J., Li S., Liu J., et al. Longitudinal characteristics of lymphocyte responses and cytokine profiles in the peripheral blood of SARS-CoV-2 infected patients. *EBioMedicine*. 2020;55:102763. doi:10.1016/j.ebiom.2020.102763
14. Metaweia M.L., Yousif W.I., Moheb I. COVID 19 and liver: An A-Z literature review. *Dig Liver Dis*. 2021;53(2):146-152. doi:10.1016/j.dld.2020.09.010
15. Redd W.D., Zhou J.C., Hathorn K.E. et al. Prevalence and Characteristics of Gastrointestinal Symptoms in Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in the United

- States: A Multicenter Cohort Study. *Gastroenterology*. 2020;159(2):765-767.e2. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.045
16. Rosser B.G., Gores G.J. Liver cell necrosis: cellular mechanisms and clinical implications. *Gastroenterology*. 1995;108(1):252-275. doi:10.1016/0016-5085(95)90032-2
17. Waseem N, Chen PH. Hypoxic Hepatitis: A Review and Clinical Update. *J Clin Transl Hepatol*. 2016;4(3):263-268. doi:10.14218/JCTH.2016.00022
18. Wu Y., Li H., Guo X., et al. Incidence, risk factors, and prognosis of abnormal liver biochemical tests in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Hepatol Int*. 2020;14(5):621-637. doi:10.1007/s12072-020-10074-6
19. Yang R.X., Zheng R.D., Fan J.G. Etiology and management of liver injury in patients with COVID-19. *World J Gastroenterol*. 2020;26(32):4753-4762. doi:10.3748/wjg.v26.i32.4753
20. Yang X., Yu Y., Xu J. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 Apr;8(4):e26]. *Lancet Respir Med*. 2020;8(5):475-481. doi:10.1016/S2213-2600(20)30079-5
21. Zhang H., Kang Z., Gong H., et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCoV infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes. 2020. bioRxiv:2020.01.30.927806 doi: 10.1101/2020.01.30.927806
22. Zhao Y., Zhao Z., Wang Y. et al. Single-Cell RNA Expression Profiling of ACE2, the Receptor of SARS-CoV-2 [published correction appears in *Am J Respir Crit Care Med*. 2021 Mar 15;203(6):782]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(5):756-759. doi:10.1164/rccm.202001-0179LE
23. Zhou Y, Han T., Chen J., et al. Clinical and Autoimmune Characteristics of Severe and Critical Cases of COVID-19. *Clin Transl Sci*. 2020;13(6):1077-1086. doi:10.1111/cts.12805

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Викторова И.А., Иванова Д.С., Носко Е.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Иванова Дарья Сергеевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12., darja.ordinator@mail.ru

Резюме: В представленном клиническом примере показан диагностический поиск причины боли в грудной клетке у женщины 48 лет, у которой в ходе диагностики на первом этапе была заподозрена ишемическая болезнь сердца, т.к. боль в грудной клетке соответствовала критериям типичной стенокардии. Отрицательные пробы с нагрузкой, отсутствие патологических изменений на электрокардиограмме, эхокардиографии, рентгенограмме органов грудной клетки и наличие у пациентки экспираторной одышки позволили заподозрить бронхоспазм. Проведенная спирография подтвердила наличие бронхиальной астмы и на фоне назначенной базисной терапии ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим β_2 -агонистами боль в грудной клетке была купирована.

Заключение. Приведенный клинический случай указывает на необходимость детализировать жалобы типичной или атипичной стенокардии уточнять дополнительные симптомы со стороны бронхолегочной системы в виде экспираторной одышки или кашля для исключения признаков бронхообструкции.

Использованные сокращения:

ОФВ₁ – объем форсированного выдоха за одну секунду

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЭКГ – электрокардиография

ЭХОКГ – эхокардиография

Ключевые слова: боль в грудной клетке, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма.

Введение

Проблема дифференциальной диагностики боли в грудной клетке актуальна для врачей любой специальности, но наиболее остро вопрос встает на приеме участкового терапевта и врача общей практики (семейного врача), что подтверждается данными статистики от 7% до 11% пациентов с жалобами на боль в груди обращаются за первичной медицинской помощью [1].

По данным исследований основными причинами болей в грудной клетке в 31% случаев являются заболевания сердца, в 42% – заболевания желудочно-кишечного тракта, в 28% – заболевания скелетно-мышечной системы, в 5-20% – заболевания дыхательной системы [2]. В дифференциальной диагностике кардиологической патологии первое место занимает ишемическая болезнь сердца [6]. На первом этапе обследования пациента определяется источник боли на основании жалоб и данных физикального осмотра, акцентируется внимание на локализацию, интенсивность и продолжительность болевых ощущений [2, 3]. На основании жалоб пациента боль в грудной клетке оценивается по характеру, провоцирующим факторам, условиям купирования и разделяется на три вида: 1) типичная стенокардия; 2) атипичная стенокардия; 3) неангинозная боль. Далее оценивается предтестовая вероятность ишемической болезни сердца, проводятся инструментальные и лабораторные исследования для подтверждения или исключения ишемической болезни сердца и факторов, усугубляющих прогноз. Кроме ишемической болезни сердца на первом этапе диагностики оцениваются признаки патологии крупных сосудов, угрожающих жизни пациента: 1) тромбоз легочной артерии; 2) расслаивающаяся аневризма аорты [2]. Следующие группы заболеваний в дифференциальной диагностике боли в грудной клетке включают патологию бронхолегочного аппарата и плевры;

заболевания позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса; патологию органов брюшной полости и диафрагмы. Необходимо помнить о том, что боль в указанных группах заболеваний может напоминать типичную или атипичную стенокардию и в этом случае в дифференциальной диагностике могут помочь дополнительные симптомы со стороны других органов и систем [3].

Клинический случай

Пациентка М., 48 лет, с ноября 2021 года стала отмечать чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе более 200 метров или подъеме на 3 этаж, купирующееся в покое, нитраты пациентка никогда не принимала. Другие жалобы пациентка активно не предъявляла. При дополнительном расспросе выяснилось, что чувство сдавления также сопровождалось одышкой экспираторного характера. Кроме того, чувство сдавления за грудиной возникало при выходе на холод. При первичном обращении к терапевту поликлиники у пациентки были проведены обследования для исключения ишемической болезни сердца, так как жалобы соответствовали по всем критериям типичной стенокардии. Была проведена оценка предтестовой вероятности ишемической болезни сердца, которая составила 10%. Данный показатель соответствует низкой предтестовой вероятности и свидетельствует о хорошем прогнозе (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого инфаркта миокарда <1% в год) [2]. Однако, учитывая наличие типичных симптомов стенокардии, повышающих вероятность ишемической болезни сердца (боль сжимающего характера за грудиной, возникающая при нагрузке (ходьбе и подъеме по лестнице); купирующаяся в покое) принято решение провести нагрузочные пробы (велоэргометрия). Во время велоэргометрии у пациентки возникло чувство сдавления за грудиной, при этом на ЭКГ не получено патологических

изменений. В связи с возникшей симптоматикой тест завершен, и чувство давления купировалось. При этом была достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений. Также, было проведено суточное мониторирование ЭКГ, во время жалоб на боль за грудиной наблюдался синусовый ритм с частотой 67 в минуту, ишемических изменений на ЭКГ не зарегистрировано. В связи с полученными результатами исследования у пациентки была исключена ишемическая болезнь сердца. Также были проведены следующие обследования: ЭХОКГ, исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови, обзорная рентгенография грудной клетки. В ходе данных обследований отклонений от нормы не выявлено (исключены признаки ХСН, патологии крупных сосудов, инфильтративных изменений в легких). Учитывая экспираторный характер одышки, проведена спирометрия: по результатам которой выявлена бронхообструкция средней степени тяжести (ОФВ₁-72%), проба с бронходилататором положительная (прирост ОФВ₁ – 20%). При физикальном обследовании состояние удовлетворительное, сознание ясное, нормостенический тип телосложения. Кожный покров обычной окраски, без высыпаний. Грудная клетка правильной формы, одинаково участвует в акте дыхания. При аускультации сердца тоны ясные ритмичные, шумов нет, ЧСС 70 в минуту. При аускультации легких выслушивается удлиненный выдох, единичные сухие свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки, частота дыхательных движений – 18 в минуту. Со стороны других органов и систем изменений не выявлено. Пациентке был выставлен диагноз: Бронхиальная астма персистирующая, средней степени тяжести. Назначено лечение: 1) будесонид в дозе 80 мкг; 2) формотерол в дозе 4,5 мкг в виде порошкового дозированного ингалятора

по 1 дозе 2 раза в день. На фоне лечения в течение 5 дней сжимающая боль за грудиной на фоне нагрузок не возникал, также пациентка отметила облегчение дыхания. При аускультации легких исчезли свистящие хрипы и улучшились показатели функции внешнего дыхания.

Обсуждение

Представленный клинический пример показывает высокую значимость детализации жалоб на первом этапе диагностики. Приступы бронхиальной астмы пациентка воспринимала как сдавление за грудиной. Описание таких особенностей боли в грудной клетке у пациентов с бронхиальной астмой не однократно встречается в литературе [4, 7]. Связь данных приступов с физической нагрузкой стала основанием для диагностического поиска признаков, подтверждающих ишемическую болезнь сердца. Однако в беседе с пациенткой выяснилось, что сдавливающая боль за грудиной сопровождалась экспираторной одышкой, что стало поводом для проведения спирометрии с последующим выявлением бронхиальной астмы. Подтверждением данного диагноза стали признаки бронхообструкции и положительная проба с бронходилататором при оценке функции внешнего дыхания и купирование боли в грудной клетке на фоне применения базисной терапии с ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим β₂-агонистом. Положительные результаты диагностики и лечения боли в грудной клетке, у женщин среднего возраста, также описаны у других авторов [5, 8].

