



ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

► **ELECTRONIC JOURNAL** • **МАРТ 2021 № 9 (134)** •

► **SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

САЙТ ЖУРНАЛА: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)

ИЗДАТЕЛЬСТВО: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)

СВИДЕТЕЛЬСТВО РОСКОМНАДЗОРА ЭЛ № ФС 77-65699

Google
scholar

e НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
LIBRARY.RU

ISSN 2542-081X



9 772542 081007

Вопросы науки и образования

№ 9 (134), 2021

Москва
2021





Вопросы науки и образования

№ 9 (134), 2021

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

**Главный редактор
ЕФИМОВА А.В.**

Издается с 2016 года.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Свидетельство ПИ № ФС77 – 65699

Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2542-081X



Содержание

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ.....	4
<i>Гурбаева Л.Ф., Аксенова Е.С. СУЩНОСТЬ, НАЗНАЧЕНИЕ ОБОРОТНЫХ СРЕДСТВ ПРЕДПРИЯТИЯ И ПРОБЛЕМЫ ИСТОЧНИКОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ.....</i>	<i>4</i>
ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ.....	13
<i>Бургантдинова А.А., Мирзагитова А.Л. ПРИНЦИП СВЕТСКОГО ХАРАКТЕРА ГОСУДАРСТВА: ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ</i>	<i>13</i>
<i>Даминев И.И. КОМПЛЕКТОВАНИЕ СУДЕЙСКОГО КОРПУСА В РОССИИ</i>	<i>18</i>
МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.....	23
<i>Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Лим М.В., Данияров Н. ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ</i>	<i>23</i>
<i>Шавази Н.М., Закирова Б.И., Лим М.В., Джураев Д.Д., Абдукодирова Ш.Б. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ</i>	<i>26</i>
<i>Закирова Б.И., Мамаризаев И.К. ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</i>	<i>30</i>
<i>Сиддиков О.А., Нуралиева Р.М. РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ОПТИМАЛЬНОЕ ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....</i>	<i>33</i>

СУЩНОСТЬ, НАЗНАЧЕНИЕ ОБОРОТНЫХ СРЕДСТВ ПРЕДПРИЯТИЯ И ПРОБЛЕМЫ ИСТОЧНИКОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Гурбаева Л.Ф.¹, Аксенова Е.С.²

¹Гурбаева Лариса Федоровна – кандидат экономических наук, доцент;

²Аксенова Елена Сергеевна – магистрант,
кафедра финансов, налогообложения и финансового учета,
Московский финансово-юридический университет МФЮА,
г. Москва

Аннотация: статья посвящена важности исследования сущности, назначения оборотных средств предприятия. Авторами рассмотрена классификация оборотных средств предприятия, указаны их особенности. Определено назначение оборотных средств в деятельности предприятия. В статье показано, что управление оборотными средствами позволяет повысить эффективность их использования. Научная организация производства и процесса обращения оборотных средств предполагает необходимость определения источников их формирования, эффективно сочетая собственные и заемные средства. Авторы выделили наиболее актуальные проблемы, связанные с формированием оборотных средств предприятия.

Ключевые слова: оборотные средства, состав и элементы, эффективность использования, источники формирования, источники финансирования.

УДК 338.1

Оборотные средства предприятия – это довольно сложная экономическая категория. В общем виде оборотные средства предприятия определяют в виде совокупности денежных средств, которые направлены на формирование и пополнение фондов обращения и производственных оборотных фондов, и которые вместе обеспечивают непрерывность

воспроизводственного процесса. Вместе с тем, оборотные средства часто отождествляют с денежными ресурсами хозяйствующих субъектов, которые авансируют в их оборотные активы для поддержания текущей деятельности в сфере производства и реализации выпускаемой продукции. Таким образом, оборотные средства предприятия – это совокупность его производственных фондов и фондов обращения в денежном выражении [4]. И именно из данных фондов, собственно и состоят оборотные средства предприятия, но каждый из них по-своему обслуживает воспроизводственный процесс: первые (производственные фонды) – в производственной сфере, а вторые (фонды обращения) – в сфере обращения. Авторы предлагают развернутую классификацию (рис. 1).



Рис. 1. Состав оборотных средств предприятия

Оборотный производственный фонд предприятия в свою очередь подразделяются на две категории: производственные и обработанные запасы. В производственные средства (это

активы, временно не участвующие в процессе производства продукции и находящиеся на территории организации в виде складских запасов) включены:

- сырье и расходные материалы предприятия;
- приобретаемые предприятием полуфабрикаты;
- комплектующие, запчасти, инструменты;
- вспомогательные средства, топливо, тара [2].

Сущность оборотных средств предприятия проявляется в их базовых характеристиках, общую совокупность которых можно выразить в том, что:

- оборотные средства предприятия состоят из фондов: оборотных производственных фондов и фондов обращения;
- оборотные средства предприятия обеспечивают непрерывный кругооборот денежных средств;
- оборотные средства предприятия возвращаются к исходной форме после завершения каждого оборота.

Оборотные средства предприятия обеспечивают весь цикл производства и реализации продукции, начиная от закупки сырья и заготовки материалов и заканчивая продажей готовых изделий. Важно подчеркнуть, что используются они лишь в одном цикле производства, а их стоимость всецело переносится на себестоимость готовой продукции [5].

Авторы магистерской диссертации указывают, что структура оборотных средств – это удельный вес того или иного элемента в общей массе. Единой рекомендации по ее формированию не существует. Каждое промышленное предприятие имеет свои особенности и стратегии развития.

Важной особенностью оборотных средств предприятия выступает их непрерывный кругооборот, т. е. последовательный переход из одной формы в другую, где денежная форма сменяет производственную, затем превращается в товарную, и наконец, снова в денежную и так дальше. Кроме того, оборотные средства предприятия одновременно находятся на всех стадиях оборота, соответственно, их количество необходимо постоянно рассчитывать. Оборотным средствам принадлежит одна из важных ролей в деятельности предприятия, так как их

наличие обеспечивает непрерывность воспроизводственного процесса, способствует постоянному возобновлению его материальной основы в виде предметов труда, а также быстро изнашивающихся и малоценных его средств [1].

Назначение оборотных средств в деятельности предприятия проявляется в выполняемых ими функциях: производственной и платежно-расчетной. Первая функция непосредственно связана с созданием товарно-материальных запасов, которые необходимы для обеспечения непрерывности процесса производства и реализации продукции, а вторая – основывается на обслуживании кругооборота товарно-материальных ценностей.

Следовательно, любому предприятию в процессе осуществления финансово-хозяйственной деятельности нужны средства, всецело потребляемые в течение одного периода. Данные средства и являются оборотными, а их роль сведена к необходимости обслуживания производства (процесса обращения). Все это можно сравнить их с «кровеносной системой», необходимой предприятию.

Оборотные средства предприятия, в виду своей сущности, требуют постоянного пополнения, так как величина их стоимости в течение производственного цикла полностью переносится на результат – готовую продукцию.

Они могут быть сформированы за счет различных источников, которые условно разделим на три группы: собственные, заемные, привлеченные (рис. 2).

Как можно увидеть, собственные средства принадлежат непосредственно самому предприятию, которое владеет и распоряжается ими по собственному усмотрению, но в рамках целевого использования. Величина собственных оборотных фондов (рабочего капитала) устанавливается самим предприятием.

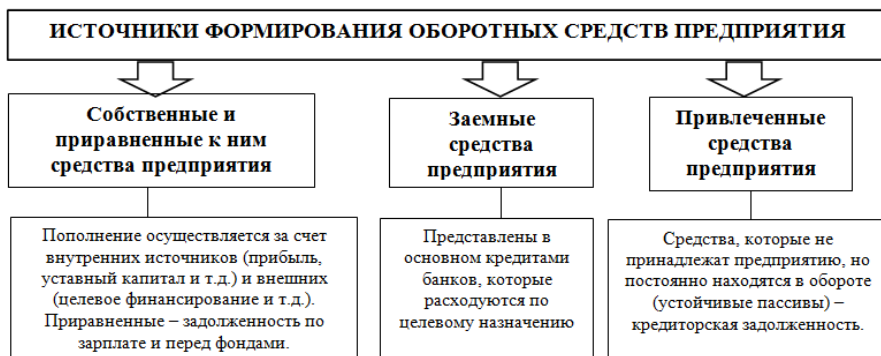


Рис. 2. Источники формирования оборотных средств предприятия

Это номинальная величина денег и производственных запасов, необходимая для его работы и которыми организация владеет и распоряжается по собственному усмотрению, но в рамках целевого использования. Рабочий капитал формируется за счет резервного, добавочного и уставного капитала, резервных и накопительных фондов, нераспределенной прибыли [3].

