

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

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ**

**3(3). 2018**

Научно-практический журнал  
Издается с января 2018 года  
Выходит 4 раза в год



**КИРОВ, 2018**

**Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Kirov State Medical University"  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation**

**MEDICAL EDUCATION TODAY**

**3 (3).2018**

Scientific and practical journal  
Published since January 2018  
Issued 4 times a year

**Kirov, 2018**

ББК 5я5

М42

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ Научно-практический журнал

Главный редактор журнала – и.о. ректора ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.М. Железнов.

#### Заместители главного редактора:

– профессор, д.м.н. М.П. Разин;

– доцент, к.м.н. Е.Н. Касаткин.

Ответственный секретарь – доцент Л.Г. Сахарова.

**Члены редакционной коллегии:** профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллек; профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко; профессор, д.м.н. П.И. Цапок; профессор, д.м.н. Б.А. Петров; профессор, д.м.н. В.А. Бахтин; профессор, д.м.н. М.В. Злоказова; профессор, д.ф.м.н. А.В. Шатров; доцент, к.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.н. А.Е. Михайлов.

#### Члены редакционного совета:

доцент С.В. Кошкин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор, А.Е. Мальцев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск); доцент И.В. Новгородцева (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор В.Б. Помелов (ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», г. Киров); профессор д.м.н. М.А. Аксельров (Тюменский ГМУ, г. Тюмень); профессор И.В. Мирошниченко (ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург); доцент Н.С. Семено (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шмакова (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор О.В. Соловьев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.П. Спицин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.А. Цап (ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург).

#### Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров;

Литературный редактор: Н.Л. Никулина;

Переводчик: доцент Т.Б. Агалакова.

**Учредитель:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России).

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

С правилами для авторов журнала «Медицинское образование сегодня» можно ознакомиться на сайте: <http://medobrtoday.ru>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) 31.08.2018 г., номер регистрации ЭЛ № ФС 77-73582.

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф. 308.

Тел.: (8332) 67-06-04; Факс: (8332) 64-07-43.

Электронная почта: [kf10@kirovgma.ru](mailto:kf10@kirovgma.ru)

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

## СОДЕРЖАНИЕ

### КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**Пантюхина Н.А., Скобелев В.А., Галанина А.В., Щукина А.Ю.**

Лечение некротического энтероколита у детей.....6

**Соколова К.В., Войнова А.В., Еликов А.В., Цапок П.И.**

Влияние диabetогенных факторов на биохимические параметры смешанной слюны.....14

**Суханова Д.Д., Санникова Ю.П., Новгородцева И.В.**

Взаимосвязь жизнестойкости, локуса контроля и совладающего поведения больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.....26

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,**

### ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

**Разин М.П., Смоленцев М.М.**

Деонтологические особенности преподавания дисциплины «Детская хирургия» .....41

### ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

**Помелов В.Б.**

Научно-методическая и просветительская деятельность Н.Н. Блинова в Вятской губернии .....48

### ОБЗОРЫ

**Агалакова Т.Б., Латышко О.В., Ситникова Е.И.**

Сопоставительный анализ названий дней недели в лингвокультурах латинского, английского, французского и немецкого языков.....67

**Агалакова Т.Б., Патрикеева Н.С., Созонов В.М.**

Гистологическая терминология .....75

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.348-002.4-053.3-089

### ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У ДЕТЕЙ

Пантюхина Н.А., Скобелев В.А., Галанина А.В., Щукина А.Ю.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) [pantyuxina.n@mail.ru](mailto:pantyuxina.n@mail.ru)*

С целью определения особенностей течения некротического энтероколита (НЭК) у детей Кировской области и мер по оптимизации лечебных мероприятий авторы проанализировали истории болезней 65 новорождённых с осложнениями НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировского ГМУ в 1996-2017 гг. (слепой ретроспективный анализ).

Полученные данные были распределены на четыре хронологических периода, сопоставимых друг с другом по протяженности и количеству пролеченных больных. Выявлены снижение средних массы тела и гестационного возраста больных во временном аспекте, нарастание количества сопутствующей патологии преимущественно инфекционного характера. В I периоде была зафиксирована летальность 88%, ее удалось снизить до 30% (II период) с помощью применения современных консервативных мероприятий. Летальность в III периоде возросла до 42,8%, что связано с переходом РФ на западные критерии живорожденности и появлением в клинике больных с экстремально низкой массой тела. IV период характеризовался оптимизацией оперативного лечения и внедрением новых интегральных показаний к наложению кишечных свищей. Общую летальность удалось снизить до показателей ведущих клиник развитых государств (23,5%).

**Ключевые слова:** некротический энтероколит, оперативное лечение, дети, новорожденные.

## TREATMENT OF NECROTIZED ENTEROCOLITIS IN CHILDREN

Pantyukhina NA, Skobelev VA, Galanina A.V. Shchukina A.U.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112)*

[pantyuxina.n@mail.ru](mailto:pantyuxina.n@mail.ru)

The authors have analyzed the disease history of 65 newborns with complicated NEC, who were treated at Kirov State Medical University clinic for pediatric surgery in 1996-2017 (retrospective analysis) in order to determine characteristic features of NEC course in children in Kirov region and optimize therapy measures. The obtained data were divided into four chronological periods, comparable to each other in length and number of treated patients. Reduction in average body weight and gestational age of the patients after a while, augmentation predominantly of infectious nature were revealed. In the first period mortality was 88%; in the second period it was reduced to 30% by using modern conservative measures. In the third period mortality increased to 42.8%, which is associated with transition of the Russian Federation to the western criteria of live birth and appearance of patients with extremely low body weight in the clinic. The fourth period was characterized by optimization of surgical treatment and introduction of new integral indications for imposition of intestinal fistula. The overall mortality was reduced to that of the leading clinics of the developed countries (23.5%).

**Key words:** necrotized enterocolitis, surgical treatment, children, newborns.

### **Введение**

*Актуальность.* Проблема некротического энтероколита (НЭК) новорождённых в настоящее время остается чрезвычайно актуальной для детской хирургии, что обусловлено трудностями ранней диагностики заболевания, дискутабельностью предложенных схем этиопатогенеза, частыми тяжёлыми осложнениями, высокими показателями летальности среди больных данной группы [1-3]. В последние годы нам, как и нашим коллегам из других

регионов, приходится констатировать: в нашу клиническую практику пришли больные с экстремально низкой массой тела, пришла экстракорпоральная фетальная хирургия [2, 4], что напрямую связано с переходом РФ на новые критерии живорожденности (2012 г.). В этих условиях практический эмпирический опыт детской хирургии, накопленный за долгие годы, зачастую оказывается недостаточным. Не случайно в нашем профессиональном сообществе сложилось мнение, что пора отходить от определённых хрестоматийных постулатов, перенятых нами из хирургии взрослых.

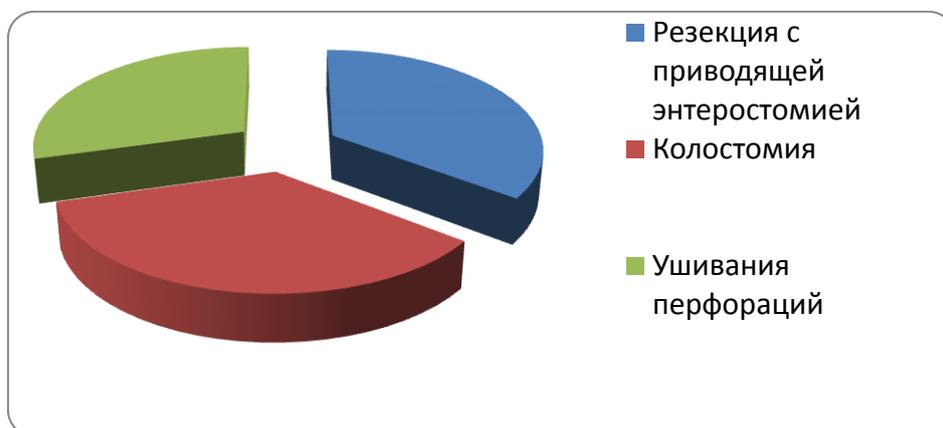
Следует искать и стандартизировать новые диагностические методики, следует существенно расширять показания для раннего оперативного вмешательства при этой патологии у глубоко недоношенных детей. Мы считаем, что перспективы оптимизации лечебных мероприятий могут заключаться в потенцировании оперативной активности [5-7]. Практический опыт интуитивно подсказывает и некоторые другие пути решения этой сложной проблемы (т.к. существующие диагностические, лечебные, технические средства исчерпали себя в лечении глубоко недоношенных с НЭК), но их реализация еще требует должного научно-методического обеспечения.

*Цель.* Определить особенности течения НЭК у детей Кировской области, меры по оптимизации лечебных мероприятий.

*Материалы и методы.* Нами были подвергнуты слепому ретроспективному анализу истории болезней 65 новорождённых с осложнениями НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировского ГМУ в 1996-2017 гг. У всех выполнялись анамнестические, общеклинические, биохимические, инструментальные методы диагностики, все получали показанное комплексное (включая оперативное) лечение. Полученные данные были разбиты на четыре хронологических периода, сопоставимых друг с другом как по протяженности, так и по количеству пролеченных больных.

### Основное содержание

*Результаты.* За первый период (1996-2001 гг.) было пролечено 17 новорождённых с НЭК. Дети в этой группе родились на сроке гестации от 30 до 41 недели (M=33), массой от 1245 до 4300 граммов (M=2475). Беременность



*Рисунок 1. Оперативное лечение НЭК в I периоде*

была отягощена в 91% случаев. Все больные имели тяжёлые сопутствующие заболевания и пороки развития, наиболее часто – внутриутробный сепсис (70%). По экстренным показаниям всем выполнялась срединная лапаротомия с ревизией желудочно-кишечного тракта на протяжении. Резекция поражённого участка кишечника с приводящей энтеростомией выполнена 6 больным, колостомия – 6, остальным 5 с жизнеспособным кишечником и невыраженным интрамуральным пневматозом проводились ушивания перфораций, санация и дренирование брюшной полости (рис. 1). Койко-день составил 5,5, констатирована общая летальность – 88%.

За второй хронологический период (2002-2006 гг.) мы наблюдали 10 новорождённых с НЭК, которым выполнялись следующие виды оперативных пособий: резекция поражённого участка кишечника с энтеростомией у 3 больных; колостомия без резекции проведена 2; резекция илеоцекального угла с наложением двойной колоэнтеростомы - 1; и у 1 выполнена аппендектомия, т.к. язвенный процесс локализовался в червеобразном отростке (рис. 2). Всем выполнена санация и дренирование брюшной полости. В связи с крайней

степенью тяжести состояния радикальные операции не проводились 3 больным (лапароцентез).

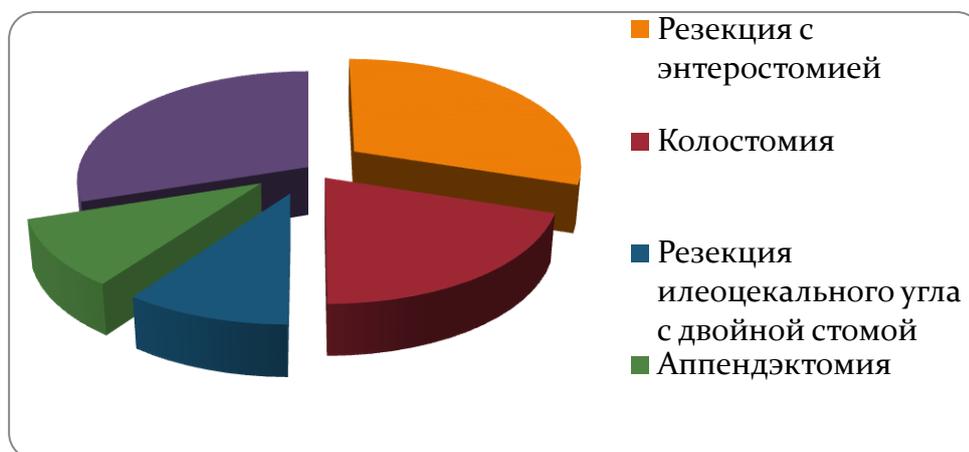


Рисунок 2. Оперативное лечение детей с НЭК во II периоде

Были внедрены три современных магистральных направления в ранней адекватной терапии: сбалансированное парентеральное питание, адекватная антибиотикотерапия, борьба с респираторным дистресс-синдромом и предупреждение полиорганной недостаточности. Летальность в этой группе оказалась существенно ниже, чем в предыдущей (30%).

За третий временной период (2007-2012 гг.) нами был пролечен 21 больной с НЭК: энтеро(коло)стомия – 11, лапароцентез – 10 (см. рис. 3). Общая летальность 42,8%. Средний койко-день среди умерших – 6,8, среди выживших – 19,2. Масса при рождении в этой группе равнялась 680-3200 гр. (M=1637), у половины больных при поступлении диагностирован тяжелый сепсис.

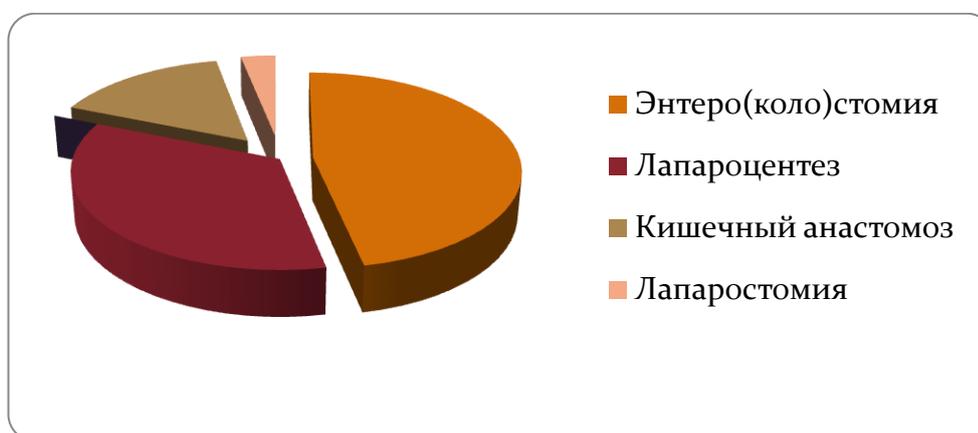


Рисунок 3. Виды оперативного лечения НЭК в III периоде

За четвертый период (2013-2017 гг.) наблюдалось 17 новорожденных с НЭК. Дети в этой группе родились на сроке гестации от 23 до 36 недель (M=31), массой от 550 до 2370 граммов (M=1800). Беременность была отягощена в 100% случаев.

На момент поступления II-а ст. НЭК по Walsh M.C. et al., 1986 [3] была диагностирована у 3 больных; II-b – у 2 новорожденных; III-а – 4 пациента; остальные 8 поступили в III-b ст. Все больные имели тяжелые пороки развития и сопутствующие заболевания: внутриутробный сепсис (23,5%), негенерализованные инфекционные заболевания (17,6 %), врождённые пороки развития (35,2%). Внедрены интегральные показания к наложению кишечных свищей по М.А. Аксельрову (табл. 1) [8].

Таблица 1

Схема интегральных показаний к наложению временных кишечных стом

|  |   |
|--|---|
| Низкая эндогенная интоксикация             | <i>У-образная кишечная стома</i>                      |
| Низкий интраоперационный коэффициент       |   |
| Выраженная эндогенная интоксикация         | <i>Концевая одноствольная (или двойная) колостома</i> |
| Высокий интраоперационный коэффициент      |   |
| Максимальная эндогенная интоксикация       | <i>Разгрузочный кишечный свищ + лапаростома</i>       |
| Максимальный интраоперационный коэффициент |   |

Оперативное пособие: резекция поражённого участка кишечника с энтеростомией у 10 больных; резекция некротизированной подвздошной кишки, двойная илеостома – 2; лапароцентез – 3; наложение илеотрансверзоанастомоза – 2, первичная лапаростомия – 2 (рис. 4). Всем больным выполнены санация и дренирование брюшной полости. Общая летальность – 23,5%. Средний койко-день среди умерших – 64, среди выживших – 17.

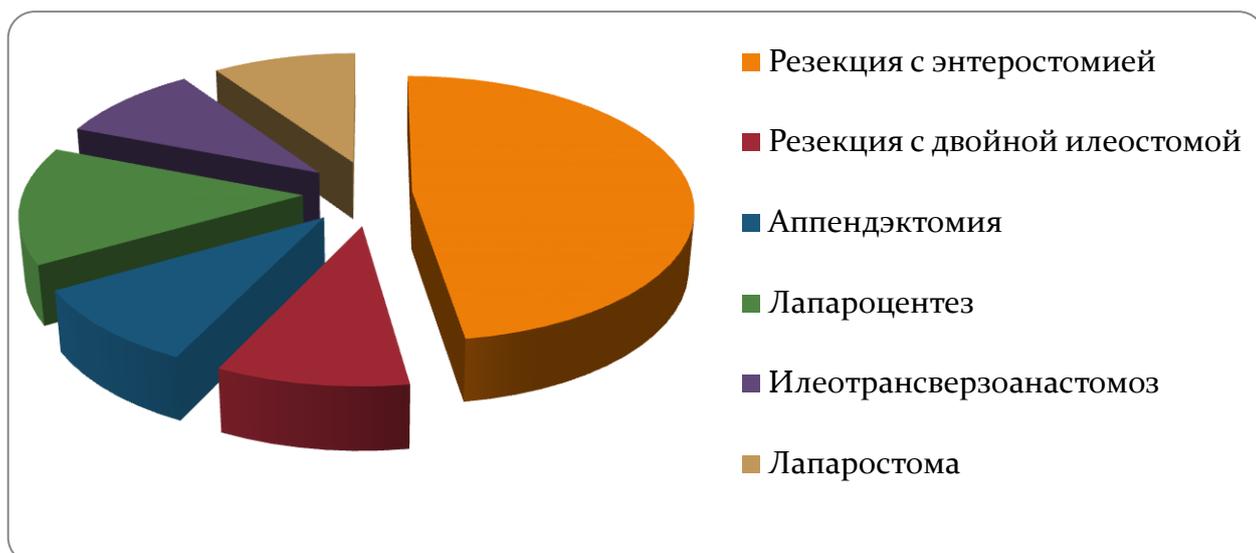


Рисунок 4. Оперативное лечение больных в IV периоде

#### Обсуждение

Пациентам с прогрессирующим НЭК III-b ст, первым этапом хирургического лечения на время предоперационной подготовки необходимо накладывать декомпрессионный лапароцентез даже в условиях неспециализированного хирургического стационара. Независимо от исходного состояния и интраоперационной находки, операцию следует заканчивать выведением двойного искусственного кишечного свища, при максимальном интраоперационном коэффициенте целесообразно наложение лапаростомы. Резекция кишки в условиях перитонита у детей, имеющих низкий уровень эндогенной интоксикации и минимальный интраоперационный коэффициент, должна быть закончена У-образной кишечной стомой. При высоком интраоперационном коэффициенте и выраженной интоксикации предпочтительнее наложение концевой одноствольной или двуствольной кишечной стомы. При максимальном уровне эндогенной интоксикации и интраоперационном коэффициенте необходимо применять сочетание разгрузочного кишечного свища и лапаростомы.

