

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ ПО ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ В АСПИРАНТУРУ**

1. Природа и специфика философского знания. Философия как самосознание культуры.
2. Проблема генезиса философии. Философия и мировоззрение.
3. Структура философского знания. Историческое изменение предмета философии.
4. Онтология: основные темы, проблемы и направления.
5. Место гносеологии в системе философского знания. Основные познавательные установки: агностицизм, скептицизм, гносеологический оптимизм.
6. Наука и ненаучные формы познания.
7. Общество как предмет философского исследования. Специфика социального познания.
8. Проблема достоверности знаний и стратегии развития науки: эмпиризм и рационализм.
9. Рационализм и иррационализм как философские позиции.
10. Философия буддизма.
11. Философия конфуцианства.
12. Философия античного атомизма.
13. Философия Сократа и ее значение для античной философской традиции. Сократический метод.
14. Проблема соотношения формы, материи, вещи в философии Аристотеля. Учение о причинах. Влияние аристотелевской философии на становление античной науки.
15. Соотношение мира идей и мира вещей с точки зрения Платона и Аристотеля.
16. Эллинистическо-римская философия, основные школы и особенности.
17. Принцип тождества бытия и мышления в различных философских системах (Парменид Элейский, Лейбниц, Гегель).
18. Принцип радикального сомнения в философии Р. Декарта. Сомнение как начало науки.
19. Проблема соотношения веры и разума в средневековой философии.
20. Б. Спиноза: учение о субстанции и мышлении.
21. Человек и государство в утопических моделях античности и эпохи Возрождения.
22. Проблема обоснования науки и активности познающего субъекта в теории познания И. Канта.

23. «Золотое правило» нравственности и кантовский категорический императив.
24. Английский эмпиризм 17-18 вв. (Ф. Бэкон, Дж. Локк, Дж. Беркли, Д. Юм).
25. Проблема свободы в философии Канта и Фихте.
26. Философия Просвещения: темы, идеи, проблемы, представители.
27. Проблема субстанции в философии Нового времени.
28. Метод и система философии Гегеля.
29. «Философия жизни» и опыт переоценки всех ценностей рационалистической культуры Фридрихом Ницше.
30. Позитивизм: основные этапы эволюции.
31. Теория отчуждения и социальная философия марксизма.
32. Проблема понимания как центральная для герменевтической традиции в философии.
33. Проблема человеческой экзистенции и свободы в философии экзистенциализма.
34. Особенности отечественной философской традиции.
35. Философские идеи в русской литературе (Ф. Достоевский, Л. Толстой).
36. Философия русского анархизма (М. Бакунин, П. Кропоткин).
37. Проблема исторического пути России в отечественной философии.
38. Философия русского космизма.
39. Философия всеединства В. Соловьева и ее влияние на философию 20 века.
40. Философия свободы и творчества Н. Бердяева.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Реале Дж., Антисери Д. Западная философия от истоков до наших дней. СПб., 1994.
2. История философии. Запад – Россия – Восток. (Под ред. Н. Мотрошиловой, А. Руткевича). М., 1999.
3. Чанышев А.Н. Курс лекций по древней и средневековой философии. М., 1991 (или: его же. Начало философии). Книга есть на сайте [www.philosophy.ru](http://www.philosophy.ru) (в разделе «Библиотека»).
4. Русская философия. Словарь. (Под ред. М. Маслина). М., 1999.
5. Кириленко Г.Г., Шевцов Е.В. Философский словарь. Справочник студента. М., 2002.
6. История философии. Энциклопедия. Минск, 2002.
7. Алексеев П.В. Философия. – Существует несколько изданий.

## ПРИМЕРЫ ТЕКСТОВ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ПЕРЕВОДА

### **1/ Hookah Tobacco Smoking During the Transition to College: Prevalence of Other Substance Use and Predictors of Initiation.**

Abstract

**Introduction:** The prevalence of hookah tobacco smoking is increasing, and the transition to college is a vulnerable time for initiation. Hookah use is associated with other forms of substance use, but most research has been cross-sectional, thus limiting our understanding of temporal patterns of use. The goals of this longitudinal study were to assess the prevalence of hookah use and initiation, as well as other forms of substance use among hookah users, and identify which forms of substance use predicted hookah initiation during the first 30 days of college.

**Methods:** Incoming students (N = 936, 50% female) reported on past 30-day substance use prior to the start of the Fall 2011 semester and again 30 days later (n = 817). Substances included hookah, cigarettes, other forms of tobacco, alcohol, marijuana, and other illegal drugs.