Наличие собственных оборотных средств (СОС) критически важно для любой организации, особенно если она хочет укреплять свои позиции на рынке, расти и развиваться. Поэтому авторы считают, что данный показатель необходимо рассмотреть наиболее полно. Чтобы того, чтобы рассчитать долю собственных оборотных средств, надо понимать, из чего они формируются, следовательно, рассмотрим основные источники:

- уставный капитал. По сути, это финансовые вложения владельцев предприятия, данные о которых вносятся в учредительные документы;

- прибыль, эта категория относится к собственным оборотным средствам и отражает разницу между доходами и тратами за тот или иной период;

- выпуск ценных бумаг, т.е. бумаг, которые передают определенные имущественные или обязательственные права. Это могут быть акции, чеки, инвестиционные паи и т. д.;

- операции на финансовом рынке. Торговля на финансовом рынке – это еще один способ увеличить объем собственных оборотных средств предприятия за счет привлечения активов других участников рынка.

Важно значение имеет нормирование собственных оборотных средств. На сегодняшний день, различают 3 варианта показателя.

1. Положительный. Возникает, когда объем ОА больше объема ОК, и указывает на платежеспособность предприятия. Иными словами, если тому нужно будет срочно рассчитаться со своими долгами посредством использования оборотных активов, на момент расчёта оно с задачей справится.

2. Отрицательный. Если у показателя собственных оборотных средств отрицательное значение, делают вывод о неблагоприятном положении дел. То есть в критической ситуации денег не хватит, чтобы покрыть долги.

3. Равен нулю. Такая ситуация говорит о том, что бизнес недавно создан, и оборотных средств у него ещё недостаточно. Другой вариант — когда основные средства предоставляются кредиторами.

Нельзя обойти вниманием и коэффициент обеспеченности (или покрытия) собственными оборотными средствами, который отражает долю собственных оборотных средств во всех оборотных активах предприятия. С помощью него можно определить, способно ли данное предприятие осуществлять финансирование текущей деятельности только собственными оборотными средствами. Коэффициент обеспеченности собственными оборотными средствами определяется как отношение разности собственного капитала и внеоборотных активов предприятия к его оборотным активам [6].

Таким образом, авторы магистерской диссертации делают вывод, что величина собственных оборотных средств напрямую зависит от величины других строк в балансе. Так, если увеличится объем прибыли, возрастет и показатель СОС, а если вырастут расходы на приобретение или улучшение основных средств, показатель СОС уменьшится. Авторы отмечают, что СОС и коэффициент обеспеченности СОС – это

одно и то же, но на деле это разные показатели. Первый – абсолютный, второй – относительный. К тому же, чтобы посмотреть, есть ли у предприятия в наличии собственные оборотные средства, используется одна формула, а, чтобы рассчитать коэффициент обеспеченности СОС – другая.

Заемный оборотный капитал предприятия перекрывает текущую потребность в источниках финансирования, если воспользоваться собственными по какой-то причине невозможно. Источники формирования – кратковременные кредиты и займы, взятые в ближайшем коммерческом банке.

Привлеченный капитал формально не принадлежит организации, но используется ею по своему усмотрению. Источники формирования: кредиторская задолженность перед контрагентами, начисленная, но невыплаченная заработная плата сотрудников. А также отметим долгосрочную задолженность по кредитным платежам, предоплату за товары или услуги. Средства кредиторов предприятия, в виде его кредиторской задолженности, находятся в постоянном обороте. И, следовательно, можно кредиторскую задолженность рассматривать в виде спонтанного («встроенного») источника финансирования, т.к. за его счет формируется часть оборотных средств предприятия, причем который колеблется вместе с изменениями объемов его производства (к примеру, по мере роста инвестиций в оборотные активы, увеличивается величина кредиторской задолженности, и наоборот). Кредиторы предприятия вправе предложить применение скидки за более ранний срок платежа, по сравнению с предусмотренной датой в договоре.

Привлеченные средства поступают извне на определенных условиях, снижая при этом общую степень финансовой независимости (автономии) и используются для удовлетворения временных дополнительных потребностей в оборотных средствах. Сумма средств, вложенных в оборотные активы, является оборотным капиталом. С позиции целесообразности и значимости первое место принадлежит собственным, а второе – спонтанным источникам финансирования. Оставшуюся часть оборотных средств

формируют за счет заемных, и средств, которые могут быть получены от дополнительной эмиссии акций (увеличения уставного капитала предприятия).

Следовательно, соотношение источников финансирования оборотных средств предприятия должно соответствовать критериям обеспечения его устойчивости и бесперебойной хозяйственной деятельности. Если у предприятия нет долгосрочного заемного капитала, либо его размер очень мал для финансирования части оборотных активов, то в данном случае, предприятие существенно снизит использование имеющегося хозяйственного потенциала. При этом, чем больше собственный оборотный капитал предприятия, тем соответственно выше его финансовая устойчивость и платежеспособность [3].

Если предприятие формирует часть оборотных активов за счет долгосрочного заемного капитала, то оно может существенно повысить эффективность использования оборотных средств, за счет их оборачиваемости, что приведет к росту его доходности и прибыльности. А если оно не формирует оборотные активы за счет собственных средств, и не формирует их в достаточном объеме, либо использует преимущественно краткосрочный заемный капитал для их формирования, то при ухудшении условий хозяйствования, финансового состояния, организация может стать неплатежеспособной и в перспективе может обанкротиться.

Авторы исследования считают, что основной проблемой формирования оборотных средств является обеспечение наличия в каждый момент времени денежных средств, которые нужны для оплаты счетов поставщиков сырья и материалов, выплат заработной платы и необходимых отчислений, выполнения платежей в бюджет и, кроме того, предприятию требуются временно свободные денежные средства на случай непредвиденных платежей. Все это позволит своевременно формировать производственные запасы, осуществлять производственный процесс, выпускать готовую продукцию и ее реализацию.

В качестве другой проблемой, с которой сталкивается предприятие при формировании оборотных средств, является инфляция, которая ведет к тому, что предприятие в составе выручки от продаж фактически не получит сумму денежных средств необходимую для повторного ее авансирования в оборотные производственные фонды и фонды обращения. А это необходимо для обеспечения непрерывности деятельности предприятия, и требует увеличения размера оборотных средств. Решение данной проблемы требует поиска дополнительных источников денежных средств для привлечения их на долгосрочной основе.

Таким образом, решение указанных проблем имеет первостепенное значение для предприятия, поскольку от его обеспеченности оборотными средствами зависит, способно ли будет оно расплачиваться по своим обязательствам и как эффективно будет осуществляться дальнейшая его деятельность.

Список литературы

1. *Бабенко И.В.* Управление оборотными активами: логистический подход: Монография / Бабенко И.В. М.: Инфра-М, 2018. 167 с.
2. *Бережной В.И.* Бухгалтерский учет. Учет оборотных средств: учебное пособие / Бережной В.И., Маслова Т.Н. М.: Инфра-М, 2018. 192 с.
3. *Володин А.А.* Управление финансами. Финансы предприятий: учебник / А.А. Володин. 3-е изд., перераб. и доп. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2019. 364 с.
4. *Ковалева А.М.* Финансы: учебник / А.М. Ковалева [и др.]; под редакцией А.М. Ковалевой. 6-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2019. 443 с.
5. *Лукаевич И.Я.* Управление оборотным капиталом: учебник / И.Я. Лукаевич. М.: Вузовский учебник, 2020. 256 с.
6. *Хромых Н.А.* Экономический анализ оборотных активов предприятия: учебное пособие / Н.А. Хромых. М.: КноРус, 2020. 248 с.

