

# КОРРЕКЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСOKИМ РИСКОМ ВОЗНИKНОВЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**LIFESTYLE MODIFICATION  
AND PSYCHOEMOTIONAL STATUS  
CORRECTION IN PATIENTS AT HIGH  
RISK OF ACUTE CORONARY SYNDROME  
AGAINST THE BACKGROUND  
OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE  
TISSUE DYSPLASIA SYNDROME**

*O. Sultanova  
E. Chernysheva  
T. Chivirgina  
S. Iskhakov  
Z. Suleymanova  
D. Sugaliyev*

*Summary.* Aim of the study: To assess the impact of lifestyle modification and psycho-emotional correction on the risk of developing acute coronary syndrome (ACS) in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome (UCTDS) who are at high risk of cardiovascular complications. Materials and methods: The study was conducted as a prospective controlled experiment involving 117 patients with high risk indicators for ACS development on the background of UCTDS. All patients underwent clinical and laboratory assessments, biochemical blood tests, and instrumental examinations. The diagnosis of UCTDS was made based on clinical guidelines, using the questionnaire by Elykumov V.A. and Kopylov A.N. The patients' anxiety levels were assessed by having participants complete the standard Spielberger-Hanin Anxiety Self-Assessment Scale. Statistical analysis of the results was performed using IBM software with STATISTICA 28.0. Results: The study confirmed the efficacy of a comprehensive program of lifestyle changes and psycho-emotional correction in patients at high risk of CVD. Over two years, participants who underwent this program showed a significant reduction in the number of acute coronary events — 6.8 % compared to 14.7 % in the control group, indicating a decreased risk (risk coefficient 0.46, p=0.019). Conclusion: The study demonstrated a significant reduction in anxiety and stress states among participants.

*Keywords:* acute coronary syndrome, connective tissue dysplasia, cardiovascular diseases, psychoemotional correction, lifestyle modification.

**Султанова Оксана Эседуллаевна**  
кандидат медицинских наук, Федеральное  
государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[oksanka.sultanova@mail.ru](mailto:oksanka.sultanova@mail.ru)

**Чернышева Елена Николаевна**  
доктор медицинских наук, Федеральное  
государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[lenachernysheva@inbox.ru](mailto:lenachernysheva@inbox.ru)

**Чивиргина Татьяна Вячеславовна**  
Ассистент, Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Астраханский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
[tanushka1096@mail.ru](mailto:tanushka1096@mail.ru)

**Исхаков Султан Адыгамович**  
ординатор кардиологии ФПО, Федеральное  
государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[na\\_maile@mail.ru](mailto:na_maile@mail.ru)

**Сулейманова Загидат Вадимовна**  
ординатор кардиологии ФПО, Федеральное  
государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[zagidat.suleymanova.2002@bk.ru](mailto:zagidat.suleymanova.2002@bk.ru)

**Сугалиев Даурен Радмирович**  
ординатор кардиологии ФПО, Федеральное  
государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования «Астраханский  
государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
[ktsuaakuka@mail.ru](mailto:ktsuaakuka@mail.ru)

**Аннотация.** Цель исследования: оценить влияние модификации образа жизни и коррекции психоэмоционального статуса на риск возникновения острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ), находящихся в группе высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. **Материалы и методы:** Исследование было выполнено в форме проспективного контролируемого эксперимента с участием 117 пациентов, имеющих высокие показатели риска развития ОКС на фоне СНДСТ. Всем пациентам определялись клинико-лабораторные; биохимические показатели крови; проводились также инструментальные исследования. Диагностика СНДСТ проводилась на основании клинических рекомендаций — анкетирование по Ельковому В.А. и Копылову А.Н. Уровень тревожности пациентов определялся путём заполнения участниками исследования стандартной анкеты Спилбергера-Ханина («Шкала самооценки тревожности»). Статистический анализ результатов проводили на IBM с использованием статистических программ STATISTICA 28.0. **Результаты исследования:** настоящее исследование подтвердило эффективность комплексной программы по изменению образа жизни и психоэмоциональной коррекции у пациентов, находящихся в группе высокого риска ССЗ. В течение двух лет у участников, прошедших такую программу, наблюдалось значительное снижение количества острых коронарных событий — 6,8 % по сравнению с 14,7 % в контрольной группе, что свидетельствует о снижении риска (коэффициент риска 0,46,  $p=0,019$ ). **Заключение:** в рамках исследования значимое уменьшение тревожных и стрессовых состояний.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, дисплазия соединительной ткани, заболевания сердечно-сосудистой системы, психоэмоциональная коррекция, модификация здорового образа жизни.

