



EUROPEAN MULTI SCIENCE JOURNAL

Ежемесячный международный научный журнал
«European multi science journal»

№28/2019

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- Главный редактор – Norhe Dias, Phd, Columbian university of mathematics
- Главный секретарь— Sneider Rihard , Phd, Wien research laboratory
- Корчовой Михаил — доктор физико-математических наук, Украина, Киев, КПИ
- Кукоба Святослав – кандидат экономических наук, Украина, КНЕУ
- Саркисян Роза – кандидат психологических наук, Армения, ТНУ
- Нильс Данар - редактор газеты “Kielstrasse” Deutschland
- Мороз Григорий – кандидат педагогических наук, Российская Федерация, УФА, УрГУ
- Калинин Фёдор – кандидат технических наук, Беларусь, Пинск, Пинский ГУ
- Васюра Павел – юрист компании ”Avanta” Украина, Харьков
- Тихонов Владимир Аркадьевич – кандидат педагогических наук, Российская Федерация, Пермь, ПГПУ
- Horti Larosh– кандидат психологических наук, Будапешт, Венгрия
- Vlazko Varash – доктор юридических наук, Венгрия, Сегед
- Луки Станикич – кандидат исторических наук, Хорватия, Загреб, Хорватский исторический музей
- Ингрид Кристиансен – научный сотрудник Норвежского полярного института, Норвегия, Тромсё
- Элеонора Златкевич – старший научный сотрудник исследовательской лаборатории города Краков, Польша
- Марк Дель-Арави – кандидат технических наук, Тэль-Авив, Израиль
- Янош Кучка – сотрудник университета АВНУ, Будапешт, Венгрия

Статьи, поступающие в редакцию, рецензируются.

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакция журнала «European multi science journal»

Адрес редакции: Szabadság út 27, Budaörs, 2040 Венгрия

Сайт: <http://pshdpublish.info>

E-mail: redactor@pshdpublish.info

Тираж 1000 экз.

Ежемесячный международный научный журнал «European multi science journal» ©

2018

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ И АРХЕОЛОГИЯ

Болурова А. Н.

ИМУЩЕСТВЕННЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ
ПРАВООТНОШЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ В
ТРАДИЦИОННОМ КАРАЧАЕВСКОМ ОБЩЕСТВЕ3

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Саноева М., Саидвалиев Ф., Гулова М.

ОЦЕНКА РАБОТОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С
ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МИГРЕНИ ПО
ШКАЛЕ MIDAS9

ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

Николаева А. Б.

ОСОБЕННОСТИ БИОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА В СВЕТЕ
ОНТО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА13

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ И УПРАВЛЕНИЕ

Кунцевич В. П., Рудковская А. Н.

АУДИТ ФИНАНСОВОГО СОСТОЯНИЯ:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....16

Соколова А. П., Бондарева Д. В.

КОМПЕТЕНЦИИ ПЕРСОНАЛА КАК ОСНОВА
ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ21

ЮРИДИЧЕСКИЕ ИСЛЕДОВАНИЯ

Дьяков Д.Н.

СПОСОБЫ ОБЖАЛОВАНИЯ ПРЕДПИСАНИЙ ФАС В
РЕКЛАМНОЙ СФЕРЕ.....25

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

ОЦЕНКА РАБОТОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МИГРЕНИ ПО ШКАЛЕ MIDAS

Саноева Матлюба

к.м.н., доцент,

*Бухарский государственный медицинский институт,
200100, Узбекистан, г. Бухара, ул. проспект А. Наваи-1*

Саидвалиев Фарруз

д.м.н., профессор,

*Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан, 100012, г. Ташкент, ул. Фаробий-2*

Гулова Мунисахон

Магистр 2-степени,

*Бухарский государственный медицинский институт,
200100, Узбекистан, г. Бухара, ул. проспект А. Наваи-1*

Аннотация. В данной статье приводится часть научной работы по анализу трудоспособности, активности 304 пациента при некоторых вариантах течения осложненных форм мигрени, с степенями тяжести общего состояния на основании шкалы MIDAS. Сравняется характер, и локализация головных болей при осложнениях мигреней. В заключении приводятся несколько выводов по поводу доказанного снижения работоспособности и нетипичности гемикрании у различных вариантах течения осложненных мигреней.

Abstract. This article presents part of the scientific work on the analysis of working capacity and activity of 304 patients in some variants of the course of complicated forms of migraine, with degrees of severity of the General condition on the basis of the MIDAS scale. The nature and localization of headaches in complications of migraines are compared. In conclusion several conclusion about the proven reduction of health and were atypical of hemicrania have various forms of complicated migraines.