ПРИНЦИП СВЕТСКОГО ХАРАКТЕРА ГОСУДАРСТВА: ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Бургантдинова А.А.¹, Мирзагитова А.Л.²

¹Бургантдинова Анастасия Альбертовна – студент,
отделение филологии и истории;

²Мирзагитова Алсу Линаровна - кандидат педагогических
наук, старший преподаватель,
кафедра частного и публичного права,
Елабужский институт - филиал
Казанский (Приволжский) федеральный университет,
г. Елабуга

Аннотация: в статье раскрываются основные исторические и правовые предпосылки формирования принципа светского характера государства. Особое внимание уделено современным тенденциям развития этого принципа.

Ключевые слова: государство, светское государство, религия.

Российская Федерация стала светским государством относительно недавно – с 1993 года. Длительный период времени государственное устройство России и православие были напрямую связаны между собой. Господствовал церковно-государственный догмат о триединстве церкви, царя и царства. Согласно христианскому учению, всякая власть от Бога, наместником Бога на Земле считается царь (помазанник божий), а источник власти царя – божественное предназначение. Посредником между Богом и Землей, хранителем веры, наставником считается церковь. Православная церковь обладала широкими полномочиями и оказывала значительное влияние на общественную, политическую и культурную жизнь общества. Первые шаги, которые стали зарождением принципа светскости, были сделаны Петром I в 1721 году с учреждением Святейшего Правительствующего Синода. В рамках административной

реформы Петр Алексеевич создал еще одну коллегия – Духовную, тем самым встроил церковь в аппарат государственного управления и подчинил её государству, так же Петром было упразднено патриаршество и учреждена должность обер-прокурора – светский чиновник. Петром I была сформирована система государственной церкви. Следующий шаг на пути становления светского государства был предпринят Николаем II в годы Первой русской революции. 17 апреля 1905 Николаем Александровичем был подписан Указ «Об укреплении начал веротерпимости», который провозглашал свободу вероисповедания. Декрет СНК от 23 января 1918 «Об отделении церкви от государства и школы от церкви» был еще одним важным шагом к светскому государству. Декрет провозглашал свободу совести и вероисповедания, лишал религиозные организации прав собственности, прав юридического лица и всех привилегий со стороны государства перед остальными объединениями, исключал церковь из общественной, политической, культурной жизни общества.

Светским государством современная Россия стала с принятием Конституции 1993 года. Статья 14 Конституции РФ гласит, что Россия – светское государство, так же это отражено в Федеральном законе № 125 «О свободе совести и о религиозных объединениях». Опираясь на данные нормативно-правовые акты, можно говорить, что:

- в России нет официальной государственной религии, и ни одно вероучение не признается в качестве обязательного или предпочтительного;
- все религиозные объединения равны пред законом и подлежат обязательной регистрации;
- государство не вмешивается в процесс определения гражданином своего отношения к религии и личной религиозной принадлежности;
- не возлагает на религиозные объединения функции органов государственной власти;
- не вмешивается в каноническую деятельность религиозных объединений;

- обеспечивает светский характер образования в государственных и муниципальных образовательных учреждениях;

- деятельность органов государственной власти и органов местного самоуправления не может сопровождаться публичными религиозными обрядами и церемониями;

- правительство, государственные служащие и служащие органов местного самоуправления, военнослужащие, не имеют права использовать свое служебное положение с целью формирования отношения к той или иной религии.

Данные положения позволяют характеризовать Российскую Федерацию как светское государство.

В последнее время наблюдается тенденция к сокращению сторонников мнения, что Россия является светским государством. На фоне чего это происходит? Последняя волна, всколыхнувшая общественное сознание, была связана с внесением поправок в основной закон Российской Федерации – Конституцию. В статье 67.1 пункте 2 появилось упоминание о Боге. Многие посчитали это отклонением от принципа светского государства. Но так ли это на самом деле? Данная поправка была рассмотрена Конституционным судом РФ, суд не обнаружил противоречия другим статьям Конституции. Несмотря на внесение поправки в статью 67 конституции, Россия продолжает оставаться светским государством, статья 14 по-прежнему гласит о светском характере РФ [6]. Можно согласиться с комментариями представителей правительства, что внесение данной поправки никак не угрожает светскому характеру государства, что внесена данная поправка исключительно из уважения к истории и предкам, из патриотических соображений. Истолковывая понятие «светское государство», ученые-правоведы акцентируют внимание не только на обязанности гарантировать свободу совести и вероисповедания, но и задаются вопросом, может ли быть в светском государстве какая-либо конфессия с особым статусом. В Федеральном законе № 125 «О свободе совести и о религиозных объединениях» признается особая роль православия [5]. Уместно ли это для светского государства?

Одни полагают, как, например, О.Е. Кутафин, что в истинно светском государстве не существует и не может существовать официальной государственной религии, и ни одно из вероучений не признается обязательным или предпочтительным [1]. Другие придерживаются точки зрения, что в светском государстве одна из религий может пользоваться особым статусом при условии особой роли этой религии в истории и культуре страны [2]. Такая роль принадлежит православию в истории России. Ещё один аспект, вселяющий сомнения – отсутствие в законодательстве Российской Федерации определения и признаков понятия «секта», что влечет за собой его произвольное толкование. В результате, многие религиозные объединения признаются сектами и получают отказ в регистрации, в этом можно усмотреть неравенство среди религиозных объединений, что противоречит принципам светского государства. Все рассмотренные выше положения носят до сих пор противоречивый характер и подрывают принципы светского государства в Российской Федерации [3,4].

Учитывая, что Российская Федерация поликонфессиональное государство все принципы и функции светского государства должны реализовываться полноценно, не давая поводов для усмотрения в государственной политике преимуществ и привилегий в отношении какой-либо конфессии или ущемления её прав. В стране с многонациональным и поликонфессиональным обществом светскость обязательное условие мирного и комфортного сосуществования граждан. Развитие цивилизованных форм и механизмов взаимодействия между государством, конфессиями и гражданским обществом – важная задача для дальнейшего развития России.

Список литературы

1. *Абова Т.Е., Авакьян С.А., Агамов Г.Д. и др.* Гл. ред. А.Я. Сухарев Российская юридическая энциклопедия / Т.Е. Абова, С.А. Авакьян, Г.Д. Агамов и др. М.: Инфра, 1999. 3301 с.

2. Арутюнян Г.Г., Баглай М.В. Конституционное право. Энциклопедический словарь / Арутюнян Г.Г., Баглай М.В. М.: Норма, 2006. 544 с.
 3. Мельников А.Л. Богу тесно в конституции. [Электронный ресурс] / Мельников А.Л. // Независимая газета. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.ng.ru/ng_religii/2020-02-04/9_480_constit/ (дата обращения: 10.02.2021).
 4. Лейбо Ю.И. Конституционное право зарубежных стран: Учебник / Лейбо Ю.И. М.: Статут, 2012. 832 с.
 5. Понкин И.В. Комментарий к некоторым статьям Федерального закона "О свободе совести и о религиозных объединениях" / Понкин И.В. М.: Институт государственно-конфессиональных отношений и права, 2007. 120 с.
 6. Конституция Российской Федерации (в редакции 2020 года) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/constitution/> (дата обращения: 10.02.2021).
-

КОМПЛЕКТОВАНИЕ СУДЕЙСКОГО КОРПУСА В РОССИИ

Даминев И.И.

*Даминев Ильгиз Инсафович – адвокат,
Негосударственная некоммерческая организация
«Адвокатская палата Республики Татарстан», г. Казань*

Аннотация: в статье дан краткий анализ комплектования
судейского корпуса в Российской Федерации.

Ключевые слова: адвокат, опыт, судья, юрист.

На волне реформ начала 1990-х гг. российское судебное сообщество получило беспрецедентную по сравнению с другими пореформенными странами свободу самому формировать судебный корпус. Из всех стран Восточной Европы только в России и Венгрии исполнительные органы были полностью исключены из процесса отбора судей. Отбор будущих судей осуществляется квалификационными коллегиями судей, которые формируются исключительно из действующих судей. Президенту передана функция подписания указов о назначении судей [3].