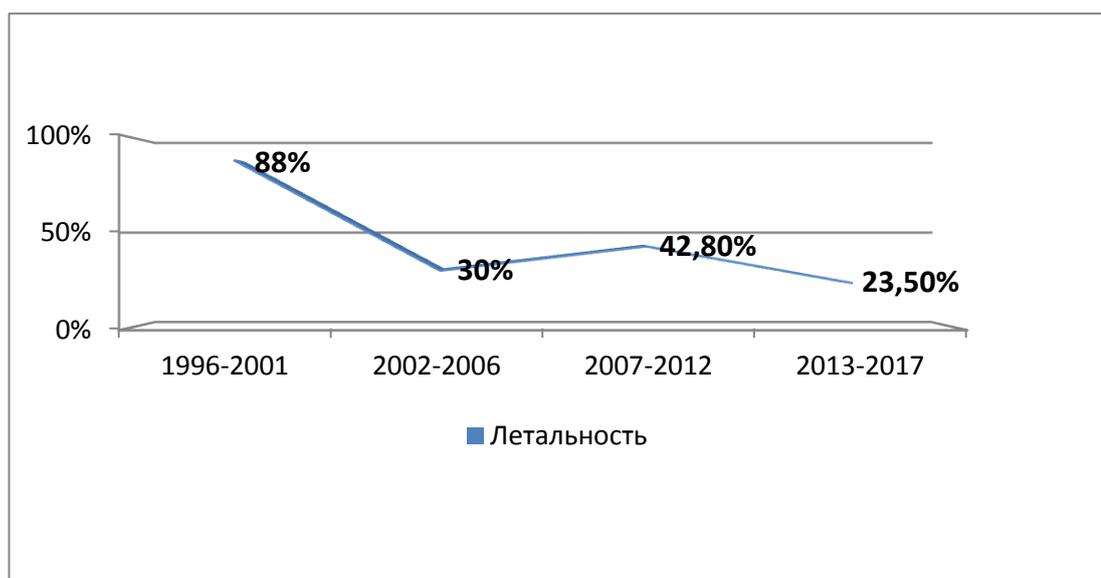


Рисунок 5. Летальность при НЭК в динамике

Оптимизация оперативного лечения новорожденных с некротическим энтероколитом позволила добиться в динамике весьма значимых успехов, позволяющих нам впервые за долгие годы взглянуть в будущее этой сложной проблемы с оптимизмом (рис. 6).

### Выводы

1. Актуальность проблемы НЭК у новорождённых только возрастает в последние годы.
2. Предложенные схемы окончания операций, основанные на интегральной оценке тяжести состояния ребенка, учете клинико-лабораторных данных, интраоперационных изменений, преморбидного фона, позволяют обоснованно определить показания для формирования адекватных временных искусственных кишечных свищей после резекции кишки.
3. Внедренный в Кировской детской хирургии лечебный алгоритм оперативного лечения НЭК привел к существенному улучшению выживаемости новорожденных с данной патологией.

### Список литературы

1. Караваева С.А. Хирургическое лечение некротического энтероколита: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук – СПб., 2002. – 42 с. [Karavaeva S.A. *Hirurgicheskoe lechenie nekroticheskogo enterokolita* [dissertation autoreferate] Saint Petersburg, 2002. (In Russ).]
2. М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с. [M.P. Razin, S.V. Minaev, V.A. Skobelev, N.S. Strelkov. *Neotlozhnaya khirurgiya detskogo vozrasta: uchebnoe posobie*. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. (In Russ)]
3. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных / Под ред. В.В. Подкаменева, Е.Г. Григорьева. – М.: «Медицина», 2010. – 244 с. [Podkameneva V.V., Grigoriev E.G., editors. *Yazvenno-nekroticheskii enterokolit u novorozhdennykh*. Moscow: "Medicine", 2010. (In Russ).]
4. Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г. Эндохирургические операции у новорожденных. – М.: МИА, 2015. – С.217-231. [Razumovsky A.Yu., Mokrushina O.G. *Endokhirurgicheskie operatsii u novorozhdennykh*. Moscow: MIA, 2015. Pp.217-231. (In Russ).]
5. Разин М.П., Скобелев В.А., Батуров М.А., Галкин В.Н. Оптимизация диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных // Новые технологии в детской хирургии: Сборник научных трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения профессора А.А. Лишке. –2014. – С. 181-186. [Razin M.P., Skobelev V.A., Baturov M.A., Galkin V.N. Optimizatsiya diagnostiki i lecheniya nekroticheskogo enterokolita u novorozhdennykh. In: *Novye tekhnologii v detskoj khirurgii: Sbornik nauchnykh trudov, posvyashchenny 100-letiyu meditsinskogo obrazovaniya v Permskom krae, 95-letiyu so dnya rozhdeniya professora A.A. Lishke*. Perm' 2014. Pp. 181-186. (In Russ).]
6. Аксельров М.А., Емельянова В.А., Разин М.П., Сергиенко Т.В., Супрунец С.Н., Аксельров А.М., Киселева Н.В., Анохина И.Г. Первый опыт проведения лапароскопии недоношенным новорожденным, страдающим некротизирующим энтероколитом // Вятский медицинский вестник. – 2017. - № 2 (54). – С. 4-6. [Aksel'rov M.A., Emelyanova V.A., Razin M.P., Sergienko T.V., Suprunec S.N., Aksel'rov A.M., Kiseleva N.V., Anohina I.G. Pervyy opyt provedeniya laparoskopii nedonoshennym novorozhdennym, stradayushchim nekrotiziruyushchim enterokolitom. *Vyatskij medicinskij vestnik*; 2017. (2(54): 4-6. (In Russ).]

7. Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К., Батуров М.А., Лизин К.А. Новые возможности оптимизации диагностических и лечебных мероприятий у новорожденных с некротическим энтероколитом на современном этапе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 11-5. – С. 840-842. [Razin M.P., Galkin V.N., Sukhikh N.K., Baturov M.A., Lizin K.A. Novye vozmozhnosti optimizatsii diagnosticheskikh i lechebnykh meropriyatij u novorozhdennykh s nekroticheskim enterokolitom na sovremennom etape // *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovaniy*. 2014; (11-5): 840-842. (In Russ).]

8. Аксельров М.А., Иванов В.В., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Супрунец С.Н., Киселева Н.В. Этапное лечение осложненных форм прогрессирующего некротического энтероколита у новорожденных // Медицинская наука и образование Урала. – 2010. – № 4. – Т.64. – С.101-105. [Akselrov M. A., Ivanov V. V., Akselrov A. M., Sergienko T. V., Suprunets S. N., Kiseleva N. V. To consecutive treatment of the complicated forms progressing necrotizing enterocolitis newb // *Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala*. 2010; 64(4):101-105.]

УДК 616.31:577.1:616.379-008.64

### **ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ**

Соколова К.В., Войнова А.В., Еликов А.В., Цапок П.И.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия, (610998, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*  
[anton\\_yelikov@mail.ru](mailto:anton_yelikov@mail.ru)

Данная статья посвящена изучению распространения факторов, способствующих развитию сахарного диабета среди студентов младших курсов медицинского университета и взаимосвязи наличия этих факторов с биохимическими параметрами смешанной слюны. Установлено, что наиболее распространенными факторами среди обследуемого контингента являются стресс (53,6%), нарушение сна (79,8%) и гиподинамия (64,3%). При биохимическом исследовании ротовой жидкости у обследуемых с наличием факторов установлены достоверные изменения в виде смещения рН в кислую

сторону, увеличение содержания глюкозы, лактата, общего белка и снижение показателя общей антиоксидантной активности и содержания аскорбиновой кислоты. Полученные данные расширяют возможность диагностики преморбидных состояний, связанных с нарушением углеводного обмена.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, биохимия слюны, оксидантный баланс.

## INFLUENCE OF DIABETOGENIC FACTORS ON BIOCHEMICAL PARAMETERS OF MIXED SALIVA

Sokolova K.V., Voinova, A.V., Elikov A.V., Tsapok P.I.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia, (610998, Kirov, K. Marx St, 112) anton\_yelikov@mail.ru*

This article is devoted to the study of the factors contributing to development of diabetes mellitus among junior medical students and relationship of these factors with biochemical parameters of mixed saliva. It has been established that stress (53.6%), sleep disturbance (79.8%) and physical inactivity (64.3%) are the most common factors. Biochemical examination of the oral fluid showed significant changes in those students who had risk factors, such as: pH drift to the acidic side, increased glucose, lactate, total protein level and decreased total antioxidant status and ascorbic acid content. The obtained data help to diagnose premorbid conditions associated with carbohydrate metabolism disorder.

**Key words:** diabetes mellitus, saliva biochemistry, oxidative balance.

### **Введение**

В настоящее время сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных в популяции заболеваний, причем заболеваемость инсулиннезависимой формой (II тип СД) неуклонно растет [1, 2, 3, 4]. Увеличение заболеваемости СД можно объяснить следующими факторами: улучшением диагностики, включающей в себя более широкий охват населения

диспансеризацией, более строгими, по сравнению с предыдущими, критериями постановки диагноза (в частности уровень гипергликемии натощак), а также условиями жизни людей, предполагающих все большее влияние факторов, способствующих развитию сахарного диабета. По данным многочисленных исследований, к этим факторам можно отнести: ожирение, несбалансированное питание (высококалорийная диета, недостаток грубоволокнистой пищевой клетчатки), малоподвижный образ жизни (гиподинамия), психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, патология пищеварительной системы (гастрит, холецистит), патология сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия), употребление лекарств (установленным диабетогенным действием обладают мочегонные препараты тиазинового ряда, некоторые гипотензивные средства, препараты, содержащие адреналин, цитостатические средства). Большое значение в развитии и распространении СД II типа имеет наследственная предрасположенность. В частности, для СД II типа характерно наследование по аутосомнодоминантному признаку, на фоне существенной зависимости манифестации сахарного диабета от действия средовых факторов и возраста. Отмечается также существенное снижение возраста начала клинических проявлений СД [5, 6, 7, 8].

Слюнные железы, находящиеся в начале желудочно-кишечного тракта, тонко реагируют изменением состава секрета на метаболические перестройки в организме. Учитывая простоту и неинвазивность взятия для исследования данного биологического материала, изучение биохимических параметров ротовой жидкости является перспективным и информативным способом оценки общего функционального состояния организма, в том числе и состояния углеводного обмена. К достоинствам исследования ротовой жидкости следует отнести и малую контагиозность, по сравнению с кровью, этого объекта исследования, что имеет важное значение при проведении массовых обследований скринингового характера. Работами ряда авторов показана тесная взаимосвязь биохимического состава ротовой жидкости с гормональным и

иммунным статусом, воздействием внешних факторов, психоэмоциональным напряжением и интенсивностью физических нагрузок [9, 10, 11]. Все это делает актуальным разработку методов биохимического исследования ротовой жидкости с целью диагностики различных общесоматических заболеваний, в том числе СД, а также начальных расстройств углеводного обмена в виде снижения функционального резерва под воздействием факторов, способствующих развитию сахарного диабета.

*Целью* нашей работы было установить взаимосвязь факторов, способствующих развитию сахарного диабета, с биохимическими параметрами ротовой жидкости.

*Материалы и методы.* При проведении исследования использован метод научного анкетирования, результаты которого сопоставляли и анализировали с данными литературы о роли исследуемых факторов, предрасполагающих к развитию сахарного диабета. Всего в исследовании приняли 168 студентов Кировского ГМУ в возрасте от 18 до 23 лет.

### **Основное содержание**

Опрос основывался на исследовании следующих факторов: количестве выпитой жидкости в день, курении, как часто обследуемые испытывают стресс, о наличии наследственной предрасположенности, обнаруживалось ли во время диспансеризации либо во время болезней повышение уровня глюкозы в крови. Обследуемых с установленным диагнозом сахарного диабета из биохимических исследований исключали. На основании данных научного анкетирования выделены группы обследуемых с отсутствием факторов, способствующих развитию СД - группа сравнения (10 человек) и наличием 3-х и более факторов, способствующих развитию СД - опытная группа (10 человек). По данным медицинского осмотра ротовая полость обследуемых обеих групп являлась санированной.

Ротовая жидкость собиралась в чистые пробирки путем сплевывания и сразу центрифугировалась в течение 15 минут. Биохимические исследования

проводились в надосадочной жидкости. Количественное определение содержания общего белка (ОБ) проводили модифицированным для исследования ротовой жидкости методом по биуретовой реакции, используя стандартный набор реактивов «Витал - Общий белок» (Россия). Принцип метода состоит в том, что белки реагируют в щелочной среде с сульфатом меди, при этом образуются соединения, окрашенные в фиолетовый цвет (биуретовая реакция). Для проведения анализа брали 0,4 мл надосадочной жидкости и смешивали с 2 мл биуретового реактива. После 30 минутной инкубации при комнатной температуре регистрацию окрашивания осуществляли колориметрически при длине волны 540 нм.

Определение глюкозы в крови осуществляли фотоколориметрически глюкозооксидазным методом, модифицированным для исследования ротовой жидкости, набором реактивов «Витал - Глюкоза», (Россия). Для этого 0,2 мл надосадочной жидкости смешивали с 2 мл рабочего реактива. После 15 минутной инкубации при  $t=37^{\circ}\text{C}$  регистрацию окрашивания осуществляли колориметрически при длине волны 515 нм. Содержание лактата изучали энзиматическим колориметрическим методом набором реактивов «Витал - Лактат», (Россия). Метод основан на том, что продукт окисления молочной кислоты лактатоксидазой, перекись водорода, под действием пероксидазы вступает в реакцию с 4-аминоантипирином и п-хлорфенолом с образованием хинониминных окрашенных продуктов, количество которых, пропорционально содержанию лактата в пробе.

Уровень аскорбиновой кислоты (АК) определяли колориметрическим методом с динитрофенилгидразиновым реактивом. Принцип метода основан на способности дикетогулоновой кислоты (в которую легко переводится дегидроаскорбиновая кислота, а через нее и аскорбиновая) давать соединения с 2,4-динитрофенилгидразином, реагирующие с крепкой серной кислотой, давая при этом развитие очень интенсивной окраски [12].

Для оценки оксидантного баланса ротовой жидкости измеряли интенсивность хемилюминесценции (ХЛ), инициированной пероксидом водорода, в присутствии избытка ионов двухвалентного железа, за 60 (S60) секунд, а также максимальную вспышку хемилюминесценции (Im) за исследуемое время на хемилюминометре Lum 100 [13]. Оценку общей антиоксидантной активности (ОАА) осуществляли по соотношению уровней максимальной вспышки/светосумма за 60 секунд (Im/S60) с измерением указанных параметров на хемилюминометре. Измерение уровня pH осуществляли микро-pH-метром «Checker by Hanna». Биохимические исследования проведены в научной лаборатории «Кариесология».

Статистическую обработку полученных результатов и создание общей базы данных осуществляли с использованием средств программы SPSS, версии 21.0. Вычисляли средние значения и стандартное отклонение показателей в обследованной группе. Для оценки динамики биохимических показателей ротовой жидкости использовали критерий Вилкоксона [14].

*Результаты исследования и их обсуждение.* Данные, полученные при научном анкетировании, представлены в таблице 1.

Установлено, что из 168 человек 1,8% имели диагностированный сахарный диабет. Учитывая возраст обследуемых, речь скорее всего может идти о СД I типа, и респонденты в дальнейшем из исследования исключались. При анализе ответов обследуемого контингента можно выделить ведущие факторы, способствующие развитию СД, присутствующие у большей части респондентов: стресс и психоэмоциональные перегрузки, нарушение сна и низкая физическая активность (в достаточной мере физической активностью обладают только 20% опрошенных). При этом факторы стресса и нарушение сна тесно связаны между собой и одно в зависимости от ситуации является следствием другого. Особенностью стрессовой реакции является выделение гормонов контринсулярного действия, в первую очередь адреналина и глюкокортикоидов, которые способствуют развитию гипергликемии, что в

свою очередь будет оказывать влияние на биохимические параметры ротовой жидкости. Хроническая стрессовая реакция, особенно негативная (так называемый дистресс), будет приводит в конечном итоге к истощению инсулярного аппарата, нарушению структуры инсулиновых рецепторов, снижению функционального резерва организма и развитию преморбидного состояния. Учитывая характер учебной деятельности обследуемого контингента (студенты младших курсов медицинского вуза), связанного с адаптацией к учебному процессу, недостаточным опытом прохождения текущей аттестации в условиях вуза, большим объемом учебного материала и дефицитом времени, профилактические мероприятия в первую очередь должны быть направлены на нормализацию режима труда и отдыха.

Таблица 1

*Результаты опроса респондентов на предмет наличия факторов, способствующих развитию сахарного диабета*

| Фактор, предрасполагающий к развитию СД II типа  | Абсолютное количество респондентов, давших положительный ответ | Процентное отношение к общему количеству респондентов |
|--|--|---|
| Стресс, психоэмоциональные перегрузки            | 90   | 53,6  |
| Курение  | 33   | 19,6  |
| Повышенное потребление жидкости                  | 80   | 47,6  |
| Нарушение сна                                    | 134  | 79,8  |
| Наследственная предрасположенность               | 63   | 37,5  |
| Гипергликемия, установленная во время медосмотра | 19   | 11,3  |
| Низкая физическая активность                     | 108  | 64,3  |
| Диагностированный СД                             | 3  | 1,8   |

Не меньшее значение имеет физическая активность и сбалансированное питание богатое природными антиоксидантами.

Повышенное потребление жидкости, само по себе не является фактором СД, более того, оно не является как-либо специфичным симптомом, однако в комплексе с другими факторами, способствующих развитию СД может служить признаком значительного колебания уровня глюкозы в сторону увеличения при различных воздействиях на организм, например, стресса. В наших исследованиях повышенное потребление жидкости отмечалось практически у половины респондентов, что примерно соответствует обследуемым давшим положительный ответ на наличие у них стрессовой реакции. Таким образом количество потребляемой жидкости может в определенной мере служить индикатором стрессовой реакции и связанных с этим сдвигов в углеводном обмене.

Также следует обратить внимание на такой фактор как наследственная предрасположенность, выявленная у значительного числа респондентов, что делает необходимыми соответствующие рекомендации по формированию у этих лиц определенного образа жизни направленного на минимизацию воздействия факторов, способствующих развитию СД.