Заключение

Приступ бронхоспазма может восприниматься пациентом как чувство сдавления за грудиной на фоне физической нагрузки, что требует последовательной оценки признаков ишемической болезни сердца. При выявлении клинических признаков типичной или атипичной стенокардии необходимо учитывать дополнительные

симптомы со стороны бронхолегочной системы в виде экспираторной одышки

или кашля для исключения признаков бронхообструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dorofeev V.I., Monashenko D.N., Svirido D.A. et al. Assessment of non-cardiogenic chest pain. Bulletin of the North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov. 2017; 9(3):12–23. Russian (Дорофеев В. И., Монашенко Д.Н., Свиридо Д. А. и соавт. Оценка некардиогенной боли в груди. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2017; 9(3):12–23).
2. Adamson P.D., Newby D.E., Hill CL., et al Comparison of international guidelines for assessment of suspected stable angina: insights from the PROMISE and SCOT-HEART. JACC Cardiovasc Imaging. 2018; 11:1301-1310. doi:10.1016/j.jcmg.2018.06.021
3. Domingues GR, Moraes-Filho JP. Dor torácica não-cardiogênica [Non-cardiac chest pain]. Arq Gastroenterol. 2009 Jul-Sep;46(3):233-40. Portuguese. doi: 10.1590/s0004-28032009000300018. PMID: 19918693.
4. Martínez-Sellés M, Sanchis J, Bueno H. Chest pain unit: do not forget the clinical indexes. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2021 Jan;74(1):113. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.04.021. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32620426.
5. Patti K.G., Bennett A.J., McNamara D.A. Chest Pain in a Middle-aged Woman With Asthma. *JAMA Cardiol.* 2020;5(10):1192–1193. doi:10.1001/jamacardio.2020.2808
6. van Rensburg RJ, Schutte J, de Beenhouwer T. Chest pain: The importance of serial ECGs. *Cleve Clin J Med.* 2021 Oct 1;88(10):538-540. doi: 10.3949/ccjm.88a.20183. PMID: 34598916.
7. Haring B, Schmidt A, Frantz S. Der akute Thoraxschmerz – Schritt für Schritt [Acute Chest Pain: A Stepwise Approach to Management]. *Pneumologie.* 2021 Nov;75(11):901-909. German. doi: 10.1055/a-1238-5254. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34788891
8. Shen L. Chest pain variant asthma: a report of two cases. *Chin Med J (Engl).* 2021 Jun 1;134(15):1877-1879. doi: 10.1097/CM9.0000000000001495. PMID: 34074840; PMCID: PMC8367021.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ У ВЫПУСКНИКОВ БЮДЖЕТНОЙ И КОНТРАКТНОЙ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ

Росюк Е.А., Коваль М.В., Попов А.А., Гетманова А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Росюк Елена Александровна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3 elenakdc@yandex.ru.

В научных публикациях обсуждаются вопросы взаимосвязи результатов ЕГЭ с успеваемостью студентов, при этом в основном проводится анализ взаимозависимости экзамена в школе и успеваемости на младших курсах обучения. Если экстраполировать эти данные на период обучения в высшем медицинском учреждении, то можно обнаружить интересные взаимосвязи. Данная проблема является актуальной, поскольку существует гипотеза, что студенты, обучающиеся на контрактной основе, менее серьезно относятся к учебному процессу, следовательно, результаты ГИА у них ниже, чем у студентов-бюджетников. Цель работы – оценить результаты государственной итоговой аттестации у выпускников контрактной и бюджетной основы обучения. Материалы и методы. Проведено ретроспективное сравнительное исследование и анализ результатов ГИА у студентов лечебно-профилактического факультета 2022 года. Статистический анализ проводился с использованием методов описательной статистики. Результаты и обсуждение. Во всех трех этапах ГИА приняли участие 382 студента – выпускники УГМУ, среди которых были представители контрактной и бюджетной формы обучения. Полученные данные подтверждают гипотезу о более высоких показателях тестирования и собеседования по результатам ГИА у студентов бюджетной формы обучения по сравнению с контрактной формой. Кроме того, отсутствие договора о целевом обучении у выпускников 6 курса также способствует получению более высоких результатов ГИА. Традиционно значительную часть учащихся в УГМУ приходится на студентов бюджетной формы обучения (69,9 %), из них на целевом обучении

находятся более 50 %. Лучшие показатели результатов тестирования и собеседования оказались в группе студентов бюджетной формы обучения, которые не закреплены договором о целевом обучении. Заключение. Отсутствие договора о целевом обучении, по всей видимости, стимулирует учащихся получать более высокие оценки, чтобы оказаться конкурентноспособными на рынке выпускников медицинского ВУЗа, и иметь преимущества при поступлении в клиническую ординатуру.

Ключевые слова: итоговая государственная аттестация, контрактная и бюджетная основы обучения, медицинский университет.

Введение.

Массовость высшего образования в России и неравномерность академической подготовки абитуриентов ведет к тому, что вузы сталкиваются с академической неоднородностью студентов. Существующее положение в системе высшего образования говорит о том, что государство не намерено ограничивать массовизацию системы высшего образования. Подчиняясь мировой тенденции к инклюзии в высшем образовании [1,2,3], российская образовательная политика регулирует процесс отбора студентов по уровню их подготовки на самом минимальном уровне. Установленные Рособрнадзором минимальные баллы для поступления в вузы отсеивают только самых слабых представителей потенциальных абитуриентов. Однако и у них сохраняется возможность поступления в вуз через платное обучение [4].

На протяжении последних лет с каждым годом доля бюджетного образования сокращалась [2]. Для поступления в ВУЗ необходимо сдать единый государственный экзамен (ЕГЭ), однако проходные баллы на бюджетное место всегда выше, чем на коммерческое [5, 6]. Абитуриент имеет право одновременно подать документы на бесплатную форму и с оплатой по договору. Это дает возможность «зарезервировать» платное место, пока не известны итоги общего конкурса [7]. Несмотря на более лояльные требования к абитуриентам, процедура подачи документов и

зачисление «контрактников» проводится на конкурсной основе. Учеба по контракту представляет собой форму обучения, осуществляемую за средства физических или юридических лиц. В качестве первых выступает сам учащийся или его представители (контракт), а в качестве вторых – организации (целевой контракт). Правовые основы платных образовательных услуг регулируются статьей 101 Закона «Об образовании в РФ». В соответствии с документом, услуги, предоставляемые на бесплатной и коммерческой основе, должны оказываться одинаково. Актуальной проблемой качественной подготовки будущих специалистов, в том числе врачей, является уровень успеваемости студентов. Оптимизация процесса обучения в вузе на современном этапе развития высшей школы требует выявления факторов, оказывающих влияние на учебную успеваемость студентов, реализацию комплекса учебно-методических мероприятий для совершенствования организации учебного процесса, управления учебной деятельностью студентов, применения различных методов, стилей и технологий обучения с учетом интеллекта и мотивации к овладению профессией врача [8]. Успеваемость в вузе отражает объем получения и усвоения знаний, навыков, умений, установленных Федеральными государственными образовательными стандартами, которые ставят перед высшими

учебными заведениями задачи не просто дать студенту определенный объем знаний, необходимых для дальнейшей деятельности после окончания вуза, но и подготовить личность к реализации себя в профессиональной сфере [9].

В последние десятилетия образовательный процесс во многих странах претерпел пересмотр оценки организации познавательной деятельности обучающихся. Длительное время главной и движущей фигурой в образовании являлся преподаватель, ведущий к знаниям, умениям и навыкам [8]. В современном образовательном сообществе главной фигурой считается студент, который активно стремится к получению знаний, умений и навыков. Эти характеристики определяют эффективность подготовки специалистов в вузе, его конкурентоспособность. В научных публикациях обсуждаются вопросы взаимосвязи результатов ЕГЭ с успеваемостью студентов, при этом в основном проводится анализ взаимозависимости ЕГЭ и успеваемости на младших курсах обучения [10]. Анализ факторов влияющих на успеваемость студентов и результаты ГИА актуален и нуждается в дальнейшем изучении. Авторы данной статьи поставили цель проанализировать влияние основы обучения на результаты ГИА.

Цель работы – оценить результаты государственной итоговой аттестации у выпускников контрактной и бюджетной основы обучения.

Материалы и методы.

В 2021-2022 годах ГИА проходила в три этапа: тестирование (традиционный и обязательный), оценка уровня усвоения практических навыков в Аккредитационно-симуляционном центре и собеседование. Тестовый экзамен предназначен для проверки освоения теоретических основ дисциплин, преподаваемых за весь период обучения студента в ВУЗе. Каждый выпускник в учебном классе, оборудованном компьютерной техникой, отвечал на 100 вопросов в течение 60

минут. В день проведения тестирования одновременно 5 учебных комнат принимали студентов 6 курса согласно составленному ранее расписанию, каждая группа приходила в строго определенное время. Благодаря хорошей организации процесса тестирование удалось провести на 1 день непрерывной и плодотворной работы.

Второй этап ГИА проходил на базе Аккредитационно-симуляционного центра УГМУ, оборудованного манекенами, расходными материалами, компьютерной техникой и камерами. Студентом предлагалось выполнить один из навыков на пяти станциях: «Внутривенная инъекция в амбулаторных условиях», «Диспансерный прием взрослого пациента», «Базовая сердечно-легочная реанимация», «Оказание экстренной медицинской помощи пациенту на амбулаторном приеме», «Физикальное обследование пациента на амбулаторном приеме». Оценка правильности выполнения навыка проводилась преподавателями УГМУ по чек-листу, чтобы добиться единообразия и беспристрастности в оценке действий студента на экзамене. Второй этап ГИА проходил в течение 2-х дней в непрерывном режиме.

Третий этап ГИА собеседование оказался самым продолжительным – 5 календарных дней. Восемь комиссий, состав которых четко регламентирован приказом № 128-р от 08.04.2022 г. «О формировании государственной экзаменационной комиссии для проведения ГИА по основной образовательной программе ВО специальности 31.05.01 – Лечебное дело», включали в себя представителей профессорско-преподавательского состава УГМУ и потенциальных работодателей (руководителей из практического здравоохранения). Статистический анализ проводился с использованием методов описательной статистики. Статистическая обработка данных проводилась по

параметрическому принципу (все методы анализа нормально распределенных количественных признака). Для оценки данных применялась программа Statistica и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение.

Во всех трех этапах ГИА приняли участие 382 студента – выпускники УГМУ, среди которых были представители контрактной и бюджетной формы обучения.

Первую группу составили 267 человек, обучающихся на бюджетной форме, из них 136 человек (50,9%) – учащиеся с целевым договором, 131 студент (49,1 %) – без целевого договора.

Вторую группу составили 115 студентов, которые находятся на контрактной форме обучения, из них 87 человек (75,6 %) проходят целевое обучение по образовательным программам высшего образования, 28 человек (24,4 %) – нецелевое.