**Results:** Current prevalence of hookah use increased from 9.0% before college to 13.1% during the first month of college. At baseline and follow-up, current hookah users were more likely than nonusers to report current use of cigarettes, cigars/little cigars/clove cigarettes, smokeless tobacco, marijuana, and alcohol. Among pre-college hookah never users, 13.8% initiated hookah use in the first month of college. Alcohol (adjusted odds ratio [AOR] 1.11, 95% confidence interval [CI] 1.05, 1.17) and marijuana (AOR 1.30, 95% CI 1.03, 1.65) were the only substances predictive of hookah initiation.

### **2/ Prevalence of marijuana use at college entry and risk factors for initiation during freshman year.**

Abstract

**Background:** Marijuana is currently the most commonly used drug on college campuses. Marijuana use among college students is increasing, and many students begin using marijuana during college. The goal of this study was to investigate predictors of lifetime marijuana use at college entry and initiation during freshman year.

**Methods:** We used responses from the first two semesters of a longitudinal study of 3146 students from 11 colleges in North Carolina and Virginia. Random-effects logistic regression models were constructed to identify factors that predict lifetime marijuana use at college entry and initiation during freshman year.

**Results:** Nearly 30% of students reported ever having used marijuana at college entry. Among students who had never used marijuana prior to college, 8.5% initiated use during freshman year. In multivariable logistic regression models,

having at least \$100 per month in spending money; attending church rarely or never; current use of cigarettes, alcohol, and hookah tobacco; lifetime use of other illicit drugs; and a higher propensity toward sensation seeking were associated with a higher likelihood of having used marijuana at least once at college entry. Hispanic ethnicity, living on campus, and current use of cigarettes and alcohol were associated with a higher likelihood of initiating marijuana use during freshman year.

Conclusion: These results have implications for targeting substance abuse prevention programs on college campuses.

### **3/ Efficacy of a tobacco quitline among adult survivors of childhood cancer.**

Abstract

Introduction: The purpose of this investigation was to determine the efficacy of two evidence-based tobacco quitlines in adult survivors of childhood cancer who regularly smoke cigarettes.

Methods: A total of 519 adult survivors of childhood cancer were randomized to either Proactive + 4 weeks of medication (Counselor-initiated intervention, n = 260) or a Reactive + 2 weeks of medication (Participant-initiated intervention, n = 259) condition. Both conditions received telephone counseling to quit smoking as well as nicotine replacement therapy. The primary outcome was biochemically verified (i.e. cotinine) point prevalence smoking cessation at 12 months follow-up.

Results: Participants randomized to the Proactive + 4 weeks of medication condition self-reported a higher rate of cessation than those survivors in the Reactive + 2 weeks of medication condition at 8 weeks (33.2% vs. 17.0%,  $p < .001$ ), but cessation rates were not significantly different at 12 months (23.0% vs. 18.7%,  $p = .29$ ). However, 80% of participants claiming abstinence failed biochemical verification, indicating marked falsification of self-reported smoking status. Adjusted cessation rates were less than 2% in both intervention conditions.

Conclusions: Our results indicate that neither a Proactive + 4 weeks of medication or Reactive + 2 weeks of medication quitline significantly impacted long-term smoking cessation rates. Our results further indicate that self-reports of smoking status are unreliable in survivors of childhood cancer, a population in considerable need of tobacco abstinence.

### **4/ Does smoking reduction worsen mental health? A comparison of two observational approaches.**

Abstract

Objectives: The association between smoking reduction and mental health is of particular interest given that many smokers report that smoking offers mental health benefits. We aimed to assess the association between smoking reduction and

change in mental health using two different analytical approaches to determine if there was any evidence of an association. There were no prior hypotheses.

**Design:** A secondary analysis of prospective individual level patient data from 5 merged placebo-controlled randomised trials of nicotine replacement therapy for smoking reduction.

**Participants:** All participants were adult smokers, selected because they wanted to reduce but not stop smoking, and had smoked for at least 3 years. Participants were excluded if they were pregnant, breastfeeding, under psychiatric care, deemed to be unfit by a general practitioner, or part of a cessation programme.

2066 participants were enrolled in the trials, 177 participants were biologically validated as prolonged reducers, and 509 as continuing smokers at both 6-week and 18-week follow-ups.