Таблица 2

*Биохимические параметры ротовой жидкости в зависимости от воздействия факторов, способствующих развитию сахарного диабета*

| Исследуемый показатель   | Группа обследуемых $M \pm m$ ; $n=10$ |                     |
|--|---------------------------------------|---------------------|
|  | Сравнения                             | Опытная             |
| рН, ед   | $7,42 \pm 0,16$                       | $6,96 \pm 0,14^*$   |
| Глюкоза, ммоль/л   | $0,064 \pm 0,004$                     | $0,118 \pm 0,008^*$ |
| Лактат, ммоль/л  | $0,22 \pm 0,02$                       | $0,39 \pm 0,03^*$   |
| Общий белок, г/л   | $1,23 \pm 0,07$                       | $1,55 \pm 0,09^*$   |
| ОАА, у.е.  | $0,045 \pm 0,002$                     | $0,038 \pm 0,002^*$ |
| Аскорбиновая кислота, мг/л   | $2,78 \pm 0,18$                       | $1,86 \pm 0,11^*$   |
| Примечание: * - различия между группами статистически достоверны ( $p \leq 0,05$ ) |                                       |                     |

Установлены достоверные отличия по всем исследуемым биохимическим показателям. Так, при исследовании биохимических параметров ротовой жидкости установлено достоверное (на 84,4%;  $p \leq 0,001$ ) увеличение содержания глюкозы у обследуемых опытной группы, по сравнению с группой сравнения. По нашему мнению, это будет говорить о дисбалансе углеводного обмена в организме обследуемых опытной группы. С увеличением содержания глюкозы в ротовой жидкости можно связать сдвиг рН в кислую сторону (на 6,2%;  $p \leq 0,05$ ), поскольку глюкоза будет окисляться микрофлорой ротовой полости до органических кислот, в частности лактата, что подтверждается данными исследования (установлено увеличение содержания лактата в ротовой жидкости у обследуемых опытной группы на 77,3%;  $p \leq 0,01$ ). Указанные изменения не только будут способствовать возникновению кариесогенной ситуации, но и могут быть использованы в качестве диагностического критерия расстройств углеводного обмена, связанных с гипергликемией.

Увеличение содержания ОБ в ротовой жидкости обследуемых опытной группы (на 26,0%;  $p \leq 0,05$ ) также можно объяснить повышенным тонусом симпато-адреналовой системы вследствие наличия стрессогенных факторов. Известно, что стимуляция симпатической нервной системы приводит к выделению густой и вязкой слюны. Это согласуется с концепцией о ведущей роли стрессовой реакции и психоэмоционального напряжения в структуре факторов, способствующих развитию СД и данными биохимических параметров ротовой жидкости обследуемого контингента.

Особое место занимают исследования оксидантного баланса, поскольку его нарушение в сторону активации свободнорадикального окисления (СРО) характерно для многих заболеваний и преморбидных состояний, в том числе и СД. Можно также предположить, что факторы, способствующие развитию СД во многом действуют через данный механизм, в связи с чем нами проведена оценка оксидантного баланса ротовой жидкости по величине показателя ОАА и

содержанию АК. Результаты исследования ОАА представлены в таблице 2. Показатель ОАА рассчитывали, как отношение  $Im/S60$ . При этом максимальная вспышка (пик) служит критерием потенциальной возможности СРО биологической жидкости [13], в то время как на величину светосуммы ХЛ оказывает влияние комплекс соединений, обладающих как прооксидантными свойствами, так и антиоксидантными свойствами, т.е. метод позволяет с одной стороны, оценить потенциальную способность анализируемой биологической системы к процессу СРО (наличие субстратов и продуктов СРО), а также выраженность компенсаторных механизмов. Установлены достоверно более низкие (на 15,6%;  $p \leq 0,05$ ) значения ОАА у обследуемых опытной группа, что свидетельствует о нарушениях оксидантного баланса при воздействии диабетогенных факторов. Это подтверждается более низкими значениями (на 33,1%;  $p \leq 0,01$ ) содержания в ротовой жидкости неферментативного антиоксиданта - АК, обладающей ярко выраженными восстанавливающими свойствами и способностью ингибировать реакции СРО в водной среде. Таким образом результаты исследования показателей оксидантного баланса смешанной слюны при воздействии диабетогенных факторов свидетельствуют с одной стороны, о существенном вкладе активации реакций СРО на фоне снижения ресурсов антиоксидантной защиты в развитие преморбидного состояния и снижение функционального резерва организма, с другой, о необходимости коррекции антиоксидантного статуса для предотвращения неблагоприятного влияния этих факторов.

### **Выводы**

Резюмируя результаты исследования можно сделать следующие выводы:

1. Наличие факторов, способствующих возникновению сахарного диабета, является распространенным явлением среди молодых людей, что подтверждается данными опроса. Ведущими факторами, способствующими развитию сахарного диабета, являются стресс и психоэмоциональные

перегрузки (53,6%), нарушение сна (79,8%) и низкая физическая активность (64,3%).

2. Наличие факторов, способствующих развитию сахарного диабета, сопровождается достоверным увеличением содержания в ротовой жидкости глюкозы (на 84,4%), лактата (на 77,3%) и общего белка (на 26,0%), смещением рН в кислую сторону, на фоне снижения показателя общей антиоксидантной активности (на 15,6%) и содержания аскорбиновой кислоты (на 33,1%).

3. Действие диабетогенных факторов во многом обусловлено нарушением оксидантного баланса организма, что вносит существенный вклад в развитие преморбидных состояний, связанных с расстройством углеводного обмена. Это подтверждается исследованием в смешанной слюне показателей, характеризующих состояние оксидантного баланса - аскорбиновой кислоты и общей антиоксидантной активности.

4. Биохимические параметры ротовой жидкости можно использовать в качестве диагностических критериев расстройств углеводного обмена, связанных с предполагаемой гипергликемией.

### Список литературы

1. Алиева И.Д. Динамика и изменчивость уровня заболеваемости сахарным диабетом II типа в Ленкоранском экономическом регионе // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2018. – №1. – С.31-34. [Alieva I.Zh. Dynamics of morbidity rate of diabetes mellitus type II among the population of Lenkoransky economical region. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2018;(1):31-34 (In Russ).]

2. Быковская Т.Ю. Распространенность сахарного диабета 2 типа и эффективность дополнительной диспансеризации по диабету среди трудоспособного населения в Ростовской области //Фундаментальные исследования. – 2011. – №9-1. – С.25-28. [Bykovskaya T.Yu. Rasprostranennost' sakharnogo diabeta 2 tipa i effektivnost' dopolnitel'noi dispanserizatsii po diabetu sredi trudosposobnogo naseleniya v Rostovskoi oblasti. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2011;(9 Pt 1):25-28 (In Russ).]

3. Иваненко А.В., Ушакова О.В. Эпидемиология сахарного диабета 2 типа в г. Комсомольск-на-Амуре //Дальневосточный медицинский журнал. - 2011. – №3. – С.30-32.

[Ivanenko A.V., Ushakova O.V. Diabetes mellitus type II epidemiology in Komsomolsk on the Amur. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal*. 2011;(3):30-32 (In Russ).]

4. Элланский Ю.Г., Пакус Е.Н. Распространенность сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения Ростовской области//Кубанский научный медицинский вестник. - 2010. - №2. - С.111-114. [Ellanskiy Yu.G., Pakus E.N. Prevalence of diabetes 2 types among adult population of the Rostov area. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik*. 2010;(2):111-114 (In Russ).]

5. Басов А.А., Быков И.М., Мелконян К.И. Изменение иммунологической реактивности и процессов свободнорадикального окисления в ротовой жидкости у больных сахарным диабетом 2 типа // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №2. – С.31-34. [Basov A.A., Bykov I.M., Melkonyan K.I. Changes in immunological reactivity and free radical oxidation processes in the oral fluid in patients with diabetes mellitus 2 type. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014;(2):31-34 (In Russ).]

6. Геворкян Э.С., Минасян С.М., Абраамян Э.Т. Уровень электролитов и оксида азота в слюне студентов при умственно-эмоциональном напряжении // Гигиена и санитария. – 2014. – Т.93. – № 4. – С.81-85. [Gevorkyan ES, Minasyan SM, Abrahamyan ET. The levels of electrolytes and nitric oxide in saliva of students under mental-emotional exertion. *Gigiena i sanitariya*. 2014;93(4):81-85 (In Russ).]

7. Григорьев И.В., Артамонов И.Д., Лапковский В.В. и др. Изменение белкового состава слюны человека при моделировании психоэмоционального напряжения // Физиология человека. – 2006. – Т.32. – № 6. – С.87-94. [Grigor'ev I.V., Artamonov I.D., Lapkovskiy V.V., et al. Changes in the protein composition of human saliva associated with model psychological and emotional stress. *Fiziologiya cheloveka*. 2006;32(6):87-94 (In Russ).] doi: 10.1134/S0362119706060144

8. Чиканова Е.С., Турманидзе В.Г., Голованова О.А. Химический состав ротовой жидкости квалифицированных спортсменов-бадминтонистов // Вестник Омского университета. – 2015. – №2(76). – С.50-54. [Chikannova E.S., Turmanidze V.G., Golovanova O.A. The chemical composition of the saliva of the qualified sportsmen badminton. *Vestnik Omskogo universiteta*. 2015;2(76):50-54 (In Russ).]

9. Жукова В.В., Ватажицына С.С. Среда обитания и сахарный диабет. –М.: Медицина, 2004. [Zhukova V.V., Vatazhitsyna S.S. *Sreda obitaniya i sakharnyi diabet*. Moscow: Medicine; 2004 (In Russ).]

10. Зак К.П., Тронько И.Д., Попова В.В., Бутенко А.К. Сахарный диабет. Иммуниет. Цитокины. – К.: Книга-плюс, 2015. [Zak K.P., Tron'ko I.D., Popova V.V., Butenko A.K. *Sakharnyi diabet. Immunitet. Tsitokiny*. Kiev: Kniga-plus; 2015 (In Russ).]

11. Климонтов В.В., Мякина Н.Е. Вариабельность гликемии при сахарном диабете. – Новосибирск.: НГУ, 2018. [Klimontov V.V., Myakina N.E. *Variabel'nost' glikemii pri sakharnom diabete*. Novosibirsk.: NSU, 2018 (In Russ).]

12. Цапок П.И., Еликов А.В., Коротких И.С. Метод определения содержания аскорбиновой кислоты // Информационный листок № 82-96 Кировского ЦНТИ. – Киров. – 1996. – 3с. [Tsapok P.I., Elikov A.V., Korotkikh I.S. *Metod opredeleniya sodержaniya askorbinovoi kisloty*. Information sheet of Kirov TsNTI №82-96. Kirov.1996. (In Russ).]

13. Конторщикова К.Н. Перекисное окисление липидов в норме и патологии. – Н.Новгород: НГМА, 2000. [Kontorshchikova K.N. *Perekisnoe okislenie lipidov v norme i patologii*. Nizhniy Novgorod.: NSMA, 2000 (In Russ).]

14. Петри А. Наглядная статистика в медицине. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. [Petrie A. *Naglyadnaya statistika v meditsine*. Moscow: GEOTAR-MED; 2003 (In Russ).]

УДК 6. 61.615.8

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ, ЛОКУСА КОНТРОЛЯ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Суханова Д.Д., Санникова Ю.П., Новгородцева И.В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава  
России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112).*

В статье отражены характер жизнестойкости, локуса контроля и совладающего поведения у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности, а также выявлены связи между данными феноменами. Исследования в медицинской психологии показали, что тяжелая и неизлечимая болезнь, несущая в себе реальную угрозу жизни, пожизненное пребывание на лечении гемодиализом, связанное с постоянной зависимостью от аппарата «искусственная почка», – все это дезорганизует мир пациента,

вносит существенные изменения в его физическое и психическое состояние, резко изменяет уклад жизни, социальный, профессиональный и семейный статус. В существующих сложных условиях важными факторами стрессоустойчивости, выживания, приспособления больных к изменившемуся окружению, их самореализации, сохранения и восстановления ими психического и физического здоровья являются высокий уровень жизнестойкости, внутренний локус контроля и применение продуктивных копинг-стратегий.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, локус контроля, копинг-стратегии, хроническая почечная недостаточность.

**RELATIONSHIP OF VIABILITY, LOCUS OF CONTROL  
AND COPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL  
DISEASE**

Suhanova D.D., Sannikova Y.P., Novgorodtseva I.V.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112)*

The article describes viability, locus of control and coping behavior in patients with end-stage renal disease, relationship between these phenomena have been revealed. The research in medical psychology have shown that a serious and incurable disease that carries a real threat for the patient's life, lifelong hemodialysis treatment and constant dependence on the "artificial kidney" apparatus disorganize the patient's world, make significant changes in his physical and mental state, dramatically change his lifestyle, social, occupational and family status. In such difficult conditions, high viability level, internal locus of control and using effective coping strategies are important factors of stress resistance, survival, patients' adaptation to the changed environment, their self-realization, preservation and restoration of mental and physical health.

**Keywords:** viability, locus of control, coping strategies, chronic kidney disease.

### **Введение**

Исследования в медицинской психологии показали, что практически любое соматическое заболевание достаточно часто сопровождается психическими изменениями, что не позволяет добиться достойного качества жизни больных — конечной цели реабилитации. Вторичные психические изменения состояния больного в ряде случаев оказывают негативное влияние на основной патологический процесс и создают дополнительные преграды на пути к реабилитации.

В своей работе мы обратились к больным хронической почечной недостаточностью, находящимся на лечении гемодиализом, в связи с тем, что, по оценкам экспертов, в России происходит непрерывное увеличение числа больных с данным диагнозом. Ежегодная заболеваемость варьируется от 50 до 100 случаев на 1 миллион населения. Почечная недостаточность является следствием нарушения выделительной (экскреторной) функции почек с накоплением в крови азотистых шлаков, в норме удаляемых из организма с мочой. Выделяются две основные формы почечной недостаточности: острая и хроническая недостаточность. Хроническая почечная недостаточность — это синдром необратимого нарушения функции почек, которое наблюдается в течение 3 и более месяцев. Возникает в результате прогрессирующей гибели нефронов, как следствие хронического заболевания почек. Характеризуется нарушением выделительной функции почек, формированию уремии, связанного с накоплением в организме и токсическим действием продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, мочевая кислота) [1].

Терминальная стадия является одной из последних стадий при хронической почечной недостаточности, которая характеризуется полной потерей функциональности одной или обеих почек. Наиболее

распространенным видом почечно-заместительной терапии в настоящее время является гемодиализ. Гемодиализ (далее ГД) – это метод внепочечного очищения крови, во время которого происходит удаление из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализация нарушений водного и электролитного балансов. Процедура очищения крови осуществляется с помощью аппарата «искусственная почка», который способен взять на себя функции неработающих почек, что позволяет продлить жизнь таких больных на 15-25 лет.

Тяжелая и неизлечимая болезнь, несущая в себе реальную угрозу жизни, пожизненное пребывание на лечении гемодиализом, связанное с постоянной зависимостью от аппарата «искусственная почка», – все это дезорганизует мир пациента, вносит существенные изменения в его физическое и психическое состояние, резко изменяет уклад жизни, социальный, профессиональный и семейный статус [1, 2, 3]. В связи с тем, что личностные ресурсы больных хронической почечной недостаточности снижены, необходимо исследовать и развить такое личностное качество, как жизнестойкость, обеспечивающее способность успешно противостоять стрессовым факторам, сохраняя внутреннюю сбалансированность и успешность деятельности. В исследованиях М.М. Логиновой показано, что жизнестойкость взаимосвязана с внутренним локусом контроля, который заключается в вере в собственные возможности, ощущении себя хозяином собственной жизни [4]. Жизнестойкость и интернальный локус контроля, как личностные ресурсы, влияют на выбор человеком копинг-стратегий, что отмечается в работах Д.А. Леонтьева, М.В. Логиновой, К. Муздыбаева, Е.И. Рассказовой, С. Мадди и др. [4, 5, 6, 7].

При тяжелой и неизлечимой болезни, несущей в себе реальную угрозу жизни и пожизненного пребывания на лечении гемодиализом, жизнь больных дезорганизуется, вносятся существенные изменения в их физическое и психическое состояние, резко изменяется уклад жизни, социальный, профессиональный и семейный статус. В существующих сложных условиях

важными факторами стрессоустойчивости, выживания, приспособления больных к изменившемуся окружению, их самореализации, сохранения и восстановления ими психического и физического здоровья являются высокий уровень жизнестойкости, внутренний локус контроля и применение продуктивных копинг-стратегий.

*Цель исследования* - определение взаимосвязи жизнестойкости, локуса контроля и совладающего поведения больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

*Объект исследования:* жизнестойкость, локус контроля, копинг-стратегии личности.

*Предмет исследования:* особенности жизнестойкости, локуса контроля и копинг-стратегий больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

*Гипотеза исследования:*

1. Существует взаимосвязь между уровнем жизнестойкости больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и локусом контроля.

2. Чем выше жизнестойкость больных, тем чаще они прибегают к продуктивным копинг-стратегиям, направленным на активное разрешение проблем.

3. Существует взаимосвязь между локусом контроля больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и выбираемыми ими копинг-стратегиями.

*Методы и методики исследования:*

1. Теоретические методы: анализ медицинской и психологической литературы по исследуемой проблеме, материалов научно-исследовательских работ.

2. Психодиагностические методики: тест жизнестойкости С. Мадди (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова); тест-опросник «Уровень субъективного

контроля» Дж. Роттера (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд); опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолкман (Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева).

### 3. Количественный и качественный анализ результатов.

*База исследования:* Отделение нефрологии и гемодиализа Кировского филиала МЧУ ДПО Нефросовета в г. Кирове.

### **Основное содержание**

Теоретический анализ литературы показал, что именно жизнестойкость, как стержневая личностная характеристика, дает возможность личности смело взглянуть в глаза опасности, взять на себя ответственность за происходящее и успешно преодолеть неблагоприятные обстоятельства жизни, как отмечает автор термина С. Маади [6], являясь в то же время основным критерием личностной зрелости, по мнению Богдановой М.В. [8]. Жизнестойкость побуждает индивида преобразовывать стрессогенные жизненные события, положительно переоценить существующие обстоятельства и быть удовлетворенным жизнью, несмотря ни на что, как отмечает С. Богомаз [9]. Что же касается хронических заболеваний, то высокий уровень жизнестойкости обеспечивает позитивное восприятие болезни и лучшую психосоциальную адаптацию. Центральным компонентом жизнестойкости выступает локус контроля, который дает возможность управлять своей жизнью, чувствуя себя ее автором и хозяином, что в свою очередь приводит к формированию конструктивных стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями. В каком бы аспекте ни рассматривалось понятие «жизнестойкость», большинство авторов утверждают, что жизнестойкость – это свойство личности, способствующее успешному преодолению стресса и помогающее сохранить или восстановить здоровье. Жизнестойкая личность – это личность, обладающая жизнестойкими убеждениями, заботящаяся о своем физическом и психическом здоровье, использующая жизнестойкое, преобразующее совладание с целью преодоления трудных жизненных ситуаций и

включающаяся в поддерживающее социальное взаимодействие. Высокий уровень жизнестойкости в сочетании с интернальным локусом контроля и конструктивными копинг-стратегиями при хронических заболеваниях обеспечивают позитивное восприятие болезни, успешность лечения и реабилитации и лучшую психосоциальную адаптацию.

Социальная ситуация изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью является негативной и ограничивающей. Перемена социального статуса больных проявляется в переходе на инвалидность, отрыве от привычных коллективов и групп, сужение круга контактов. Нарушаются личные планы, достижение определенных целей (профессиональных, в частности) становится невозможным, видоизменяется привычный уклад жизни [10]. Центральным психологическим механизмом изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью является перестройка иерархии мотивов, когда в качестве ведущего мотива становится мотив «сохранения здоровья», тем самым происходит «сокращение временной сферы мотивации» и осуществляется искажение смыслового отношения к окружающей действительности, к «смысловой смещенности» [11]. Мнения исследователей относительно копинг-стратегий, характерных для пациентов гемодиализа, расходятся. Их взгляды по вопросу о том, какие копинг-стратегии наиболее эффективны в ситуации лечения гемодиализом, неоднозначны. Одни авторы приводят данные о преобладании у данных больных проблемно-ориентированных копинг-стратегий, другие исследователи свидетельствуют о превалировании эмоционально-ориентированных механизмов совладания, третьи указывают, что пациенты гемодиализа чаще всего применяют избегающий копинг.