Студенты бюджетной формы обучения – это 267 человек (69,9 % от всех учащихся). Контрактная форма обучения – это 115 учащихся (30,1 %). Из 267 человек студентов первой группы 253 человека справились с первым этапом ГИА - 94,7 % - набрав 71 и более процентов, 14 человек (5,3 %) набрали менее 71 процента. Среднее число правильных ответов теста у студентов 1 группы – 84,65.

Во второй группе 91 студент (79,1 %) набрал более 70 процентов, и 24 человека (20,9 %) набрали менее 70 процентов.

Среднее число правильных ответов теста у студентов 2 группы – 78,93.

Средний балл собеседования студентов бюджетной формы обучения составил 4,34, а во второй группе – 3,87.

Никакой разницы между средним баллом собеседования и средним процентом правильных ответов на этапе тестирования между учащимися целевой и нецелевой основы обучения студентов контрактной формы обучения не получено. Среди студентов бюджетной формы обучения учащиеся по целевому договору справились с заданиями 1 и 3 этапа ГИА несколько хуже по сравнению со студентами бюджетной формы обучения без целевого договора обучения.

Заключение.

Традиционно значительную часть учащихся в УГМУ приходится на студентов бюджетной формы обучения (69,9 %), из них на целевом обучении находятся более 50 %.

Лучшие показатели результатов тестирования и собеседования оказались в группе студентов бюджетной формы обучения, которые не закреплены договором о целевом обучении. Отсутствие договора о целевом обучении, по всей видимости, стимулирует учащихся получать более высокие оценки, чтобы оказаться конкурентноспособными на рынке выпускников медицинского ВУЗа, и иметь преимущества при поступлении в клиническую ординатуру.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cantwel B., Marginson S., Smolentceva A. (eds.) High Participation Systems of Higher Education. Oxford University Press, 2018. 496 p.
2. Афанасьева, А. С. Особенности взаимосвязи саморегуляции и академической успеваемости студентов 3 курса разных форм обучения / А. С. Афанасьева // Ярославский психологический вестник. – 2020. – № 1(46). – С. 34-36.
3. Минько, Э. В. Качество и востребованность образовательных услуг : Учебное пособие / Э. В. Минько, А. Э. Минько. – Саратов : Ай Пи Эр Медиа, 2017. – 1225 с. – ISBN 978-5-4486-0325-9.
4. Загирова, Ф. Р. Академическая неоднородность студентов и управление вузами: формирование исследовательской повестки / Ф. Р. Загирова // Университетское управление: практика и анализ. – 2018. – Т. 22. – № 3(115). – С. 141-154. – DOI 10.15826/umpra.2018.03.033.
5. Чернышова, Н. А. Связь результатов ЕГЭ и академических успехов студентов в сельскохозяйственном вузе / Н. А. Чернышова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2017. – № 1(45). – С. 171-177.

6. Патутина, Е. С. Предпосылки, перспективы, развитие целевой формы подготовки специалистов на примере Самарской области / Е. С. Патутина // Вестник СамГУПС. – 2019. – № 1(43). – С. 65-70.
7. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 года (с изменениями 2022 года). – М. : Юридическое издательство, 2022. – Ст. 110.
8. Алексеенко С.Н., Гайворонская Т.В., Дробот Н.Н. Анализ факторов, влияющих на успеваемость студентов медицинского ВУЗа// Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6.
9. Аникин В.В., Зотова Ю.А. Проблемы медицинского образования в России // Бюллетени медицинских интернет-конференций. 2016. Вып. 1.Т. 6.
10. Алексеенко С.Н., Гайворонская Т.В., Дробот Н.Н. Результаты единого государственного экзамена и динамика показателей успеваемости студентов – медиков за период обучения в ВУЗе // Современные наукоемкие технологии. – 2020. – № 11-1. – С. 99-104.

МАТЕРИАЛЫ «ФИЛОСОФСКОЙ АССАМБЛЕИ 2022»

**ПОНЯТИЕ “КАЧЕСТВО ЖИЗНИ” И ЕГО МНОГОМЕРНОСТЬ:
ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТЫ**

Мартыненко Т.А.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ответственный за переписку:

Мартыненко Тамара Александровна, студентка 221 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России shxxminxxbo@mail.ru

Резюме

Данная работа посвящена проблеме прояснения понятия качества жизни и его проявления на разных уровнях человеческого бытия. Особое внимание уделено вопросу «качества жизни» в медицине. Рассматривается нормативное понимание качества жизни и делается вывод, что в медицинской практике при определении качества жизни главным оказывается экзистенциальный уровень.

Ключевые слова: экзистенциальный уровень, качество жизни, человек, материальное, социальное благосостояние, сознание, медицина

Понятие “качество жизни” плотно вошло в наш обиход. Его используют в разных сферах жизни и разных областях науки: в экономике, социологии, психологии, медицине. В фокусе внимания философии оно оказалось во многом благодаря медицине, так как медицина имеет дело не просто с телом, с организмом, а с человеком. Если попытаться определить это понятие, то, как правило, под ним понимается уровень благополучия людей, создание достойных условий жизни, социальная устойчивость развития общества. Другими словами, это понятие является своеобразным измерением жизни человека и общества. Однако, на наш взгляд, качество жизни определенным образом связано с глубинным бытием человека, с его смыслом жизни. В начале 60-х годов двадцатого столетия качество жизни пытались измерять набором объективных показателей, таких как : здоровье, трудовая занятость, жилищные и материальные условия. Для этого использовали социологические и статистические методы. Однако, эти показатели часто не отвечали субъективным оценкам жизни людей. Есть ряд исследователей (Н.Д.Арутюнова, Е.М.Вольф, В.Н.Телия, А.Н.Баранов, Е.А.Баженова, Т.В.Бондарко, И.Л.Бондарко, М.П.Брандес и др.), которые выделяли две шкалы оценок: эмоциональную и рациональную. «В оценке подразумевают две разные стороны отношения субъекта к объекту, первая — его чувства, вторая — мнения»[1]. К позитивным чувствам можно отнести: ощущение социальной и личной безопасности, уверенность в завтрашнем дне, открытость к общению, заинтересованное отношение к своей работе, учёбе, к жизни вообще. К негативным - напротив: социальное изолирование, недовольство жизнью, страх перед будущим и т. д.. В 1962 году Абрахам Маслоу опубликовал свою книгу "На подступах к психологии бытия" и создал теорию «качества

жизни». Он основал свою теорию развития к счастью и истинному бытию на концепции человеческих потребностей, описав свой подход как экзистенциальную психологию самоактуализации, основанную на личностном росте. По концепции Маслоу, если человек берет на себя больше ответственности,- он становится более свободным, сильным, счастливым и здоровым. Это и есть критерий понимания “качества жизни”. Однако, необходимо учитывать, что жизнь человека имеет несколько измерений и каждое из них может по-разному представлять качество жизни. Можно выделить главные - это наша физическая, социальная и экзистенциальная жизнь.

Если говорить о социальном измерении жизни, то качество жизни во многом зависит от социальных возможностей. Например, может ли человек в тех или иных социальных условиях реализовать себя как социальный субъект, то есть, быть востребованным обществом, социально активным? Социальное положение во многом определяет и в тоже время зависит от материального. Материальное благополучие, благодаря которому мы можем позволить себе ту или иную еду, одежду, жилищные условия жизни, безусловно свидетельствует для окружения человека о его качестве жизни. В этом случае, качество жизни для разных уровней жизни, социальных слоёв (классов), будет разным, для богатого человека качество жизни - одно, а для безногого - другое.. И это то, что более очевидно для людей, это то, что человек определяет для себя как “хорошо жить”. Однако может оказаться, что всё это внешнее благополучие не делает жизнь качественнее, или вернее сказать, не гарантирует нам наполненности жизни. Даже успешная социальная жизнь: карьера, признание, деньги могут порождать пустоту и безрадостность жизни. Это говорит о том, что качество измеряется не только материальным и

социальным, но ещё и экзистенциальным параметром. Внутреннее осознание качества жизни связано именно с экзистенциальным измерением.

Если говорить о качестве нашей физической жизни - жизни нашего организма, то здесь мы непосредственно касаемся бытовой области и области медицины. Мы, как физическое тело, должны быть одеты, накормлены, у нас должно быть место - дом, где мы живем и, конечно же, крепкое здоровье. В связи с этим, особое место в определении качества жизни занимает состояние здоровья и уровень медицинского обслуживания. Медицина тоже оперирует понятием "качество жизни". В медицинской практике существуют нормативы качества жизни для разных категорий больных. Есть нормативы для страдающих диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, инвалидов, страдающих болезнями опорно-двигательной системы и т.п.

Как правило, качество жизни в медицинской практике измеряется уровнем трудовой и социальной активности. К примеру, исследования качества жизни у пациентов, страдающих недугами, связанными с нарушениями опорно-двигательного аппарата, показатель сводился преимущественно к физической составляющей. «Особенно у них страдала физическая активность, вызывающая проблемы на работе и при выполнении ежедневных обязанностей» [2].

Состояние здоровья - это, безусловно, показатель качества жизни. Однако, если понимать здоровье однобоко, только как физическое состояние, то понятие "качество жизни" вряд ли уместно, ведь жизнь не определяется только физическим измерением. Тогда возникает вопрос, что же все-таки определяет качество жизни, если и физическое здоровье, материальное и социальное благополучие - это всего лишь условия, хотя необходимые, но

недостаточные для того, чтобы жизнь стала качественной?

Исходя из выше сказанного, можно предположить что "качество жизни" достижимо лишь при возникающей гармонии во всех гранях жизни человека, но это может чаще всего выглядеть как утопия, что-то несбыточное. Человек всегда приобретая или имея что-то одно, как правило теряет другое. Действительно, существует внешний мир, который нелегко соотносить с нашими мечтами и потребностями, желаниями, как правило они не совпадают, но, есть и внутренний мир. Его возможности безграничны. Здесь качество жизни определяется переживанием полноты жизни. Когда человек принимает себя в мире с теми возможностями и достижениями, которыми он добился в жизни. Принимает себя со всеми недостатками, грехами и ошибками. Не в том смысле, что он ими гордиться, а в том, что это его жизнь и другой не будет. И когда он переживает смертельную болезнь, понимая, что жизнь заканчивается, его неповторимое единственное бытие становится миру не нужным. "Это нечто, что-то другое, оно дано нам прежде всего в чувстве той отрешенной тоски, которую все мы хоть на миг, хоть раз в жизни, но испытали. Ощущение, что я чужой в мире, что сам мир меня не принимает" [3]. Тогда, для каждого отдельного человека стоит вопрос в чем будет выражаться именно его качество жизни. И здесь мы переходим на экзистенциальный уровень понимания качества жизни.

