



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN: 2542-2162

№30(297)
часть 2

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ



Г. МОСКВА



Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ

№ 30 (297)
Сентябрь 2024 г.

Часть 2

Издаётся с февраля 2017 года

Москва
2024

УДК 08
ББК 94
С88

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Арестова Инесса Юрьевна – канд. биол. наук, доц. кафедры биоэкологии и химии факультета естественнонаучного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковleva», Россия, г. Чебоксары;

Бахарева Ольга Александровна – канд. юрид. наук, доц. кафедры гражданского процесса ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов;

Бектанова Айгуль Карибаевна – канд. полит. наук, доц. кафедры философии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Кыргызская Республика, г. Бишкек;

Волков Владимир Петрович – канд. мед. наук, рецензент ООО «СибАК»;

Гайфуллина Марина Михайловна – кандидат экономических наук, доцент, доцент Уфимской высшей школы экономики и управления ФГБОУ ВО "Уфимский государственный нефтяной технический университет, Россия, г. Уфа";

Елисеев Дмитрий Викторович – канд. техн. наук, доцент, начальник методологического отдела ООО «Лаборатория институционального проектного инжиниринга»;

Комарова Оксана Викторовна – канд. экон. наук, доц. кафедры политической экономии ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет», Россия, г. Екатеринбург;

Лебедева Надежда Анатольевна – д-р филос. наук, проф. Международной кадровой академии, чл. Евразийской Академии Телевидения и Радио;

Маршалов Олег Викторович – канд. техн. наук, начальник учебного отдела филиала ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет» (НИУ), Россия, г. Златоуст;

Орехова Татьяна Федоровна – д-р пед. наук, проф. ВАК, зав. Кафедрой педагогики ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова», Россия, г. Магнитогорск;

Самойленко Ирина Сергеевна – канд. экон. наук, доц. кафедры рекламы, связей с общественностью и дизайна Российского Экономического Университета им. Г.В. Плеханова, Россия, г. Москва;

Сафонов Максим Анатольевич – д-р биол. наук, доц., зав. кафедрой общей биологии, экологии и методики обучения биологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный педагогический университет», Россия, г. Оренбург;

С88 Студенческий форум: научный журнал. – № 30(297). Часть 2. М., Изд. «МЦНО», 2024. – 64 с. – Электрон. версия. печ. публ. – <https://nauchforum.ru/journal/stud/30>.

Электронный научный журнал «Студенческий форум» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной науки.

Данное издание будет полезно магистрам, студентам, исследователям и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития современной науки.

ISSN 2542-2162

ББК 94
© «МЦНО», 2024 г.

Оглавление

Рубрика «Медицина и фармацевтика»	5
ПИОДЕРМИИ	5
Захарова Лилия Насиховна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ	19
Карманова Виктория Сергеевна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
МИКОЗЫ: ЭТИОЛОГИЯ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ	21
Коновалова Виктория Сергеевна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ КАК ФОРМА ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ПРИ ТРИГГЕРНЫХ БОЛЯХ	25
Мильковская Софья Алексеевна	
КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	29
Сафиуллина Зульхиза Галимовна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ПОМОЩЬ СТУДЕНТАМ В ОБУЧЕНИИ. КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	33
Торопова Анастасия Дамировна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА БОТУЛИНИЧЕСКИМ ТОКСИНОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ	37
Фазылова Зульфия Валиевна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	40
КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	
Хисматуллина Мелана Ильдаровна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО РАБОТЫ ВРАЧЕЙ	42
Чернова Анна Александровна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	45
Чернышова Анна Евгеньевна	
Мустафина Гульгена Раисовна	
ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ КАК НАУКИ В РОССИИ. РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	48
Шахмуратова Арина Ринатовна	
Мустафина Гульгена Раисовна	

Рубрика «Педагогика»	55
КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ Баянова Елена Павловна	55
РЕЖИМ ДНЯ У СТУДЕНТОВ Бикмухаметова Диана Радмировна Мустафина Гульгена Раисовна	57
МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Салимова Альфия Альбертовна Данкова Вероника Борисовна	59

РУБРИКА**«МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА»****ПИОДЕРМИИ****Захарова Лилия Насиховна**

врач-ординатор,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Пиодермии (*piodermia*; синонимы: гнойничковые болезни кожи, пиодермит, пиодерматоз, пиоз) – группа заболеваний кожи, вызываемых гноеродными микроорганизмами, главным образом стафилококками, стрептококками, реже – иными возбудителями (псевдомонозная инфекция и др.).