Задача пополнения судебного сообщества России профессиональными кадрами признается важной и далеко не второстепенной целью.

В феврале – июне 2011 г. сотрудниками Института проблем правоприменения Европейского университета в Санкт-Петербурге было проведено социологическое исследование, посвящённое основным характеристикам судей как профессиональной группы. По данным социологического опроса по вопросу о наборе в судьи, проведённого в рамках данного исследования, примерно треть действующих судей имела опыт аппаратной работы в судах, другим значимым по частоте являлся опыт работы в прокуратуре – его имели 22,1 % судей [2, с.15]. Помимо того, наибольшая часть опрошенных судей (79,4 %) ответила, что наиболее подходящим опытом работы для судей является внутриорганизационный аппаратный опыт, на втором месте –

работа в прокуратуре, этот опыт оценили 53,2%, адвокатский опыт посчитали гораздо менее подходящим, его назвали 17,5%. Ниже всего с точки зрения судейской профессии был оценен опыт работы в МВД – 2,0% [2, с.19].

Таким образом, из исследования следует, что больше шансов на попадание в судьи было у работников аппарата суда из-за наличия аппаратно-бюрократического опыта. Из интервью с бывшим председателем суда следовало: «50% работы суда это не осуществление правосудия судьями, а работа секретарей, помощников и канцелярии суда» [2, с. 20].

Некоторое время спустя институтом проблем правоприменения при Европейском университете в Санкт-Петербурге была опубликована аналитическая записка «Источники пополнения судейского корпуса РФ и роль аппарата судов». В работе представлен анализ профессионального и социального состава кандидатов на должность судьи, выявлены закономерности при рассмотрении кандидатур квалификационными коллегиями судей и дана оценка того, как модель назначения судей, сформировавшаяся в России, влияет на судебную систему. Источниками данных стали указы Президента о назначении судей, опросы судей, проведённые институтом, и заключения ККС о рассмотрении кандидатов на судебные должности в 2014–2015 гг. [4].

Исследователи выявили, что около половины кандидатов начали свою карьеру в аппарате суда, не имея другого профессионального опыта после вуза. Наиболее типичная карьера кандидата в судьи – работа в должности секретаря суда или секретаря судебного заседания, затем переход на должность помощника судьи и далее в судьи. Для значительного числа кандидатов в судьи, начинавших карьеру не в аппарате суда, работа в должности помощника судьи становится необходимым карьерным шагом перед подачей заявления на должность судьи. Доля кандидатов, подающих заявления на должность судьи напрямую из другой профессиональной сферы, невелика [4]. Исследователи указали: «Адвокатский опыт скорее

рассматривается как противопоказание к получению рекомендации ККС. В интервью судьи неоднократно говорили о том, что адвокаты в ходе своей профессиональной деятельности «обрастают нежелательными связями» и, следовательно, будучи назначенными на должность судьи, могут быть уязвимы к внешнему давлению» [4].

В свете вышеуказанного видно, что кандидатам из адвокатского сообщества нереально пройти профессиональный отбор на судебские должности. Существующая система породила судебную власть, в которой большинство назначаемых судей в прошлом были сотрудниками суда, многие работали в прокуратуре и лишь единицы – в адвокатуре. А ведь набор из практикующих опытных юристов в лице адвокатов мог бы укрепить судебское сообщество. В США к кандидатам на должности судей предъявляются высокие требования в профессиональном плане - большой опыт работы в качестве адвоката [5, с.215].

Эффективным инструментом повышения авторитета судебной власти явилось бы увеличение доли выходцев из адвокатуры. Судебные кресла должны занимать как можно больше лица из адвокатского сообщества, а не только сотрудники самой судебной системы. С такой инициативой выступили члены бизнес сообщества под названием «Столыпинский клуб». Причём «адвокатская» и «прокурорская» квота должна быть не меньше 50% от общего числа назначаемых судей. Правда, такой планки предполагается достичь только к 2025 году [1].

Оценивают кандидатов квалификационные коллегии судей, в которые кроме чиновников не могут быть назначены адвокаты и нотариусы. Ограничения на участие в работе данных коллегий представителей этих юридических профессий не согласуются с международной практикой. Так в Австрии в экзаменационную комиссию из пяти человек обязательно входят два действующих судьи и один адвокат. В Германии, где существует двухступенчатый отбор, на

первом этапе, где проверяются формальные знания кандидатов, большую роль играют преподаватели права, на втором, где происходит окончательный отбор, главную роль в оценке кандидатов играют судьи и адвокаты [3].

Подведём итог. Принято считать, что работа судьей – вершина юридической профессии, и что каждый юрист должен стремиться к тому, чтобы когда-нибудь достичь этой профессиональной вершины. Но данное краткое исследование и личные наблюдения автора настоящей статьи четко показывают, что судейский корпус превращается в закрытую систему, которая возобновляется за счет секретарей и помощников судей. Адвокату сегодня почти невозможно стать судьей. В идеале должности судей должны занимать лучшие представители юридического сообщества, хорошо проявившие себя в профессии, имеющие многолетнюю успешную юридическую практику, соединенную с осуществлением представительства и защиты. Но это модель хорошо работает за рубежом. И совершенно недопустимо существующее положение, когда в квалификационных коллегиях судей нет никого из профессиональных юристов, кроме собственно судей.

Список литературы

1. Адвокатов заставляют становиться судьями. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://chelovek-zakon.ru/2017/03/03/hot/advokatov-zastavlyayut-stanovitsya-sudyami/> (дата обращения: 05.03.2021).
2. Волков В.В., Дмитриева А.В., Поздняков М.Л., Тимаев К.Д. Российские судьи как профессиональная группа: социологическое исследование / под ред. В.В. Волкова. СПб.: Институт проблем правоприменения Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2012. 60 с.
3. Кому доверить выбор судей. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https:// www.Vedomosti.ru/opinion/articles/2018/03/22/754530-vibor-sudeu/](https://www.Vedomosti.ru/opinion/articles/2018/03/22/754530-vibor-sudeu/) (дата обращения: 05.03.2021).

4. Учёные рассказали, почему судьями становятся секретари и прокуроры, а не адвокаты. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.advgazeta.ru/obzory-i-analitika/uchenye-rasskazali-pochemu-sudyami-stanovyatsya-sekretari-i-prokurory-a-ne-advokaty/> (дата обращения: 05.03.2021).
5. *Чиркин В.Е.* Конституционное право зарубежных стран. Учебник / В.Е. Чиркин. М.: Юрист, 1997. 568 с.

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Шавази Н.М.¹, Рустамов М.Р.², Лим М.В.³, Данияров Н.⁴

¹Шавази Нурали Мамедович – профессор,
заведующий кафедрой;

²Рустамов Мардонкул Рустамович – доктор медицинских
наук, профессор;

³Лим Максим Вячеславович – PhD, ассистент;

⁴Данияров Нурали – магистр,
кафедра педиатрии № 1,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: анализ последних литературных данных показывает, что с каждым годом растет удельный вес детей, страдающих этой патологией, и нет тенденции к снижению. В данной статье идет речь об изучении и профилактике лекарственных отравлений у детей младшего возраста.

Ключевые слова: отравления, профилактика, дети, парацетамол.

Актуальность. Полипрогмазия, самолечение, нерациональное применение антибиотиков и других лекарственных препаратов могут привести к лекарственным отравлениям. Немаловажное значение в развитии лекарственных отравлений является широкая реклама лекарственных препаратов, на основании, которых родители занимаются самолечением, немало случаев применения лекарственных препаратов родителями после назначения аптекарей а также оставление лекарственных препаратов родителями в доступные для ребенка местах, а дети очень быстро могут находить эти препараты и принимать их, тем более эти лекарственные препараты выпускаются в разноцветных, красивых упаковках и неплохим вкусом (апельсины, лимоны, клубники).

Цель исследования: изучить причины, и разработать рекомендации по профилактике лекарственных отравлений у детей.