Экзистенциальный уровень качества жизни связан с осознанием ценности самой жизни как дара и достоинства собственного бытия. Когда осознание, что ты смертен не пугает, а придает силу и уверенность в том, что ты есть, в том что ты делаешь. Ж.-П. Сартр считал, что человек, будучи свободным может проектировать себя, осознав своё существование и приняв на себя ответственность за качество своей жизни.

Именно этот аспект понимания качества жизни, как ценности каждой уникальной жизни, на наш взгляд, мог бы

существенно дополнить, существующее в медицинской практике, нормативное понимание качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vol'f E.M. Funkcional'naja semantika ocenki. M.: Nauka; 1985. p. 228. Russian (Вольф Е.М. Функциональная семантика оценки. М.: Наука, 1985. с. 228).

2. Mihajlova A.E., Krivoschapkin V.G., Protopopova R.N., Jerdes Sh.F. Kachestvo zhizni bol'nyh osteoartrozom v g. Jakutske. Nauchno-prakticheskaja revmatologija. 2, 2005. p. 11-14 Russian (Михайлова А.Е., Кривошапкин В.Г.,

Протопопова Р.Н., Эрдес Ш.Ф. Качество жизни больных остеоартрозом в г. Якутске. Научно-практическая ревматология. 2, 2005. с. 11-14).

3. Mamardashvili M.K. Jestetika myshlenija. M.: Moskovskaja shkola politicheskikh issledovanij, 2000. p. 416. Russian (Мамардашвили М.К. Эстетика мышления. М.: Московская школа политических исследований, 2000. с. 416).

СИМВОЛИЧЕСКОЕ ПОЛЕ МУЛЬТФИЛЬМА «ЁЖИК В ТУМАНЕ»

Атянчев С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный аграрный университет имени П.А. Столыпина

Автор, ответственный за переписку:

Атянчев Сергей Александрович, студент 2-го курса землеустроительного факультета ФГБОУ ВО Омский ГАУ, sa.atyanchev2020@omgau.org

Резюме:

В статье производится попытка философского осмысления символического поля мультфильма Ю.Б.Норштейна «Ёжик в тумане». В процессе символического толкования мы пытаемся вскрыть ряд архетипов, через которые художественный ряд мультфильма обращается к нашему бессознательному. Анализ пути главного героя и смысл этого пути в контексте вечных философских вопросов.

Ключевые слова: символ, инициация, индивидуальность, самопознание, миф о Нарциссе, гармония, личность, архетип.

В данной статье хотелось бы поговорить о возможных философских смыслах, заложенных в мультфильм Юрия Норштейна «Ёжик в тумане». Несмотря на то, что мультфильм появился на экранах в 1975 году, он до сих пор имеет культовый статус, который только продолжает крепнуть как в кругах отечественного, так и мирового зрителя. Поэтому хотелось бы разобраться, в чём уникальность этой сказки с философской точки зрения.

Человек, в процессе постижения чего-либо нового, неизменно ищет некие параллели или аналогии с уже пережитым опытом. Так произошло со мной и здесь. После просмотра мультфильма невольно видятся параллели с «Божественной комедией» Данте и его путешествием сквозь ад и чистилище в рай. Что же, по моему мнению, роднит Данте и Ёжика? Оба заблудились в сумеречном лесу, в котором им встречается несколько животных, символизм которых мы разберем позже. Также не стоит забывать и об изначальной цели Ёжика – добраться к другу – Медвежонку, которого можно соотнести с Вергилием, который смог, с помощью голоса, вызвать главного героя из тумана. Оба путешествия – странствие души от тьмы к свету. Мы видим это по символам начала и конца пути Ёжика: путешествие начинается с колодца – символа спуска в подземное царство, а заканчивается в спокойной обстановке рядом с лампой – символом света. Также стоит упомянуть, что оба произведения имеют похожий конец – встречу со звёздами. Оба героя любопытны на своём пути, и пытаются, во что бы то ни стало, воссоединиться с близким человеком.

Даже если не брать в расчёт аналогию с итальянским поэтом, очевидно, что Ёжик прошёл сквозь подземное царство, в котором встретил множество символов потустороннего мира. Рассмотрим туман, через который проходит весь сюжет мультфильма. В мифологии туман связан с моментом перехода и инициации, когда

человек теряет одно устойчивое положение и через переходный этап обретает новый статус. Рассмотрим это путешествие с точки зрения теории румынского философа Мирча Элиаде, который считал, что любой обряд инициации состоит из трёх компонентов: отделение-переход-включение. Мы видим, как Ёжик входит в туман, тем самым отделяясь от своей предыдущей жизни, весь его путь сквозь туман – пространственный переход, который завершается дома у Медвежонка, где происходит включение Ёжика в новый статус. Что же обретает Ёжик на своём пути инициации? Самого себя. Путь главного героя мультфильма – обретение индивидуальности, метафорический путь самопознания. Начинается всё с собственного отражения в луже, это отсылает нас сразу к двум вещам: мифу о Нарциссе и теории французского философа и психоаналитика Жака Лакана.

Для начала остановимся на мифологии. Нарцисс за отвержение нимфы, влюбившейся в него, был наказан богиней Немезидой: он влюбился в собственное отражение в воде и не смог сойти с места, превратившись в прекрасный цветок. Мультфильм начинается с двух образов, напрямую отсылающих нас к тому мифу: мы видим, как Ёжик смотрит в своё отражение и как он ахнет в колодец, вызывая эхо. Эти образы показывают нам, что в лесу Ёжику предстоит столкнуться с собственным подобием, и через него обрести себя. Ситуацию, в которой человек понимает себя через другого, наиболее ярко описал Жак Лакан. По его теории, именно в момент обнаружения и узнавания собственного отражения, мы формируем понимание самих себя. Это происходит у детей в период от 6 до 18 месяцев и называется «Стадией зеркала», т.е. настоящее познание себя возможно только при участии внешней стороны, от которой мы бы могли, буквально, отразиться. Здесь вновь стоит ненадолго вернуться к мифу о Нарциссе,

ведь он впервые познал собственную красоту только в момент, когда увидел отражение. В мультфильме мы наблюдаем схожую картину: «Ёжик в тумане» начинается с того, что главный герой узнает себя в отражении и далее пытается найти выход из тумана – символа запутавшегося в себе человека. Только пройдя через туман и серию встреч с его обитателями, Ёжик по-настоящему обретает самого себя, ведь неслучайно в конце мы слышим фразу: «Всё-таки хорошо, что мы снова вместе» – Ёжик находит гармонию с собой. Мультфильм поднимает вечную тему: поиск себя и истин.

Вторым главным действующим героем мультфильма является Филин – тёмный двойник, который следует по пятам за Ёжиком, но ничего не может ему сделать. Стоит также упомянуть, что Ёжик его совсем не боится и открыто это показывает. Возможно, Ёжик догадывается, что Филин – часть его личности, с помощью которой он познаёт себя. Сам автор мультфильма подтверждает идею о злом двойнике, преследующем главного героя: «Филин – тот же Ёжик, только наоборот. Он такой же простодушный, только дурной». Своеобразная связь Филина и Ёжика видна невооруженным взглядом: первую половину мультфильма Филин старательно повторяет все его действия, будь то разглядывание собственного отражения или крик в колодец. Но если Ёжик совершает эти действия по ходу дела, то для Филина это явный новый опыт, причем Филин, в отличие от Ёжика, не отражается в луже, и его очень увлекает собственное эхо в колодце. В мифологии Филин одновременно олицетворяет мудрость и знание, мрак и смерть. Так, в Древнем Египте его считали птицей смерти, в мифологии Древней Греции – мудрости. Филин стремится запутать Ёжика, но главный герой не просто не поддается на это, но и нарочито показывает отсутствие какого-либо страха.

Путь из тумана к Медвежонку

начинается, когда Ёжик находит дерево, напрямую отсылающее нас к архетипу Мирового древа из мифологии. Именно оно соединяет несколько уровней реальности «Ёжика в тумане»: под ним Ёжик начинает слышать голос друга. Мировое дерево часто обозначало ось мира, и в мультфильме мы видим, как могучее дерево соединяет мир сна и яви, мир тумана и реальности. После Мирового древа Ёжик попадает в другой классический архетип – реку Подземного царства, пересечение которой завершает обряд инициации Ёжика, это финальный рубеж, который главный герой встречает, уже практически смирившись с участью погибнуть в тумане.

Последние мысли Ёжика, которые мы слышим в мультфильме, посвящены Белой Лошади. Лошадь – ключевой образ мультфильма, если в начале Ёжика интересует вопрос, потонет ли Лошадь в тумане, то потом, вспоминая о ней, он говорит: «Как она там, в тумане?». Для главного героя Лошадь становится образом чистой, божественной красоты, которой нет места в настоящем мире, где есть Медвежонок. Лошадь навсегда останется частью тумана, никогда его не покинув, как бы этого не хотелось Ёжику. Именно Лошадь позволяет провести аналогию с двумя видами познания: рационального и чувственного, которые разворачиваются на протяжении всего путешествия главного героя сквозь туман. Рациональное познание заключается в подсчёте звёзд, тогда как чувственное – в тумане. Даже вернувшись в лоно рационального познания, мы всё еще помним о силе откровения – красоте Белой Лошади. В итоге Ёжик находит Медвежонка, но опыт, который он пережил в тумане, не оставляет его. Несмотря на уютную болтовню друга, Ёжик думает про себя: «Всё-таки хорошо, что мы снова вместе». Пройдя сквозь туман и наконец обретя себя, Ёжик возвращается в своё маленькое общество, но мы видим, что он стал другим.

Актуальность мультфильма «Ёжик в

тумане» можно объяснить тем, что в нём поднимаются вечные вопросы, волнующие европейскую культуру с момента её появления: «что будет после смерти?», «как понять самого себя?», «что такое истина?». Также мультфильм активно воспроизводит устойчивые архетипы и образы, которые встречаются практически в каждой культуре, в той или иной мере. Мультфильм «Ёжик в тумане» говорит нам, что мы не можем познать мир до конца, но в этом нет ничего плохого, главное – мы не должны останавливаться в своём поиске, ведь на

нашем пути могут возникнуть такие прекрасные откровения, как Белая Лошадь, а её красота оправдывает весь тот страх перед неизведанным, который возникает у нас, когда мы, как Ёжик, теряемся в туманной неопределенности мира. В мультфильме особо остро стоит проблема добра и зла, ведь Ёжика, который хочет добраться до Медвежонка, пугают и пытаются сбить с пути злые существа, вроде Филина и летучих мышей. Но действительно ли их можно назвать злом?