**Primary outcome:** Change in mental health from baseline to an 18-week follow-up was measured using the emotional well-being subscale on the Short Form Health Survey-36.

**Results:** After adjustment for confounding variables, the differences for reducers compared with continuing smokers were: regression modelling -0.6 (95% CI (confidence interval) -4.4 to 3.2) and propensity score matching 1.1 (95% CI (confidence interval) -2.0 to 4.1).

## **5/ Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction.**

### **Abstract**

**Background:** Electronic cigarettes (ECs) are electronic devices that heat a liquid - usually comprising propylene glycol and glycerol, with or without nicotine and flavours, stored in disposable or refillable cartridges or a reservoir - into an aerosol for inhalation. Since ECs appeared on the market in 2006 there has been a steady growth in sales. Smokers report using ECs to reduce risks of smoking, but some healthcare organisations have been reluctant to encourage smokers to switch to ECs, citing lack of evidence of efficacy and safety. Smokers, healthcare providers and regulators are interested to know if these devices can reduce the harms associated with smoking. In particular, healthcare providers have an urgent need to know what advice they should give to smokers enquiring about ECs.

**Objectives:** To examine the efficacy of ECs in helping people who smoke to achieve long-term abstinence; to examine the efficacy of ECs in helping people reduce cigarette consumption by at least 50% of baseline levels; and to assess the occurrence of adverse events associated with EC use.

**Search methods:** We searched the Cochrane Tobacco Addiction Groups Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, and two other databases for relevant records from 2004 to July 2014, together with reference checking and contact with study authors.

Data collection and analysis: One review author extracted data from the included studies and another checked them.

## **6/ Interventions to reduce harm from continued tobacco use.**

Abstract

Background: It may be reasonable to try to reduce the harm from continued smoking amongst smokers unable or unwilling to quit. Possible approaches to reduce the exposure to toxins from smoking include reducing the amount of tobacco used, and using less toxic products. The interventions evaluated in controlled trials have predominantly attempted to reduce the number of cigarettes smoked.

Objectives: To assess the effect of interventions intended to reduce the harm from smoking on the following: biomarkers of damage caused by tobacco, biomarkers of tobacco exposure, number of cigarettes smoked, quitting, and long-term health status.

Search strategy: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register using free text and MeSH terms for harm reduction, smoking reduction and cigarette reduction. The initial search was in March 2006, updated in March 2007.

Selection criteria: Randomized or quasi-randomized controlled trials of interventions in tobacco users to reduce amount smoked, or to reduce harm from smoking by means other than cessation. Outcomes were change in cigarette consumption, markers of cigarette exposure and any markers of damage or benefit to health, measured at least six months from the start of the intervention.

Data collection and analysis: We pooled trials with similar interventions and outcomes using a fixed-effect model. Other studies were summarised narratively.

Main results: The 13 included trials all evaluated interventions to help smokers cut down the amount smoked.

## **7/ Electronic cigarettes (EC) for smoking cessation and reduction.**

Main results: Our search identified almost 600 records, from which we include 29 representing 13 completed studies (two RCTs (randomized controlled trials), 11 cohort). We identified nine ongoing trials. Two RCTs compared EC with placebo (non-nicotine) EC, with a combined sample size of 662 participants. One trial included minimal telephone support and one recruited smokers not intending to quit, and both used early EC models with low nicotine content. We judged the RCTs to be at low risk of bias, but under the GRADE system the overall quality of the evidence for our outcomes was rated 'low' or 'very low' because of imprecision due to the small number of trials. A 'low' grade means that further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate. A 'very low' grade means we are very uncertain

about the estimate. Participants using an EC were more likely to have abstained from smoking for at least six months compared with participants using placebo EC (RR (risk ratio) 2.29, 95% CI (confidence interval) 1.05 to 4.96; placebo 4% versus EC 9%; 2 studies; GRADE: low). The one study that compared EC to nicotine patch found no significant difference in six-month abstinence rates, but the confidence intervals do not rule out a clinically important difference (RR 1.26, 95% CI: 0.68 to 2.34; GRADE: low).

## **ПРИМЕРЫ ТЕКСТОВ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ПЕРЕВОДА**

### **1/ Распространенность ожирения у женщин различных возрастов и его взаимосвязь с артериальной жесткостью.**

Обоснование. В российской популяции растет распространенность общего (ОО) и абдоминального (АО) ожирения среди женщин. Взаимосвязь ожирения с артериальной жесткостью как предиктором развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин различных возрастов до сих пор не имеет объяснения.