Обратимся к результатам эмпирического исследования, которое показало, что большинство больных терминальной стадии хронической почечной недостаточности наиболее часто прибегает к таким стратегиям совладания с трудными ситуациями, как планирование решения проблемы и

положительная переоценка, то есть использует преимущественно проблемно – ориентированные копинги. Данный вывод подтверждается в исследовании И.А. Васильевой, которая выявила, что преобладающими у больных, находящихся на лечении гемодиализом, являются эффективные способы преодоления трудностей: «самоконтроль», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка», что указывает на хорошие адаптивные возможности этих пациентов, позволяя справляться с хронической психотравмирующей ситуацией многолетнего лечения гемодиализом [12].

Наименее выраженной оказалась копинг-стратегия «принятие ответственности». В подтверждение у большей части больных выявлен внешний локус контроля (82%), у меньшей половины – внутренний (18%).

В результате корреляционного анализа выявлена положительная взаимосвязь между общим показателем жизнестойкости и копинг-стратегиями. Наибольшая положительная связь была выявлена между общим показателем жизнестойкости и копинг-стратегией «поиск социальной поддержки» ( $r=0,885$ ;  $p\leq 0,01$ ). Чем выше жизнестойкость, тем чаще негативные переживания преодолеваются больными за счет использования социальных ресурсов. Такими ресурсами могут стать медицинский персонал, семья, родственники, другие пациенты. Принадлежность к социуму позволяет почувствовать человеку физическую и психологическую поддержку со стороны, ощутить внимание и сочувствие к своей персоне, быть выслушанным и поделиться с кем-либо своими переживаниями. Всё это дает человеку возможность продолжать жить [12].

Не менее выраженной является положительная связь между общим уровнем жизнестойкости и копинг-стратегией «конфронтация» ( $r=0,84$ ;  $p\leq 0,01$ ). Полученные показатели позволяют сделать вывод о том, что способность больных контролировать ситуацию и противостоять трудностям с помощью конкретных активных действий дают возможность позитивно воспринимать

свою болезнь, справляться с тревогой и находить пути выхода из трудных ситуаций.

Таблица 1

*Результаты корреляции жизнестойкости и показателей совладающего поведения больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности*

| Корреляции шкал  |                               | Значение коэффициента корреляции | Уровень значимости | Описание связи        |
|--|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Жизнестойкость   | Конфронтация                  | 0,840                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
|  | Дистанцирование               | 0.792                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
|  | Самоконтроль                  | 0.559                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
|  | Поиск соц. поддержки          | 0.885                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
|  | Принятие ответственности      | 0.735                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
|  | Бегство-избегание             | 0.500                            | $\leq 0,05$        | Прямая умеренная      |
|  | Планирование решения проблемы | 0.540                            | $\leq 0,05$        | Прямая значимая связь |
|  | Положительная переоценка      | 0.747                            | $\leq 0,01$        | Прямая значимая связь |
| Примечание: ** – уровень значимости $p \leq 0,01$ ; * – уровень значимости $p \leq 0,05$ |                               |                                  |                    |                       |

Жизнестойкость также положительно взаимосвязана с копинг-стратегией «дистанцирование» ( $r=0,792$ ;  $p \leq 0,01$ ). Так как хроническая почечная недостаточность – это неизлечимая болезнь, влекущая за собой пожизненное пребывание на лечении гемодиализом и связанная с постоянной зависимостью от аппарата «искусственная почка», использование больным стратегии

«дистанцирование» является эффективной ответной реакцией на дезорганизацию его мира поставленным диагнозом. Применение данного копинга больным – это способ снизить значимость сложившейся ситуации, предотвратить интенсивные эмоциональные реакции, сохранить оптимизм, уровень своей работоспособности и активность в социальных связях, то есть повысить уровень своей жизнестойкости [13].

Установлена положительная корреляция жизнестойкости с копинг-стратегией «положительная переоценка» ( $r=0,747$ ;  $p\leq 0,01$ ). Попытки больного преодолевать негативные переживания в связи с проблемой за счет её положительного переосмысления не дают возможности упасть человеку в отчаяние. Американская писательница Элинор Портер в своем романе «Поллианна» называет данное явление «игрой в радость» [14], с помощью которой человек изменяет свое мировоззрение, сознательно меняет все минусы на плюсы. Положительная переоценка больным своего состояния делает возможным снятие напряжения и формирование жизнестойких убеждений.

Существует положительная связь между жизнестойкостью и копинг-стратегиями «самоконтроль» ( $r=0,559$ ;  $p\leq 0,01$ ) и «планирование решений» ( $r=0,54$ ;  $p\leq 0,01$ ). Чем выше жизнестойкость, тем чаще негативные переживания преодолеваются за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения. Такие больные контролируют свое поведение, стремятся к самообладанию. Они могут скрывать от окружающих свои переживания в связи с проблемной ситуацией.

Умеренная связь была обнаружена между жизнестойкостью и копинг-стратегией «бегство-избегание» ( $r=0,5$ ;  $p\leq 0,05$ ). Преодоление больным острых стрессовых ситуаций за счет реагирования по типу уклонения дает возможность быстрому снижению эмоционального напряжения человека. Однако, использование данной стратегии больным не допускает разрешения

проблемы, создает вероятность накопления трудностей и имеет краткосрочный эффект снижения эмоционального дискомфорта.

В результате корреляционного анализа выявлена положительная взаимосвязь между всеми компонентами жизнестойкости и локусом контроля больных.

Таблица 2

*Результаты корреляции жизнестойкости и показателей локуса контроля у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности*

| Корреляции шкал  |                      | Значение коэффициента корреляции | Уровни значимости | Описание         |
|--|----------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|
| Локус контроля   | Общая жизнестойкость | <b>0,541</b>                     | $p \leq 0,01$     | Прямая значимая  |
|  | Вовлеченность        | 0,465                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
|  | Контроль             | <b>0,438</b>                     | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
|  | Принятие риска       | 0,462                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
| Примечание: ** – уровень значимости $p \leq 0,01$ ; * – уровень значимости $p \leq 0,05$ |                      |                                  |                   |                  |

Наибольшая положительная связь была выявлена между общим показателем жизнестойкости и локусом контроля ( $r=0.541$ ;  $p \leq 0,01$ ). Чем выше общий показатель жизнестойкости, тем выше представление больного о себе, как о сильной личности, вера в свои силы и способность контролировать события собственной жизни, что подтверждается данными других исследователей. Прямая умеренная связь между локусом контроля и компонентом жизнестойкости «вовлеченность» ( $r=0.465$ ;  $p \leq 0,05$ ) указывает на то, что больные с высоким уровнем жизнестойкости имеют склонность к

управлению своей жизнью, свободному принятию решений и воплощению их в жизнь. Прямая положительная связь между компонентом жизнестойкости «контроль» и локусом контроля ( $r= 0,438$ ;  $p \leq 0,05$ ), указывает на то, что больные с низким уровнем жизнестойкости, как правило, не вовлечены в происходящее, считают себя беспомощными, отвергнутыми, предпочитая плыть по течению, не борясь за результат. Выявлена прямая умеренная связь между локусом контроля и компонентом «принятие риска» ( $r= 0,462$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Таблица 3

*Результаты корреляции показателей локуса контроля и копинг-стратегий у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности*

| Корреляции шкал  |                          | Значение коэффициента корреляции | Уровни значимости | Описание связи   |
|--|--------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|
| Локус контроля   | Копинг-стратегии         |                                  |                   |                  |
| Локус контроля   | Конфронтация             | 0,364                            | $p \geq 0,05$     | Незначимая       |
|  | Дистанцирование          | 0,490                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
|  | Самоконтроль             | 0,002                            | $p \geq 0,05$     | Незначимая       |
|  | Поиск соц. поддержки     | 0,397                            | $p \geq 0,05$     | Незначимая       |
|  | Принятие ответственности | 0,505                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
|  | Бегство-избегание        | 0,514                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
|  | Планирование решения     | 0,277                            | $p \geq 0,05$     | Незначимая       |
|  | Положительная переоценка | 0,503                            | $p \leq 0,05$     | Прямая умеренная |
| Примечание: ** – уровень значимости $p \leq 0,01$ ; * – уровень значимости $p \leq 0,05$ |                          |                                  |                   |                  |

### **Выводы**

Исследование взаимосвязи локуса контроля и копинг-стратегий показало наличие умеренных положительных связей ( $p < 0,05$ ), в частности локуса контроля с положительной переоценкой и принятием ответственности, а также с дистанцированием и бегством, что дает возможность справляться с хронической психотравмирующей ситуацией, присущей этой группе больных.

По результатам исследования была выявлена взаимосвязь между уровнем жизнестойкости больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и локусом контроля, а также взаимосвязь между уровнем жизнестойкости и выбираемыми ими копинг-стратегиями. За счет выбора более продуктивных копинг-стратегий (поиск социальной поддержки, конфронтация, положительная переоценка, дистанцирование, принятие ответственности) повышается уровень жизнестойкости. Больные способны использовать жизнестойкое, преобразующее совладание с целью преодоления трудных жизненных ситуаций и включаться в поддерживающее социальное взаимодействие. Установлена взаимосвязь между локусом контроля больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и выбираемыми ими копинг-стратегиями. В дальнейшем исследование может быть продолжено в направлении разработки оказания данной категории больных психологической помощи, в частности, обучению больных хронической почечной недостаточностью жизнестойким способам совладания со стрессовыми ситуациями.

### **Список литературы**

1. Макаров Е.В., Максудова А.Н., Игбагимов А.И. Качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. – № 1. – С. 26-29. [Makarov E.V., Maksudova A.N., Igbagimov A.I. Kachestvo zhizni bol'nykh s khronicheskoy pochechnoy nedostatochnost'yu, nakhodyashchikhsya na programmnom gemodialize. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 92(1): 26-29 (In Russ).]

2. Горин, А.А. Качество жизни и пограничные психические. расстройства у больных хроническим гемодиализом. – М.: Академия, 2005. – С. 24. [Gorin, A.A. *Kachestvo zhizni i pogranichnye psikhicheskie. rasstroystva u bol'nykhna programmnom gemodialize*. М.: Akademiya, 2005. p. 24. (In Russ).]
3. Узлов Н.Д. Личностные особенности пациентов, находящихся на лечении методом перманентного гемодиализа в периоде долговременной адаптации/ Н.Д.Узлов, Ю.Г. Бикбулатова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4(27). [Uzlov N.D. , Bikbulatova Yu.G. Lichnostnye osobennosti patsientov, nakhodyashchikhsya na lechenii metodom permanentnogo gemodializa v periode dolgovremennoy adaptatsii. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2014;( 4(27). (In Russ) ] Доступно по: <http://mprj.ru>. Ссылка активна на 12.10.2018.
4. Логинова М.В. Психологическое содержание жизнестойкости личности студентов: дисс. ...канд. псих. наук. – Москва, 2010. [Loginova M.V. *Psikhologicheskoe sodержanie zhiznestoykosti lichnosti studentov*. [dissertation] Moscow; 2010. (In Russ).]
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006 — С. 63. [Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. *Test zhiznestoykosti*. М.: Smysl, 2006. p. 63. (In Russ).]
6. Мадди, С. Смыслообразование в процессе принятия решений // Смысл. –2014. – Т. 54. – № 6. – С. 17-21. [Maddi, S. Smysloobrazovanie v protsesse prinyatiya resheniy. *Smysl*. 2014; 54(6): 17-21 (In Russ)].
7. Рассказова Е.И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации // Гуманитарные проблемы современной психологии. – 2005. – Т. 28. – № 7. – С. 124-126. [Rasskazova E.I. Zhiznestoykost' i vybor budushchego v protsesse reabilitatsii // *Gumanitarnye problemy sovremennoy psikhologii*. 2005; 28(7); 124-126. (In Russ)]
8. Богданова М.В. Взаимосвязь жизнестойкости с личностной зрелостью и уровнями жизнеобеспечения личности // Вестник Тюменского государственного университета. – 2012. - № 9. - С. 149-156. [Bogdanova M.V. Vzaimosvyaz' zhiznestoykosti s lichnostnoy zrelost'yu i urovnyami zhizneobespecheniya lichnosti. *Vestnik Tyumenskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2012; (9): 149-156 (In Russ)]
9. Богомаз С.А. Жизнестойкость человека как личностный ресурс совладания со стрессами и достижения высокого уровня здоровья/ Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России»; декабрь 13 –14, 2009; Москва. [Bogomaz S.A. Zhiznestoykost' cheloveka kak lichnostnyy resurs sovladaniya so stressami i dostizheniya vysokogo urovnya zdorov'ya. In: Vserossiyskiy forum «Zdorov'e natsii – osnova protsvetaniya Rossii»; Dec, 13 –14, 2009; Moscow (In Russ).]

10. Муладжанова Т.Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: дис. ... канд. псих. наук.– Москва: 2011. [Muladzhanova T.N. *Psikhologicheskiy analiz izmeneniy lichnosti u bol'nykh khronicheskoy pochechnoy nedostatochnost'yu, nakhodyashchikhsya na lechenii gemodializom.* [dissertation] Moscow. 2011.
11. Зикеева Л.Д. Невротические реакции больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом // Клиническая медицина.– 2014. – Т.6. – № 9. – С. 43-48. [Zikeeva L.D. Nevroticheskie reaktsii bol'nykh khronicheskim glomerulonefritom i khronicheskim pielonefritom. *Klinicheskaya meditsina.* 2014; 6(9): 43-48 (In Russ).]
12. Васильева И.А., Исаева Е.Р., Румянцев А.Ш. Копинг-стратегии больных, находящихся на лечение хроническим гемодиализом // Нефрология – 2009. – Т.8. - №4. – С. 45-51. [Vasil'eva I.A., Isaeva E.R., Rumyantsev A.Sh. Koping-strategii bol'nykh, nakhodyashchikhsya na lechenie khronicheskim gemodializom . *Nefrologiya.* 2009; 8(4): 45-51 (In Russ).]
13. Трифонова Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. - С. 96-108. [Trifonova E.A. Strategii sovladaniya so stressom i somaticheskoe zdorov'e cheloveka: teoreticheskie podkhody i empiricheskie issledovaniya . *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena.* 2012;(145): 96-108 (In Russ).]
14. Портер Э. Полианна. – М: Энанс-книга, 2013. – С. 312. [Porter E. Polianna. Moscow: Enans-kniga, 2013. p. 312. (In Russ).]

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,  
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

УДК 378.147:614.253:617-089-053.2

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ПРЕПОДАВАНИИ  
ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»**

Разин М.П.<sup>1</sup>, Смоленцев М.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава РФ, Киров, Россия (610998, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) [mprazin@yandex.ru](mailto:mprazin@yandex.ru)

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Сургутский университет ХМАО-Югры, г. Сургут, Россия

Статья посвящена особенностям преподавания дисциплины «Детская хирургия» в медицинском вузе. Авторы анализируют деонтологические особенности детской хирургии, которые должен знать и которыми должен владеть студент-медик. Описываются особенности психики больного ребенка и его родителей. В работе анализируются особенности взаимоотношений «врач – больной ребенок», «врач – родители больного ребенка», «врач – врач», знание которых имеет крайне важное значение для успешного обучения студента на клинических кафедрах медицинского вуза.

**Ключевые слова:** педагогика, деонтология, детская хирургия.

**DEONTOLOGY IN TEACHING PEDIATRIC SURGERY**

Razin M.P.<sup>1</sup>, Smolentsev M.M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610998, Kirov, K.Marx Street, 112) [mprazin@yandex.ru](mailto:mprazin@yandex.ru)

<sup>2</sup>Surgut State University of Khanty-Mansiysk Autonomous Region - Yugra, Surgut, Russia

The article is devoted to the peculiarities of teaching Pediatric surgery in a medical school. The authors analyze the deontological features of pediatric surgery, which a medical student should know. Peculiarities of the sick child's and his parents' state of mind are described. In the article the relationships "a doctor-a sick child", "a doctor- a sick child's parents", "a doctor-a doctor" are analyzed, the knowledge of which is extremely important for successful student training at the clinical departments of a medical school.

**Keywords:** pedagogics, deontology, pediatric surgery

На развитие личности влияет множество факторов: внутренние (природные задатки человека) и внешние (воспитание и среда). Среда медицинского вуза имеет свои четко очерченные особенности, связанные с уникальным гуманизмом преподаваемых в нем дисциплин. Ведь в медицинских вузах учат не складывать, читать и строить, а сострадать и сопереживать, лечить, зачастую вторгаясь в сакральные горизонты, без оглядки на выгоду и даже на понятный смысл, т.к. нам не ведомы Его планы. Наибольшее количество дисциплинарных особенностей имеет преподавание клинических дисциплин, в частности – детской хирургии. Многие из этих особенностей ярко представлены в литературе [1, 2], но некоторые важные моменты до сих пор оказывались «не в фокусе» педагогической мысли.

Деонтология в детской хирургии имеет свои уникальные особенности, а их знание – чрезвычайное значение. Что же представляют собой взаимоотношения «медработник – больной», когда пациентом является ребенок? Для начала обратимся ко второй составляющей этого тандема.

Ребенок, поступая в клинику, испытывает, прежде всего, страх. Страшно остаться без мамы, страшно среди чужих людей, одетых в белые халаты. Ребенок боится каждого прикосновения к нему, потому что боится боли. Он плачет уже на пути в палату, плачет в палате, плачет в процедурной и перевязочной, что ни в коей мере не способствует его выздоровлению. Значит,

первая обязанность медицинского работника – успокоить ребенка, убедить его в том, что он любим и дорог в «больничке» не меньше, чем дома. А убедить его можно только в том случае, если в словах медицинских работников (и студентов-медиков в том числе) не будет фальши. Сыграть доброту в такой ситуации нельзя – дети интуитивно и безошибочно чувствуют фальшь, игру, достоверно отличая сюсюканье от искренне душевного отношения.

Больного ребенка никогда не следует обманывать. Обманутый раз, он не поверит вам больше. Если вместо обещанных мультиков в перевязочной ему будет выполнена пункция – на его уважение и доверие можно не рассчитывать. Другое дело, что правда ребенка отличается от правды взрослых. Если сказать ребенку, что в операционной ему будут греть живот лампой, а он будет дышать лекарствами из маски, как летчики на большой высоте, – для него это будет чистая правда, т.к. именно это он будет видеть и чувствовать до наступления наркотического сна в операционной. Все медицинские работники в детском здравоохранении должны быть психотерапевтами, а лучшими специалистами в этой области бывают другие дети, соседи по палате, которые уже прошли через операцию. Дети доверяют сверстникам всегда больше, чем взрослым. Поэтому мы считаем нецелесообразным размещать в разных палатах вновь поступивших и оперированных детей.

Неприятными могут быть для ребенка не только болезненные, но и «стыдные» манипуляции. С чувством стыда у ребенка нельзя не считаться – у него есть и свое самолюбие, и свое достоинство, иногда даже обостренные. Поэтому никогда не следует проводить ректальное исследование, катетеризацию мочевого пузыря и другие подобные манипуляции в присутствии других детей. Увиденное ими может стать предметом насмешек. Пусть эти интимные процедуры останутся вашим общим с ребенком секретом.