ЛИТЕРАТУРА

1. Данте Алигьери. Божественная комедия. – М.:Наука, 1967. – 628 с.
2. Сулова О.Ю. Введение в чтение Лакана: «Стадия зеркала» // Кабинет А: Картины Мира. - СПб.: Инапресс. – С.143-161.

ИСТОРИЯ ГЕДОНИЗМА: ОТ ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

Евграфов И.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный аграрный университет имени П.А. Столыпина

Автор, ответственный за переписку:

Евграфов Иван Евгеньевич, студент 2-го курса землеустроительного факультета ФГБОУ ВО Омский ГАУ, ie.evgrafov2020@omgau.org

Резюме

Гедонизм или hedonism (от греческого «hendone» – наслаждение, удовольствие) представляет собой философское учение, в котором получение удовольствий – высшее благо для человека, основная потребность, жизненная цель и стремление. Простыми словами гедонизм – способ жить так, чтобы получать максимум удовольствия, отгораживаясь от всяческих проблем. На протяжении всей истории существования этого направления гедонизм приобретал различный окрас и в настоящий момент приобретает особое звучание в связи со становлением общества потребления.

Ключевые слова: гедонизм, эпикуреизм, общество потребления, счастье, утилитаризм, идея общественного договора.

Что такое гедонизм? Почему гедонистов считают лентяями? Как стать настоящим гедонистом?

Попробуем представить, как выглядит настоящий гедонист. Человек, который весь день и сидит на диване и только ест? Или может древний римлянин на роскошном пире.

Отчасти все это может быть правдой, но на деле гедонизм это сложное философское и этическое учение, согласно которому источник блага – удовольствие, а источник зла – страдание.

Сегодня гедонизм воспринимают неоднозначно, многие разделяют эти идеи. С одной стороны, жизнь одна и коротка – следовательно надо жить в свое удовольствие. Но с другой стороны, такой подход называют эгоистичным и даже вредным. Если каждый будет жить только в собственное удовольствие, то мир погрязнет в зле и разврате.

О чем на самом деле философия гедонизма?

Основоположником гедонизма принято считать древнегреческого философа Аристиппа из Кирен. Аристипп был современником Сократа и основал свою философскую школу. Ее участников стали называть киренаики, по месту рождения философа.

Аристипп считал, что у человека существуют 2 состояния души:

1. нежное и мягкое состояние,
2. грубое и порывистое состояние.

В нежном и мягком душа соприкасается с удовольствиями, а грубое и порывистое возникает в ответ на боль. Стремиться, конечно же, нужно к первому состоянию. Следовательно, смысл жизни человека в постоянном получении удовольствия. Аристипп не делил удовольствие на правильные и неправильные, есть просто более и менее приятные и доступные, но все они должны отражаться в ощущениях. Теплая ванна, вкусная еда, красивая женщина - все это действует на чувства и ведет к наслаждению. Единственное зло в жизни – боль, её нужно всеми способами избегать [3].

Аристипп был не только теоретиком гедонизма, но и практиком. Он любил получать удовольствие от алкоголя, богатства и прекрасным гетер. В гедонизме Аристиппа формируются первые основания этого этического направления - приоритет индивидуальных потребностей перед общественными.

Киренская школа просуществовала всего около сотни лет. Ей на смену пришла философия эпикуреизма. Если Аристипп больше говорил об удовольствиях тела, то философия Эпикура – об удовольствиях души. В его письме Менекею есть строки: «когда мы говорим, что удовольствие есть конечная цель, то мы разумеем не удовольствия распутников. Но мы разумеем свободу от телесных страданий и от душевных тревог» [4]. Эпикур делит все удовольствия на 3 типа:

1. Естественные и необходимые – избавляют человека от страданий и приносят наслаждение. К таким наслаждениям относят сон, еду и утоление жажды. Без них невозможно само существование человека, поэтому их называют необходимые.

2. Естественные, но не необходимые – это уже не удовлетворение потребностей, а некоторое излишество. Например, голод можно утолить как хлебом, так и различными деликатесами. А обычная кофта согревает ничуть не меньше, чем кофта из дорогого бутика. К естественным, но не необходимым Эпикур относил и любовь. Эти наслаждение хуже, чем необходимые, потому что могут привести к страданиям, зависти, ревности и жадности, поэтому с ними нужно быть осторожными.

3. Не естественные и не необходимые – к ним относятся так называемые «тщеславные удовольствия»: желание обладать высоким социальным статусом, бесконечными богатствами, прижизненными памятниками самому себе. Все это может причинять боль и нарушать состояние атараксии, к которому должен стремиться человек. А

достичь атараксии можно если сосредоточить внимание на получение естественных и необходимых удовольствий.

Внутренняя невозмутимость, отсутствие страданий и счастье – вот цель жизни человека.

Гедонизм Эпикура мало похож на образ жизни пресыщенного удовольствиями человека. Материалисты объясняют: в традиционных обществах были сильно ограничены ресурсы, поэтому и к удовольствиям нужно было подходить избирательно. Средние века из-за распространения христианской морали вообще принято считать эпохой антигедонизма. Вера предполагала большое кол-во правил и лишений. Но если взглянуть на это с другой стороны, христианство предлагает взамен на выполнение всех требований вечность в раю. А что это если не удовольствие? Это похоже на эпикурейство, разница состоит в том, что христианский подход предлагает отложить удовольствия до рая. Потом началось новое время, развитие науки и техники, географические открытия и новые философские теории. Меняются и представления об удовольствиях. Теперь они рассматриваются как естественное право человека. Об этом писали Бенедикт Спиноза, Томас Гоббс и Джон Локк. Все они согласны, что человек от природы стремится к удовольствиям, но возникает проблема – это личное стремление не всегда соответствует общественным интересам. Тогда человек может отказаться от части удовольствий в обмен, например, на безопасность. Так рождается идея общественного договора, а позднее – этика утилитаризма. Согласно этике утилитаризма в своих поступках нужно опираться на принцип полезности и представлении о счастье не одного человека, а общества в целом. Основоположниками данного принципа принято считать Иеремию Бентама и Джона Стюарта Милля. Хотя были и мыслители, которые продолжали настаивать на удовольствии в чистом

виде, даже если оно противоречит общественным нормам и порядкам. Например, такой позиции придерживался Маркиз де Сад.

Соотношение личного и общественного – одна из главных проблем философии гедонизма. В советской России актуальным оказался коллективизм. Общее стало довлеть над индивидуальным, а философия гедонизма потеряла свои позиции. Пятилетка за три года, освоение целины, большие индустриальные стройки – все это требовало пренебрежения индивидуальными стремлениями.

На западе индустриализация и экономический рост привели к тому, что население развитых стран перестало испытывать недостаток ресурсов. В конце 70-х годов XX века, социолог Даниэль Белл пришел к такому выводу: «победила гедонистическая мораль, в которой счастье – высшая ценность, а благом считается все, что помогает его достичь» [1]. По его мнению, один из способов достичь счастья в капиталистическом обществе – потребление, но когда гедонизм начали ассоциировать с культом потребления, он стал восприниматься скорее как отрицательное явление. Об обществе потребления писали многие философы: Жан Бодрийяр, Мишель Фуко, Жиль Делёз.

Одна из основных критических работ об обществе потребления - «Одномерный человек» философа Герберта Маркузе. В этой книге описывается, как общество массового потребления влияет на людей, создает ложные ценности и навязывает их человеку, заставляя его забыть об истинных потребностях. Из-за этого люди становятся по сути одинаковыми. Чтобы вернуться к истинным желаниям, нужно совершить отказ от бесконечного потребления и сиюминутных удовольствий [5]. Действительно многие вещи, такие как еда, жилье, работа давно перестали служить удовлетворению необходимых потребностей. Они существуют ради того, чтобы их можно

было показать в социальных сетях. Это становится мерилем счастья и успеха. Такую систему ценностей называют примитивным гедонизмом. Счастье стало товаром, на которое обратил внимание бизнес. Уже недостаточно продавать вещи, нужно продавать образ жизни. Обещание привести короткой дорогой к счастью дают бесчисленное количество мотивационных коучей на различных тренингах и марафонах. Культ счастья проник в большинство сфер общественной жизни, в том числе в политику. Социологи и политологи сегодня говорят, что уровень счастья – это показатель, который можно измерить. Все популярнее становится подход, при котором состоятельность действующей государственной политики определяет не уровень ВВП, а счастье население.

Однако удовольствие здесь и сейчас имеют свой предел. В более экономически развитых странах можно заметить пресыщение потреблением, хотя менее развитые только начинают им наслаждаться. Происходит новый этап развития гедонизма. Все чаще люди обращаются к понятию счастья.

Современная футурология и трансгуманизм заявляют, в ближайшем будущем человек научится менять не только свое тело, но и психику, что даст возможность влиять на уровень счастья. К нам на помощь придут мощнейшие технологии воздействия на мозг. Главным идеологом этого направления является британский философ Дэвид Пирс. Он считает, что главная цель человечества – сокращение числа страданий [2]. А для этого все средства хороши.

Но есть и другой подход. Философы предлагают вернуться к эпикуреизму. Безусловно, покупка новой машины на время дарит нам ощущения счастья, но этот момент быстро проходит. Подлинное же счастье состоит в уменьшении страданий. Не только своих, но и страданий другого. Человек ощущает причастность к чему-то

большему, чем он сам. Например, волонтерская или поисковая работа может не быть связана с удовольствием, но в долгосрочной перспективе это даст ощущение счастья, и часто оно заключается в совсем простых вещах.

Гедонисты – это люди, целью которых является получать удовольствие от жизни. Они хорошо чувствуют свои "хочу", умеют их реализовать и наслаждаться результатами этих достижений. Конечно, можно получать удовольствие от жизни, сфокусировавшись только на своих эгоистичных инфантильных желаниях. Но, по моему мнению, нужно искать удовольствие не только в естественных и необходимых желаниях, а скорее в развитии, достижении своих целей, самореализации, в работе, в отношениях. Вкладывая в эти аспекты своей жизни силы и энергию и получать плоды в виде счастья. Не только собственного, но и окружающих тебя близких. Делая людей вокруг себя счастливыми, сам становишься счастливее.