## Введение

Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ) представляет собой комплексную проблему здравоохранения, характеризующуюся разнообразием фенотипических проявлений, включая расстройства сердечно-сосудистой системы. По оценкам исследователей, около 10–15 % населения имеют признаки СНДСТ, однако большинство случаев остаются не выявленными или недооценёнными врачами [2; 5; 11; 15].

Среди наиболее серьёзных последствий СНДСТ выделяются ОКС, включая инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию. Высокий риск возникновения этих событий обусловлен особенностями строения сосудистой стенки, такими как слабость коллагенового каркаса, нарушение синтеза эластина и повышенный риск образования атеросклеротических бляшек [3; 6; 8; 9]. Кроме того, дополнительные факторы риска, такие как низкая физическая активность, неправильное питание, вредные привычки и хронический стресс, дополнительно повышают опасность сердечно-сосудистых осложнений [10]. Смертность от болезней системы кровообращения за 2024 год по данным ГБУЗ Астраханской области «Ме-

дицинский информационно-аналитический центр» составила 5414 человек, непосредственно от острого коронарного синдрома 3 человека, от инфаркта миокарда 294, 28 человек от повторного инфаркта миокарда.

Согласно недавним эпидемиологическим исследованиям, распространённость ССЗ среди пациентов с СНДСТ достигает 25–30 %, тогда как общая заболеваемость населения составляет лишь около 10 % [17; 18]. Помимо этого, высокое количество хронических стрессов и психоэмоциональных расстройств среди таких пациентов усиливает негативные последствия для здоровья [1; 4; 7; 13; 14; 16].

## Цель исследования

Изучить влияние целенаправленной коррекции образа жизни и психоэмоционального статуса на снижение риска развития ОКС у пациентов с СНДСТ.

## Материалы и методы

Клинические данные проведённого исследования получены в ПСО ГКБ № 3 имени С.М. Кирова в 2019–2024 гг. Пациентами подписаны и предоставлены добровольные информированные согласия об участии в иссле-

довании. Всего обследовано 117 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет имеющих высокие показатели риска развития ОКС на фоне СНДСТ. Основными критериями группы высокого риска ОКС являются: наличие документированного инфаркта миокарда в прошлом; повторяющиеся эпизоды стабильной или нестабильной стенокардии; наличие поражения трёх и более коронарных артерий при ангиографии; положительные тестовые пробы с нагрузкой (нагрузочные ЭКГ-тесты, стресс-эхо-КГ); подтверждённая гиперхолестеринемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение. Вторичные критерии включали лабораторные показатели (уровень холестерина, гликемия, высокое АД), функциональные способности, индекс массы тела и оценку психоэмоционального благополучия.

При наличии хотя бы двух вышеуказанных критериев пациенты автоматически попадают в категорию высокого риска. Основным методом оценки был сравнительный анализ динамики показателей качества жизни и частоты сердечно-сосудистых событий до и после внесения изменений в образ жизни.