Материал и методы исследования: Для изучения причины и разработать профилактические рекомендации лекарственных отравлений у детей проведен ретроспективный анализ истории болезней госпитализированных в двух отделениях интенсивной педиатрии и детской реанимации Самаркандского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи (РНЦМП СФ). Всего проанализировано 324 случаев лекарственных отравлений у детей и подростков госпитализированных в данное лечебное учреждение в течение 3-х лет: 2016,2017,2018 гг.

Обсуждение результатов. На основании результатов наших исследований и обзора литературных данных нами выявлены причины лекарственных отравлений, что дала нам, возможность разработать ряд профилактических мероприятий для снижения лекарственных отравлений.

1. Одной из основных причин лекарственных отравлений у детей является широкое распространение рекламы по телевидению и медицинскими представителями. При рекламировании лекарственных препаратов акцентируется внимание на положительные результаты препаратов, почему, то о побочных действиях информации бывает мало или вовсе отсутствует.

2. Немало случаев, когда при высокой температуре у ребенка родители боясь возникновения судорог одновременно каждые 15 минут применяли парацетамол, ибупруфен содержащие препараты (ибуфен, цинепар Кид, нурофен, болнол и др.). Без контрольное закапывание сосудосуживающих препаратов в нос от насморка (нафтизин, ринозолин, галазолин, санорин и др.) может привести к отравлению и к плачевным исходам.

3. Другой причиной лекарственных отравлений у детей является применение лекарственных препаратов родителями по рекомендации работников аптек, которые не имеют

диплома врача и не учитывают анатомо-физиологические особенности детского организма.

4. Наряду с этим следует отметить, что тщательный сбор анамнеза свидетельствует о том, что родители могут оставить лекарственные препараты в доступных для детей местах, особенно это касается забывчивых бабушек и дедушек, которые оставляют свои таблетки на тумбочках, столе особенно опасны таблетки, применяемые взрослыми от заболеваний сердечно-сосудистой системы мы, а дети очень быстро могут находить эти препараты и принимать их, тем более лекарственные препараты выпускаются в разноцветных упаковках с приятным вкусом апельсина, лимона, клубники. Особенно опасны детские ароматизированные сиропы. Приятный вкус и запах могут заставить детей принять глоток или даже выпить весь флакончик. Если этот сироп от кашля кодеин содержащий, может быть резкое ухудшение дыхательного центра.

Выводы. Полученные результаты диктуют необходимость оптимизации профилактической работы направленной на предотвращение лекарственных отравлений у детей. Для этого необходимо широкая санитарно-просветительная работа в школах, детских садах, яслях, медицинских учреждениях, махаллах и др. они должны быть направлены на правильную организацию режима и создание благоприятных условий для воспитания ребенка.

Список литературы

1. *Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Хамраев Х.Т., Закирова Б.И., Лим М.В., Атаева М.С., Данияров Н.* «Значимость факторов риска лекарственных отравлений у детей». Достижения науки и образования. 9 (63), 2020. С. 80-82.
2. *Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Лим М.В., Мамаризаев И.К.* «Аллергические заболевания у детей с нарушением дисбиоза кишечника» //«Вопросы науки и образования». № 31 (115), 2020. С. 10-13.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Шавази Н.М.¹, Закирова Б.И.², Лим М.В.³, Джураев Д.Д.⁴,
Абдукодирова Ш.Б.⁵

¹Шавази Нурали Мамедович – профессор,
заведующий кафедрой;

²Закирова Бахора Исламовна – доцент;

³Лим Максим Вячеславович – PhD, ассистент;

⁴Джураев Джафар Давронович – магистр;

⁵Абдукодирова Шахноза Бахроновна – магистр,
кафедра педиатрии № 1,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: согласно современным представлениям, острый обструктивный бронхит является многофакторным заболеванием, ведущим патогенетическим звеном которого является воспаление слизистой оболочки бронхиального дерева. В данном исследовании приведены факторы риска развития острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей.

Ключевые слова: острый обструктивный бронхит, факторы риска, часто болеющие дети.

Актуальность. Бронхообструктивный синдром — патологическое состояние, которое широко распространенное как у детей раннего, так и у детей школьного возраста. Обструкция дыхательных путей (лат. obstructio — запираение, преграда, помеха) — это затруднение прохождения воздушного потока, обусловленное наличием какого-либо препятствия по ходу бронхиального дерева [5]. По данным Мухаммадиевой Л.А. острый обструктивный бронхит встречается в Самарканде с частотой 16,4 случаев на 1000 детей [1], что указывает на актуальность исследования.

Цель исследования – изучить значимость факторов риска острого обструктивного бронхита у часто болеющих детей с

целью оптимизации введения больных детей с бронхообструктивным синдромом.

Материал и методы исследования. Изучены результаты анамнестических, клинических, лабораторных данных 80 больных детей в возрасте от 2 до 7 лет, получавших стационарную помощь в отделениях экстренной педиатрии №1 и №2 Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Наблюдаемые пациенты разделены на 2 группы: I группа (основная группа) – 40 больных острым обструктивным бронхитом из группы «часто болеющие дети»; II группа (контрольная группа) – 40 больных с диагнозом острый обструктивный бронхит.

Анализ историй болезни пациентов показал наличие ряда предрасполагающих факторов способствующих развитию острого обструктивного бронхита. Изучено течение гестационного периода, родов у матери и периода новорожденности. Обращали внимание на питание матери в период беременности, характер вскармливания ребенка, физическое развитие, нервно-психическое состояние, наличие хронических очагов инфекции и соматических заболеваний, а также на социально-бытовые условия роста и развития пациентов.

Обсуждение результатов.

Проведенный нами анализ данных поступивших больных показал, что болеют чаще мальчики 45 (56,0%), что связано с их анатомо-физиологическими особенностями, чем девочек было 35 (44,0%). Из них 32 (40%) были госпитализированы с дыхательной недостаточностью I и II степени. Основная часть пациентов обратилась в стационар в осенне-весенний период года, что указывает на сезонность данного заболевания.

У 2 (5%) больных основной группы имелась избыточная масса тела, что могло быть одним из факторов риска. При изучении анамнеза выявлено, что у 5 (12,5%) часто болеющих детей, живущих в неблагоприятных социально-бытовых условиях, в труднодоступных местах дома были

обнаружены признаки роста плесени или грибка, которые возможно могли быть причиной частых обострений острого обструктивного бронхита, протекающего с признаками тяжелой бронхообструкции. В этой группе детей 19 (47,5%) больных находились исключительно на искусственном или смешанном вскармливании и 21 (52,5%) - на естественном. Анализ анамнестических данных показал, что аллергия и отягощенная наследственность имелись у 17 (42,5%) пациентов, отягощенный акушерский анамнез был у 7 (17,5%) детей, вредные привычки родителей встречались у 6 (15%) пациентов. Среди детей 1 группы различная степень рахита имела у 27 (67,5%), анемия 1 и 2 степени в 37 (92,5%) случаях, хронические очаги инфекции имелись в 11 (27,5%) случаях.