Ключевые слова: мигрень, осложненные формы мигрени, головная боль, шкала MIDAS

Key words: migraine, complicated forms of migraine, headache, Midas scale

Актуальность. Не смотря на частые жалобы пациентов на головную боль (ГБ) хронического и эпизодического характера, вследствие которой развивается дезадаптация, стойкие психоэмоциональные, социальные, физические проблемы, до сих пор она воспринимается как работниками здравоохранения, так и обществом в целом как обычная жалоба и второстепенное заболевание. Одним из представителей первичной головной боли является мигрень, с которой связаны значительные социально-экономические потери, в связи с частой нетрудоспособностью молодых людей во время приступов [1]. Всемирной организацией здравоохранения мигрень введена в список 19 заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов, а также определена как фактор риска церебрального инсульта [2]. В 2000 году мигрень была включена в список заболеваний, представляющих глобальное значение и бремя для человечества (Global Burden of Disease 2000), что обусловлено как ее широкой распространенностью, так и значимым влиянием на качество жизни пациента [2, 4]. Как известно, мигрень встречается чаще, чем некоторые тяжелые хронические заболевания, такие как сахарный диабет и бронхиальная астма [8]. Считается, что в среднем около 12 % населения в мире страдают мигренью [3, 5]. Ежегодный ущерб от снижения производительности труда вследствие мигрени составляет в США от 1,2 до 17,2 млрд долларов, в

Англии оценивается почти в 950 млн фунтов стерлингов в год [4]. Мигрень — одна из частых причин обращения за неотложной медицинской помощью. По данным Национальной службы амбулаторной медицинской помощи США, более 10 млн визитов к врачу в течение года было сделано по поводу головных болей [3, 4, 6]. Для лечения головных болей выписывается огромное количество рецептурных и безрецептурных медикаментов. Каждый год американцы тратят на отпускаемые без рецептов болеутоляющие лекарства около 400 млн долларов [3, 7]. Статистика мигрени в нашей стране несомненно также имеет

Изучая вышеуказанные данные литературного обзора нами была поставлена **цель** – оценить работоспособность больных с осложненными формами мигрени используя шкалу MIDAS.

Материал и методы исследования. В материал включены 304 (100%) пациентов с мигренью, из них 78 (25,7%) с мигренозным статусом, 82 (27,0%) с хронической мигренью, 57 (18,8%) с мигренозными инсультами, 87 (28,6%) ХИМ на фоне мигрени. Оценка влияния мигрени на работоспособность, с определением тяжести состояния больных, проводилась методом MIDAS (Migraine Disability Assessment) в трех основных сферах жизни: учеба и трудовая деятельность, работа по дому и семейная, спортивная или общественная активность. При этом оценивали

полностью "потерянные" дни, а также количество дней со снижением активности на 50% за три последние месяца. Вопросы оценивались от 0 до 21 баллов, учитывая выраженность – симптомов, суммой ответов на все 5 вопросов. Согласно шкале MIDAS определяли снижение работоспособности от минимальной тяжести мигрени (I степень), до IV

тяжелой степени снижения работоспособности. Для определения интенсивности ГБ использовали шкалы одномерной интенсивности боли – цифровая рейтинговая шкала (NRS), вербальная рейтинговая шкала (VRS) и визуальная аналоговая шкала (VAS) (рисунок 1).