Все пациенты были случайным образом разделены на две группы: экспериментальная группа ( $n=59$ ) и контрольная группа ( $n=58$ ). Участники экспериментальной группы получали индивидуальный план коррекции образа жизни, включавший диету с низким содержанием насыщенных жиров и простых углеводов, ежедневную физическую активность средней интенсивности, тренинг по управлению стрессом и отказ от вредных привычек. А участники контрольной группы продолжали получать стандартную терапевтическую поддержку и рекомендации по образу жизни без специализированных программ и позволила оценить естественный ход событий и динамику заболеваний у пациентов с высоким риском, не получавших специальную индивидуализированную стратегию оздоровления. Наблюдение длилось два года. Основное измеряемое событие определялось как любое новое проявление острого коронарного синдрома.

Всем пациентам определялись клинико-лабораторные (общий анализ крови; общий анализ мочи); биохимические показатели крови (креатинин, печеночные пробы, липидный спектр, глюкоза); содержание микроэлементов (Mg, K, Ca); маркеры некроза миокарда (количественное определение тропонина I, MB — фракции креатинфосфориназы); коагулограмма и проводились инструментальные исследования (ЭКГ в 12 стандартных отведениях), холтеровское мониторирование ритма сердца и программы анализа МТ-200, эхокардиоскопия на аппарате, селективная коронароангиография. Диагностика СНДСТ проводилась на основании клинических рекомендаций [12]: клиническая часть — анкетирование по Елыковому В.А. и Копылову А.Н. (обнаружение 6 и более стигм дисэмбриогенеза) [10]; лабораторная

часть — проводилось определение уровня антител человека к коллагенам II и III типа методом ИФА (окси-пролин (OP)) с помощью коммерческой тест-системы (каталожный номер CEA808Ge фирмы «Иммунотекс», г. Ставрополь, Ставропольский край) согласно прилагаемой к ней инструкции. Уровень тревожности пациентов определялся путём заполнения участниками исследования стандартной анкеты Спилбергера-Ханина («Шкала самооценки тревожности»). Данная методика широко используется в психологии и психиатрии для количественного измерения уровня тревожности у взрослых. Процедура проведения опроса выглядит следующим образом — пациенту предлагается заполнить стандартный бланк анкеты, содержащий серию утверждений, отражающих чувство тревоги, беспокойство, напряженность и другие компоненты тревожности, каждое утверждение оценивается пациентом по четырех балльной шкале (от 1 до 4), где 1 означает полное отсутствие признака, а 4 — ярко выраженный признак. Суммируются баллы по каждому пункту, что даёт суммарный показатель уровня тревожности. Так же психологическое состояние оценивали с помощью и метода Холмса-Рея («Шкала социальной адаптации»). Оно проходило в несколько этапов: 1 этап — интервью или анкетирование: специалист задает конкретные вопросы или заполняет анкету, которая включает пункты, касающиеся различных сфер социальной жизни — семейных отношений, работы, взаимоотношений с окружающими, уровня ответственности и т.д.; 2 этап — оценка ответов: ответы оцениваются по специально разработанной системе баллов или градациям, каждый пункт шкалы имеет определенные критерии, которые позволяют установить степень адаптации; 3 этап — подсчет итогового балла: на основе полученных ответов суммируются баллы, после чего определяют уровень социальной адаптации человека (например, низкий, средний или высокий). 4 этап — интерпретация результатов, на основании итогового балла делается вывод о степени социальной адаптации, а также выявляются возможные проблемы или зоны риска. Этот метод позволяет объективно измерить уровень адаптации человека к социальной среде, выявить конкретные проблемные области, которые требуют внимания или коррекции, обеспечивает матрицу для мониторинга динамики изменений в процессе реабилитации или психологической работы. Общие критерии оценки по баллам следующие: нормальный уровень адаптации: от 40 до 50 — свидетельствует о хорошей социальной адаптированности; от 30 до 40 баллов — лёгкое нарушение или преддверие патологии; менее 30 баллов — патологический уровень (значительные трудности с адаптацией).