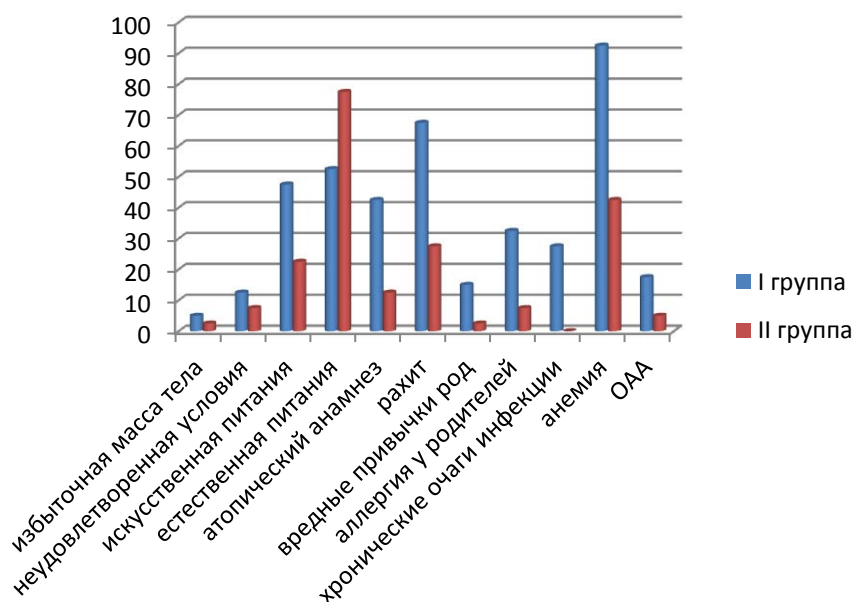


Рис. 1. Факторы риска у обследованных больных

Во 2 контрольной группе лишь 1 (2,5%) ребенок был с избыточной массой тела, который жил в неудовлетворенных жилищно-бытовых условиях с признаками плесени или грибка. В этой группе 31 (77,5 %) детей получали грудное материнское молоко и 9 (22,5%) детей находились на смешанном или

искусственном вскармливании. Детей с атопическим анамнезом было 5 (12,5%) , с различной степенью рахита 11 (27,5), с анемии 1 и 2 степенью 17 (42,5) пациентов, с тяжелом акушерским анамнезом было 2 (5%) пациента. Родителей, страдающих от аллергии в этой группе больных было 3 (7,5%), а с вредными привычками 1 (2,5%) ребенок.

Выводы.

Таким образом, исследования показали, что имеется ряд факторов риска развития острого обструктивного бронхита (аллергопатология в анамнезе, наличие вредных привычек у родителей, ожирение, домашняя плесень или сырость), которые следует учитывать при планировании профилактических мероприятий. А также бронхообструктивный синдром встречается чаще у часто болеющих детей на фоне преморбидных состояний, находящихся на смешанном или искусственном виде вскармливания.

Список литературы

1. *Шавази Н.М., Лим М.В., Закирова Б.И., Лим В.И., Кодирова Ш.С., Узокова М.Ф., 2017. Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей. «Вестник врача». № 2. 34-38.*
2. *Shavazi N.M. and Lim M.V. The effectiveness of nebulizer inhalations of acetylcysteine in the therapy of acute bronchiolitis in infants. «Problems of Biology and Medicine». № 2, 2016. 87.*
3. *Shavazi N.M. et al. The assessment of the degree of bronchoobstruction in acute bronchiolitis in infants. Materials of III conference of the Association of Doctors of Emergency Medical Care of Uzbekistan. Tashkent, 2015.*

ТЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Закирова Б.И.¹, Мамаризаев И.К.²

¹Закирова Бахора Исламовна – доцент;

²Мамаризаев Иброхим Комилжонович – магистр,
кафедра педиатрии №1,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: последние десятилетия XX века характеризовались бурным ростом аллергической патологии. Частота аллергических болезней, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах и в структуре этой патологии атопический дерматит занимает ведущее место. В ходе работы было изучено течение респираторных инфекций на фоне атопических реакций.

Ключевые слова: атопия, инфекция, дети, аллергия.

Актуальность. Среди детей раннего возраста атопические состояния имеют тенденцию к значительному росту. Хронические очаги инфекции повышают степень сенсибилизации, а острые и рецидивирующие инфекции при мощном выбросе медиаторов воспаления, способствуют персистенции возбудителя с развитием атопии, что ускоряет формирование аллергических реакций.

Цель работы. Изучение особенностей течения респираторной инфекции у детей на фоне атопии для оптимизации методов профилактики их рецидивирования.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты анамнестических и клинических обследований 86 больных детей раннего возраста с аллергическими реакциями, госпитализированных в отделения детской реанимации, I и II экстренной педиатрии Самаркандского филиала республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, которые были разделены на II группы: I группу составили 42 больных детей с

рецидивирующими респираторными инфекциями, не имевшие признаков атопии, II группу - 44 больных с рецидивирующими респираторными инфекциями, имевшие признаки атопии и аллергических реакций.

Результаты исследования. Больные были госпитализированы: в течение первых суток от начала заболевания 11,6% пациентов, на 2-3 сутки - 60,4% и остальные 27,9% – в течение более 3 суток. Обследование больных детей с рецидивирующими респираторными инфекциями показало, что у больных II группы, факторы, способствующие появлению атопии, встречались чаще, чем в I группе. Так, в неонатальном периоде обнаружены: жалобы матерей на перенесенные вирусно-бактериальные инфекции (соответственно 63,9% во II и 36,1% в I-ой группе), в том числе, бактериальный вагиноз и мастит у матери (соответственно 11,6% и 5,8%), осложненное течение беременности и родов (в 17,4% случаях против 4,7%), позднее прикладывание ребенка к груди матери (17,4% и 2,3%). В постнатальном периоде во II группе также чаще, чем в I группе встречались: диспепсические явления (25,6% и 5,8%), указания на раннее искусственное вскармливание (32,5% и 10,5%), анемии (68,6% и 17,4%), атопический дерматит (44,1% и 0%), изменения в психоневрологическом статусе ребенка (45,3% и 13,9%); а также инфекционные и соматические заболевания (24,4% и 9,3%), частые респираторные инфекции (63,9% и 12,8%), использование антибиотиков (39,5% и 13,9%), нестероидных противовоспалительных препаратов (19,8% и 3,5%), гормонотерапия (8,1% и 2,3%). Первопричиной лихорадки, насморка, дерматита, неврологических расстройств, диареи и других патологических реакций часто была аллергия. Изучение анамнестических данных показало, что родители больных II группы обращались за медицинской помощью в 3,5 раз чаще (24,4% против 6,9%) и поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания). При поступлении в стационар у 43,0% больных имелась выраженная одышка смешанного характера, а у 18,6% инспираторного типа. Частота одышки в I группе составила

13,9%, тогда как у больных II группы была выше - 37,2% с усилением ее при незначительной физической нагрузке во всех случаях и в ночное время у каждого третьего ребенка. У больных II-ой группы ДН 1-2 степеней выявлена в 13,9% случаях и 3 степени - у 5,8% больных, госпитализированных в отделение детской реанимации.

Выводы. Таким образом, респираторные инфекции вирусной или бактериальной этиологии, несмотря на соответствующее лечение, принимают затяжной характер со склонностью к рецидивам у больных на фоне атопии, что диктует о необходимости диспансеризации детей с атопическими реакциями для профилактики рецидивирующего течения респираторных инфекций.

Список литературы

1. *Шавази Н.М., Лим М.В., Закирова Б.И., Лим В.И., Кодирова Ш.С., Узокова М.Ф., 2017. Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей. «Вестник врача». № (2). 34-38.*
 2. *Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Лим М.В., Шавази Н.М., Атаева М.С., Алланазаров А.Б., Мамаризаев И.К. Бронхообструктивный синдром: прогностическая значимость дисбиоза кишечника в его развитии. «Достижения науки и образования». 10 (64), 2020. С. 83-85.*
 3. *Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Закирова Б.И., Лим М.В., Мамаризаев И.К. Аллергические заболевания у детей с нарушением дисбиоза кишечника. «Вопросы науки и образования». № 31 (115), 2020. С. 10-13.*
-

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ОПТИМАЛЬНОЕ ДОЗИРОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Сиддиков О.А.¹, Нуралиева Р.М.²

¹Сиддиков Олим Абдуллаевич - ассистент;

²Нуралиева Рано Матъякубовна – ассистент,
кафедра клинической фармакологии,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: пневмония относится к числу наиболее распространенных и актуальных заболеваний человека, занимая 4-е место в структуре смертности. Риск возникновения пневмонии зависит от возраста, пола и сопутствующей патологии. С возрастом риск возникновения пневмонии закономерно повышается. При развитии внебольничной пневмонии (ВП) основную роль играют микроорганизмы, поэтому при лечении пневмонии огромную роль играют антибактериальные препараты. Одной из основных проблем при проведении антибактериальной терапии является антибиотикорезистентность микроорганизмов. Необоснованное назначение антибактериальных средств, как в амбулаторной практике, так и в условиях стационара, может достигать 50%. Устойчивость микроорганизмов, ранее считавшаяся актуальной только для стационаров, в последние годы становится все более значимой в популяции.