Дебют заболевания обычно носит острый характер, иногда впоследствии принимая хроническое рецидивирующее течение. В экономически развитых странах больные пиодермии составляют 1/3 среди пациентов, страдающих инфекционными заболеваниями. В детском возрасте заболеваемость выше, чем у взрослых, и составляет 25–60% от общего числа заболеваний дерматозами в этом возрасте.

Пиодермии наиболее часто встречаются у работников таких отраслей промышленности, как металлообрабатывающая, горнорудная, шахтная, деревообрабатывающая, на транспорте, а также в механизированных отраслях сельского хозяйства.

Заболевание чаще наблюдается в осенне–зимние месяцы в северных широтах, в сухое летнее время года всегда отмечается снижение случаев пиодермии. В жарких странах с влажным климатом гнойничковые заболевания кожи по частоте заболеваемости уступают только микозам.

Этиология

На коже здорового человека, волосяных фолликулах, протоках сальных и потовых желез присутствуют аэробные и анаэробные микроорганизмы; грамположительные (стафилококки, стрептококки, микроплактины, пропионобактерии, коринеформные бактерии) и грамотрицательные (кишечная палочка, протей) бактерии, дрожжеподобные грибы родов *Candida* и *Malassezia*, плесневые грибы.

Нормальную микрофлору кожи подразделяют на резидентную и транзиторную.

В состав резидентной микрофлоры входят *Staphylococcus epidermidis*, *Micrococcus spp.*, *Sarcina spp.*, *Propionibacterium spp.*, коринеформные бактерии и др.

К транзиторной микрофлоре кожи относятся *Streptococcus spp.*, *Peptococcus spp.*, *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.*, *Acinetobacter spp.*, *Lactobacillus spp.*, *Candida albicans* и др.

Основными возбудителями пиодермии являются: стафилококки, стрептококки, вульгарный протей, синегнойная и кишечная палочки. Стафилококки и стрептококки самостоятельно вызывают поражение кожи. При стафилококковой инфекции наблюдается гнойное

воспаление, при стрептококковой – серозное. Другие бактерии чаще приводят к поражению кожи в ассоциации друг с другом, а также с иными, анаэробными микроорганизмами, грибами.

Staphylococcus aureus

Вид шаровидных из рода стафилококков. Грамположительный факультативный анаэробный кокк. Название бактерия получила благодаря своему внешнему виду под микроскопом: в отличие от большинства бактерий, которые бесцветны, *Staphylococcus aureus* имеет золотистый цвет, обусловленный пигментами из группы каротиноидов. Приблизительно 25 – 40 % населения являются постоянными носителями этой бактерии, которая может сохраняться на кожных покровах и слизистых оболочках верхних дыхательных путей, особенно в области крупных складок и на слизистой оболочке носа, не вызывая заболевания. Он до сих пор является одной из четырёх наиболее частых причин внутрибольничных инфекций, часто вызывая послеоперационные раневые инфекции. Он производит два фермента – каталазу и коагулазу, анализ которых используется для идентификации патогенных свойств возбудителя. Стафилококк обладает многими патогенными факторами: мукопептидами; коагулазой; полисахаридами капсулы; белком А; фибронектином; коллагеназой; энтеротоксинами; эпидермолитическим токсином; токсином, вызывающим шок; гемолизином и лейкоцидином.