Кроме того, дети с хроническими заболеваниями, лишенные возможности принимать участие в подвижных играх, обычно много читают, размышляют, не по возрасту умны, иногда становятся набожными. Они очень

внимательно прислушиваются к разговорам врачей и по-своему остро их переживают. Поэтому все, что хорошо – нужно обсуждать у постели больного, а проблемные ситуации должны обсуждаться без детей.

Следует отметить, что у детских хирургов-профессионалов проблем во взаимоотношениях «врач – больной» обычно не возникает, в нашей специальности остаются работать те, кто действительно добр и неравнодушен к детям (приходят разные, остаются только такие). Гораздо сложнее выстроить отношения «медработник – родители больного ребенка» [3, 4]. Нужно понимать общеизвестный постулат: родители больного ребенка тоже нездоровы. И чем выше тяжесть заболевания у ребенка, тем более выражена клиника психического расстройства у родителей, особенно мам. Не следует ждать от них взвешенных и трезвых поступков, не надо обвинять их в неспособности сразу принять ответственное решение. В установлении доверительных отношений с ними важно все – от внешнего вида (студента, врача) до богатого непрофессионального лексикона, спокойствия и выдержки. Информирование родителей о болезни ребенка должно быть исчерпывающим. Ни в коем случае нельзя успокаивать обеспокоенных родителей, упрощая ситуацию, или заверять в благополучном исходе там, где вы в этом не уверены. При отрицательном результате все эти благие намерения обернутся против вас: вы говорили, что все будет хорошо, так не получилось, значит, вы сделали что-то не так, или чего-то не сделали. Это порождает жалобы и судебные разбирательства. Принимая решение в сложных случаях, нужно ставить себя на место родителей больного. «Как бы поступил бы я, если бы это были мой сын или моя дочь»? И говорить об этом родителям. Обычно именно это решение оказывается единственно правильным.

Законодательством об охране здоровья граждан РФ предусматривается получение письменного согласия родителей на операцию, в последнее время стали требовать подпись родителей и под тем, что они предупреждены об опасностях операции, возможных осложнениях и последствиях. По разным

причинам родители могут отказываться от этого: кто-то пьян, кто-то психически не здоров, кто-то боится от узости кругозора, наконец, ребенок может поступать в стационар просто без родителей. В этом случае показания к экстренной операции должны оформляться консилиумом трех врачей: обычно это хирург, анестезиолог и обязательно представитель администрации больницы (в ночное время – дежурный педиатр). Это положение должен знать любой студент-медик, т.к. в случае неудачной операции родители обязательно обратятся с иском в суд, а неисполнение указанных формальностей не позволит суду оправдать врача.

Этические проблемы могут возникать и при решении вопроса о госпитализации родителей с ребенком. Уверяем вас – для большинства детей этого не нужно. Исключение составляют только дети раннего возраста (до двух лет) и дети, с которыми в силу тяжести их состояния взрослые должны находиться неотступно. Это не обязательно должна быть мать – если семья нормальная, можно попросить прийти на беседу нескольких родственников, которые согласны госпитализироваться для ухода, посмотреть на каждого внимательно, выбрать самого разумного и уравновешенного.

Несколько слов о посещении больных родственниками. Дети, конечно, рады приходу близких, но когда те уходят, а они остаются – это каждый раз трагедия. Кроме того, посещения представляют и большую эпидемиологическую опасность. И в ней всегда будут виноваты медицинские работники, поэтому посещения детей, состояние которых стабильно, лучше резко ограничить.

Хирургию детского возраста справедливо характеризуют как хирургию пороков развития. Естественно, у родителей ребенка с пороками развития возникают к врачу вопросы о степени генетического риска: не повторится ли данная аномалия при последующих беременностях. Студентам не нужно давать легкомысленных советов – такие вопросы не в их компетенции. Этот сложный вопрос должны решать специалисты медико-генетических консультаций,

нужно переадресовывать родителей туда. Необходимо постоянно помнить о врачебной тайне, на которую имеют законное право родители. Студент-медик должен уважать себя и свою профессию, у которой, в отличие от прочих, есть тайны, доверенные только представителям врачебной касты.

Большую проблему представляют так называемые «отказные», «государственные» дети. Нужно помнить, что таким не купят лучших дорогостоящих лекарств заботливые родители, из-за них не позвонят, о них не побеспокоятся знакомые и начальники. Этому ребенку не поможет никто, кроме медиков – поэтому и лечить его нужно только так, как вы хотели бы, чтобы лечили вашего собственного ребенка.

В основе взаимоотношений «медработник – медработник» должны лежать исключительно интересы ребенка. Врач, как и любой специалист, имеет право на ошибку, если она не связана с халатностью и недобросовестностью, в последних случаях ошибка расценивается как преступление и разбирается судебными органами. Ошибки, связанные со сложностью случая, атипичностью течения болезни, недостаточным опытом («добросовестным заблуждением») разбираются только внутри врачебного коллектива с целью не допустить в будущем повторения подобной ошибки [5, 6]. У каждого есть свой звездный и свой несчастливый час.

В заключение считаем необходимым обратить внимание еще на один важный момент. Каждый из преподавателей медицинского вуза более всего хотел бы, чтобы каждый из его студентов сформировался как настоящий профессионал. Но профессионализм = компетентность + порядочность.

Очень хотелось бы, чтобы трудная, многозначная работа педагога не игнорировала и второе обязательное слагаемое этого тождества, только в таком случае станет возможным делать упор на личностном созревании специалиста, что особенно важно для врача.

## Список литературы

1. Детская хирургия. Национальное руководство / под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова / руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1168 С. [Isakov, Yu.F., Dronov, A.F., editors. *Detskaya khirurgiya. Natsional'noe rukovodstvo*. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. (In Russ)].
2. Рокицкий, М.Р. Я хочу стать хирургом. Советы, которым можно следовать и которыми можно пренебречь. Москва. 2012. [Rokitsky M.R. *Khochu stat' khirurgom. Sovety, kotorym možhno sledovat' i kotorymi možhno prenebrech'*. Moscow, 2012. (In Russ)].
3. Громова, О.Н. Конфликтология. – М. 2000. – С. 65-75. [Gromova, O.N. *Konfliktologiya*. Moscow, 2000. S. 65-75. (In Russ)].
4. Тетенкин, Б.С. Социально-психологическая сущность конфликта // Вятский медицинский вестник. – 2013. – № 2. – С. 40-43. [Tetenkin, B.S. Socio-psychological essence of the conflict. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2013; 2: 40-43. (In Russ)].
5. Григович, И.Н. Врачебные ошибки неизбежны? // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – Т. III. – № 3. – С. 6-11. [Grigovich, I.N. Are medical errors unavoidable? *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2013; 3(3): 6-11. (In Russ)].
6. Фомина, Т.К. Отношение к проблеме врачебной ошибки средств массовой информации // Биоэтика. – 2008. – № 1. – С. 39-41. [Fomina, T.K. Attitude to the problem of medical error of the media. *Bioehtika*. 2008; 1: 39-41. (In Russ)].

**ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ**

УДК 37.012.1

**НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Н.Н. БЛИНОВА В ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ**

Помелов В.Б.

*ФГБОУ ВО Вятский государственный университет Министерства  
образования и науки РФ (610002, г. Киров, ул. К. Маркса, 36)*

[vladimirpomelov@mail.ru](mailto:vladimirpomelov@mail.ru)

В статье дается изложение научной и просветительской деятельности видного педагога Вятского края Николая Николаевича Блинова (1839-1917). Раскрывается вклад Н.Н. Блинова в создание методической литературы, в том числе для удмуртов. Уделяется внимание характеристике его связей с видными педагогами своего времени (Ф.Ф. Павленков, Н.Ф. Бунаков).

**Ключевые слова.** Н.Н. Блинов, Вятская губерния, «Лыдзон», село Карсовой, село Бахта, «Повесть о стране Вятской», Н.Ф. Бунаков, Ф.Ф. Павленков, «Ученье-свет».

**N.N. BLINOV'S SCIENTIFIC, METHODOICAL AND EDUCATIONAL  
ACTIVITIES IN VYATKA PROVINCE**

Pomelov V.B.

*Vyatka State University (610002, Kirov, K.Marx Street, 36).*

[vladimirpomelov@mail.ru](mailto:vladimirpomelov@mail.ru)

The article describes scientific and educational activities of Nikolai Nikolaevich Blinov, the prominent teacher of Vyatka province (1839-1917) and his contribution to methodical literature creation, including Udmurts. His relationship with prominent teachers of his time (F.F. Pavlenkov, N.F. Bunakov) is characterised.

**Keywords:** N.N. Blinov, Vyatka province, «Lydzon», Karsovaj village, Bakhta village, «A tale of Vyatka country», N.F. Bunakov, F.F. Pavlenkov, «Learning is Light».

### **Введение**

Несомненно, Н.Н. Блинов был самым выдающимся учителем в истории Вятской губернии. Его разносторонняя деятельность как учителя, священника, просветителя удмуртского народа, писателя, статистика, земского деятеля заслуживает самого пристального внимания исследователей. В предлагаемой статье автор стремился охарактеризовать личность этого замечательного человека с разных сторон.



*Н.Н. Блинов (1839-1917)*

### **Основное содержание**

Видный церковный и светский писатель, исследователь истории и культуры Вятского края, учитель и священник Николай Николаевич Блинов родился 7 (19) октября 1839 г. в селе Зашижемье Орловского уезда Вятской губернии в семье священнослужителя.

В 1861 г., по окончании Вятской духовной семинарии, он приступил к работе в качестве священнослужителя и учителя в школе в удмуртском селе Карсовой Глазовского уезда Вятской губернии.

В дальнейшем, на протяжении всего своего многолетнего плодотворного жизненного пути, Блинов успешно совмещал церковную, педагогическую, этнографическую и издательскую деятельность.

### *Н.Н. Блинов как историк-краевед*

Первые сведения о Блинове как исследователе местного края датируются 1861 годом, когда в «Вятских губернских ведомостях» (далее – «ВГВ») вышли его статьи, носившие этнографический характер. В материале «Новое поветрие» (1861, № 29) он рассказывал о суеверном предубеждении крестьян-удмуртов против одежды из фабричных материалов.

В «Заметках о пермяках Вятской губернии» («ВГВ», 1861, №№ 44, 45) едва ли не впервые в местной историографии он дал подробное описание быта этой народности, а в статье «О приемных покоях для больных» («ВГВ», 1862, № 3) рассказал об отношении удмуртских крестьян к «казенной» медицине и способах народного целительства. В последующие годы он увлеченно занимался изучением жизни местного населения, чему свидетельством являются его статьи в «ВГВ»: «Описание Карсовайского прихода Глазовского уезда» (1864, №№ 46, 48, 49), «Сельскохозяйственный быт пермяков и вотяков Карсовайского прихода» (1865, №№ 31, 33-37), «Инородцы северо-восточной части Глазовского уезда» (1865, №№ 59-67), «Влияние времени года на рождение и смертность» (1866, №№ 84-87), «Движение народонаселения в приходе села Карсовайского» (1869, №№ 14-22, 28-37).

Все указанные статьи не были просто заметками, а именно большими глубокими статьями, печатавшимися на протяжении ряда выпусков газеты. Свою историко-этнографическую ценность эти и другие работы Н.Н. Блинова не только не утратили, но с течением времени приобретают все большую ценность, поскольку они являются одним из немногих источников, а в ряде

случаев и единственным, в области исследования истории и культуры «малых народов».

В 1866 году «ВГВ» опубликовали знаменитый письменный памятник XVII–XVIII вв. «Повесть о стране Вятской» (другое название – «Повесть о городе Вятке»), вызвавший оживленную и до настоящего времени далекую от завершения дискуссию историков по вопросу о времени заселения русскими людьми Вятской Земли. Это был так называемый «баженовский список».

Н.Н. Блинов, ознакомившись с ним, сделал вывод о его неполноте и выдвинул свой, «блиновский» список. Дополнение, приведенное Н.Н. Блиновым, было опубликовано в «ВГВ» (1866, № 34, 45, 66).

В эти годы Н.Н. Блинов направляет свои работы в Вятский губернский статистический комитет, где они получают положительный отзыв и рекомендации к опубликованию. Исследование о Карсовайском приходе высоко оценивается Русским Императорским географическим обществом, и, в итоге, в 1866 г. автор этой работы – сельский священник и учитель (!) принимается, минуя степень члена-корреспондента, сразу в действительные члены общества (то есть в академики) и награждается бронзовой медалью.

### *Н.Н. Блинов как создатель азбуки для удмуртов*

Постепенно просветитель-священник обратился к проблемам методики начального обучения «инородцев». Столкнувшись с трудностями в обучении удмуртских детей, не знавших русского языка, он составил для них в 1863-1864 гг. книгу-азбуку, под названием «Лыдзон», что в переводе с удмуртского языка означает «Чтение». В ее основу была положена графика русского языка с добавлением надстрочных знаков для выражения специфических звуков удмуртской речи, а самое главное – новаторский для того времени звуковой метод обучения грамоте, предложенный К.Д. Ушинским.

Следует заметить, что первая удмуртская азбука была написана иереем из удмуртского села Укан И. Анисимовым и издана в Казани еще в 1847 г. Но это было сугубо богословское издание, построенное на переложении краткого

катехизиса. Поэтому первой полноценной с дидактической точки зрения азбукой-букварем следует считать труд Блинова.

В азбуке Блинова приведены в определенной системе слоги, слова и выражения, даны переводы молитв и впервые на удмуртском языке напечатаны прозаические отрывки светского нравоучительного содержания. Здесь же помещен первый перевод поэзии А.С. Пушкина на удмуртский язык, осуществленный именно Н.Н. Блиновым.

Свою рукопись Н.Н. Блинов направил в губернский статистический комитет, который в те годы был в Вятской губернии по существу центром научной жизни.

В своем обращении в комитет он писал: «За составление ее (азбуки – В.П.) назад тому более года я взялся вследствие настоятельной необходимости, так как поступавшие ко мне для обучения вотские мальчики, не понимая русского языка, с большим трудом знакомились с русской грамотой» [1, с. 3].

И помощь была оказана: работа была направлена на рецензию известному вятскому издателю и журналисту Николаю Ивановичу Золотницкому, жившему в то время в слободе Кукарка Вятской губернии фактически в ссылке.

Получив от него положительный отзыв, комитет стал хлопотать об издании работы. Было возбуждено ходатайство перед губернатором, затем перед Московским цензурным комитетом, и, в итоге, азбука была издана быстро, – в Вятке в 1867 г., а затем и в Москве. В дальнейшем она неоднократно переиздавалась и совершенствовалась другими авторами. Издание этой азбуки поставило Н.Н. Блинова в один ряд с видными российскими просветителями «малых народов». Успех издания вдохновил автора на издание других работ.

### *Практическая педагогическая работа Н.Н. Блинова*

Велики были заслуги священника и педагога Н.Н. Блинова и в области педагогической деятельности среди русских детей. Ему приходилось в печати и

в практической учительской деятельности преодолевать косность старого духовенства. Так, ретрограды не мыслили обучение грамоте без обязательного повторения «глаголь – добро – есть...», считая эти слова чуть ли не за некие религиозные символы, без которых обучение грамоте никак не может обойтись. Свои дидактические взгляды Н.Н. Блинов стремился воплотить в «бахтинский» период своей педагогической деятельности.

Важным этапом в жизни священника и учителя Н.Н. Блинова стал период его работы в крупном селе Бахта, расположенном в десяти верстах от г. Вятки. Вятский учитель-просветитель Дмитрий Илларионович Сенников в статье «Две школы» (имелись в виду организованные Н.Н. Блиновым школа для мальчиков и школа для девочек), опубликованной в «ВГВ» (1870, № 41) поражался небывалой для того времени постановкой школьного дела. В школе (Блинов предпочитал говорить – «в школах», имея в виду классы для мальчиков и девочек) обучались в среднем 30 мальчиков и 20 девочек.

Было введено наглядное обучение. Уроки сопровождались показом репродукций, иллюстраций, работой с картами. Вместе с учителем дети обрабатывали школьный садовый участок, сажали деревья, цветы, овощи, попутно знакомясь с основами ботаники и агрономии. В школе был введен ручной труд: мальчики обучались сапожному делу, девочки – шитью и вязанию.

Все это было делом новаторским для того времени, не говоря уж об уроках физкультуры, которые были обязательны в школе как для мальчиков, так и для девочек.

Необходимость этих нововведений просветитель объяснял тем, что крестьянским женщинам нередко приходится выполнять тяжелую мужскую работу, и поэтому девочки с ранних лет должны быть физически подготовленными. Все указанные новшества проводились за счет личных средств учителя (кстати, отца одиннадцати детей).

Жалованье уходило на приобретение физкультурных снарядов, книг и наглядных пособий, материалов для обучения детей ремеслу. Земство отпускало на школу крайне скудные средства.

Бахтинский период просветительской деятельности Н.Н. Блинова раскрывал протоиерей Игнатий Федорович Фармаковский в своих воспоминаниях. Он рассказывал, как Н.Н. Блинов убеждал в Бахте крестьян, чтобы они отдавали в школу девочек. Крестьяне возражали: «Ну на что девкам нашим грамота? Ведь не писарями же им быть?!» [1, с. 4]. Но Н.Н. Блинов все-таки добивался своего. В женской школе с девочками занималась и его жена. Она обучала детей чтению, письму и арифметике, а заодно шитью, вязанию, вышиванию.

### *Научно-методическая работа Н.Н. Блинова*

Практическую педагогическую работу отец Николай Блинов сочетал с научно-методической. Стремясь к наибольшей эффективности обучения, он обобщил свой, к тому времени уже богатый педагогический опыт, и опубликовал методические пособия для учителей: «Грамота: Учебник для народных школ» (Вятка, 1868, 1870, 1872), «О способах обучения предметам учебного курса начальных народных училищ» (Вятка, 1870; СПб, 1875, 3-е изд.). В «ВГВ» публиковались его статьи, носившие по тем временам новаторский, остро полемический характер. Так, в статье «О мерах по улучшению преподавания в народных школах» (1869, №№ 11, 13) он выступил с широким просветительским планом усовершенствования педагогической работы. В частности, им предлагалось создание специальных педагогических библиотечек, проведение съездов и совещаний учителей. Его собственная библиотека впоследствии стала предметом специального изучения [2, с. 27].

Последнее из названных предложений Н.Н. Блинова осуществилось очень скоро. В 1872 г. он поехал представителем от Вятского земства на Всероссийский съезд народных учителей в г. Москву. Это был первый и единственный при самодержавии съезд такого рода, к которому, кстати,

Министерство «народного затемнения» не имело отношения; он был организован при Всероссийской политехнической выставке.

*Н.Ф. Бунаков о Н.Н. Блинове*

Известный русский педагог Николай Федорович Бунаков в своих воспоминаниях «Как я стал и как перестал быть «учителем учителей» вспоминал об этом съезде и высоко оценивал просветительскую деятельность Н.Н. Блинова.