Ключевые слова: ВП, антимикробные препараты, антибактериальная терапия, антибиотики, антибиотикорезистентность, β -лактамы, макролиды, цефалоспорины, фторхинолоны.

УДК 615.281.9

Актуальность. Еще 10–15 лет тому назад казалось, что медицина способна справиться практически с любой тяжелой

инфекцией, потому что в арсенале медиков было достаточно большое количество антибиотиков. Однако на сегодняшний день сложившаяся ситуация с антибиотикорезистентностью приводит в замешательство клиницистов, так как ставит под сомнение эффективность и дальнейшую жизнеспособность большинства антибиотиков. Это означает, что в ближайшие 10–12 лет мы не получим принципиально новых антибиотиков и должны постараться сохранить те, которые есть на сегодняшний день [1].

При внебольничных пневмониях наиболее часто возбудителями выступают *Streptococcus pneumoniae* (30-95%), *Mycoplasma pneumoniae* (9-30%), *Haemophilus influenzae* (5-18%), *Chlamydia pneumoniae* (2-8%), *Legionella pneumophila* (2-10%), *Staphylococcus aureus* (<5%), *Moraxella catarrhalis* (1-2%), *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* (<5%). В 20-30% случаев этиологию пневмоний установить не удастся. Таким образом, наиболее вероятные этиологические факторы внебольничных пневмоний – пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), внутриклеточные возбудители и гемофильная палочка [4,8,15]. *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* встречаются существенно реже. Они вызывают ВП у лиц старших возрастных групп, отягощенных сопутствующей патологией, а также у пациентов, страдающих хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). *Staphylococcus aureus* — один из редких возбудителей ВП, но в последнее время он привлекает повышенное внимание, что обусловлено распространением во внебольничных условиях метициллин-резистентных штаммов (MRSA). *Legionella* spp. относится к категории редко встречаемых, но весьма серьезных возбудителей инфекций респираторного тракта. По данным разных авторов, отдельные виды микроорганизмов рода *Legionella* являются причиной пневмонии в 0,6–16,2% случаев заболевания. Представители семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella pneumoniae* и др.), а также *Pseudomonas aeruginosa* редко являются возбудителями ВП. Они вызывают заболевание при длительном приеме

системных ГК, алкоголизме, частых повторных курсах антибактериальной терапии на фоне муковисцидоза или бронхоэктазов. В целом *Chlamydomphila pneumonia*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Legionella pneumophila* оказываются возбудителями ВП в 20% случаев. При этом *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae* сами по себе редко вызывают пневмонию тяжелого течения. Большинство случаев заболевания хламидийной и микоплазменной этиологии протекают легко и не требуют госпитализации.

В последние годы резко возросло число данных, подтверждающих роль вирусов в этиологии ВП. Среди пневмотропных вирусов преобладают вирус гриппа и риновирус. Реже отмечают участие респираторного синцитиального вируса, коронавируса, бокавируса человека [12]. В период эпидемии (пандемии) вирусных инфекции возрастает роль вирусно-бактериальных ассоциаций (чаще всего обнаруживают стафилакокки), а также условно-патогенных микроорганизмов. При вирусно-бактериальных пневмониях респираторные вирусы играют этиологическую роль лишь в начальном периоде болезни: основным этиологическим фактором, определяющим клиническую картину, тяжесть течения и исход заболевания, остается бактериальная микрофлора [9, 14].

Необходимо отметить, что частота встречаемости различных возбудителей ВП может существенно варьировать в зависимости от географической локализации, сезона и профиля пациентов [12, 15].

Так как при развитии пневмонии основную роль играют микроорганизмы, поэтому при лечении пневмонии первоначальное значение имеют антибактериальные препараты. Одной из основных проблем при проведении антибактериальной терапии является – антибиотикорезистентность микроорганизмов. Проблема резистентности во многом обусловлена широким, часто бесконтрольным и нерациональным использованием антимикробных средств. Необоснованное назначение антибактериальных средств, как в амбулаторной практике, так

и в стационаре по самым скромным подсчетам может достигать 50%. Устойчивость микроорганизмов, ранее считавшаяся актуальной только для стационаров, в последние годы становится все более значимой в популяции [14].

Приобретенная устойчивость возбудителей ВП к наиболее часто назначаемым антибиотикам представляет серьезную проблему при выборе эмпирической терапии. Структура антибиотикорезистентности существенно зависит от региона. Возможным объяснением этому может быть локальная политика применения антибиотиков. В связи с этим универсальные рекомендации по антибактериальной терапии ВП у взрослых должны модифицироваться с учетом региональных особенностей антибиотикорезистентности [12].

Основная часть. Выбор эмпирического режима антибактериальной терапии основывается на следующих факторах: локализации инфекции, определяющей наиболее вероятных возбудителей, и наличии у пациента факторов риска инфицирования антибиотико-резистентными возбудителями.

Несмотря на прогрессирующую резистентность основных возбудителей инфекций дыхательного тракта, стартовой терапией внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний и без факторов риска резистентности являются макролиды (азитромицин) (доказательства высокого уровня, I). При наличии сопутствующих заболеваний и использовании антимикробной терапии в течение предыдущих 3 месяцев рекомендуются респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин, гемифлоксацин или левофлоксацин 750 мг) (доказательства высокого уровня, I) или β-лактамы + макролид (доказательства высокого уровня, I), а также высокая доза амоксициллина (1 г 3 р/сут) или амоксициллина/клавуланата (2 г 2 р/сут); как альтернатива макролидам — цефтриаксон, цефуроксим (500 мг 2 р/сут); доксициклин (доказательства среднего уровня, II). В случае риска *P. aeruginosae* используются антипневмококковые, антисинегнойные β-лактамы (пиперациллин + тазобактам,

цефепим, имипенем или меропенем), либо ципрофлоксацин или левофлоксацин (750 мг дозы), либо β-лактамы плюс аминогликозиды в комбинации с азитромицином, либо β-лактамы + аминогликозиды и респираторные фторхинолоны. Макролиды включены в схемы терапий внебольничной пневмонии не только из-за спектра действия, но и по причине иммуномодулирующих и противовоспалительных эффектов [12, 8, 10].

Для стационарной терапии внебольничной пневмонии рекомендуются респираторные фторхинолоны или β-лактамы: цефотаксим, цефтриаксон, ампициллин, в некоторых случаях эртапенем – в комбинации с макролидом или доксициклином в качестве альтернативы макролидам.

При нетяжелой ВП эксперты рекомендуют парентеральное применение ингибиторзащищенных аминопенициллинов (амоксциллин + клавулановая кислота, амоксициллин + сульбактам), цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) или эртапенема. Согласно результатам ряда проспективных и ретроспективных исследований, наличие в стартовом режиме терапии антибиотика, активного в отношении «атипичных» микроорганизмов, улучшает прогноз и сокращает продолжительность пребывания больного в стационаре. Это обстоятельство делает оправданным применение β-лактамных антибиотиков в комбинации с макролидами [12, 13, 14].

Альтернативой комбинированной терапии (β-лактамы ± макролид) может быть монотерапия фторхинолоном. Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин) характеризуются слабой антипневмококковой активностью, описаны случаи неэффективности терапии ВП, вызванной *S. pneumoniae*. Из препаратов группы фторхинолонов предпочтение следует отдавать «респираторным» фторхинолонам (моксифлоксацин, левофлоксацин), которые вводятся внутривенно. Имеются данные контролируемых исследований о сравнимой со стандартным режимом терапии (комбинация β-лактамного антибиотика и макролида), эффективности монотерапии респираторными

фторхинолонами при тяжелой ВП. Однако подобные исследования немногочисленны, поэтому более надежной является их комбинация с цефалоспоридами III поколения (цефотаксим, цефтриаксон). Через 2–4 дня лечения при нормализации температуры, уменьшении интоксикации и других симптомов заболевания возможен переход с парентерального на пероральное применение антибиотика до завершения полного курса терапии. При нетяжелой ВП антибактериальная терапия может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела в течение 48–72 ч. При таком подходе длительность лечения обычно составляет 7 дней. При тяжелой ВП неуточненной этиологии рекомендован 10-дневный курс антибактериальной терапии. Более длительная терапия показана при ВП стафилококковой этиологии или ВП, вызванной энтеробактериями и *P. aeruginosa* (не менее 14 дней), а при наличии внелегочных очагов инфекции продолжительность лечения определяется индивидуально. При легионеллезной пневмонии обычно достаточно 7–14-дневного курса терапии, но при осложненном течении, внелегочных очагах инфекции и медленном ответе длительность лечения определяется индивидуально [12, 6, 15].