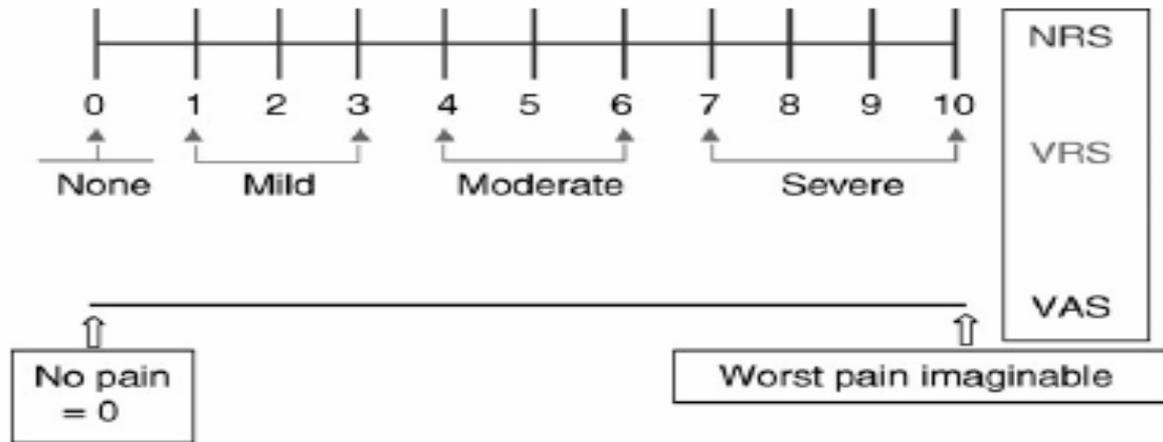


Рисунок 1 Одномерные шкалы интенсивности боли: цифровая рейтинговая шкала (NRS), вербальная рейтинговая шкала (VRS) и визуальная аналоговая шкала (VAS)

При этом «отсутствие боли» по шкале VRS было равно 0 по шкале NRS, «незначительная головная боль» по VRS равнялась 1 – 3 по NRS линейной градации, «умеренная головная боль» по VRS была равна 4 – 6 по NRS, тогда как по шкале VAS эти градации отмечались как «отсутствие головных болей», 7 – 10 линейные градации по шкале NRS отмечались как «сильные головные боли» по шкале VRS и как «наихудшие головные

боли» по шкале VAS. Обследуемым, которые не могли точно определить интенсивность головных болей данные VAS сравнивались с лицевыми шкалами боли (faces pain scale – FPS), в котором нет боли по VAS по данным FPS был равносильен 0, минимальная боль по VAS как – 1, 2 по FPS; умеренная головная боль как 3, 4 и сильная головная боль как – 5 баллов соответственно (рисунок 2).

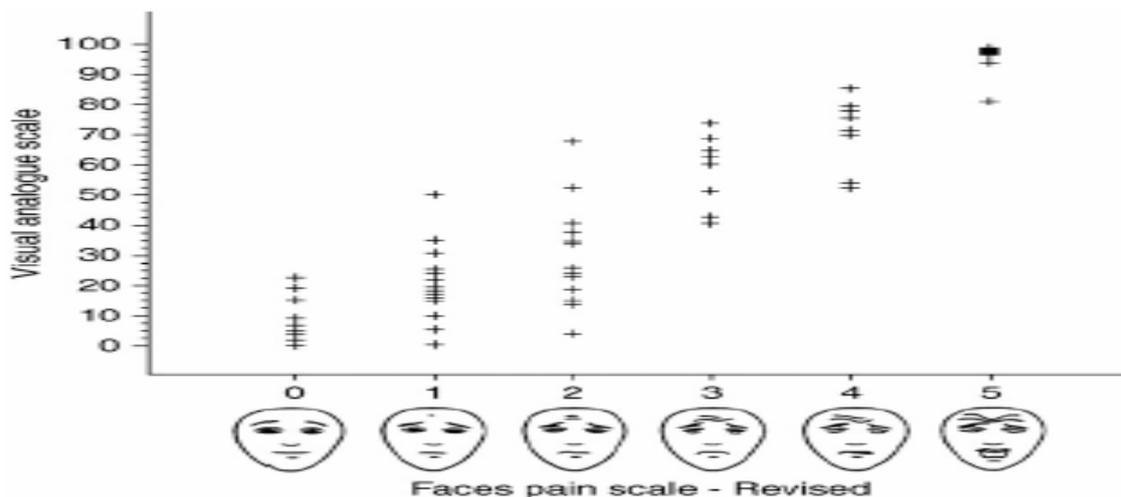


Рисунок 2 Соотношение между показателями визуальной аналоговой шкалы и шкалы лиц

У 6 (7,7%) пациентов с мигренозным статусом, 9 (11,0%) больных с хронической мигренью, 3 (5,8%) больных с мигренозным инсультом, 18 (20,7%) больных ХИМ на фоне мигрени по шкале MIDAS выявили I, минимальную степень снижения работоспособности. По данным исследования при I степени ГБ оценивалась как малая интенсивность/незначительная боль по шкале VRS,

1 – 3 линейная градация по шкале NRS, нет боли по шкале VAS, по лицевой шкале (FPS) 1 – 2 балла, что соответствовало минимальной степени тяжести состояния.