Однако следуя положениям гедонизма и живя ради удовольствия, сам не замечаешь, как для того, чтобы получить удовольствие, нужно все больше и больше вкладываться, потому что, чтобы получить удовольствие нужно немного переступить порог своей нормальной жизни. А если постоянно его переступать, то эта граница будет постепенно смещаться, что приведет к постоянному увеличению трат на поддержание своих стандартов. А это может быть опасно, потому что приведет к тому, что вам скорее всего не хватит ресурсов, чтобы получить те удовольствия, которые вас удовлетворяют и, если не получить этого удовольствия на смену придут боль и страдания – обратная сторона гедонизма.

Таким образом, современному гедонизму стоит иногда занижать свои стандарты, чтобы они росли соизмеримо с развитием его возможностей и тогда можно обрести некое счастье.

Наверное...

ЛИТЕРАТУРА

1. Гедонизм: что это такое, основные принципы, плюсы и минусы // Конструктор успеха URL: <https://spbliders.ru/> (дата обращения: 03.04.2022).
2. За рамками биологической революции. Что такое трансгуманизм // РБК. – URL: <https://trends.rbc.ru/trends/futurology/60d2e2329a79471fc59e12e8> (дата обращения: 02.04.2022).
3. Кучковский П. В. Парадоксы чувств у киренаиков и их связь с софистами // Молодой ученый. – 2016. – №2. – С. 973-980.
4. Лукреций Тит Кар. О природе вещей. – 2-е изд. – М.: Художественная литература, 1983. – С. 305-319. с.
5. Маркузе Г. Одномерный человек. – 12-е изд. – М.,: Port-Royal, 1994. – 368 с.

ВОСПРИЯТИЕ И ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Елкина А.В.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автор, ответственный за переписку:

Елкина Анастасия Витальевна, студентка 2-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. elkina_nastasya@list.ru

Резюме

В представленной статье рассматривается аспект одиночества. Большое значение в раскрытии сущности одиночества имеет индивидуализация. На данный момент трендовым является раскрытие своего потенциала, познание себя, самолюбие, что в своём роде и есть персонализация. Ценность философского осмысления одиночества состоит в актуальности внимания к большей значимости обособления индивидов в обществе.

Ключевые слова: одиночество, индивидуальность, оторванность, отчуждение, изгой, познание себя.

Одиночество является сложной проблемой для психологии, философии, социологии и смежных дисциплин. Данная проблема исследовалась с давних времён, но в настоящее время она также актуальна. Интересы современного человека сфокусированы на материальных благах. Забываются духовные ценности. В погоне за успехом люди отдаляются друг от друга.

С точки зрения психологии «одиночество – это переживание, вызывающее комплексное острое чувство, которое выражает определённую форму самосознания, и показывающее раскол основной реальной сети отношений и связи внутреннего мира личности» [1]

Жан-Поль Сартр считал: «одиночество человека заключается в выборе действий. Будучи лишенным возможности перекладывать ответственность за свои решения, человек обречен осуществлять свой выбор сам, единолично» [2].

Ошо (индийский религиозный деятель) говорил: «Первое, что нужно осознать, – что, хочешь ты того или нет, ты один. Одиночество – сама твоя природа. Ты можешь попытаться его забыть, ты можешь попытаться не быть один, находя друзей, находя любовников, смешиваясь с толпой... Но, что бы ты ни делал, это останется на поверхности. Глубоко внутри, твоего одиночества это не касается, оно остается незатронутым» [3].

Исходя из вышеизложенных понятий можно сделать вывод, что одиночество в определённой мере является естественным состоянием человека. Следовательно, его можно воспринимать по-разному. Переживание одиночества зависит от призмы, через которую на него смотрит человек. Далее изложены мысли, рожденные из собственного опыта. Выделяются следующие этапы одиночества:

1. Осознание одиночества
2. Восприятие, реакция
3. Возникновение вопросов

Во втором и третьем этапе могут быть разные пути развития событий. На втором этапе я испытывала страдание, приняв общепринятое мнение, что одиночество – это плохо, неполноценно, уязвимо и в целом больно. Человек не обязательно может испытывать негативные эмоции, если он не поддаётся чужим умам. Возможны и принятие, и наслаждение, и нейтральность.

В третьем этапе исходя из названия было много вопросов: «Что данное состояние даёт мне?», «Что с ним делать?». Были неудачные попытки заткнуть это чувство другими людьми, действиями, избежать его, но, поскольку оно естественно для человека, это не избавляло от травмирующих эмоций. Тогда было принято решение попробовать трансформировать его. Выделить из ситуации что-то положительное. Необходимо осознавать сущность, ум, способности, которыми мы обладаем. Это отличает нас от других, в этом проявляется одиночество, и это есть индивидуализация.

А может и не быть никаких этапов. Здоровый ментально человек будет жить в этом состоянии и не ощущать его. Но зачастую личность тяжело переносит одиночество. Состояние подобно нахождению в пустыне, которая накрывает, вызывая ощущение тоски и пустоты.

К слову хочу привести в пример человека, который очевидно не уживался с одиночеством. Интерес представляет то, что персонаж был крайне раскрыт и именно это и было проблемой.

Для Марины Цветаевой собственное переживание одиночества завершилось трагически.

Как отмечает В.В. Заманская, Цветаева понимала и принимала судьбу. Поэтесса рождена для одиночества. Это её земной крест. Без него она перестает быть поэтом. Изначально принятие погубило бы сущность Марины Ивановны. В письме Ю. Иваску поэтесса пишет, что не находит родственной души даже среди поэтов. Не имеет книг, читателей, среды.

Сравнивает себя с собакой. В данном случае от общества исходит неприятие и не понимание, именно от этого писательница испытывает дискомфорт. Одиночество проявляется в изгнании сформированной сущности человека.

К сожалению, в нашем социуме принято воспринимать одиночество в негативном ключе. Именно из-за восприятия одиноким людям больно. Они чувствуют себя не принятыми и чужими. Они разорваны и целы одновременно. Разорваны обществом, целы одиночеством. Одиноким, чтобы жить должен быть сильной и вдохновлённой личностью. Сильным, чтобы противостоять внутренним винтам. Вдохновлённым, чтобы противостоять мнениям других. Есть ли своё счастье у одиноких? И в чём оно? Оно заключается в истинном обретении себя, индивидуальности и ключевое сохранение этого в обществе, что является сложным, поскольку общество давит и душит собой.

Социум не понимает контрастности. Умы слишком каменные, для того чтобы знакомиться с чем-то другим. Одиноким люди как полоса в книге от маркер-выделителя среди чёрно-белого. Многим людям самим хочется выделиться и они завидуют этому маркеру. Также общественное сознание может восхищаться и превозносить. У общества есть общий голос, но он может разделиться. На поколения, времена, понятия. Можно быть признанным или отвергнутым или и то, и то одновременно. Следовательно, цельность от одиночества может и укрепляться обществом. Получается жизнь одинокого зависит от общества? Да, если одиноким социально зависим.

Можно предположить, что одинокие – сила. Им лишь стоит раскрыться и бросить вызов определённой части социума. Может эти люди движут миром? Миром индивидуальности, которого так мало. Одиночество может пожирать или раскрывать. Также стоит учитывать, что чаще подразумевается

под одиночеством именно в обществе. Обычно люди хотят внимания, любви, заботы, чувства принадлежности кому-то, принятия. Когда данные потребности не удовлетворяются, человек начинает думать, что он испытывает чувство одиночества. Возникает вопрос, почему люди хотят связать себя с кем-то или чем-то. Нужно определиться что тебе нужно. Зависимость или свобода, принадлежность самому себе? Почему, если ты свободен, то чувствуешь чувство одиночества? Здраво ли это? Можно сказать, что большинство людей не могут справиться с свободой и пытаются связать себя отношениями. Мы должны прийти к тому, чтобы не быть зависимыми от того что происходит во вне, тогда и одиночество не будет существовать. В пределах нашего тела мы всегда одни. Мы можем общаться, вступать в половые отношения, но в пределах нашего тела мы одни. Это нужно ценить. Ценить, что в наш духовный мир, понятия, мировоззрение никто не может забраться. Это наше собственное пространство, разве это не замечательно? Философ Жан-Поль Сартр считал, что одиноким в выборе пути, поступков. На человеке лежит ответственность, которую не переложить на других. Сартр считает, что человек обречен быть свободным. Человек в экзистенциализме неизбежно одиноким в этой свободе.

Одиночество естественное состояние человека, если рассматривать то, что люди различны и индивидуальны. В жизни одинокого человека переплетаются социальное одиночество с личностным. Именно личностное одиночество является нормой. Человек не должен испытывать страдания от одиночества. Каждому человеку стоит разобраться в этой теме, поскольку это наша сущность. Необходимо осознать своё одиночество, которое присуще каждому и преодолеть общественные клише, призмы, свои страсти, деструктивные потребности. Осознание этого аспекта делает нас выше, сильнее,

состоятельнее. Нужно принять своё одиночество, поскольку оно есть сущностная характеристика человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возрастные особенности переживания одиночества [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.allbest.ru/> (дата обращения 12.02.2022)
2. «Теории»: Сам по себе. Пять концепций одиночества [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://concepture.club/post/obrazovanie/teorii-odinochestva> (дата обращения 12.02.2022)
3. Фромм Об одиночестве [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://xfresh.info/samorazvitiye/305-filosofy-ob-odinochestve> (дата обращения 12.02.2022)

ЛЮБОВЬ СРЕДИ РУИН

Иванова Д.И.¹

¹ Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Иванова Дарья Ивановна, студентка 3-го курса фармацевтического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, iw.dar2001@mail.ru

Резюме:

Современное состояние общества как будто не оставляет места для любви. Значит ли это, что любовь должна быть предана забвению, или мы по-прежнему нуждаемся в ней?

Ключевые слова: жизнь, любовь как дар, работа любви, В.С. Соловьев, Э.-З. Фромм.

Современный человек – это человек, живущий «среди руин». Он потерян, не знает кто он такой, а потому ему свойственно ощущение «трагической несостоятельности жизни». Живя на поверхности, он, тем не менее, пусть и крайне редко, эпизодически, испытывает жажду глубины, иначе, осмысленности собственного существования. Казалось бы, человеку дарована любовь, которая способна наполнить смыслом его жизнь. Но обыденное сознание, скорее, будет упорствовать в убежденности, что любовь даруется не всем, да ее и заслужить надо, да и где она – эта любовь? Позволим себе с этим не согласиться. Любовь даруется каждому, вот только не каждый способен принять этот дар и все потому, что не дал себе труда любви. Труд любви – это научение. Многие считают, что проблема любви – это проблема объекта, «желание желаемого», а не проблема способности любить. «Любить просто, а вот найти достойный объект любви, или пробудить в нем любовь к себе, трудно». Такому суждению не стоит удивляться: в обществе, где превалирует прагматизм, а материальный успех представляет основную ценность и отношения между мужчиной и женщиной невольно будут следовать законам рынка.