Н.Ф. Бунаков, в частности, писал: «В вятской группе находился энтузиаст земской школы, педагог-священник Н.Н. Блинов, симпатичнейший человек, страстно преданный делу народного образования, широко понимавший задачу народной школы. Он тогда уже был известен своею умною книжкой «О способах преподавания предметов элементарного курса», написанной горячо и с хорошим пониманием дела, а теперь привез в Москву в рукописи свой новый труд «Ученье-свет», с которым познакомил меня и с которым я познакомил аудиторию, как с превосходным курсом «родиноведения» для народной школы. Книжка эта была издана в Москве (издателем – В.П.) Мамонтовым и до сих пор пользуется вполне заслуженным успехом» [3, с. 337].

Высоко оценивал методические поиски вятского священника-просветителя Н.Ф. Бунаков и в книге воспоминаний «Моя жизнь, в связи с общерусской жизнью, преимущественно провинциальной. 1837-1905», где он продолжил свои воспоминания о встречах с Блиновым на вышеупомянутом съезде: «Блинов Н.Н. познакомился со мной, показал и объяснил мне привезенные рукописи, которые привели меня в восторг. Работы были действительно оригинальные и достойные внимания, особенно «Ученье-свет», книга для чтения в совершенно новом роде, не шаблонный сборник бессвязных статей, а ряд оригинальных описаний и рассказов, начиная с крестьянской избы, выводящих читателя постепенно за околицу, в поле, в лес и на широкий простор Божьего мира» [4, с. 97].

Рукопись «Ученье-свет. Книга для чтения в народных училищах с 33 картинками в тексте» получила исключительно высокую оценку Н.Ф. Бунакова и при его содействии вышла двумя изданиями (М., 1873, Вятка, 1884).

В дополнение к этому пособию Н.Н. Блинов издал методическое пособие под названием «Замечания для учителей о классных занятиях по книге «Ученье-свет» Н. Блинова (М., 1873. 67 с.).

Главное внимание в пособии «Ученье-свет» автором уделяется богато иллюстрированному связному повествованию, которое ведется от лица маленького мальчика, еще только открывающего для себя окружающий мир. Пособие делится на отдельные эпизоды («случаи»), каждый из которых представляет собой какую-то важную веху в реальной жизни ребенка (посещение птичьего двора, прогулка в лес, празднование Рождества, поездка в село и т.д.).

Все эти события реальны и максимально приближены к жизни деревенского ребенка. Это обстоятельство облегчает обучение чтению, поскольку школьникам не приходится задумываться над содержательными реалиями, описанными в книге, – они им хорошо знакомы, – а потому их внимание полностью сосредоточено на распознавании букв и слогов, то есть на самом процессе чтения.

Следует отметить сочность языка пособий Блинова. Принцип наглядности реализуется здесь как через содержательные, многофигурные и многопредметные картинки, расположенные на каждой странице, так и посредством точного и грамотного использования выразительных средств языка.

Н.Ф. Бунаков писал о Н.Н. Блинове: «Он был народный учитель не по профессии, а по призванию, но в то же время истинно народный пастырь, какие у нас редко попадались и попадают между нашими священниками». Н.Ф. Бунаков отмечал его «непобедимую веру в громадную силу грамоты и неукротимое стремление дать русскому народу эту силу» [4, с. 97].

Подвижническая просветительская, педагогическая и священническая деятельность Н.Н. Блинова продолжает интересовать исследователей на протяжении многих лет (В.А. Бердинских, В.А. Петров, Н.П. Изергина, В.Д. Сергеев, А.В. Сергеев) [7; 8].

В своем дневнике в 1896 г. Н.Ф. Бунаков писал: «Получил длинное и очень скорбное письмо от старого знакомого Н.Н. Блинова, вятского педагога-священника. Этот честный идеалист, один из самых чистых представителей 60-х годов, много потерявший за свои прекрасные идеалы, слова и дела, опять попал в трудное и бедственное положение. Просит содействия. Письмо бедного страдальца вызвало у меня горькие думы. Я написал ему сердечный и горячий ответ, – пусть хоть слово участия и искренней любви, соединенной с глубоким уважением, сколько-нибудь облегчит его уныние. Впрочем, я уверен, что он не поддастся унынию, так же как не пойдет на уступки и сделки, не отступит от своих идеалов. Это один из тех праведников, ради коих Бог помилует целый развращенный город... Симпатичный образ этого русского народного учителя-энтузиаста, с одушевлением и какой-то нервной торопливостью излагающего свои чистые и честные идеи о народном просвещении, о народной школе, народном благе, никогда не изгладится в моем воображении» [4, с. 241].

В «Критико-биографическом словаре русских писателей и ученых» (Сост. С.А. Венгеров. – СПб., 1892) статья о Н.Н. Блинове составлена Н.Ф. Бунаковым с особой теплотой, без привычных для энциклопедических изданий сухости и фактологичности.

«Таким людям, – писал о Н.Н. Блинове Н.Ф. Бунаков, – редко живется спокойно. Толпа, состоящая из себялюбивых, думающих только о своем личном благополучии, не выносит их, всячески старается затереть, припрятать, дискредитировать. Но они все-таки не падают духом, не отступают, не молчат, кипятятся, волнуются и работают без отдыха, движимые какой-то фанатичной верой в торжество добра и правды» [10, с. 389].

*Отношения Н.Н. Блинова с Ф.Ф. Павленковым*

Н.Н. Блинов оказывал свое научно-методическое влияние даже на известных деятелей просвещения, таких как, например, Ф.Ф. Павленков, с которым он познакомился во время вятской ссылки Флорентия Федоровича.

Издатель Павленков, пользуясь наглядной методикой Блинова, выпустил так называемую «Наглядную азбуку», пользоваться которой могли бы, по мысли автора, сами неграмотные даже без помощи учителя. «Наглядная азбука» вызвала большой интерес в среде учителей и методистов того времени, пользовалась популярностью в среде рабочих и крестьянства. Пособие заинтересовало столичных издателей и оно вышло в Санкт-Петербурге в 1873 г. Всего вышли 4 издания этой книги.

Н.Н. Блинов не принадлежал к какой-то определенной научной группе. Он был единственным в своем роде ученым-методистом, учителем и священником. Подчас ему приходилось страдать именно потому, что нападавшие на него знали, что Блинов – один, его никто не поддержит и никто не защитит. Подтвердим этот свой тезис как раз на примере издания этой самой азбуки.

В первом своем издании книга вышла с фамилией Блинова на обложке, который был вынужден дать на это согласие в интересах дела просвещения, хотя и предвидел для себя возможные неприятности, которые, действительно, не замедлили сказаться: последовали обыск, отстранение от учительской работы. Азбука содержала немало вызывающих пассажей. Так, для изучения буквы Ц автором, то есть Павленковым, рекомендовались такие слова как *царь*, *виселица* и т.п.

Спустя 15 лет, когда ссылки и цензурные придирки в отношении данного издания были далеко в прошлом, и можно было «смело» указать на свое авторство, в предисловии к очередному изданию методического руководства «Объяснение к «Наглядной азбуке» Павленков вдруг счел необходимым заявить следующее: «Составление «Наглядной азбуки» до последних лет приписывалось о. (отцу. – В.П.) Блинову, который долгое время

ничего не имел против этого. Но после упреков, которые были им обращены ко мне по поводу будто бы невыгодных последствий от такого недоразумения, я считаю вполне позволительным для себя заявить теперь, что отцу Блинову не только не принадлежит ни одной строки в «Наглядной азбуке» и «Чтении-письме по картинкам», но что до окончания моей работы он даже не верил в возможность практического осуществления той мысли, которая была положена мной в основание этих азбук. В своей «Грамоте», рекомендованной министерством народного просвещения, о. Блинов держался совершенно иной системы и даже стоял за отдельное обучение чтению и письму» [7, с. 4].

Совершенно необходимо отметить, что такое «признание», мягко говоря, не делало чести известному издателю. Получилось так, что когда издание книги было делом опасным, но, в то же время, сама необходимость издания была для Павленкова делом принципа, авторство им было великодушно отдано Н.Н. Блинову; спустя же годы, когда об изданной некогда вольнодумной книге можно было говорить без опасений, Павленков вдруг забеспокоился о своем авторстве.

Но ведь Блинов-то в свое время от этого навязанного ему «авторства» пострадал, и очень сильно! Он принял эту опасную миссию на себя и лишился работы, будучи отцом одиннадцати детей! Он даже был выдворен из Вятской губернии! А теперь «гроза миновала», и «славу борца» пожинал другой «герой», а именно Павленков.

### *Оценка деятельности Н.Н. Блинова со стороны Н.В. Чехова*

Высокая оценка научно-методической деятельности Н.Н. Блинова давалась не только Н.Ф. Бунаковым, но и другими выдающимися представителями прогрессивно-демократического крыла русской педагогики второй половины XIX – начала XX вв.

Например, известный педагогический деятель Николай Владимирович Чехов указывал, что до Н.А. Корфа «педагогические вопросы, связанные с постановкой школьного дела, и методы преподавания разрабатывались у нас по

преимуществу теоретически, без применения к действительным условиям русской национальной школы. Среди всех педагогов и методистов того времени исключение в этом отношении составлял земец Вятской губернии священник Блинов, видный педагог и самоотверженный деятель в области народного образования» [5, с. 57].

Методические пособия Н.Н. Блинова Н.В. Чехов считал одними из лучших в своем роде, что были созданы в тот период.

Новаторская, просветительская деятельность Н.Н. Блинова в сфере педагогики и народного просвещения вызывали подозрительность, а впоследствии и негодование губернской администрации и епархиального начальства. Стремясь затруднить связь видного просветителя со своими друзьями в губернском городе, его сначала перевели по службе в уездный город Нолинск, а затем в глухое село Лекма Слободского уезда, а потом и вовсе был отстранен от педагогической работы.

Тогда он нашел применение своим способностям в земском статистическом бюро, и за время своей работы в нем написал фундаментальные труды «Народное образование в Вятской губернии за последние 10 лет. 1864-1874 гг.» (Вятка, 1875. 459 с.) и «Движение народонаселения в Орловском уезде Вятской губернии» (Вятка, 1876. 214 с.). По широте охвата материала, точности и глубине анализа, значимости собранных фактов первый из указанных трудов остается, по нашему мнению, непревзойденным до настоящего времени среди работ вятских, а возможно и не только вятских, краеведов в данной области.

В январе 1875 г. в квартире Н.Н. Блинова был произведен обыск. Его причиной послужил выход в свет трех томов знаменитой «Вятской незабудки» – сатирического издания, выпущенного находившимся в вятской ссылке Ф.Ф. Павленковым.

В итоге, Н.Н. Блинову пришлось покинуть Вятскую губернию и некоторое время он жил в столице, где поступил вольнослушателем на юридический факультет Санкт-Петербургского университета.

Однако заботы о многодетной семье не оставляли возможности для учебы. В 1879-1894 гг. Н.Н. Блинов – священник Вознесенского собора в г. Сарапуле. В эти годы он усиленно занимался литературной и краеведческой работой, участвовал в культурной жизни города, являлся попечителем местной библиотеки, помогал в организации народных школ, организовал пункт для выработки противосыпной вакцины, то есть продолжал оставаться просветителем в самом высоком и многообразном значении этого слова.

Литературно-краеведческая работа Н.Н. Блинова в этот период посвящена, в основном, истории г. Сарапула и в целом Вятского края и его замечательным уроженцам. Он издал такие книги как «Сарапул. Исторический очерк» (Сарапул, 1887. 83 с.), «Историко-статистическое описание Сарапульского уезда» (Сарапул, 1887. – 130 с.), «К 100-летию юбилею города Сарапула» (Сарапул, 1880. 32 с.) и др.

По просьбе Вятского губернского земства Н.Н. Блинов осуществил выпуск восьми брошюр под общим названием «Сельская общественная служба». Названия этих брошюр указывают на их содержание: «Сельский сход», «Учет мирских денег», «Сельский банк», «О крестьянском поземельном банке» и т.п.

Эта серия книг переиздавалась семь раз! Министерство государственных имуществ наградило автора золотой медалью за эту серию. Большой популярностью среди земских служащих пользовалась его неоднократно переиздававшаяся книга «Земская служба. Общественные беседы гласного-крестьянина о земских делах. Пособие для земских гласных, народных учителей и учеников народных училищ».

Просветитель был убежден в преобразующей силе земских организаций. Занимаясь популяризацией земских идей, он берет псевдоним «Аким

Простота». Впоследствии к пятидесятилетнему юбилею открытия земств в России двумя изданиями в Сарапуле выходит его книга «Земство за полвека. 1864-1914». Весной 1878 г. иерей-«вольнодумец» издал, пожалуй, свою лучшую книгу «Страдания Великого Учителя, Господа и Спасителя нашего Иисуса Христа», предназначенную автором для семейного чтения.

По словам самого автора, книга производила «прекрасное впечатление на каждого читавшего ее, верующий тот человек или философ, отрицающий многое, интеллигентный или простой человек без образования, русский или еврей. Правда, книгу «Страданий...» находили при обыске у лиц, привлекаемых по политическим делам, но это только еще раз свидетельствует, что она многим нравилась» [6, с. 159].

Однако обер-прокурор Синода запретил книгу, не без оснований полагая, что она «проникнута духом рационализма, вместе с тем направлена к пропаганде социалистического учения», а Христос талантливо показан в книге страдающим, живым Богочеловеком. В итоге, почти весь тираж «Страданий...» был уничтожен столичной цензурой, а остатки – самим автором в Сарапуле. Сравнительно недавно эта работа была вновь опубликована в сокращении журналом «Уральский следопыт» (1991, № 8. С. 15–19).

В 1887 г. в журнале «Северный вестник» была опубликована (а в 1888 г. вышла отдельным изданием в г. Сарапуле) пьеса Н.Н. Блинова «Свет и во тьме блеснит», вышедшая с посвящением Л.Н. Толстому и написанная в явной полемике с пьесой великого писателя «Власть тьмы».

Н.Н. Блинов верил, что даже «власть тьмы» не может убить свет, добро и правду, которые сохранились в глубинах народной жизни. Содержание пьесы отражает типичные эпизоды из народной жизни, в основе которых разложение крестьянской общины, горькая судьба детей-сирот, коварство и алчность нарождающегося класса кулаков.

Н.Н. Блинов успешно выступал и как популяризатор, адаптировавший известные книги для детского чтения. В 1879-1910 гг. книга «Жизнь

Робинзона» выдержала в Санкт-Петербурге в издательстве Ф.Ф. Павленкова шесть изданий. В 1880–1903 гг. книга «Трудовой крестьянский год» (по Д.В. Григоровичу) выходила четыре раза. Эти его работы отмечала центральная печать. Так, «Вестник Европы» (1888, кн. 2, с. 90) указывал на «свежесть взгляда, знание народного быта, умение владеть простым, общедоступным языком».

### *Н.Н. Блинов в последние годы жизни*

В 1895 г. возобновляются гонения на Н.Н. Блинова. Сначала его переводят в отдаленный уголок Вятской губернии – село Бемышево Елабужского уезда, затем в уездный город Орлов. Наконец, в 1906 г. ему разрешили вернуться в Сарапул, где и прошли последние годы жизни видного вятского просветителя.

В эти годы он занимается популяризацией родного края: издает две «Памятные книжки города Сарапула» на 1911 и 1912 гг., книгу «Сарапул и Среднее Прикамье» (Сарапул, 1908, 1914).

Большой заслугой Н.Н. Блинова явилось то, что он вывел из плена забвения имя замечательной уроженки Сарапула, героини Отечественной войны 1812 г. Надежды Андреевны Дуровой в своей книге «Кавалерист-девица Дурова-Чернов-Александров» (Сарапул, 1912). Н.Н. Блинов собирал и издавал вятскую юмористику XIX-XX вв., в частности стихи Семена Авдеевича Веснина «Вани-вятчане».

Е.Д. Петряев в книге «Люди. Рукописи. Книги» (Киров, 1970) дал оценку деятельности Н.Н. Блинова, в частности раскрыл его роль в известном мултанском деле, рассказал о переписке Н.Н. Блинова и В.Г. Короленко.

Авторы фундаментального издания «Очерки по истории начального обучения в России» Н.А. Константинов и В.Я. Струминский (М., 1953), высоко оценивая вклад вятского просветителя в дело народного просвещения, писали: «То обстоятельство, что он был священником, характерно разве в том только отношении, что за свою деятельность по народному образованию он всю жизнь

подвергался со стороны духовного ведомства репрессиям и наказаниям всякого рода» [9, с. 179].

(Личность вятского просветителя Н.Н. Блинова и его труды были особенно близки выдающемуся отечественному ученому историку педагогики члену-корреспонденту Академии педагогических наук РСФСР Василию Яковлевичу Струминскому, который в 1925–1926 гг. был преподавателем кафедры педагогики Вятского государственного педагогического института имени В.И. Ленина).

### **Выводы**

Просветительская, духовная и писательская деятельность Блинова – яркая страница в истории российского просвещения. Хотя Блинов был русским по происхождению, он был самым известным в масштабах России просветителем удмуртского народа. Дореволюционные энциклопедии и словари (в общей сложности не менее восьми раз) помещали о нем биографические статьи, отмечая, в частности, что им были написаны и изданы 60 книг, брошюр и учебников.

Имя Н.Н. Блинова помнят на его малой Родине, в Удмуртии. Есть даже намерение открыть музей. Автор данного материала тоже по мере своих сил стремится популяризировать педагогическое и краеведческое наследие Н.Н. Блинова [11]. Н.Н. Блинов скончался 31.12.1917 г. (13.01.1918 г. по новому стилю). В советские годы Блинов был оклеветан, его наследие было предано забвению, а его могила в Сарапуле в 1930-е гг. была уничтожена.

### **Список литературы**

1. Чудова, Г.Ф. Краевед и общественник (Рукопись). – Киров, 1973. – 120 с. [Chudova, G.F. *Kraeved i obshhestvennik (Rukopis`)*. Kirov, 1973. (In Russ)].
2. Шевцов, Д. Библиотека просветителя // Уральский следопыт. – 1970. – № 6. – С. 2-27. [Shevtsov, D. *Biblioteka prosvetitelya. Ural'skij sledopyt`*. 1970: (6): 2-27. (In Russ)].
3. Бунаков, Н.Ф. Как я стал и как перестал быть «учителем учителей» // Избранные педагогические сочинения. – М., 1953. – С. 328-395 [Bunakov, N.F. *Kak ya stal i*

как perestal by` t` «uchitelem uchitelej». In: *Izbrannye pedagogicheskie sochineniya*. Moscow. 1953. pp. 328-395. (In Russ)].

4. Бунаков, Н.Ф. Моя жизнь, в связи с общерусской жизнью, преимущественно провинциальной. 1837-1905. – СПб., 1909. – 364 с. [Bunakov, N.F. *Moya zhizn`, v svyazi s obshherusskoj zhizn`yu, preimushhestvenno provincial`noj. 1837-1905.* – Saint Petersburg, 1909. (In Russ)].

5. Чехов, Н.В. Народное образование в России с 60-х годов XIX в. – М., 1912. – 224 с. [Chekhov, N.V. *Narodnoe obrazovanie v Rossii s 60-x godov XIX v.* Moscow. 1912. (In Russ)].

6. Блинов, Н.Н. Дань своему времени // Книга: исследования и материалы / Сборник № 56. – М., 1988. – С. 120-159 [Blinov, N.N. Dan` svoemu vremeni. In: *Kniga: issledovaniya i materialy` / Sbornik № 56.* Moscow. 1988. pp. 120-159. (In Russ)].