У 7 (9,0%) больных с мигренозным статусом, 8 (9,8%) больных с хронической мигренью, 9 (17,3%) больных с мигренозным инсультом, 39 (44,8%) больных ХИМ на фоне мигрени выявили II степень

снижения работоспособности. При этом по шкале VRS ГБ оценена как умеренно выраженная, по шкале NRS она была равна 4 – 6 линейным градациям, нет боли по шкале VAS, а по лицевой шкале FPS – 3 баллам, которые приравнивались к легкой степени тяжести состояния.

У 42 (53,9 %) обследованных с мигренозным статусом, 53 (64,6%) с хронической мигренью, 28 (53,9 %) с мигренозным инсультом и у 21 (24,1%) ХИМ на фоне мигрени выявили III степень снижения работоспособности, при котором ГБ отличалась сильной интенсивностью по шкале VRS, линейная градация по шкале NRS была равна 7 – 10 баллам, сильная ГБ по шкале VAS, и 4 балла по лицевой шкале FPS, и определяла умеренную степень тяжести состояния.

У 16 (18,0 %) исследованных лиц с мигренозным статусом, 8 (9,8%) с хронической мигренью, 12 (23,0%) с мигренозным инсультом и у 9 (10,4%) ХИМ на фоне мигрени выявили IV степень снижения работоспособности – сильная ГБ по шкале VRS, 7 – 10 линейной градации по шкале NRS, сильная ГБ по шкале VAS, и 5 балла по лицевой шкале боли FPS, при этом повседневная активность снижалась в значительной степени, а общее состояние оценивалось как тяжелая степень.

По результатам исследования наблюдали I степень тяжести по шкале MIDAS в основном в группе среднего ($p < 0,01$), а III и IV степень тяжести были характерными для групп детского и молодого возраста, что показывало тяжелое течение мигрени в более молодом возрасте ($p < 0,05$). Анализированное подчеркивало, что при мигренозном статусе и хронической мигрени в основном встречались III и IV степень снижения работоспособности, в то время как при ХИМ на фоне мигрени в основном выявляли I и II степень снижения работоспособности. В отличие от других групп при ХИМ на фоне мигрени больные предъявляли большое количество субъективных жалоб вопреки своему состоянию. У 77% больных с мигренозным инсультом общее состояние было тяжелое со снижением работоспособности III и IV степени. Данное состояние было связано не только с интенсивностью головных болей, но и с развившимся неврологическим дефицитом, а также очаговой патологией головного мозга.

По локализации головных болей при мигренозном статусе у 4 (44,4%) больных детского возраста головные боли начинались с типичной гемикрании и распространялись диффузно по всей поверхности головы, типичная гемикрания без иррадиации наблюдалась у 3 (33,3%), а иррадиация в затылочную область у 2 (22,2%) обследованных. Боли имели распирающе-давящий характер у 6 (66,7 %), пульсирующий – у 3 (33,3%) пациентов. В молодом возрасте головные боли отличались диффузным распространением у 11 (19,3%) пациентов, типичная гемикрания наблюдалась у 43 (75,4%) и распространение в затылочную область отмечали у 3 (5,3%) больных. По характеру на распирающе-давящую головную боль жаловались 16 (28,1%), пульсирующую 41 (71,9%) пациентов.

Головные боли в среднем возрасте отличались длительностью и стойкостью, но при этом больные легче переносили её. Диффузное распространение гемикрании наблюдали у 7 (58,3%), типичную гемикранию у 3 (25,0%), затылочное распространение у 2 (16,7%) больных. По характеру головные боли были распирающе-давящие у 6 (50,0%), пульсирующие у 5 (41,7%) пациентов.

Как видно из проведенного анализа, в детском и среднем возрасте ГБ характеризовались гемикранией с предрасположенностью к диффузному распространению и отличались распирающе-давящим характером, тем не менее, в среднем возрасте распределение пульсирующего и распирающе-давящего характера ГБ было практически одинакового количества. Молодой возраст отличался частыми проявлениями ГБ с типичной гемикранией и превалированием пульсирующего характера.