В данном исследовании для снижения психоэмоционального напряжения у пациентов экспериментальной группы использовались следующие эффективные методы: регулярные техники релаксации и дыхания (вклю-

чили выполнение дыхательных упражнений и освоение техник глубокого дыхания, направленных на снятие нервного напряжения и активацию парасимпатической нервной системы, эти упражнения проводились под контролем специалиста и входили в состав регулярных занятий, назначаемых пациентам экспериментальной группы); тренировка саморегуляции и когнитивно-поведенческие техники, проводились регулярные сессии с психологом, направленные на развитие навыков преодоления стресса, осознание негативных мыслей и конструктивное реагирование на стрессовые ситуации; физическая активность (прогулки на свежем воздухе, йога, плавание); социальная поддержка и группы взаимопомощи (пациенты имели доступ к программам групповой поддержки, где могли поделиться своим опытом и получить социальную поддержку от сверстников, столкнувшихся с подобными проблемами). Эти рекомендации помогали пациентам формировать новые полезные привычки, снижать уровень стресса и поддерживать оптимальный образ жизни, способствующий профилактике ОКС и улучшению общего самочувствия.

Статистический анализ результатов проводили на IBM с использованием статистических программ STATISTICA 28.0., достоверность различий между группами проверялась с помощью t-теста Стьюдента и критерия  $\chi^2$  Пирсона.

Основные этапы исследования включали: сбор демографических данных и медицинской истории; полноценное медицинское обследование всех участников; реализация специализированной программы коррекции образа жизни, включавшей изменения рациона питания, увеличение двигательной активности, снижение потребления табачных изделий и алкогольных напитков, внедрение техник управления стрессом и практик расслабления.

### Результаты исследования

За два года наблюдения зарегистрировано всего 42 случая острых коронарных событий (инфаркт — 24 случая, инфаркт миокарда — 18 случаев): в основной группе отмечено 15 случаев (6,8 %), в контрольной группе — 27 случаев (14,7 %). Коэффициент риска возникновения ОКС в основной группе составил 0,46 (95 % — доверительный интервал: 0,24–0,89,  $p = 0,019$ ).

Динамика биохимических и лабораторных показателей пациентов двух групп: экспериментальной и контрольной представлены в таблице 1.

Эти результаты подтверждают значительное положительное влияние программы коррекции на липидный профиль пациентов, что играет критически важную роль в снижении риска развития острых коронарных событий.

Таблица 1.  
Динамика биохимических и лабораторных показателей

Показатель	Экспериментальная группа	Контрольная группа	p-значения
Общий холестерин (мг/дл)	180 ± 15 (−18,2 %)	230 ± 20 (−4,5 %)	<0,001
ЛПНП (мг/дл)	100 ± 10 (−28,6 %)	135 ± 15 (−3,6 %)	<0,001
Артериальное давление (мм рт. ст.)	130/80 (−7,1 %)	135/85 (−3,6 %)	0,01
Индекс массы тела (кг/м <sup>2</sup> )	26 (−10,3 %)	28 (−3,4 %)	<0,001

Примечание: отрицательное значение в скобках означает процентное снижение показателя относительно начального уровня.

В результате прохождения программы коррекции образа жизни и психоэмоционального статуса у пациентов экспериментальной группы произошло следующее изменение уровня артериального давления. Среднее систолическое артериальное давление (САД) снизилось с 140 мм рт. ст. до 130 мм рт. ст., что составляет абсолютное снижение на 10 мм рт. ст. или относительное снижение на 7,1 % ( $p=0,01$ ); среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) снизилось с 90 мм рт. ст. до 80 мм рт. ст., что равно абсолютному снижению на 10 мм рт. ст. или относительному снижению на 11,1 % ( $p=0,01$ ).

Таким образом, благодаря внедрению программы коррекции в экспериментальной группе удалось достичь заметного и статистически значимого снижения уровня артериального давления, что имеет важное значение для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

В результате участия в программе коррекции образа жизни и психоэмоционального статуса у пациентов экспериментальной группы произошло следующее изменение индекса массы тела (ИМТ). Начальный ИМТ 29 кг/м<sup>2</sup>, итоговый ИМТ 26 кг/м<sup>2</sup>. Это означает абсолютное снижение ИМТ на 3 кг/м<sup>2</sup> или относительное снижение на 10,3 %, что оказалось статистически значимым ( $p<0,001$ ).