Источником инфекции являются больные с хронической гнойной инфекцией ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, женской половой сферы, с хирургической инфекцией, а также больные с пиодермией. Часто встречаются рецидивирующие формы, возникающие в результате аутоинокуляции возбудителя из очагов хронической гнойной инфекции. Путь заражения обычно контактный – через руки, одежду и загрязненные предметы.

Staphylococcus aureus сохраняется после сушки, а также при воздействии солями и нитратами. Он утрачивает свою жизнеспособность под действием препаратов хлора, хлоргексидина, мирамистина и фенола.

Streptococcus pyogenes

Вид грамположительных аэроболерантных бактерий рода *Streptococcus*. Эти бактерии являются внеклеточными и состоят из неподвижных и не образующих спор кокков (Они имеют сферическую форму и располагаются цепочками – отсюда и происходит их название – от греческих слов *streptos* – цепочка, *kokkos* – зерно. Выделяют альфа-, бета- и гамма-стрептококки, которые в свою очередь также могут подразделяться на серогруппы.), которые имеют тенденцию связываться в цепочки. Они имеют важное клиническое значение для человека, поскольку являются редкой, но обычно патогенной частью микробиоты кожи, которая может вызывать стрептококковую инфекцию группы A. *Streptococcus pyogenes* – основной возбудитель гноино-воспалительных заболеваний, который в клинической практике называется *бета-гемолитическим стрептококком A (БГСА)*. Он назван гемолитическим, так как способен вызывать гемолиз – тотальное разрушение эритроцитов. Это свойство можно увидеть, посевя стрептококки на специальную питательную среду – кровяной агар, при этом вокруг колонии бактерий появится участок, свободный от клеток крови. Каталазо-отрицательный. Постоянно обнаруживается на слизистой оболочке верхних дыхательных путей и коже. Стрептококк распространяется путем прямого контакта и воздушно-капельно. Может выживать в пыли. Патогенность стрептококка определяется свойствами его ферментов и образующимися токсинами, в результате действия которых развиваются поражения кожи. Ферменты вызывают некроз ткани, оказывают с помощью стрептокиназы противосвертывающее действие на кровь, повреждают ДНК клеток и способствуют распространению инфекции.

Ежегодно ВОЗ регистрирует более 111 млн случаев стрептодермии. Стрептококковые поражения кожи способны возникать на фоне нарушения целостности ее верхнего слоя – эпидермиса, например, в результате микротравм или мацераций; при загрязнении кожи, повышенном потоотделении, нарушении рН кожи. Высокий риск развития таких заболеваний отмечается у пациентов с нарушениями углеводного обмена (сахарного диабета), недостаточным поступлением белков в организм, при наличии тяжелых соматических заболеваний и гиповитамииноза.

Патогенез

У здоровых людей даже при наличии массивной и вирулентной инфекции заболевание не возникает. Решающую роль в развитии гнойничковых болезней кожи играет местная и общая антибактериальная резистентность макроорганизма. От проникновения микробов через кожу организм предохраняют защитные факторы. Так, роговой слой кожи обладает большой плотностью и прочностью. Кератин этого слоя является химически неактивным веществом, а ороговевшие клетки могут быть расплавлены только в очень концентрированных кислотах и основаниях. Постоянно происходит слущивание верхних слоев эпидермиса и механическое удаление микроорганизмов. Кожа и бактериальная клетка имеют положительный электрический заряд, что также способствует удалению микроорганизмов с поверхности эпидермиса.

На рост и размножение пиококков неблагоприятное действие оказывают высокая концентрация водородных ионов (рН 3,5–6,7), бактерицидные, бактериостатические свойства тканевой жидкости и свежевыделенного секрета потовых, сальных желез. Необходимый биохимический состав и количество секрета регулируются центральной и вегетативной нервной системой, эндокринными железами, печенью, кишечником и другими органами.