Убеждение в том, что нет ничего проще любви, по слову Э. Фромма, ошибочно. Любви надо учиться. И начать стоит с осознания, что человек есть тайна, что он бесконечен и непостижим не только для другого, но и для себя самого и что только в любви и благодаря любви он способен пережить, почувствовать свою неповторимость, незаменимость и только благодаря любви способен наполнить и свою жизнь, и жизнь другого смыслом, обрести себя. Необходимо понять, что любовь важна не как одно из наших чувств, что она та сила, которая способна пробудить в нас то сокровенно-таинственное, что есть мы сами, иначе, спасти нашу самость. Вот только значит ли это, что для любви, как спасительного чувства, в современном

мире еще осталось место? Или любовь в ее классическом понимании уступает место тому чувству, что лишь симулирует любовь? К сожалению, все чаще мы встречаемся, скорее, не с самой любовью, а с ее имитацией и многих это совсем не смущает. Им как будто невдомек, что без любви человек не более, чем мертвец, что она необходима и что она – усилие во что бы то ни стало остаться живым. Им как будто неведома ценность любви. А между тем, любовь позволяет преодолеть чувство одиночества и отделенности и при этом оставляет возможность оставаться самим собой. Любить – значит главным образом давать, а не брать. Давать – не значит отказываться от чего-то, жертвовать чем-то или надеяться на равноценный обмен. Любовь не о пользе, она о ценности. О ценности другого, без которого меня, как полноты, как целостности нет. В одиночку человек не может осуществить себя в бытии, ему всегда нужен кто-то с кем он будет делить жизнь. Жажда себя, жажда жизни и есть жажда любви и эта жажда не искоренима, пока есть человек. Если любовь лишь пассивное состояние, то она обречена на поверхностность и сухость. Любовь должна быть деятельной, а это значит, что в ней не может не проявляться искренний интерес, искренняя забота о другом – в любви нельзя быть расчетливым, мелочным, бездарным, здесь требуется щедрость, «зоркость сердца, широта души». Способен ли наш век сохранить такое понимание любви? Вопрос остается открытым. Почему? С любовью что-то случилось или с нами? Конечно с нами. Мы живем в век прагматизма и живем ему под стать. Э. Фромм замечал, что любая попытка прояснения любви не может не начинаться с прояснения вопроса о человеке. Каков человек современности? Он озабочен пользой, его рассудок ищет ее. Ищет приятного, не обременительного, того, что можно использовать. Использовать – значит брать, брать, брать. А любовь как ценность склонна к дарению, поскольку

и сама есть дар. Любить – не значит ли это вступать в отношения с тайной (в Библии читаем о любви – тайна сия велика есть). А почему собственно тайна? Нет никакой тайны для человека, привыкшего брать. Но для того, кто в любви видит дар, она есть тайна потому, что дар любви - это встреча с другим, а уж он-то точно тайна! Ну не хочет современный человек в большинстве своем разгадывать другого как тайну. Признать в другом тайну, значит научиться видеть и признавать ценность другого. Современный человек, озабоченный пользой, склонен признавать ценность лишь за собой. Он эгоистичен, а там, где есть эгоизм - там нет любви. Без любви отношения между мужчиной и женщиной иначе как партнерскими и не называются. Из таких отношений уходят нежность, теплота, взаимная заинтересованность друг в друге и в конце концов в них основательно поселяется одиночество, грозящее разрушить саму нашу жизнь. Спасением нашей жизни, спасением от одиночества могла бы стать любовь, но современный человек относится к ней с известной долей подозрения. Откуда эта подозрительность? Нет от нашего ли нежелания дать себе работу любви? Не от того ли, что мы позволили завладеть нашей душой «злу эгоизма»? И все же она случается с нами, как бы мы не старались ее избегать. У нее нет природных оснований, она метафизична

и приходит к нам по своим собственным законам. Она становится тем мостом, что способен соединить столь разные, непохожие (одинокие) берега – его и ее. О ее приходе мы можем судить потому действию, которое она производит в нас. С ней в нас просыпается способность жить и мыслить не только в своем замкнутом мире, но и в другом. С ней мы переносимся из собственного эмпирического существования в жизнь другого. С ней мы учимся видеть и себя, и мир по-другому. Конечно, прежде чем она случится, с нами много чего может произойти. Мы можем влюблять и влюбляться, соблазнять и соблазняться, но уж если она явила себя нам, то от нас будет зависеть сумеем ли мы сохранить ей верность. У В.С. Соловьева в работе «Смысл любви», есть размышления о том, почему любовь оставляет нас. Среди возможных причин он называет две самые важные, которые как раз связаны с работой любви. Он пишет о том, что любовь, предоставленная самой себе, в конце концов оставляет нас. И, пожалуй, самое удивительное сравнение, которое он приводит, так это сравнение любви с восхождением на Голгофу. Но ведь он прав – нам хочется только удовольствий и наслаждений, а между тем это труд, который обернется для каждого из нас чудом преображения и спасения собственной жизни, как единственной и неповторимой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев В.С. Смысл любви / В.С. Соловьев. Русский эрос или философия любви в России. – М.: «Прогресс», 1991. – 448 с.
2. Фромм Э.-З. Искусство любить. Исследование природы любви / Э.-З. Фромм. Иметь или быть. – Киев, 1998. – 187 с.

ЧЕЛОВЕК В УСЛОВИЯХ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Крашенинникова А.С.¹

¹- федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Крашенинникова Александра Сергеевна, студентка 234 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Sashenkak15@mail.ru

Резюме

В данной статье рассматривается проблема как нестабильность и неопределённость оказывают влияние на существование человека. Человек ориентирован на стабильность и предсказуемость мира, однако с развитием науки он всё больше оказывается в мире неопределённости, плюральности, нестабильности. Это обстоятельство вынуждает человека изменить свое отношение к привычным правилам, ценностям, что влечёт за собой изменение мышления. На первый план выдвигается креативность мышления, способность к парадоксальным решениям в моменты непредсказуемых поворотов современной действительности.

Ключевые слова: нестабильность, неопределённость, креативность, парадоксальность, синергетика, человек, наука.

Современную эпоху часто воспринимают как эпоху, ниспровергающую всё привычное, общепринятое, проверенное, надёжное и устойчивое. «Эта эпоха – эпоха прорывов в науке, социальных экспериментов, мировых войн, революций, мировых кризисов, глобальных перемен, где всё стало относительным, текучим, изменчивым, нестабильным: время, пространство, ценности» [2]. Это касается не только мира, но и самого человека.

Человек во все времена пытался понять мир, как он устроен, как он развивается, чтобы выстраивать в этом мире свою жизнь, достигать своих целей, или, попросту, жить. Для человека необходимо понимать, что его будет ждать завтра, с какими вызовами предстоит столкнуться и какие проблемы придется решать. Другими словами, человек хочет какой-то стабильности и определенности в жизни. Как сказал Мартин Хайдеггер: «Человек сам проектирует свое бытие» [4]. Надежность мира обеспечивает ему истинность проекции.

Не случайно в древности всегда боялись хаоса, всепожирающую, разрушающую бездну. Необходимо было «охранять» порядок – Космос, где человеческая жизнь обретала смысл. Однако, чем больше человек узнавал мир, тем больше в этом мире заявляла о себе человеческая деятельность. Казалось бы, чем больше законов известно об устройстве мира, тем он всё более управляем и предсказуем, а следовательно – стабилен. Однако, наблюдается совсем иная картина: мир всё более обнаруживает себя как неопределенный и нестабильный. Неопределенность – недостаточность сведений об условиях, в которых будет протекать какой-либо процесс. А нестабильность – состояние системы, характеризующееся неоднородностью и одновременностью каждого из протекающих процессов. (Толковый словарь С. И. Ожегова). В этих двух понятиях есть нечто общее: мир – реальность становится непредсказуемой,

ее нельзя просчитать, прогнозировать, а, следовательно, нельзя рассчитывать на осуществления любого жизненного проекта, будь то человеческая жизнь или жизнь государства. Это связано с постоянным усложнением того, что несколько десятков лет казалось простым и понятным. Взять хотя бы медицину, после открытия антибиотиков прошло совсем не много лет, но на сегодня можно сказать что они не только принесли пользу человечеству, но и определеннй вред. А современный «коронавирус» радикально изменил наши представления о вирусах, поставив перед человечеством массу вопросов.

Конечно, и неопределенность, и нестабильность присутствовала и в ранние времена человеческой истории. В древности, например, нестабильность связывали с войной, со стихийными бедствиями. Для человека это всегда было трагичным. Тем, что прерывало обыденный ритм жизни, подвергала многие города и народы в хаос. В средние века неопределенность и нестабильность задавали не только войны, но и эпидемии, которыми невозможно было управлять, гибель большого числа людей вызывала страх и панику, отчаяние в жизни человека. Когда появилась наука, жизнь человека стала более предсказуема, так как стало возможно объяснить, предсказать, укротить какое-либо природное явление. Человеку казалось, что жизнь может быть, в принципе, управляема, просто мы не имеем достаточных знаний.

Впоследствии, научный подход к описанию мира стал определяющим. Было открыто немало природных законов, провозглашающих устойчивость мира в качестве его базового свойства. Так, в природе постоянство обеспечивается действующими в ней законами и силами: законом сохранения массы, энергии, заряда, и др., силами инерции, упругих деформаций и прочего. В итоге, понимание мира как устойчивого порядка, стало доминирующим в

европейском самосознании. Наука этому только способствовала. Открытие всех новых законов естествознанием, давало возможность управлять и предсказывать природные явления, и не только природные, еще и общественные. Даже мышление старались подчинить определённым логическим законам и идеологическим штампам.