Цель исследования - изучение взаимосвязи ожирения с артериальной жесткостью и динамикой центрального аортального давления у женщин различных возрастов с сохраненной и утраченной репродуктивной функцией.

Методы. Обследованы 3 группы женщин ( $n = 161$ ) с сохраненной репродуктивной функцией и в периоде постменопаузы: группу 1 составили 52 женщины молодого возраста от 18 до 30 ( $23,8 \pm 5,3$ ) лет; группу 2 - 54 женщины в возрасте от 31 года до наступления менопаузы ( $41 \pm 5,9$  года); группу 3 - 55 женщин в периоде постменопаузы ( $55,4 \pm 5,8$  года). Всем женщинам проведено клиническое обследование с антропометрией; анкетирование; суточное мониторирование артериального давления с определением показателей артериальной ригидности и суточной динамики центрального аортального давления; определение каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны (кфСПВ); исследование сосудистой жесткости методом объемной сфигмографии.

Заключение. Ожирение, особенно его абдоминальный тип, является важным фактором, определяющим развитие ригидности сосудистой стенки у женщин репродуктивного возраста. Необходимы комплексная оценка артериальной ригидности и центрального аортального давления у женщин всех возрастов, страдающих ожирением, и в первую очередь его абдоминальным типом, с целью ранней диагностики субклинических изменений сосудистой стенки и нарушения центральной гемодинамики.

### **2/ Особенности применения внешнего остеосинтеза при коррекции варусной деформации нижних конечностей у пациентов с гонартрозом**

Обоснование. Артроз коленного сустава - одно из наиболее распространенных заболеваний у пожилых пациентов с варусной деформацией. Одним из

методов лечения является корригирующая остеотомия. Цель исследования - оптимизация диагностики варусных деформаций нижних конечностей у пациентов с гонартрозом; усовершенствование техники операции и послеоперационного контроля основных референтных линий и углов; оценка результатов коррекции; анализ осложнений. Методы. Ретроспективное клиническое исследование. Под наблюдением находились 39 пациентов, каждому из которых одновременно выполнена операция на обеих голени (всего 78 операций). Во всех случаях применяли остеотомии берцовых костей и остеосинтез аппаратом Илизарова. Всем пациентам проведена рентгенография ног по всей длине с определением основных референтных линий и углов. Результаты. Во всех случаях удалось добиться нормализации положения механической оси и угла ориентации коленного сустава. После операции швы на раны не накладывали с целью профилактики компартмент-синдрома. Коррекцию выполняли у пожилых пациентов одномоментно, у молодых - постепенно. Срок фиксации аппаратами Илизарова составил  $16,6 \pm 3,1$  нед. Заключение. В нашем исследовании метод Илизарова продемонстрировал возможности точной коррекции варусной деформации большеберцовой кости, что приводит к нормализации положения референтных линий и углов на телерентгенограммах, выполненных после лечения. Такие характеристики, как малая травматичность операции, высокая точность и простота коррекции, позволяют рекомендовать более широкое внедрение этого метода у пациентов с гонартрозом в сочетании с варусной деформацией.

### **3/ Стеноз позвоночного канала поясничного отдела позвоночника**

Общая встречаемость симптомного поясничного спинального стеноза в возрасте 50-70 лет составляет 10-15% в популяции, и вследствие старения населения уровень заболеваемости прогрессивно возрастает. Стремление возрастных пациентов сохранить качество жизни на фоне усовершенствования хирургических методов лечения приводит к росту числа оперативных вмешательств по поводу люмбального стеноза. В данной публикации представлена классификация стеноза позвоночного канала. Детально описаны клиническая картина заболевания и методы диагностики, такие как компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография, рентгенография, КТ-миелография. Подробно изложены разные методы хирургического лечения - декомпрессионные и декомпрессиивно-стабилизирующие. Эффективность при различных видах декомпрессионных операций достигает 72-80%, при этом результаты после гемиламинэктомии или интерламинэктомии статистически значимо не различаются. Декомпрессиивно-стабилизирующие операции применяют при прогрессирующей дегенеративной деформации позвоночника, а также при