В результате нарушения целостности и функции эпидермиса создаются условия проникновения микроорганизмов в глублежащие ткани. «Входными воротами» для инфекции являются микротравмы кожи. Возникновению их способствуют мацерация и резкое истончение рогового слоя. Неблагоприятными факторами являются переохлаждение и перегревание организма, отрицательно влияющие на обменные процессы в коже. При этом нарушается приток тканевой жидкости к коже, изменяются состав и количество тканевой жидкости, пота и кожного сала, снижаются их антибактериальные свойства.

Возникновению пиодермии способствуют: заболевания центральной и вегетативной нервных систем, перенапряжение, голодание, неполноценное питание (недостаток белков, витаминов, солей), истощающие организм заболевания, облучение рентгеновскими лучами, лечение кортикостероидными и иммунодепрессивными препаратами.

Классификация пиодермий

По этиологии:

- стафилодермия (возбудитель *Staphylococcus*);
- стрептодермия (возбудитель *Streptococcus*);
- смешанные (стрептостафилодермия);
- пиодермии, вызванные другими возбудителями (синегнойная палочка *Pseudomonas aeruginosa*, вульгарный протей – *Proteus vulgaris*, кишечная палочка – *Escherichia coli* и др.).

По глубине поражения:

- поверхностные;
- глубокие.

По распространенности:

- локализованные;
- распространенные.

По характеру течения:

- острые;
- хронические

По хронологии возникновения:

- первичные (самостоятельные заболевания);
- вторичные (развивающиеся на фоне другого заболевания).

По течению:

- неосложненные – поверхностные (кожа, подкожная клетчатка), которые не требуют обширных хирургических вмешательств (фурункул и фурункулез, карбункул, гидраденит, рожа, целлюлит, неосложненные абсцессы);

- осложненные – вовлекают поверхностные и глубокие кожные структуры и часто требуют проведения обширных хирургических вмешательств.

Классификация в зависимости от возбудителя и глубины поражения,

(федеральные клинические рекомендации по профилю «Дерматовенерология», 2013 г.).

I. Страфилодермии

1. Поверхностные

- 1.1. Остиофолликулит.
- 1.2. Фолликулит.
- 1.3. Сикоз.
- 1.4. Везикулопустулез.
- 1.5. Эпидемическая пузырчатка новорожденных.
- 1.6. Дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера).
- 1.7. Синдром стафилококковой обожженной кожи (SSSS).
- 1.8. Синдром стафилококкового токсического шока (TSS).

2. Глубокие

- 2.1. Фурункул.
- 2.2. Фурункулез.
- 2.3. Карбункул.
- 2.4. Абсцесс.
- 2.5. Псевдофурункулез.
- 2.6. Гидраденит.

II. Стрептодермии

1. Поверхностные

- 1.1. Импетиго стрептококковое.
- 1.2. Щелевое импетиго.
- 1.3. Паронихия.
- 1.4. Папуло-эрозивная стрептодермия.
- 1.5. Интертригинозная стрептодермия.
- 1.6. Рожа.
- 1.7. Синдром стрептококкового токсического шока (STSS).
- 1.8. Стрептодермия острые диффузная.

2. Глубокие

- 2.1. Целлюлит.
- 2.2. Эктима вульгарная.

III. Стрепто Страфилодермии

1. Поверхностные

Импетиго вульгарное.

2. Глубокие

- 2.1. Хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия.
- 2.2. Гангренозная пиодермия.
- 2.3. Пиодермия вегетирующая Аллопо.
- 2.4. Аспе keloidea (фолликулит склерозирующий затылка).
- 2.5. Фолликулит рубцующийся.
- 2.6. Фолликулит и перифолликулит головы абсцедирующий подрывающий Гоффманна.
- 2.7. Шанкрiformная пиодермия.
- 2.8. Вегетирующий пиостоматит.
- 2.9. Гангрена полового члена и мошонки.

Классификация статистическая (МКБ-10)

L00 Синдром стафилококкового поражения кожи в виде

L01.1 Импетиго

L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

L08.9 Другие уточненные местные инфекции кожи и подкожно-жировой клетчатки

L66.3 Рубцующая алопеция

L66.2 Фолликулит, приводящий к облысению

L73.2 Другие болезни волосистых фолликулов.