Однако, открылась обратная сторона научного освоения мира. Чем больше человек узнает об устройстве мира, тем больше у него вопросов, неясных, необъяснимых событий и явлений ему необъяснимым. Предсказуемость и прочитаемость мира оказалась лишь иллюзией ученых умов. И открытия современной физики 20 века наглядно это подтвердили. Была открыта Общая теория относительности А. Эйнштейна, а также - Принцип неопределённости Гейзенберга и Н. Бора (чем точнее измеряется одна характеристика частицы, тем менее точно можно измерить вторую), которые обосновывают идею о том, что мир всегда находится в состоянии неопределённости и не стабильности. Определённость и стабильность - это лишь условно задаваемые параметры. Наука, желанной целью которой было получить строгие точные характеристики и законы этого мира, столкнулась с невозможностью достижения строгой определённости. (вспомним хотя бы кота Шредингера!). С другими сферами жизни дела обстоят не лучше.

В социальной жизни, к примеру, человеку и вовсе не приходится рассчитывать на стабильность. Социальные процессы, начиная с двадцатого столетия, стали настолько не стабильными, что их часто сравнивают с переменами в погоде. Нестабильность, неопределенность - это становится нормой жизни. «Сегодня мир это - мир, в котором нет никаких гарантий и никаких опор, только спонтанное излучение комбинаторных моделей или имитаций, которые не могут претендовать на

дублирование и даже на пародию» [2]. Эта вседозволенность, толерантность, плюральность, отказ от каких-либо общезначимых ценностей поставил человека перед выбором: либо закончить человеческую цивилизацию мировой войной – «войной всех против всех», либо же научиться принимать нестабильность и неопределенность, эти новые вызовы в жизни – как благо, а не как зло.

Не случайно в начале 20 века появилась такая наука, как синергетика, где утверждается что порядок – это вообще локальное, временное явление, более того, порядок обязан своей «жизнью» хаосу. «Хаос служит условием для перехода системы на новый уровень функционирования, неким «резцом скульптора», отсекающего всё отжившее и закостенелое». Именно неопределенность и нестабильность обеспечивает внутреннюю гибкость в поведении природных и социальных систем, ведет к порождению нового, делает жизнь разнообразной, открывает возможность иного видения. Иначе говоря, нестабильность в наше время стала утрачивать свой устрашающий образ, и напротив обретает всё больше положительных черт, превращаясь из вселенного зла в очевидное благо.

Сегодня в науке наряду с национальными программами, которые определённым образом упорядочивают развитие науки, выстраивая её общую стратегию, сосуществуют множество личных проектов, идей, разработок. «Динамика науки во многом строится на хаотической основе индивидуальных ментальных состояний, разнонаправленных личностно окрашенных исследовательских устремлений и действий» [3]. И без этого ни одна программа не эффективна. Можно сказать, что «случайность» потеснила «необходимость», выступая определённой чертой любой сложно функционирующей практики, которая претендует на творческий процесс.

В творчестве, как сказал Ж.П. Сартр «мы должны принять изначальную случайность за конкретную цель конструктивной строгости» [1]. Такое радикальное изменение отношения к нестабильности, к неустойчивости предполагает изменение мышления, оно должно тоже стать другим. Но каким? Одной из главных черт нового мышления является креативность. Креативность предполагает не только творческий нестандартный, неформальный подход, но и многовариантность, разнообразие ходов мысли, подчас альтернативных и даже противоположных. Допускается некий хаос в мышлении, который может вывести на нестандартное решение вопроса.

Неотъемлемой чертой нового мышления в условиях нестабильности является и парадоксальность. Следует отметить, что такой опыт по меткому выражению А. Эйнштейна демонстрировали многие выдающиеся учёные, к примеру Н. Бор. Для него была характерна тонкая чувствительность к парадоксальным вопросам, которые он ценил выше ответов. Он считал, что глубокие мысли рождаются на грани безумия, там, где кончается здравый смысл. Следует отметить, что новая эпоха вовсе не предлагает избавиться от здравого смысла, она лишь предлагает позволить немного расширить возможности человека за счёт, как это не парадоксально звучит, той сферы которая лежит за пределами здравого смысла, позволить себе невозможное!

ЛИТЕРАТУРА

1. J. Reale and D. Antiseri. Western philosophy from its origins to the present day. From Romanticism to the present day — Publishing house "Pneuma", St. Petersburg, 2003, page 223). (Дж.Реале и Д. Антисери. Западная философия от истоков до наших дней. От романтизма до наших дней — Издательство «Пневма», С-Петербург, 2003. с. 223)
2. Zenec N. G. The subject of philosophical thought-creation: the experience of understanding the existence of philosophy: monograph / N. G. Zenec: scientific ed. S. F. Denisov. - Omsk: Omsk State University, 2012. page 78. (Зенец Н. Г. Субъект философского мыслетворчества: опыт осмысления бытия философии: монография / Н. Г. Зенец: науч. ред. С. Ф. Денисов. - Омск: Омский гос. университет, 2012. с. 78).
3. Rozin V. M. Opposition and rethinking of natural science and humanitarian approaches. Journal of the Higher School of Economics. 2018. Vol. 15. No. 2. p.294 (Розин В.М. Противопоставление и переосмысление естественно-научного и гуманитарного подходов. Журнал Высшей школы экономики. 2018. Т. 15. № 2. с.294)
4. Heidegger M. Time and Being. In: Heidegger M. Time and Being. Articles and speeches. Moscow: Republic; 1993. p. 400. (Хайдеггер М. Время и бытие. В кн.: Хайдеггер М. Время и бытие. Статьи и выступления. М.: Республика; 1993. с. 400).

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



Указом Президента Российской Федерации от 07.10.2022 № 713 известному ученому в области стоматологии, заслуженному врачу Российской Федерации, доктору медицинских наук профессору Владимиру Давыдовичу Вагнеру за вклад в развитие науки и многолетнюю добросовестную работу присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». 27 ноября он отмечает свой очередной день рождения. Около 50 лет В.Д. Вагнер посвятил научной, педагогической и врачебной деятельности, в том числе в стенах родного для него Омского государственного медицинского университета (ранее ОмГМИ им. М.И. Калинина).

Его профессиональный путь начался в 1973 г., после окончания стоматологического факультета Омского государственного медицинского института им. М.И. Калинина. Некоторое время работал врачом-стоматологом в практическом здравоохранении, служил в Вооруженных силах СССР, был главным врачом штаба студенческих отрядов Омского Обкома ВЛКСМ. В эти годы сформировался его огромный интеллектуальный и организаторский потенциал. Вскоре В.Д. Вагнер был приглашен на должность заместителя главного врача по медицинской части, а позже главного врача «Городской клинической стоматологической

поликлиники №1» в городе Омске, в которой работал до 1999 г. В 1998 г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, в 2004 г. докторскую диссертацию. В 2005 г. ему было присвоено ученое звание доцента, в 2008 г. профессора.

В 1999 г. переведен в Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (г. Москва) на должность заместителя директора по научно-клинической работе. В настоящее время Владимир Давыдович работает заведующим отделом организации стоматологической службы, лицензирования и аккредитации ФГБУ

НМИЦ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России. Все эти годы активно развивается его научно-исследовательская работа по различным областям стоматологии.

В.Д. Вагнер внес значительный вклад в развитие отечественной науки и практики по вопросам профилактики и оказания стоматологической помощи взрослым и детям при заболеваниях органов и тканей рта, качества и безопасности стоматологических услуг, временной нетрудоспособности при стоматологических заболеваниях, влияния стоматологического лечения на качество жизни пациентов. Полученные результаты успешно внедрены на территории Российской Федерации.

Его ораторское мастерство всегда привлекает внимание слушателей при выступлениях с докладами и лекциями на Всероссийских и Международных симпозиумах и конференциях. В.Д. Вагнер автор более 400 печатных работ, в том числе 33 монографий, 2 учебников, 6 национальных руководств, 74 учебно-методических пособий и методических рекомендаций, 15 патентов на интеллектуальную собственность. Под его научным руководством защищены 8 докторских и 24 кандидатских диссертации. Готовятся к защите еще ряд кандидатских и докторских диссертаций.

Значительный вклад внес, и продолжает вносить В.Д. Вагнер в развитие профессионального стоматологического сообщества. В 1992 г. он организовал и возглавил Омскую стоматологическую ассоциацию, которая активно и плодотворно функционирует по сегодняшний день. В 1995 г. был избран вице-президентом Стоматологической ассоциации России (СТАР) по работе с территориями, на протяжении 10 лет курировал региональные ассоциации. На протяжении 6 лет, с 2006 по 2012 гг. был президентом СТАР.

Является членом Совета по этике в сфере обращения медицинских изделий Минздрава России, экспертом РАН, членом Диссертационного совета при ФГБУ НМИЦ «Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России и Диссертационного совета при ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, членом редакционных коллегий научно-практических журналов, в том числе включенных в перечни ВАК и международные базы цитирования по специальности «Стоматология». Входит в состав Редакционного совета СНЖ «Научный вестник ОмГМУ».

Владимир Давыдович высоко ценит минуты, проводимые с коллегами, друзьями и учениками, всегда открыт для своих учеников разных лет, независимо от возраста и статуса. В молодых исследователях видит единомышленников, щедро делится богатым профессиональным опытом и книгами. На какой бы ступени карьерной лестницы он не находился, всегда остается внимательным, пунктуальным, умеет слушать и слышать. Следовательно, ему можно доверять самые сокровенные мысли и идеи. Во время обсуждения острых научных проблем всегда проявляет строгость и принципиальность.

Он внес значительный вклад в развитие практического здравоохранения Омской области. Будучи главным врачом поликлиники, не отделял себя от стоматологического факультета ОмГМУ, всячески способствуя качественному проведению

педагогического и лечебного процесса, что отразилось на высоком уровне подготовки врачей стоматологического профиля. В том числе благодаря и организаторскому таланту Владимира Давыдовича, Омская стоматологическая школа стала известна за пределами Российской Федерации.

Важно отметить, что Владимир Давыдович относится к тем людям, которые в самые трудные, невеселые, а порой и драматические минуты жизни умеет находить элементы оптимизма и даже смешного и, фиксировать на них внимание, отвлекать тебя и окружающих от тяжелых дум. Умеет уважать мнение другого человека, как бы оно ни расходилось с собеседником.

В эти добрые осенние дни хочется пожелать Учителю оставаться таким же энергичным и жизнерадостным человеком, который любит людей, профессию и жизнь!

Коршунов А.С. к.м.н., доцент кафедры стоматологии ДПО

Редакция журнала «Научный вестник ОмГМУ» присоединяется к поздравлениям Владимиру Давыдовичу, и желает дальнейших успехов в развитии стоматологической науки и здравоохранения, а также долгих и счастливых лет творческой жизни!