7. Бердинских, В.А. Русская провинциальная историография второй половины XIX века. – М., 1995. – 320 с. [Berdinskih, V.A. *Russkaya provincial`naya istoriografiya vtoroj poloviny` XIX veka.* Moscow. 1995. (In Russ)].

8. Изергина, Н.П. Литературная жизнь Вятки. – Киров, 1990. – 206 с. [Izergina, N.P. *Literaturnaya zhizn` Vyatki.* Kirov, 1990. (In Russ)].

9. Константинов, Н.А. Струминский, В.Я. Очерки по истории начального образования в России. – М., 1953. – 272 с. [Konstantinov, N.A. Struminskij, V.Ya. *Ocherki po istorii nachal`nogo obrazovaniya v Rossii.* Moscow. 1953. (In Russ)].

10. Бунаков, Н.Ф. Блинов Николай Николаевич / В кн.: Критико-биографический словарь русских писателей и ученых / Сост. С.А. Венгеров. Т. 3. – СПб., 1892. – С. 381-389. [Bunakov, N.F. Blinov Nikolaj Nikolaevich. In: Vengerov S.A. editor. *Kritiko-biograficheskij slovar` russkix pisatelej i ucheny`h.* Vol. 3. Saint Petersburg, 1892. pp. 381-389. (In Russ)].

11. Помелов, В.Б. Н.Н. Блинов и его творческие отношения с Ф.Ф. Павленковым (К 175-летию со дня рождения российских просветителей) / Павленковские библиотеки – культурное наследие российской провинции: материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной 175-летию со дня рождения Ф.Ф. Павленкова. – Киров: ИД «Герценка», 2014. – С. 11-16. [Pomelov, V.B. N.N. Blinov i ego tvorcheskie otnosheniya s F.F. Pavlenkovy`m (K 175-letiyu so dnya rozhdeniya rossijskix prosvetitelej) In: Pavlenkovskie biblioteki – kul`turnoe nasledie rossijskoj provincii: materialy` vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii, posvyashhennoj 175-letiyu so dnya rozhdeniya F.F. Pavlenkova. Kirov: ID «Gercentka», 2014. pp. 11-16. (In Russ)].

12. Помелов, В.Б. Вятский учитель Н.Н. Блинов (к 175-летию со дня рождения) / Вятская земля в пространстве исторической памяти (К 110-летию открытия Вятской учёной архивной комиссии): материалы всероссийской научно-практической конференции, Киров, 11 ноября 2014 г. – Киров: ИД «Герценка», 2014. – С. 173-178. [Pomelov, V.B. Vyatskij uchitel` N.N. Blinov (k 175-letiyu so dnya rozhdeniya) / Vyatskaya zemlya v prostranstve istoricheskoy pamyati (K 110-letiyu otkry`tiya Vyatskoj uchyonoj arxivnoj komissii): materialy` vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Kirov, Nov.,11, 2014 . Kirov: ID «Gercenka», 2014. pp. 173-178. (In Russ)].

13. Помелов, В.Б., Вятский педагог-методист Н.Н. Блинов. К 175-летию со дня рождения // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2014. – № 10. – С. 172-184. [Pomelov, V.B., Vyatskij pedagog-metodist N.N. Blinov. K 175-letiyu so dnya rozhdeniya. *Vestnik Vyatskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta*. 2014; (10): 172-184. (In Russ)].

14. Помелов, В.Б. Вятский священник-просветитель Н.Н. Блинов // Педагогика. – 2001 – № 5. – С. 76-80. [Pomelov, V.B. Vyatskij svyashhennik-prosvetitel` N.N. Blinov. *Pedagogika*. 2001; (5): 76-80. (In Russ)].

**ОБЗОРЫ**

УДК 811.124

**СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЗВАНИЙ ДНЕЙ НЕДЕЛИ  
В ЛИНГВОКУЛЬТУРАХ ЛАТИНСКОГО, АНГЛИЙСКОГО,  
ФРАНЦУЗСКОГО И НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКОВ**

Агалакова Т.Б., Латышко О.В., Ситникова Е.И.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава  
России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) [latyshko89@mail.ru](mailto:latyshko89@mail.ru)*

В статье представлены результаты сопоставительного анализа лексических единиц, называющих дни недели в лингвокультурах латинского, английского, французского и немецкого языков. Рассматривается история и принцип формирования семидневной недели и названия каждого дня, черты сходства и различия отобранных лексем, обусловленных как спецификой национальной культуры, так и особенностями лексических и грамматических систем рассматриваемых языков.

**Ключевые слова:** дни недели, английский, немецкий, латинский, французский, сопоставительный анализ.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NAMES OF THE WEEKDAYS  
IN LATIN, ENGLISH, FRENCH AND GERMAN CULTURE**

Agalakova T.B., Latyshko O.V., Sitnikova E.I.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112 )  
[latyshko89@mail.ru](mailto:latyshko89@mail.ru)*

The article presents the results of the comparative analysis of the names of the weekdays in Latin, English, French and German culture. The article discusses history and principle of formation of the seven-day week and the name of each weekday,

their similarity and difference associated with the peculiarities of the national cultures, as well as the lexical and grammatical system of the described languages.

**Keywords:** days of the week, English, German, Latin, French, comparative analysis.

### **Введение**

В последнее время в лингвистике наблюдается рост интереса к сопоставительным исследованиям, что связано с такими причинами, как: потребность выявления универсальных черт языкового материала; стремление описать национальную картину мира носителей разных языков; необходимость совершенствования двуязычных словарей, где указываются национально-специфические черты семантики переводных соответствий; интерес к изучению национальной специфики семантики и изучение национальной специфики языкового мышления; расширение сферы преподавания иностранных языков. Все перечисленные факторы обуславливают повышенный интерес современных исследователей к проблемам сопоставительного изучения языков и определяют актуальность выбранной темы.

Проведенное исследование посвящено анализу лексических единиц, называющих дни недели в лингвокультурах латинского, английского, французского и немецкого языков. В качестве языкового материала выступили лексемы, которые относятся к основному лексическому фонду любого языка. Целью исследования является выявление этимологии, общих и отличительных черт в названиях дней недели в латинском, английском, французском и немецком языках.

### **Основное содержание**

В современном календаре неделя составляет 7 дней. Истории известны варианты 3-х дневной, 5-дневной, 8-дневной (в Древнем Риме) недели, а также древнего 9-дневного цикла у кельтов и 14 дней у древних германцев. Семидневная неделя обязана своим происхождением Древнему Вавилону.

Оттуда она перешла к евреям, а затем к грекам и римлянам; от римлян распространилась по всей Западной Европе.

Число 7 было выбрано неслучайно. Общепринятой является астрономическая гипотеза о происхождении семидневной недели. Древнейшие календари были лунные. 7 дней составляют четверть лунного цикла, и ее достаточно легко определять непосредственно по фазе Луны.

Происхождение недели связывалось и с числом видимых планет. В древности было известно 7 подвижных небесных тел: Солнце, Луна, Марс, Меркурий, Юпитер, Венера и Сатурн. Древние предполагали, что это совпадение не случайно, и связывали каждый день недели с определенной планетой. Поскольку планеты были названы в честь римских богов, имена римских богов распространились и на названия дней недели. Эти названия прослеживаются в календарях стран, унаследовавших латинскую культуру (романо-германская группа). Подтверждением являются латинский, французский, немецкий и английский календари.

Немецкий, английский, французский и латинский языки относятся к одной индоевропейской семье. Для исследования мы осознанно выбрали языки разных языковых групп. Латинский язык — язык латино-фалисской ветви италийских языков. На сегодняшний день это единственный активный, хотя и ограниченно употребляемый (неразговорный), италийский язык. Латинский язык является одним из наиболее древних письменных индоевропейских языков. Немецкий язык относится к западной подгруппе германских языков. Английский язык — язык англо-фризской подгруппы западной группы германской ветви. Французский язык относится к галло-романской подгруппе романских языков. Он развился из народной латыни и ушёл от неё дальше, чем любой другой романский язык. Большое количество слов в этих европейских языках, включая наименования дней недели, имеет латинское происхождение.

Рассмотрим подробнее, по какому же принципу шло формирование и историческое развитие тематической группы слов «Дни недели» в изучаемых

языках. Согласно римской традиции воскресенье являлось первым днём недели. В соответствии с христианством это был день отдыха и соблюдения культа. Главным божеством у многих народов был бог Солнца Сан (Сол), и это неудивительно. Люди всегда чувствовали свою зависимость от солнца, поклонялись ему и в знак особого почитания посвятили ему первый день недели. Латинское *Dies Solis*, английское *Sunday* (древнеанглийский *sunnandæg*) и немецкое *Sonntag* обозначаются различными вариациями слова *Sun / Son* (Солнце). Германская мифология представляла Солнце как богиню по имени «*Sunna*» или «*Sól*». Только во французском языке воскресенье, *Dimanche*, происходит от латинских слов «*dies Domenica*», означающих «День Господень». В старофранцузском это название имело вид *diemaine* или *di-maine* (Великий день).

Второй день недели, понедельник, во всех языках напрямую перекликается с Луной. Богиня Луна (Мун) считалась второй по старшинству и силе после Солнца. Древнегерманские племена уделяли ей особое внимание, их календарь был основан на лунных циклах. Английский *Monday* (*Moon day* – день Луны) берет начало от древнеанглийского *mondæg*, *monandæg*, который происходит от *Máni*, олицетворяющего Луну в северной мифологии (брат Солнца). Название понедельника в немецком языке *Montag* связано с древнегерманским *Mánadagr* (день Луны). Латинское *Dies Lunae* и французское *Lundi* также переводятся как день Луны и посвящены богине Луны Мани.

В названии третьего дня недели, вторника, в латинском и французском языках *Dies Martis* (лат.), *Mardi* (фр.) мы без труда узнаём планету Марс. В римской мифологии Марс – бог войны. Английский *Tuesday* и немецкий *Dienstag* берут начало от древнего *Tīwesdæg* в честь воинственного древнегерманского бога Тиу или Тьуско (*Tyr*, *Tiw*, *Tiu*, *Ziu*), аналога бога войны Марса [1, 989]. В скандинавской мифологии он считался сыном Земли, богом войны, неба и воинских правил. Тиу изображают почтенным мудрецом со скипетром в правой руке, одетым в шкуру животного.

В латинском (*Dies Mercuri*) и французском (*le Mercredi*) названиях четвертого дня недели, среды, легко угадывается Меркурий (сын Юпитера и нимфы Майи). Английское *Wednesday* происходит от *Wodensday* (древнеанглийское *Wōdnesdæg*), означающего день Водена (Вотана, Одина). Один - верховный бог в германо-скандинавской мифологии, мудрец и шаман, царь-жрец, князь (конунг), бог войны и Победы. Он изображается высоким, худым стариком в чёрном плаще. Этот персонаж прославился изобретением рунического алфавита, что проводит прямую параллель с богом-покровителем письменной и устной речи Меркурием. По легенде Один ради знаний пожертвовал одним глазом [2, 86]. В немецком названии *Mittwoch* заложена идея середины недели (*Mittwoch = die Mitte Woche*).

Латинское название четверга *Dies Jovis* дало начало французскому *Jeudi* (День Юпитера, бога богов, властелина грома и молний, обладателя золотой колесницы, запряженной огненными драконами). А вот английское *Thursday* имеет прямую связь с древним богом-громовержцем Тором (*Thur's day*) и переводится как день Тора (древнеанглийский *Tunresdæg*). Аналогичное происхождение имеет и немецкий *Donnerstag* (*Donner – гром*). Тор является северным аналогом римского Юпитера [1,989]. Юпитер – верховный Бог, олицетворяет мудрость, закон, веру в высшую справедливость. А Тор изображался в облике мужчины, сидящего на троне со скипетром в правой руке, с золотой короной на голове, украшенной кольцом из двенадцати блестящих звезд.

В названии шестого дня недели, пятницы, хорошо видна Венера (богиня любви, рожденная из морской пены): *Dies Veneris* (лат.) и *Vendredi* (фр.). Английское же *Friday* и немецкое *Freitag* (от *Frīgedæg*) имеют параллель со скандинавской богиней любви, брака и плодородия Фрейей, женой Одина [1,1037]. В германской мифологии она отождествляется с Фригг, аналогом греческой Афродиты и римской Венеры.

Название субботы в английском Saturday (от Sæturnesdæg) и латинском Saturni получили свое название в честь бога Сатурна. Бог Сатурн, или Ситер, – это бог охоты, плодородия и вод. Он изображался с непокрытой головой, стоящим на острой колючей спине окуня как на пьедестале. В левой руке он держал колесо, а в правой ведро с водой, в котором находились цветы и фрукты. Одет Сатурн в длинные одежды, подпоясанные веревкой [1,901].

Французское Samedi (от старо-французского «seme-di» или «setme-di», что означает «седьмой день») и немецкое Samstag не связаны напрямую с названием планеты и божества и восходят к ивритскому «Шаббат», означающему «покой, отдых» [3,1]. В этом смысле с Шаббатом удачно перекликается одно из астрологических значений Сатурна «неподвижность, концентрация». Интересно, что в основе понятия Sabbatai лежит сочетание Stern Saturn (звезда Сатурна). Название, данное его дню, Sæturnesdæg, в трансформированном виде сохранилось и до наших дней как Saturday.

Таблица 1

| <i>Планета</i> | <i>Латинский язык</i> | <i>Английский язык</i> | <i>Немецкий язык</i> | <i>Французский язык</i> |
|----------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Луна           | Dies Lunae            | Monday                 | Montag               | Lundi                   |
| Марс           | Dies Martis           | Tuesday                | Dienstag             | Mardi                   |
| Меркурий       | Dies Mercuri          | Wednesday              | Mittwoch             | Mercredi                |
| Юпитер         | Dies Jovis            | Thursday               | Donnerstag           | Jeudi                   |
| Венера         | Dies Veneris          | Friday                 | Freitag              | Vendredi                |
| Сатурн         | Dies Saturni          | Saturday               | Samstag              | Samedi                  |
| Солнце         | Dies Solis            | Sunday                 | Sonntag              | Dimanche                |

Для обозначения субботы в немецком языке также использовались такие названия, как Sonnabend (в северных и восточных диалектах, дословно «вечер

перед воскресеньем») и Samstag («день Сатурна», был распространён на приграничной территории Германии и Голландии).

Ниже представлена сводная таблица названий дней недели в латинском, французском, английском и немецком языках.

### **Выводы**

Таким образом, проведенное исследование показало, что названия дней недели в лингвокультурах латинского, английского, французского и немецкого языков, имеют общее латинское происхождение, но под влиянием культуры и религии были видоизменены, не потеряв изначального смысла. Происхождение названий дней недели в германской группе языков, также как и в романской, связано с культом почитания языческих богов, которым поклонялись на данной территории.

Однако при общности происхождения европейских языков между ними в настоящее время имеются и значительные различия. Это объясняется тем, что латинский язык проникал на завоёванные территории на протяжении целого ряда веков, в течение которых сам он как язык-основа несколько видоизменялся и вступал в сложное взаимодействие с местными племенными языками и диалектами. Известный отпечаток на возникавшие родственные языки наложило также различие в исторической судьбе территорий, на которых они формировались в течение длительного времени. Происхождение названий дней недели в латинском и французском языках связано с языческими культами поклонения древнегреческим и древнеримским богам; каждый день недели был посвящен своему богу. Эта связь утеряна только для субботы и воскресенья. Германские племена поклонялись скандинавским богам; в английском и немецком языках названия дней недели соотносятся с их именами. Однако во французском языке проявилось влияние христианской религии (Dimanche – День Господень).

Названия дней недели в европейских языках также сходны по своему строению и грамматически. Все они обозначаются существительными

мужского рода, а современные суффиксы -day, -tag, -di произошли от раннего обозначения слова «день»: dag или daeg.

Кроме того, названия дней недели во всех исследованных языках пишутся с большой буквы, что также сложилось исторически.

Сравнительное изучение тематической группы слов «Дни недели» в различных языках позволяет проследить историю языка, развитие сознания носителей языка, помогает выявить и лучше понять особенности национальной культуры страны, специфику быта, нравов.

### Список литературы

1. Мифы народов мира / Гл. ред. Токарев С.А. – М.: Издательство «Советская Энциклопедия», 1980. [Tokarev S.A. editor. *Mify narodov mira*. Moscow: Sovetskaya Entsiklopediya. 1980. (In Russ)].
2. Королев, К.М. Скандинавская мифология. – М.: Мидгард, Эксмо, 2007. С. 79-119. [Korolev, K.M. *Skandinavskaya mifologiya*. Moscow: Midgard, Eksmo, 2007. pp. 79-119. (In Russ)].
3. [blog.oxforddictionaries.com](http://blog.oxforddictionaries.com) [Internet]. Ashley Wagner; [published 2012 August 24]. Available from: <https://blog.oxforddictionaries.com/2012/08/24/just-plutonic/> . Accessed March 4, 2018
4. Falk, M. Astronomical Names for the Days of the Week. *Journal of the Royal Astronomical Society of Canada*, 1999; 93: 122-129. Available from: <http://adsabs.harvard.edu/full/1999JRASC..93..122F>. Accessed March 4, 2018.
5. Абдулкадырова, Д.М. Происхождение названий дней недели и месяцев в английском языке / Инновационные технологии в АПК: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 27-28 марта 2017 г. – Махачкала: ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный аграрный университет имени М.М. Джамбулатова», 2017. С. 223-234. [Abdulkadyrova, D.M. Proiskhozhdenie nazvaniy dney nedeli i mesyatsev v angliyskom yazyke // Innovatsionnye tekhnologii v APK: sbornik nauchnykh trudov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, March, 27-28, 2017 . Makhachkala: FGBOU VO «Dagestanskiy gosudarstvennyy agrarnyy universitet imeni M.M. Dzhambulatova», 2017. pp. 223-234. (In Russ)].
6. Арзуманова, Н.Г. Сопоставление происхождения названий дней недели в русском, английском, немецком, польском и армянском языках // Вопросы образования и науки: теоретический и методический аспекты сборник научных трудов по материалам

Международной научно-практической конференции: в 11 частях. 2014. С. 10-12. [Arzumanova, N.G. Sopotavlenie proiskhozhdeniya nazvaniy dney nedeli v russkom, angliyskom, nemetskom, pol'skom i armyanskom yazykakh / Voprosy obrazovaniya i nauki: teoreticheskiy i metodicheskiy aspekty sbornik nauchnykh trudov po materialam Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii: v 11 chastyakh. 2014. pp. 10-12. (In Russ)].

УДК 81.33

### **ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ**

Агалакова Т.Б., Патрикеева Н.С., Созонов В.М.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), derevnia76@mail.ru*

Настоящая статья посвящена международной гистологической терминологии, ее структурному и лексико-семантическому анализу. В статье рассмотрен методологический аспект, история и принципы создания гистологической номенклатуры, выявлены ее характерные особенности с позиции структурной и когнитивной лингвистики.

**Ключевые слова:** гистологическая номенклатура, медицинское образование.

### **TERMINOLOGIA HISTOLOGICA**

Agalakova T.B., Patrikeeva N.S., Sozonov V.M.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112 )  
[derevnia76@mail.ru](mailto:derevnia76@mail.ru)*

The article below is devoted to Terminologia Histologica, its structural and lexico-semantic analysis. The article deals with Terminologia Histologica methodological aspect, history and principles. The characteristic features of

Terminologia Histologica are described in terms of structural and cognitive linguistics.