Клиническая картина стафилодермий

Остиофолликулит (син. импетиго стафилококковое Бокхарта) воспаление устья волосистого фолликула. Код МКБ L73

Возбудитель: S. aureus, реже S. epidermidis.

Клинические проявления: в устье фолликулов остроконечная желтовато-белая пустула размером с булавочную головку, пронизанная волосом, окружена узким венчиком гиперемии. Покрышка плотная, содержимое гнойное. Пустулы не склонны к периферическому росту и слиянию.

Локализация: лицо (в области бороды, усов у мужчин), грудь, конечности в местах волосистого покрова.

Исход: на 3 – 4-е сутки пустула ссыхается с образованием желтоватой корки. Процесс заканчивается, не оставляя рубца.

Дифференциальный диагноз: герпес, периоральный дерматит, себорейный дерматит, аллергический контактный дерматит, эпидермомикозы, чесотка.

Фолликулит – гнойное воспаление волосистого фолликула. Код МКБ L73

Фолликулит поверхностный отличается лишь несколько большими размерами (0,5–0,7 см в диаметре) и глубиной поражения (захватывает до 2/3 волосистого фолликула). Эритематозная зона вокруг гнойничка составляет 2–3 мм. Пустула напряженная, ее покрышка плотная, гной густой, сливкообразный, желтовато-зеленого цвета. В местах высыпаний больными отмечается нерезкая болезненность, которая исчезает после вскрытия пустул и отделения гноя. (рис. 3.). **Исход:** после отхождения корочки временное шелушение, посттравматическая пигментация, или при гноином расплавлении инфильтрата формируется язвочка с исходом в точечный рубец. Длительность течения фолликулита до 7 дней. Общее состояние пациента не страдает.

Дифференциальный диагноз: акне, профессиональные фолликулиты, периоральный дерматит, себорейный дерматит, аллергический контактный дерматит, герпес, эпидермомикозы, чесотка.

Сикоз вульгарный – хронически протекающий диффузный фолликулит, встречающийся только у взрослых мужчин в зоне роста длинных (борода, усы, лобок, подмышечные области) и щетинистых волос (брови). Код МКБ L73

Возбудитель: S. aureus или ассоциации разных штаммов стафилококков.

К развитию сикоза предрасполагают травматизация кожи (наиболее часто – раздражение и инфицирование во время бритья), хронический ринит, различные нарушения со стороны нервной системы, внутренних органов и эндокринных желез (в частности, гипофункция половых желез), повышенная сенсибилизация кожи к стафилококкам и продуктам их жизнедеятельности, наличие фокальной инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит).

Клинические проявления: заболевание характеризуется беспрерывно рецидивирующими высыпаниями остиофолликулитов и фолликулитов, содержащих гной, несколько болезненных, иногда сопровождающихся зудом, с небольшой гиперемией по периферии. Очаги сливаются, образуя обширные участки поражения. В корневой части видны набухшие корневые влагалища, создающие впечатление стекловидной «муфты». Процесс принимает хроническое вялое течение. Общее состояние больного не страдает, но пораженная кожа придает ему неопрятный, неухоженный вид. Рубцовых изменений не наблюдается, так как процесс захватывает лишь верхнюю треть волосистого фолликула.

Локализация: лицо (в области бороды, усов, бровей у мужчин)

Исход: рубцы не образуются

Дифференциальный диагноз: инфильтративная форма трихофитии (паразитарный си-коз), чесотка, осложненная вторичной инфекцией, герпес.

Везикулопустулез (L74.8) (*vesiculo – pustulosis, periporitis, ostioporitis; перипорит, остиопорит*) – гнойное воспаление устьев эккринных потовых желез. *Возбудитель: S. aureus.*

Клинические проявления: в результате расширения сосудов вокруг пор эккринных потовых желез множество красных точечных пятен, и прозрачных, величиной до просяного зерна пузырьков, располагающихся преимущественно на туловище. Затем в складках кожи и на туловище, а также волосистой части головы возникает белая потница (стафилококковые пустулы) – пузырьковые высыпания с молочно-белым содержимым и расположенные на гиперемированном основании. В течение нескольких дней появляются свежие элементы, которые ссыхаются в корочки, с последующей эпителизацией. **Дифференциальный диагноз:** аллергический дерматит, экзема, чесотка.