При хронической мигрени типичная гемикрания наблюдалась у всех обследуемых больных детского возраста. Боли имели смежный характер – начинаясь с пульсирующих ГБ продолжались распирающе-давящим компонентом в течение нескольких дней. Нередко ГБ сопровождалась с симптомами головокружения, капризности, вспыльчивости, эмоциональной лабильностью. Молодой возраст отличался диффузным распространением ГБ у 6 (8,6%) пациентов. Типичная гемикрания наблюдалась у 58 (82,9%) больных, с тенденцией к затылочной иррадиации у 6 (8,6%) пациентов, которые нередко сопровождалась с головокружением. По характеру на распирающе-давящую головную боль жаловались 7 (10,0%), пульсирующую 63 (90,0%) исследуемых пациентов. Головные боли в среднем возрасте отличались длительностью и стойкостью, но при этом больные относительно легче переносили её. Диффузное распространение гемикрании наблюдали у 6 (66,7%), типичную гемикранию у 2 (22,2%), затылочное распространение у 1 (11,1%) больного. По характеру головные боли отличались распирающе-давящим характером у 4 (44,4%), пульсирующим характером у 5 (55,6%) пациентов. Как видно, ГБ в детском и среднем возрасте в основном отличались гемикраническим типом, а в среднем возрасте отличалась диффузным распространением. ГБ при хронической мигрени отличались пульсирующим характером, но иногда при длительном существовании и резистентности к обезболивающим, они приобретали распирающе-давящий характер.

При мигренозных инсультах у всех обследуемых детского возраста отмечали гемикранию с диффузным распространением. ГБ были коморбидны с головокружением, и имели в основном пульсирующий характер. Сонливость, капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность сопутствовали ГБ практически до полного выздоровления. В молодом возрасте типичная гемикрания наблюдалась у 32 (84,2 %)

пациентов, у 6 (15,8%) наблюдали распространение в затылочную область. По характеру у 26 (68,4%) ГБ была пульсирующая, у 12 (31,5%) распирающе-давящая. В среднем возрасте отмечалась гемикрания с диффузной распространенностью у 8 (66,7%), типичная гемикрания у 2 (16,7%), столько же пациентов страдали гемикранией с распространением в затылочную область.

Необходимо отметить, что ГБ при мигренозном инсульте часто сопровождалась головокружением, затуманенностью в голове, нарушением формулы сна по типу сонливости в дневное время и бессонницы в ночное время, агрессивностью, вегетативными изменениями и сочеталась с острой очаговой неврологической симптоматикой. По характеру ГБ была пульсирующая у 7 (58,3%) и распирающе-давящая у 5 (41,7%) обследованных.

При ХИМ на фоне мигрени у 24 (77,4%) больных молодого возраста отмечалась гемикрания с иррадиацией в затылочную область, при этом боль сопровождалась с тяжестью и затуманенностью в голове. У остальных 7 (22,6%) гемикрания имела тенденцию к диффузному распространению. Как видно, при ХИМ на фоне мигрени ГБ характеризовалась нетипичной гемикранией с иррадиацией болей в разную сторону. По характеру головная боль у 26 (83,9%) была распирающе-давящая, у 5 (16,1%) пульсирующая. В среднем возрасте ГБ отличалась в основном диффузным распространением у 36 (67,9%) больных, у остальных 15 (29,4%) гемикрания иррадиировала в затылочную область. Как и в молодом возрасте она сопровождалась чувством тяжести, затуманенности в голове, головокружением, быстрой утомляемостью. По характеру головные боли были пульсирующие у 23 (45,1%) пациентов и распирающе-давящие у 12 (23,5%) больных. Вместе с головными болями отмечалось превалирование симптомов астенизации НС и когнитивных дисфункций.

Таким образом подводя итог анализируемого можно сделать следующие **выводы:**

1) Мигрень являясь распространённым заболеванием, приводит к снижению работоспособности, социальной дезадаптации, необоснованным расходам, влияющим на социально-экономическую сторону не только определенной семьи, но и здравоохранения в целом;

2) Мигрень являясь главным представителем первичных головных болей, становится частой причиной сосудистых осложнений и характер, а также локализация их могут отличаться от типичного, классического описания заболевания.

Использованная литература:

1) Bahra A. et al. // *Neurology*. 2000. V. 54. P. 1832.

2) Etminan M.I., Takkouche B., Isorna F.C., Samii A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies // *BMJ*. – 2005. – Vol. 330 (7482). – P. 63.

3) Lainez M.J., Galvan J., Heras J., Vila C. Crossover, double-blind clinical trial comparing almotriptan and ergotamine plus caffeine for acute migraine therapy // *Eur. J. Neurol*. – 2007. – Vol. 14. – P. 269–275.

4) Marmura M., Silberstein S., Schwedt T. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies // *Headache*. – 2015. – Vol. 55 (1). – P. 3–20.

5) May A. // *Br. Med. Bull*. 2003. V. 65.P. 223.

6) Ozyalcin S.N., Talu G.K., Kiziltan E. et al. The efficacy and safety of venlafaxine in the prophylaxis of migraine // *Headache*. – 2005. – Vol. 45. – P. 144–152.

