

$$s = \frac{n(k-1) + \sum_{i=1}^k h(z-1)}{\sum_{i=1}^n m_i + \sum_{i=1}^k \sum_{g=1}^h m_g},$$

где h – количество графов второго уровня, разъясняющих a_i понятие, $m_g = (V_g = (v_1, v_2, \dots, v_g))$ число дуг g -го графа. Чем больше значение s , тем больше связанность $s \rightarrow \max$. Значение $s < 1$ говорит о том, что материал слабо связан и требует реструктуризации либо разделения на части.

Структурированность. Для множества понятий A определяются связи (дуги графа) первого и второго уровня. Связи первого уровня формируют иерархическую структуру, идеальной

топологией которой является дерево. Связи второго уровня обеспечивают дополнительную естественно-смысловую связанность понятий и условно считаются второстепенными. Величина показателя вычисляется из связей первого уровня, как показатель сформированности дерева (отсутствие циклов и несвязных частей) в процентном отношении. Оптимальность графа по данному показателю $str \rightarrow 100\%$.

$$str = \begin{cases} (|k-1-m|*100)/(k-1), & \text{если } |k-1-m| < k, \\ 0. & \end{cases}$$

где m – число дуг графа.

Важность цельности (или сформированности) дерева можно увидеть при анализе потери одного или нескольких понятий (вершин) из дерева УМ. Потеря одной вершины не приводит к уменьшению количества цепочек понятий, но существенно сокращает количество связей. Ко-

личество оставшихся связей можно вычислить по

формуле: $L_{UM} = \sum_{i=1}^k C_{n_i}^m$, где k – количество об-

разовавшихся деревьев; n_i – количество вершин в i -м дереве; m – равно 2.

Клинико-эпидемиологические проблемы ревматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, нефрологии, неврологии и инфектологии

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛПС В 2008 ГОДУ В г. САРАТОВЕ

Сатарова С.А. Амирокова Б.А., Кузнецов В.И.,
Перминова Т.А., Сретенская Д.А.,
Бабиченко О.Е.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»
Саратов, Россия

В Поволжском регионе геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является основным природно-очаговым зоонозным инфекционным заболеванием.

ГЛПС вызывается вирусом; характеризуется острым началом, цикличностью течения (лихорадочный период, олигоурический, полиурический и период реконвалесценции), интоксикацией, геморрагическим, почечным, нейроэндокринным, болевым синдромами, нарушениями микроциркуляции.

За 2008 год в г. Саратове количество больных, находящихся на лечении в клинике инфекционных болезней, выросло на 28,3% по сравнению с 2007 г., это объясняется периодичностью активации природного очага, сформировавшегося в Саратовской области с 1986 г. Все эти больные (53 человека) были обследованы, и результаты клинического наблюдения приводятся

в данной работе. У всех больных диагноз был подтвержден серологически: нарастанием титра АТ с вирусами ГЛПС в 4 раза.

Основную долю заболевших составили мужчины до 50 лет (92,5%).

Заболеваемость регистрировалась преимущественно в осенне-зимний период времени, с октября по март (90,5% больных), это явилось отличительной особенностью от сезонности предыдущих лет.

По тяжести течения самой многочисленной была группа больных среднетяжелой формой болезни (58,5 %).

Легкая форма ГЛПС (34% больных) характеризовалась незначительной интоксикацией, преимущественно субфебрильной температурой (66,7% больных) в первые дни болезни, в 33,3% температура повышалась до 38-38,5°C и регистрировалась не более 4-х дней. Боли в пояснице средней интенсивности отмечались в 35,6% случаев, боли в животе – у 11,1% больных. У всех больных данной группы зарегистрирована инъекция сосудов склер, у 27,8% больных – гиперемия лица. Кровотечений из носа, десен не было. Отсутствовали кровоизлияния в склеры, не было петехиальной сыпи. Из лабораторных показателей имели место небольшая протеинурия, цилин-

дуррия, микрогематурия. Показатели мочевины были в пределах нормы, креатинин повышался до 130 ммоль/л. Гемограмма в основном оставалась нормальной. У 22,2% больных зарегистрирована лейкопения.