Вульгарные угри(акне) -представляют собой хронически протекающее заболевание с поражением сальных желез.

Классификация:

L70.0 Угри обыкновенные [acne vulgaris]

L70.1 Угри шаровидные

L70.2 Угри осповидные

Угри некротические милиарные

L70.3 Угри тропические

L70.4 Детские угри

L70.5 Acne excoriée des jeunes filles

L70.8 Другие угри

L73.0 Угри келоидные

Клиническая картина:

С учетом клинической картины заболевания выделяют:

- комедональные акне;
- папуло-пустулезные акне легко-средней степени тяжести;
- тяжелые папуло-пустулезные акне, узловатые акне умеренной степени тяжести;
- узловатые акне тяжелой степени, конглобатные акне.

Возникают обычно в возрасте 14–16 лет при наследственной предрасположенности, снижении иммунологической реактивности организма, нарушении функции гормональной системы с преобладанием андрогенных и недостатком эстрогенных гормонов, фокальной инфекции, заболеваниях желудочно–кишечного тракта, себореи. Немаловажное значение имеют расстройства углеводного обмена, избыточное употребление углеводов, несостоительность терморегуляционных систем организма.

Локализация: кожа лица, груди и спины, при тяжелом, распространенном заболевании в процесс вовлекается кожа плечей и верхней трети предплечий.

В дебюте болезни в результате закупорки устьев волосяных фолликулов роговыми массами и кожным салом образуются комедоны в виде черных точек, затем развивается болезненный инфильтрат – папулезная форма, проявляющаяся розово–красными, фолликулярно–расположенными милиарно–лентикулярными папулами полушаровидной или конической формы. В дальнейшем (в результате присоединения стафилококковой инфекции) в центре узелков образуется небольшая пустула, подсыхающая с образованием корочки или вскрывающаяся (пустулезная форма).

Воспаление может локализоваться на различной глубине, и соответственно его расположению выделяют угри индуративные (обширные инфильтраты с бугристой поверхностью) и угри флегмонозные (глубокие, медленно развивающиеся фолликулярные или перифолликулярные холодные дермо–гиподермальные абсцессы). В тяжелых случаях угри могут сливаться (угри «сливные»). Особую форму угрей представляет акне–келлоид (сосочковый дерматит головы, склерозирующий фолликулит затылка), который встречается у мужчин в возрасте 20–40 лет в области затылка и на задней поверхности шеи. При этом группы мелких

фолликулярных папул располагаются в виде тяжа, кожа вокруг них резко уплотнена. Создается видимость наличия сосочковых опухолей (за счет значительного усиления кожных борозд). Волосы на таких участках растут пучками. Эти элементы не изъязвляются, а при их разрешении остаются келлоидные рубцы.

Своеобразная форма заболевания – угри конглобатные. Болеют преимущественно мужчины молодого возраста, процесс локализуется почти исключительно на спине, реже – на груди и лице. Заболевание начинается с образования крупных, часто множественных комедонов, вокруг которых развивается воспалительный инфильтрат и формируется вялый абсцесс, после вскрытия которого выделяется серозно–гнойно–геморрагический экссудат. Полость абсцесса выполнена вялыми грануляциями, образуются фистулы, длительно незаживающие язвенные поверхности. Рубцевание приводит к образованию характерных мостикообразных рубцов.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (син. пемфигоид пиококковый, *pemphigus neonatorum*; пиококковый пемфигоид, пиококковый пемфигус) – высококонтагиозная поверхностная стафилодермия, развивающаяся обычно на 3–5–й день жизни новорожденного, характеризующаяся быстрым течением, появлением и распространением по кожному покрову фликтен.