дестабилизации после хирургического лечения и нарушении позвоночно-тазовых соотношений. В настоящее время в хирургии люмбального стеноза применяют следующие типы стабилизации: передний, задний межтеловой/без межтелового имплантата, трансфораминальный, крайнебоковой, косо́й межтеловой спондилодез поясничного отдела позвоночника, а также транспедикулярную фиксацию. Частота осложнений после стабилизирующих вмешательств составляет 27,6%, после декомпрессивных - 9,7%. Частота ревизионных операций также выше после стабилизации - 10,3%, после проведения декомпрессии - 6,5%, что заставляет сдержанно относиться к данным видам вмешательств. В лечении люмбального стеноза применяют также межкостистые имплантаты: за 14 лет наблюдения 30 (21,1%) пациентам из 142 после межкостистой фиксации и декомпрессии были выполнены ревизионные вмешательства, при этом в 26 случаях основным показанием к повторной операции были хроническая боль (38,5%) и грыжи диска (42,3%).

#### **4/ Хирургическое лечение контрактур коленного сустава после тотального эндопротезирования**

Обоснование. Развитие контрактур после тотального эндопротезирования коленного сустава чаще всего связано с артрофиброзом и составляет 1,3-5,7%. Консервативное лечение неэффективно. Патогенетически обоснованным является артролиз (артроскопический или открытый). Цель исследования - анализ собственного опыта лечения контрактур после артропластики двумя различными методами; оценка результатов артроскопического и открытого артролиза; анализ осложнений. Методы. В ретроспективном исследовании сравнивали две группы. В 1-й группе (n = 57) пациентам выполнили артроскопический артролиз, во 2-й (n = 54) - открытый артролиз. Операции выполняли в период с 2015 по 2019 г., срок наблюдения составил от 1 года до 3 лет. В качестве критериев результата лечения использовали данные шкалы KSS (общая и функциональная оценка коленного сустава), а также отдельно амплитуду движений в суставе до операции и в разные сроки после нее. Результаты. Одним из результатов проведенной работы была оптимизация методики артроскопического артролиза. Усовершенствовали хирургический доступ и последовательность ревизии сустава. По данным шкалы KSS и объема движений, лучшие результаты получены в 1-й группе. Особенно важным является меньшее по сравнению со 2-й группой количество осложнений, потребовавших повторных вмешательств, в том числе ревизионного эндопротезирования. В 1-й группе таких случаев было 3 (5,3%), во 2-й группе - 7 (13,0%). Заключение. Артроскопический артролиз является менее травматичным и более эффективным методом лечения артрофиброза

коленного сустава. Представляется целесообразным постепенное вытеснение открытого артролиза артроскопическим.

### **5/ Варикозная болезнь и вредные производственные факторы**

**Обоснование.** Варикозная болезнь - самое распространенное сосудистое заболевание нижних конечностей. Вид занятости и условия труда оказывают значительное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы ввиду регулярного и неизбежного воздействия на организм человека. Среди профессиональных факторов, способствующих развитию варикозной болезни, отмечают физическое перенапряжение и длительную статическую нагрузку. **Цель** - определить влияние вредных производственных факторов на заболеваемость варикозной болезнью нижних конечностей среди лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам; выявить наиболее важные причины развития патологии; предложить методы профилактики возникновения варикозной болезни в производственной сфере с вредными факторами. **Методы.** Выполнен анализ амбулаторных карт (учетная форма № 025/у-04) работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, из них женщин 528, мужчин - 1489. Анализ амбулаторных карт, а также обработка полученного материала произведены при помощи универсального статистического пакета Statgraphics Plusfor Windows. **Результаты.** Установлено, что вредные производственные факторы, такие как вибрация, увеличивают заболеваемость варикозной болезнью нижних конечностей, а основную роль в повышении заболеваемости имеет стаж вредного производства. **Заключение.** Вредные производственные факторы влияют на заболеваемость варикозной болезнью нижних конечностей в сторону ее увеличения. Основную роль в повышении заболеваемости имеют возраст, «вредный» стаж и работа, связанная с вибрацией. В результате проведенного исследования предложен комплекс мер по профилактике варикозной болезни на производстве.

### **Тема реферата-обзора: Клинические рекомендации в науке и практике (по профильной специальности)**

В реферате необходимо отметить плюсы и минусы применения клинических рекомендаций в рамках выбранной специальности аспирантуры. В реферате-обзоре дается объективный перечень существующих различных точек зрения на изучаемый вопрос.

Объем реферата-обзора 2 000 слов без списка литературы. Шрифт Times New Roman 14 кегль, межстрочный интервал 1,5. Список литературы не менее 40 источников, из них не менее 1/3 зарубежных.