7) Tepper S.J., Chen S., Reidenbach F., Rapoport A.M. Intranasal zolmitriptan for the treatment of acute migraine // *Headache*. – 2013. – Vol. 53 (Suppl. 2). – P. 62–71.

8) Осипова В.В. // *Лечение нервных болезней*. 2003. № 4. С. 3.

ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

ОСОБЕННОСТИ БИОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА В СВЕТЕ ОНТО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПОВОРОТА

Николаева Анастасия Борисовна

канд. ист. наук,

кафедра философии,

Омский государственный университет,

644077, РФ, г. Омск, пр. Мира 55

Аннотация. Статья посвящена значительным переменам в научно-биографическом языковом и текстуальном пространстве, обусловленным онто-лингвистическим поворотом. Ведутся рассуждения о сущности этого поворота и о динамике научной биографии как жанра. На этом основании рассматриваются новые черты в языке и тексте биографических произведений.

Abstract. The article is devoted to significant changes in the scientific and biographical linguistic and textual space due to the ont-linguistic turn. Discussions are being held on the essence of this turn and on the dynamics of a scientific biography as a genre. On this basis, new features in the language and text of biographical works are considered.

Ключевые слова: научная биография, язык, текст, онто-лингвистический поворот.

Key words: scientific biography, language, text, ont-linguistic turn.

Язык характеризуется в гуманитаристике как система знаков, которую при определенных условиях можно понимать и которая отражена в письменной и устной форме. При этом раскрытие смысла понятия языка с философской стороны дает возможность трактовать его уже в качестве понятийно-категориальной сферы, обладающей самостоятельной внутренней природой, предметной областью и степенью влияния на культуру общества и процессы развития отдельной личности. Со середины прошлого века на основе известного труда Аристотеля «Категории», кантовских выводов о рассудке и смысле, идей Ж.Ж. Руссо о процессе зарождения письменности развивается философия языка – ветвь с новым исследовательским объектом, обладающим лингвистическим смыслом. Идея (как общий объект философии) здесь заменяется предложением и познанием; на первый план выдвигаются отдельные термины лингвистики, получающие качественно новое прочтение. Основу глоссария философии языка на сегодняшний день составляют такие термины, как референция, смысл, понимание, интерпретация, коммуникация. Для философско-лингвистической сферы важнейшими являются процессы познания и мышления, а языковые единицы рассматриваются в абсолютной связи с человеком как носителем сознания. Язык рассматривается с позиций поиска его взаимосвязей с обществом и отдельной личностью, с теоретическими дисциплинами, с деятельностью целого социума и конкретного субъекта. Подобно постмодернистскому видению текста (мир как текст), философско-лингвистическая область изучает язык, основываясь на вопросах о смысле, мире, сознании, поэтому в исследовательский авангард попадают процессы понимания и интерпретации.

В настоящее время в философии наблюдается лингвистический поворот, начавшийся еще в конце

XX в., но проявившийся в полную силу уже в период постметафизики. Произшедший ранее онтологический поворот был «спровоцирован», к примеру, выводами М. Хайдеггера о неокантианстве и гносеологизме и выразился в рассуждениях о новой интеллектуальной истории (Л.П. Репина) и об онтологии исторического акта (К.А. Куксо). Лингвистический поворот – это обращение к нарративу (М. Крейсворт) и дискурсивности с ее темпоральной структурой и возможностью применения в качестве метода осмысления сущности речевого акта, текста или языка. Состоявшийся лингвистический поворот позволил в абрис философских вопросов включить процессы исследования специфики языка и языковости (помимо уже исследуемых понятий текста и текстуальности), а также модифицировать тип философской рефлексии, на что мы уже указали выше: переход к постметафизике в данном случае «подразумевает, что язык стал конституирующим условием сознания, опыта и познания» [3, с. 16]. Иными словами, данный поворот характеризуется сменой главного ориентира: если ранее было рассуждение о языке, то теперь – рассуждение и познание при помощи языка. Последний становится ценным инструментарием во всей мыслительной сфере, а также в понимании специфических черт сознания индивида и менталитета социума.

В восприятии И.В. Демина лингвистический поворот в философии тождествен нарративному и поднимает на новый уровень исторический анализ, согласуемый на основе постметафизики с феноменологией и герменевтикой. Однако критика метафизики в этой ситуации имеет позитивную, а не негативную стратегию: в согласовании с герменевтикой и феноменологией лингвистический поворот имеет иные особенности. «Если в контексте аналитической философии лингвистический поворот связан по преимуществу