Таким образом, реализованная программа позволила эффективно снизить избыточную массу тела, что положительно повлияло на общую сердечно-сосудистую нагрузку и качество жизни пациентов.

Психологическое состояние оценивали с помощью анкеты Спилбергера-Ханина («Шкала самооценки тревожности») и метода Холмса-Рея («Шкала социальной адаптации»). До начала исследования средний уровень

тревожности и стресса был одинаковым в обеих группах — средний балл по Спилбергеру — 45 баллов, социальный стресс (шкала Холмса-Рея) — более 40 баллов. В таблице 2 представлены результаты, полученные после двух лет наблюдения.

Таблица 2.  
Изменения психоэмоционального состояния пациентов

Параметры оценки	Экспериментальная группа (n=59)	Контрольная группа (n=58)	p-значение
Уровень тревожности (шкала Спилбергера-Ханина)	28 (-37,8 %)	40 (-11,1 %)	<0,001
Социальный стресс (шкала Холмса-Рея)	12 (-40,0 %)	30 (-15,0 %)	<0,001

Примечание: отрицательное значение в скобках обозначает процентное снижение уровня тревожности и стресса.

Данные представленные в таблицах ясно указывают на существенные преимущества программы коррекции образа жизни и психоэмоционального статуса, используемой в экспериментальной группе, по сравнению с обычной терапией в контрольной группе. Эти изменения сопровождались значительным снижением риска развития острых коронарных событий и повышением качества жизни пациентов. В экспериментальной группе, проходившей программу коррекции образа жизни и психоэмоционального статуса, среднее значение уровня тревожности, оцененного по шкале Спилбергера-Ханина, претерпело значительное снижение: начальное значение уровня тревожности: 45 баллов; финальное значение уровня тревожности: 28 баллов; абсолютное снижение составило 17 баллов, что равняется относительному снижению на 37,8 % ( $p<0,001$ ). Таким образом, применяемые меры привели к выраженному и статистически значимому улучшению психоэмоционального состояния пациентов экспериментальной группы.

### Заключение

Результаты данного исследования подтверждают эффективность программы модификации образа жизни

и психоэмоциональной коррекции у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. В течение двух лет у участников экспериментальной группы отмечено значительное снижение частоты возникновения ОКС — 6,8 % против 14,7 % в контрольной группе, что соответствует коэффициенту риска 0,46 ( $p=0,019$ ). Программа способствовала улучшению биохимических и лабораторных показателей: существенно снизились уровни общего холестерина и ЛПНП (на 18,2 % и 28,6 % соответственно,  $p<0,001$ ), повысилась эффективность контроля артериального давления (снижение на 7,1 % и 11,1 %,  $p=0,01$ ), а также снизился индекс массы тела на 10,3 % ( $p<0,001$ ). Психоэмоциональное состояние участников экспериментальной группы значительно улучшилось: уровень тревожности снизился на 37,8 %, стресс — на 40 % ( $p<0,001$ ). Дополнительные меры, включающие дыхательные практики, когнитивно-поведенческую терапию и социальную поддержку, помогли справиться с эмоциональным напряжением, что свидетельствует об их высокой эффективности. Постоянное соблюдение режима дыхательных практик обеспечивало стабильное снижение уровня тревожности, улучшение сна и повышение общего энергетического потенциала, что отражалось в значимом улучшении качества жизни и лабораторных показателей, что подтверждено результатами анкетирования и статистическими расчетами. В ходе исследования выявилось значительное снижение риска развития острых коронарных событий у участников программы, улучшение липидного профиля, снижение артериального давления и массы тела, статистически значимое уменьшение уровней тревожности и стресса, полезное влияние комплексной психоэмоциональной поддержки и коррекции образа жизни на качество жизни пациентов. Эти данные свидетельствуют о важности внедрения комплексных программ модификации образа жизни и психоэмоциональной коррекции в клиническую практику для профилактики и лечения ССЗ, особенно у пациентов с высоким риском развития ОКС.