Среднетяжелая форма ГЛПС (58,5% больных) характеризовалась умеренно выраженной интоксикацией (головная боль отмечалась у 90,3% больных, рвота – у 64,5% больных, у всех больных в первые 5-6 дней болезни регистрировалось повышение температуры до 38,2-39°C), умеренно выраженным геморрагическим синдромом (в 38,7% случаев регистрировались кровоизлияния в склеры, на коже отмечались гематомы в местах инъекций – 64,5% случаев, петехиальная сыпь – 9,7% случаев). У всех больных данной группы имела место инъекция сосудов склер, гиперемия лица зарегистрирована у 77,4% больных, у 29% больных нарушалось зрение. Боли в поясничной области имели место в 70,9% случаев, боли в животе – в 48,4% случаев. Олигоурия в пределах 400-900 мл мочи в сутки отмечалась у всех больных.

Уровень мочевины повышался до 19,3 ммоль/л, креатинина – до 300 ммоль/л. В гемограмме лейкоцитоз – 58,1% случаев, лейкопения – 29% случаев, нормоцитоз – у 12,9% больных.

Тяжелая форма ГЛПС (7,5% больных) протекала с выраженной интоксикацией, высокой температурой до 38-40 °C в первые дни болезни и сохранением ее на цифрах 38,5-39°C до 10-14 дней заболевания. У всех больных отмечались сильная головная боль, ломота во всем теле, многократная рвота.

В 100% случаев отмечался геморрагический синдром в виде кровоизлияний в склеры,

гематом в местах инъекций. Вместе с тем петехиальная сыпь на коже была зарегистрирована только у одного больного; у двух больных были носовые кровотечения. Нарушение зрения имело место в 100% случаев. Боли в пояснице отмечались у всех больных, очень интенсивные – у двух; все больные жаловались на незначительные боли в животе. Олигоурия от 300 до 500 мл мочи в сутки отмечалась в 100% случаев, кратковременная анурия – у одного больного. Отличительной особенностью течения данной формы явилось развитие у всех больных нижнедолевой пневмонии, симптомами которой были сильный кашель с умеренным количеством мокроты, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в легких, положительные рентгенологические данные.

При лабораторных исследованиях мочевины повышалась более 19,0 ммоль/л, креатинин – выше 300 ммоль/л. В гемограмме у всех больных регистрировался лейкоцитоз от $10,0 \times 10^9$ /л до $14,0 \times 10^9$ /л. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом в Саратовском регионе в 2008 г. отмечалась активация природного очага ГЛПС, сформировавшегося в 1986 г. В отличие от предыдущих лет сезонность заболевания была осенне-зимней.

Клинические симптомы ГЛПС в 2008 г. в основном были типичны для всех форм болезни. Имели место и особенности ГЛПС: значительно преобладали среднетяжелые формы заболевания над тяжелыми, менее выраженными были интоксикационный и геморрагический синдромы (особенно петехиальная сыпь), у всех больных с тяжелыми формами была зарегистрирована нижнедолевая пневмония. Летальных исходов от ГЛПС в 2008 г. не было.

Меры противодействия экстремистской деятельности в молодежной среде

О СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫХ ГРАНИЦАХ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ КСЕНОФОБИИ И ЭТНОПОЛИТИЧЕСКОМУ ЭКСТРЕМИЗМУ

Маркова Е.А.

*Читинский государственный университет
Чита, Забайкальский край, Россия*

Мировой исторический опыт показывает, что этнополитический негативизм в любой форме захватывает общество постепенно. Хорошо изучены механизмы манипуляции массовым сознанием, с помощью которых так называемые «этнические антрепренеры» актуализируют реальные и мнимые обиды народов и подталкивают людей к агрессивным действиям. Именно поэтому в противодействии ксенофобии и этнополитическому экстремизму решающую роль должны играть меры раннего предупреждения психологической агрессии. Мы попытаемся проанализировать это на примере трех основных инструмен-

тов воздействия на ксенофобные настроения: правового регулирования, прессы и гражданской активности.

Роль и границы правового регулирования. С середины 1990-х годов в России ведутся разработки правовых механизмов противодействия политическому экстремизму. Первым нормативным актом в этой сфере стал Указ Президента РФ от 23 марта 1995 г. «О мерах по обеспечению согласованных действий органов государственной власти в борьбе с проявлениями фашизма и иных форм политического экстремизма в Российской Федерации», а последним по времени – федеральный закон «О противодействии экстремистской деятельности». В 1995–2002 гг. российские законодатели приняли большое число нормативных правовых актов, в той или иной мере связанных с правовым регулированием рассматриваемой проблемы. Казалось бы, в России уже заложены прочные правовые основы противодействия политическому экстремизму. Вместе с тем