**Key words:** Terminologia Histologica, medical education

### **Введение**

Анатомия в широком смысле является одной из фундаментальных наук в системе медико-биологического образования. Это, пожалуй, единственная дисциплина, которая дает будущему специалисту полные знания о строении тела человека, необходимые в его дальнейшей профессиональной деятельности. Морфология, изучающая форму и строение организмов, включает макроанатомию, гистологию (микроанатомию) и цитологию (ультрамикроскопическую анатомию).

Преподавание разделов морфологии ведется на натуральных препаратах с использованием схем и рисунков, иллюстрирующих и разъясняющих сложность строения тела человека, его тканей, систем и органов.

Студент, открывающий для себя мир анатомии, сталкивается со значительными трудностями, связанными с усвоением огромного объема описательного материала, как на русском, так и на латинском языке. Особенно это касается перевода терминов с латинского языка, международного языка анатомио-гистологической терминологии, на русский и их запоминания. В методологии высшего образования изучение макроанатомии традиционно предшествует изучению гистологии.

Что же касается дисциплины "Латинский язык", то ее курс уже многие десятилетия делится последовательно на три терминологических раздела: анатомический, клинический и фармацевтический. Гистологическая номенклатура как часть морфологии практически не представлена.

В то же время гистология является обширной частью медико-биологических наук и наряду с определенными морфологическими проблемами она занимается вопросами цитофизиологии, цитохимии, гистофизиологии,

гистохимии и др., а ее терминология имеет сложную структуру и включает около 3000 терминов.

При этом гистология самым тесным образом связана с анатомией, патологической анатомией, физиологией, биохимией и биофизикой. В связи с этим мы считаем необходимым для студентов медицинских специальностей изучение Terminologia Histologica (ТН) с ее этимологическими и словообразовательными особенностями. Сделать это в условиях современной программы подготовки специалистов возможно только на элективных, факультативных занятиях или в рамках работы студенческого научного кружка.

Приступая к исследованию ТН, мы ставили следующие задачи: 1) изучить историю создания ТН; 2) выявить структуру, характерные особенности и словообразовательные элементы ТН; 3) найти общие и различные черты с Terminologia Anatomica. Для структурно-семантического анализа гистологических терминов мы применяли методы структурной лингвистики и подходы, выработанные в рамках когнитивной лингвистики.

### **Основное содержание**

Формирование гистологических терминов тесно связано с историей анатомии и выделением из нее гистологии как науки. Особенно интенсивно гистология стала обогащаться новыми терминами в середине XIX в., когда в связи с бурным развитием исследований, относящихся к тонкому строению органов и систем организма, она пополнилась большим количеством латинских анатомических названий.

Наряду с этим в гистологии возникло большое количество новых терминов, характеризующих структурную организацию клеток и тканей. Многие из них были словами-гибридами, т. е. образованными на основе латинских и греческих корней, но с характерными языковыми особенностями ряда европейских стран. Некоторые гистологические структуры получили названия только на национальных языках, что привело к образованию

большого количества синонимов и к различной трактовке одних и тех же терминов.

С середины XX в. в связи с интенсивным развитием гистологии задача упорядочения многочисленной специальной терминологии и создания единой международной номенклатуры стала особенно актуальной. Международная гистологическая терминология создавалась отечественными учеными (В.Г. Елисеев, И.Р. Килачицкая, Ю. Н. Копаев) после утверждения Парижской анатомической номенклатуры (PNA) и была принята на IX Международном конгрессе анатомов в 1970 г. под названием Ленинградская международная гистологическая номенклатура (LNH) [1].

В конце XX века обе номенклатуры были пересмотрены, обновлены и расширены Федеративным международным комитетом по анатомической терминологии (FICAT) и Международной федерацией ассоциаций анатомов (IFAA). Целью было "представить официальную терминологию анатомических наук после консультации со всеми членами IFAA, тем самым обеспечивая демократический вклад в терминологию". С 1998 г. введена новая *Terminologia Anatomica* (TA), а с 2008 г. - *Terminologia Histologica* [2, 3].

В ТН сохранилась преемственность с соблюдением основных принципов, заложенных еще при создании LNH. Вот эти принципы с учетом современных реалий:

1. Во всем мире в качестве главной традиционно используется латинская терминология и наряду с ней в каждой стране создаются эквиваленты латинских терминов на национальном языке. В новой ТН с латинскими даны термины на английском языке для международного использования. В предисловии же имеется комментарий от авторов, указывающий на то, что "в качестве основы для создания списков эквивалентных терминов на других языках следует использовать только латинский список терминов. Английские эквиваленты приводятся в этом списке, потому что на английском языке

говорят во многих странах. Это не является основой терминологии на других языках".

2. Гистологическая номенклатура должна содержать термины, обозначающие микроскопические и ультрамикроскопические структуры клеток, тканей и органов. Признано нежелательным включение названий процессов, явлений, химических веществ и инструментов. В ТН вошли многие новые названия, не имевшие ранее официального латинского термина, например названия ферментов (например, *vesicula transferrens lysosomatica* - транспортирующий лизосомальный фермент) или некоторые химические и биохимические термины, имеющие структурное значение.

3. Максимально возможное совпадение терминов, особенно относящихся в частной гистологии, с соответствующими терминами ТА.

4. Каждое наиболее важное образование должно обозначаться одним единственным термином, количество синонимов должно быть минимальным.

5. Термины должны быть по возможности краткими и простыми, инструктивными или описательными. Во избежание громоздких многословных терминов в ТН введены английские аббревиатуры, широкое использование которых характерно для всей медицинской терминологии, например, MALT, нить GFAP.

6. Структуры клеток, тканей и органов, связанные друг с другом топографически и функционально, должны по возможности иметь сходные названия.

7. Не должны употребляться эпонимы (имена собственные). Современная медико-биологическая терминология не может обойтись без эпонимических терминов. Несмотря на рекомендации терминологов, эпонимы включены как в ТА, так и в ТН по причине их емкости и широкого использования, например, *complexus golgiensis*.

8. Этимологический принцип является предпочтительным, но не главным. В номенклатуре возможно создание некоторых сложных слов, не

принадлежащих к классической латыни, если они широко используются гистологами и клиницистами.

9. Принцип нежелательного расширения номенклатуры гистологии за счет терминов эмбриологии предопределил создание отдельной Терминологии эмбриологии, которая была утверждена в 2009 г. на Международном конгрессе анатомов в Кейптауне [2].

В структурном плане ТН как и LNH состоит из трех разделов, каждый из которых построен по системному принципу: цитология, общая гистология и частная гистология (микроскопическая анатомия). Частная гистология в свою очередь включает остеологию, синдесмологию, миологию, пищеварительную, дыхательную, мочеполовую, эндокринную, сердечно-сосудистую, лимфатическую, нервную системы и общий покров. Каждому латинскому термину соответствует уникальный идентификационный номер и английский эквивалент.

Номенклатура открывается списком общих терминов, таких, как *acinus*, *anulus*, *bulbus*, *capsula*, *cellula (cytus)*, *corpus*, *fibra*, *lamina*, *membrana*, *nucleus (caryon)*, *stroma*, *textus (histos)* и др. В перечне терминов различных глав имеются соответствующие заголовки, систематизирующие термины по органам, частям органов, оболочкам, слоям и т.д.

Так, глава «*Organa sensuum*» включает заголовок «*Organum vestibulocochleare*». Под этим заголовком одна из групп терминов ограничена названием «*auris interna*». Составной частью этой группы является название «*ductus cochlearis*». И, наконец, в составе этого подраздела выделен термин «*organum spirale*», который объединяет около 30 терминов, относящихся к микроскопическому и ультрамикроскопическому строению воспринимающей части слухового анализатора.

В LNH при составлении были включены наиболее распространенные и правильные в научном отношении гистологические термины. В процессе создания номенклатуры предпочтение было отдано тем латинским терминам,

которые уже применялись в специальной научной литературе. Количество синонимов в различных разделах номенклатуры сведено до минимума.

В процессе конкретной работы над номенклатурой была использована лексика классической латыни (*columna, corpus, fenestra, spina, macula, fusus*). Для обозначения некоторых структур, которые ранее имели названия только на национальных языках, был сделан их дословный латинский перевод. Количество таких терминов оказалось незначительным.

В некоторых случаях для краткости обозначения отдельных структур были образованы сложные слова по аналогии с уже существующими (*cytocentrum*) [4]. Одно из основных требований, предъявляемых к современным терминам, состоит в их международной узнаваемости, обеспечиваемой конвенциональностью медицинской терминологии, а также интернациональностью формы и содержания терминов.

Интернациональность содержания терминов при сохранении их национальной формы предполагает такой способ перевода, как калькирование. Кальки представляют собой скрытое заимствование: из исконного языкового материала создается слово или выражение, воспроизводящее строение иноязычного образца [5].

Русские гистологические термины являются в основном калькированными переводами латинских терминов (*cementum acellulare* - бесклеточный цемент). Цитологические термины, термины общей и частной гистологии выражены часто одним словом, либо дву- и, реже, трехсловными атрибутивными словосочетаниями. Сочетания из четырех слов встречаются крайне редко. Например, термины кровеносной системы: лимфоцит, нейтрофильный гранулоцит, палочкоядерный нейтрофильный гранулоцит, передняя ветвь левой голени.

Одной из особенностей гистологической терминологии, на наш взгляд, можно считать использование большого количества древнегреческих корневых морфем в качестве словообразовательных элементов при создании новых

терминов. Обращение к древнегреческому языку как к источнику терминов является традицией не только в медицине, но и в науке в целом. Древнегреческая этимология придает гистологическим терминам единообразие, краткость, точность, универсальность.

Такие др.-греч. слова, как *cytus*, *lemma*, *soma*, *caruon*, составляют ядро цитологической терминологии, но используются только в сложных словах, тогда как их латинские эквиваленты *cellula*, *membrana*, *corpus*, *nucleus* являются самостоятельными лексическими единицами. Например: астроцит, глиоцит, плазмолемма, саркосома, центросома и т.п. Важно, что многие термины имеют словообразовательные элементы в виде греческих префиксов и суффиксов, с помощью которых была достигнута ясность и описательный характер гистологической терминологии. Эта особенность отличает гистологическую номенклатуру от анатомической. Аффиксальные терминоэлементы показывают внутреннее содержимое каждого слова, дают возможность представления цитологических и гистологических образований, процессов, соотношения размеров одних структур в сравнении с другими.

Нами были выявлены следующие характерные для гистологии греческие префиксы, используемые в медицинском терминообразовании: *micro-/macro-/mega*, *poly-/mono-*, *epi-/exo-/ecto-/endo-*, *pro-*, *meso-*, *syn-*, *meta-*, *ana-*, *telo-*, *a-*.

Например: макрофаги, эпидермис, эктодерма, *microtubules*, *megacaryocytopoiesis*, *monocytes*, *telophragma*, *mesophragma*, *pronephros*, *mesonephros*, *metanephros*.

Латинские приставки, широко представленные в анатомической терминологии, такие, как *com-*, *inter-*, *super-*, *extra-*, *prae-* [6] в гистологии встречаются значительно реже. Как видим, семантика префиксов указывает на размеры, количество, местоположение структур, последовательность развития. Что же касается суффиксов, то наибольший интерес для описания гистологических образований представляют уменьшительные суффиксы во всех вариантах: *-ill-*, *-ell-*, *-ul-*, *-ol-*, *-cul-* [там же].

Например: *fasciculus* - пучочек, *corpusculum* - тельце, *canaliculus* - каналец, *lobules* - долики, *glomerulus* - клубочек, *vesicula* - пузырьёк, *tubulus*-трубочка, *sacculus*- мешочек, *ponticulus* - мостик, *ductulus* - проточек, *zonula* - поясок, *globula* - шарик, *lamella* - пластинка, *nucleolus* - ядрышко, *spherula* - шарик, *collumella nummata* - монетный столбик, *spinula* - шипик, *folliculus* - мешочек, фолликул.

Характерными для гистологической номенклатуры являются также суффиксоиды *-formis*, *-ideus* со значением "имеющий форму, сходство с чем-либо" и *-fer*, *-phorus* со значением "несущий то, что названо основой", например: *calciformis* - бокаловидный, *corbiformis* - корзинчатый, *osteoides* - остеоидный, *fusiformis* - веретенообразный, *satellitiferum* - несущий сателлиты (спутники), *seminifer* - несущий семя (семенной), *oophorus* - яйценосный, *colloidifer* - коллоидсодержащий, *sudorifer* - потонесущий, *lactifer* - млечный, несущий лактат (молоко).

В теоретических исследованиях последнего времени наиболее перспективным является когнитивный подход к изучению медицинской терминологии. Происходит это, прежде всего, потому, что предметом изучения в теории термина являются свойства термина, в которых фокусируются логико-понятийные содержания мыслительных операций. Когнитивные свойства термина непременно выражаются в терминологических структурах [7]. В когнитивном терминоведении особая роль отводится метафоре как одному из самых продуктивных способов в терминотворчестве. Лингвистическая метафоризация как основа процесса терминообразования обусловлена тем, что материальной основой терминологизации становится естественный язык, следовательно, метафоричность медицинских терминов мотивирована общелингвистической тенденцией развития науки [8].

Гистологическая, равно как и анатомическая терминология, изобилует метафорами. Окружающий человека мир находит свое отражение в

наименованиях клеточных и тканевых образований и структур, названных учеными по сходству с уже знакомыми предметами, формами, явлениями.

В микромире тела человека мы увидим гребешок, окно, корзинку, зерно, шарик, веретено, гриб, мостик, лист, рог, спутник, колечко и многое другое. Когнитивная функция языка наиболее наглядно репрезентируется в процессах возникновения и эволюции терминологической лексики. Образование термина в большинстве случаев знаменует собой последнюю ступень в постижении явлений объективной реальности, поскольку это связано с вершиной познавательного процесса, с моментом «открытия» в исследуемом предмете или явлении его сущностных свойств. Именно лингвистические средства, закрепляющие полученную в ходе познавательной деятельности информацию о денотате, отличают термин от любого другого слова естественного языка [9].

Следует отметить, что в целом такой подход лежит в общем русле современных семантических исследований, тесно увязывающих анализ значения с анализом соответствующего понятия, с учётом всей совокупности экстралингвистических знаний носителей языка о референте [10]. Медицинские термины как элементы языка обозначают понятия, полученные в результате особого познания объективной реальности. Согласно одному из принципов ТН структуры клеток, тканей и органов, связанные друг с другом топографически и функционально, должны по возможности иметь сходные названия. В частности, для описания противоположных по месту и свойствам гистологических структур предпочтительнее употреблять противоположные по значению прилагательные, например, наружный/внутренний, светлый/темный, первичный/вторичный, ворсинчатый/неворсинчатый, поверхностный/глубокий, центральный/периферический, миелиновый/безмиелиновый, простой/сложный и т.п. Часто противоположные понятия выражены также с помощью выше указанных префиксов.

### Выводы

Подводя итог проведенному исследованию, мы можем сделать следующие выводы. Введение новой международной гистологической терминологии в 2008 г. требует детального ее изучения с выявлением отличий от предыдущей LNH. Имеется преемственность новой ТН с LNH на структурном, словообразовательном и этимологическом уровнях с сохранением латинского языка в качестве основного, несмотря на присутствие английских эквивалентов.

Особенностью ТН является краткость и точность терминов, что достигается большим числом, в отличие от анатомической терминологии, греческих словообразовательных корневых и префиксальных морфем. В методологическом плане целесообразно по возможности знакомить студентов медицинских специальностей с гистологической терминологией в рамках дисциплины "Латинский язык".

### Список литературы

1. Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Б. В. Петровский. – Т. 1-30 – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1974-1989. [Petrovskiy, V.V., editor. *Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya. Vol. 1-30* Moscow: Sovetskaya entsiklopediya. 1974-1989. (In Russ)].
2. International Federation of Associations of Anatomists. Available at: <http://www.unifr.ch/ifaa/> Accessed September 16, 2018.
3. Federative International Programme for Anatomical Terminology. Available at: <http://fipat.library.dal.ca/> Accessed September 16, 2018.
4. Копаев, Ю.Н. О создании международной гистологической номенклатуры // В кн.: Проблемы государственной стандартизации терминологии в СССР / под ред. Л.Ю. Белахова и И.Н. Попова-Черкасова, М., 1968. – С. 164. [Kopaev, Yu.N. O sozdanii mezhdunarodnoy gistologicheskoy nomenklatury. In: Belakhova L. Yu., Popova-Cherkasova I.N., editors. *Problemy gosudarstvennoy standartizatsii terminologii v SSSR*. M., 1968. p. 164. (In Russ)].
5. Патрикеева, Н.С., Байкова, О.В. Конвенциональность медицинской терминологии // Вестник Вятского государственного университета. – 2017. – № 6. – С. 44-49.

[Patrikeeva, N.S., Baykova, O.V. Konventsional'nost' meditsinskoj terminologii. *Vestnik Vyatskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2017; (6): 44-49. (In Russ)].

6. Новодранова, В.Ф. Именное словообразование в латинском языке и его отражение в терминологии. *Laterculi vocum Latinarum et terminorum* – М.: Языки славянских культур, 2008. – 328 с. [Novodranova, V.F. *Imennoe slovoobrazovanie v latinskom yazyke i ego otrazhenie v terminologii. Laterculi vocum Latinarum et terminorum*. Moscow: Yazyki slavyanskikh kul'tur, 2008. (In Russ)].

7. Кубрякова, Е.С. Язык и знание: На пути получения знаний о языке: части речи с когнитивной точки зрения. Роль языка в познании мира. – М.: Языки славянской культуры, 2004. [Kubryakova, E.S. *Yazyk i znanie: Na puti polucheniya znaniy o yazyke: chasti rechi s kognitivnoy toчки zreniya. Rol' yazyka v poznanii mira*. Moscow: Yazyki slavyanskoy kul'tury, 2004. (In Russ)].

8. Купова, Ю.Н. Лингвистическая и концептуальная характеристика медико-биологического термина "ткань" (сопоставительный и переводческий аспекты) в английском и русском языках / Ю.Н. Купова, С.С. Купов // Вестник Московского университета. Сер. 22, Теория перевода. – 2011. – N 1. – С. 126-136. [Kupova, Yu.N. , Kupov, S.S. *Lingvisticheskaya i kontseptual'naya kharakteristika mediko-biologicheskogo termina "tkan'" (sopostavitel'nyy i perevodcheskiy aspekty) v angliyskom i russkom yazykakh. Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 22, Teoriya perevoda*. 2011; (1): 126-136. (In Russ)].

9. Ельцова, Л.Ф. Пространственный подход к изучению анатомической терминологии: Методическое пособие по курсу медицинской терминологии. – Рязань, 2000 [El'tsova, L.F. *Prostranstvennyy podkhod k izucheniyu anatomicheskoy terminologii: Metodicheskoe posobie po kursu meditsinskoj terminologii*. Ryazan', 2000. (In Russ)].

10. Бесекирска, Л. Интернациональная лексика в медицинской терминологии русского языка: Дис. ... докт. филол. наук. М., 1997. [Besekirska, L. *Internatsional'naya leksika v meditsinskoj terminologii russkogo yazyka [dissertation]*. Moscow. 1997. (In Russ)].