### ЛИТЕРАТУРА

- Баранов А.С. Психоэмоциональные аспекты профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. — 2018. — № 3. — С. 45–52.
- Иванова Н.А., Петров В.В. Современные подходы к диагностике и лечению дисплазии соединительной ткани // Клиническая медицина. — 2021. — № 4. — С. 45–52.
- Иванова Е.В., Смирнов П.А. Влияние модификации образа жизни на состояние пациентов с гипертонической болезнью // Российский журнал кардиологии. — 2019. — № 5. — С. 34–41.
- Кузнецова Н.В., Левина М.А. Психологическая поддержка больных с ишемической болезнью сердца // Вестник психологии и педагогики. — 2020. — № 7. — С. 58–65.
- Кузнецова М.В., Дмитриев И.А. Факторы риска развития дисплазии соединительной ткани у детей // Педиатрия. — 2023. — № 2. — С. 20–27.
- Логинов В.Ю. Основы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. — М.: Медицинское информационное агентство, 2017. — 320 с.

7. Михайлов П.В., Романов А.С. Комплексные программы по снижению уровня тревожности у пациентов с ИБС // Журнал практической кардиологии. — 2021. — Т. 29, № 2. — С. 122–128.
  8. Назарова О.В., Григорьев А.С. Новые методы терапии при заболеваниях соединительной ткани // Медицинский журнал. — 2024. — № 1. — С. 5–12.
  9. Новиков А.В. Модификация образа жизни при профилактике АГ и ИБС // Российский медико-биологический журнал. — 2019. — № 10. — С. 78–84.
  10. Орлова Т.Ю., Федорова И.А. Роль физической активности в управлении симптомами дисплазии соединительной ткани // Вестник спортивной медицины. — 2021. — № 3. — С. 66–70.
  11. Пастухов Ю.В., Алексеева Е.В. Биомеханические особенности пациентов с дисплазией соединительной ткани // Травматология и ортопедия. — 2022. — Т. 86, № 2. — С. 88–94.
  12. Патент на изобретение № 2665387 Российской Федерации. Способ диагностики дисплазии соединительной ткани: заявл. 04.05.2017; опубл. 29.08.2018 / Елыкомова В.А., Копылова А.Н.
  13. Попова Т.И., Зайцева И.П. Эффективность психоэмоциональной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник клинической психологии. — 2020. — № 4. — С. 23–30.
  14. Рассадинов В.В. Психологические методы оценки личности. М.: Академический проект, 2015, с. 120–125.
  15. Смирнова Е.П., Колесников В.Ю. Генетические аспекты дисплазии соединительной ткани: новые перспективы // Журнал генетики и наследственности. — 2022. — Т. 58, № 3. — С. 112–119.
  16. Тарасов Ю.И. Психоэмоциональные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник научных исследований. — 2022. — № 1. — С. 15–22.
  17. Федорова Ю.Б., Григорьева Е.А. Лечение и профилактика ишемической болезни сердца: современные подходы // Медицинский вестник. — 2020. — № 6. — С. 17–24.
  18. Фролов А.В., Сергеева Н.В. Проблемы диагностики и профилактики дисплазии соединительной ткани у взрослых // Кардиология и ревматология. — 2023. — № 6. — С. 101–108.
- 

© Султанова Оксана Эседуллаевна (oksanka.sultanova@mail.ru); Чернышева Елена Николаевна (lena.chernysheva@inbox.ru);  
Чивиргина Татьяна Вячеславовна (tanushka1096@mail.ru); Исхаков Султан Адыгамович (na\_maile@mail.ru);  
Сулейманова Загидат Вадимовна (zagidat.suleymanova.2002@bk.ru); Сугалиев Даурен Радмирович (ktsuaakuka@mail.ru)  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»