При ведении госпитализированных больных ВП особое значение имеет ступенчатый режим введения антимикробных препаратов, предполагающий двухэтапное применение антибиотиков: начало лечения с парентеральных препаратов с последующим переходом на их пероральный прием сразу после стабилизации клинического состояния пациента. Основная идея ступенчатой терапии заключается в уменьшении длительности парентеральной антибактериальной терапии, что обеспечивает значительное уменьшение стоимости лечения и сокращение срока пребывания пациента в стационаре при сохранении высокой клинической эффективности.

На практике возможность перехода на пероральный способ введения антибиотика появляется в среднем через 2–3 дня после начала лечения. Для ступенчатой терапии используют

следующие антибиотики: амоксициллин + клавулановая кислота, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин, азитромицин, спирамицин, эритромицин [12].

С целью преодоления устойчивости штаммов пневмококка рекомендовано у пациентов с факторами риска резистентности увеличить суточную дозу амоксициллина до 3 г (по 1 г каждые 8 ч), амоксициллина/клавуланата (амоксиклав) до 3–4 г (по амоксициллину); не целесообразно назначение антибиотиков из группы макролидов, в частности 14- и 15-членных; возможно назначение парентеральных цефалоспоринов III поколения – цефтриаксона в дозе 2 г/сут.

В рекомендациях по лечению респираторных инфекций важное место занимает амоксициллин/клавуланат (амоксиклав, аугментин), который успешно используется в клинической практике на протяжении почти 40 лет.

К препаратам второго выбора относятся антипневмококковые фторхинолоны – моксифлоксацин (400 мг/сут), левофлоксацин (750–1000 мг/сут), так как к ним практически не развивается устойчивость среди респираторных патогенов. Однако, учитывая широкий спектр действия, предпочтительно их применение у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями или с тяжелой сопутствующей патологией.

Согласно результатам метанализа, среди пациентов, принимавших амоксициллин/клавулановую кислоту (амоксиклав) по 2000/ 125 мг 2 раза в сутки, терапия была успешной в 94,4% случаев, в то время как в группах сравнения — в 82,9%. Из всех случаев идентификации резистентного к пенициллину *St. pneumoniae* (15 различных штаммов с МПК 4–8 мг/л) указанный препарат был эффективен в 96,2% случаев; в 96% — при негоспитальной пневмонии, в 95,8% — при остром бактериальном риносинусите, в 100% — при бактериальном обострении ХОЗЛ [5].

Согласно результатам многочисленных клинических исследований нежелательные явления при применении «защищенных» аминопенициллинов развиваются

относительно редко (в 8–14% случаев), в большинстве случаев являясь дозозависимыми, носят транзиторный характер и не требуют отмены препарата [7].

Выводы. Таким образом, для повышения эффективности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии и предупреждения развития устойчивости к антибактериальным препаратам необходимо соблюдение следующих условий:

1) антибактериальная терапия ВП у взрослых должна модифицироваться с учетом региональных особенностей антибиотикорезистентности;

2) эмпирическая антибактериальная терапия при внебольничной пневмонии должна основываться на результатах региональных эпидемиологических (или фармакоэпидемиологических) исследований или на информации из литературы, инструкций, протоколов;

3) перед проведением антибактериальной терапии необходимо проведение микробиологических исследований мокроты (бактериологический посев) и определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

4) при снижении восприимчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам эффективность фармакотерапии повышают, комбинируя антибактериальные препараты или увеличивая их дозу.

Список литературы

1. Бердникова Н.Г. и др. Пути оптимизации антимикробной терапии при лечении заболеваний органов дыхания // Медицинский совет, 2017. №. 5.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2018. Т. 1. 960 с.
3. Гадаев А.Г. Ички касалликлар. Т., 2019. 804 с.

4. *Дерюшкин В.Г. и др.* Выбор антибиотика при внебольничной пневмонии-результаты опроса врачей и анализ реальной амбулаторной практики // Качественная клиническая практика, 2019. № 4.
5. *Дзюблик А.Я., Дзюблик Я.А.* Антибиотикорезистентность при лечении бактериальных респираторных инфекций и пути ее преодоления //Український медичний часопис, 2014. № 1. С. 47-51.
6. *Зайцев А.А., Макаревич А.М.* Как долго лечить пациентов с внебольничной пневмонией? в фокусе—короткие курсы антимикробной терапии // Медицинский совет, 2017. № 11.
7. *Зайцев А.А.* Эпидемиология и фармакотерапия инфекций нижних дыхательных путей: место "защищенных" аминопенициллинов // МС, 2018. № 15.
8. Клиническая фармакология: учебник / Кукес В.Г. [и др.]; под ред. В. Г. Кукеса, Д.А. Сычева. 5-е изд., испр. и доп. М., 2017. 1024 с.
9. *Маколкин В.И.* Внутренние болезни: учебник / В.И. Маколкин. С.И. Овчаренко. В.А. Сулимов. 6-е изд., перераб. и доп. М., 2017. 768 с.
10. *Михайлов И.Б.* Клиническая фармакология (Учебник для студентов медицинских вузов). 5-е изд., перераб. и доп. СПб., 2013. 588 с.
11. Респираторная медицина: руководство: в 3 т. / под ред. А.Г. Чучалина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Литтерра, 2017. Т. 2. 544 с.
12. *Фесенко О.В. и др.* Рациональная антибактериальная терапия респираторных инфекций в реальной практике // Доктор. Ру, 2020. Т. 19. № 5. С. 67-73.
13. *Яковлев С.В.* Рациональная антимикробная терапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С.В. Яковлева. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2015. 1040 с..
14. *Нуралиева Р.М., Тураев Х.Н., Сиддиков О.А.* Эффективность применения ланторола в трехкомпонентной антихеликобактерной терапии с использованием прополиса // Вопросы науки и образования, 2020. № 37 (121).

15. *Нуралиева Р.М., Сиддиков О.А., Тураев Х.Н.* Оценка эффективности традиционной антихеликобактерной фармакотерапии при дополнительном использовании прополиса // Вестник науки и образования, 2020. № 10-3 (88).
16. *Тураев Х.Н., Абдурахмонов И.Р.* Влияние будесонида на качество жизни пациентов с бронхиальным обструктивным синдромом. Вопросы науки и образования. № 7 (132), 2021. С. 19-29.
17. *Aliberti S. et al.* Individualizing duration of antibiotic therapy in community-acquired pneumonia // Pulmonary Pharmacology & Therapeutics, 2017. Т. 45. С. 191-201.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ИЗДАТЕЛЬСТВО
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:
153008, Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ
ТЕЛ.: +7 (915) 814-09-51.**

**[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)**

**ИЗДАТЕЛЬ:
ООО «ОЛИМП»
УЧРЕДИТЕЛЬ: ВАЛЫЦЕВ СЕРГЕЙ ВИТАЛЬЕВИЧ
108814, Г. МОСКВА, УЛ. ПЕТРА ВЯЗЕМСКОГО 11/2**



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

 **РОСКОМНАДЗОР**
СВИДЕТЕЛЬСТВО ЭЛ № ФС 77–65699



INTERNATIONAL STANDARD
SERIAL NUMBER 2542-081X

Российская
книжная палата
ТАСС

 **Google**
scholar

 **РОССИЙСКИЙ
ИМПАКТ-ФАКТОР**
IMPACT-FACTOR.RU



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ЦЕНА СВОБОДНАЯ