Источником заражения могут быть медперсонал, роженицы. Пузырчатка новорожденных (пемфигус, пиококковый пемфигоид) – вызывается патогенным золотистым стафилококком, иногда (1,6 % больных) в ассоциации с другими микроорганизмами (стрептококки, диплококки).

Локализация: в области пупка, нижней части живота, аногенитальной области, области естественных складок, при обширном поражении – на коже груди, спины, конечностях, редко – на ладонях и подошвах.

Клиническая картина: процесс проявляется множественными диссеминированными буллезными эфлоресценциями, возникающими чаще в течение 1–й недели жизни ребенка. Характерен эволюционный полиморфизм высыпаний. Одновременно можно обнаружить вялые пузыри (фликтены) с серозным содержимым, везикулы с серозно–гноинмым экссудатом, отечные эритематозные участки с эрозиями на месте вскрывшихся пузырей. Высыпания чаще локализуются на животе, спине, крупных складках и на конечностях, в основном на разгибательных поверхностях. Ладони и подошвы поражаются исключительно редко. На месте эпителизирующихся эрозий и подсохших пузырей располагаются многочисленные серозно–гноинные корки. Процесс может распространяться и на слизистые оболочки рта, носа, глаз и гениталий. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, нарушением общего состояния ребенка (плаксивость, отказ от пищи, рвота, диспепсические явления), изменениями крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ). При благоприятном течении длительность заболевания составляет 2–4 недели.

Дифференциальный диагноз: сифилитическая пузырчатка новорожденных, врожденный эпидермолиз.

Стафилококковый синдром обожженной кожи (ССОК) – аналогично эксфолиативному дерматиту, наблюдается у детей старше месяца жизни и до 5 лет.

SSSS связан со стафилококковой инфекцией, относящейся к фаговой группе II, которая обуславливает выработку токсина (эксфолиатин А или В).

Клинические проявления: вызывают стафилококки 2-й фаговой группы, продуцирующие экзотоксин, названный эксфолиатином. Течение болезни более доброкачественное, чем при эксфолиативном дерматите Риттера, и сепсис чаще не развивается. Многие зарубежные педиатры вообще не делают различий между этими двумя заболеваниями. У больных появляется интенсивная, генерализованная эритема, начинающаяся чаще с лица и распространяющаяся по протяжению на другие участки кожного покрова. Характерен отек, начинающийся вокруг глаз, на лице иногда имеющий вид полос, располагающийся также вокруг рта и носа. Покрасневшая кожа очень чувствительна к прикосновению – появляются волдыри, отслоение эпидермиса, т. е. положителен симптом Никольского. Отслойка эпидермиса начинается на лице,

но быстро появляется на других участках тела, образуя причудливые картины обнаженных участков зернистых слоев кожи – перчатки, носки и др. Приблизительно через 2–3 дня после эксфолиации обнаженные участки подсыхают и заживают без образования каких-либо следов.

Исход: в течение 5–7 дней отмечается эпителизация эрозий с последующим отшелушиванием.

Дифференциальная диагноз: синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, болезнь Кавасаки, стрептококковое импетиго.

Фурункул, фурункулэс (furunculus) (код МКБ L02) – глубокая стафилодермия, характеризующаяся гнойно–некротическим воспалением волосяного фолликула и окружающей ткани с самоограничивающим характером процесса за счет грануляционной ткани.

Локализация: на лице (носоцечная зона), шее, плечах, бедрах или ягодицах.

Клиническая картина: в начале в области волосяного мешочка возникает нерезко ограниченная краснота и припухлость при пальпации. Постепенно очаг превращается в узел конусидной формы диаметром 3–5 см, в центральной части которого через 3–4 дня образуется «некротический стержень» с расплавлением ткани на верхушке. После вскрытия фурункула в течение 3–4 дней происходит выделение гноя, отторжение некротического стержня и гнойно–кровянистого отделяемого. Образовавшаяся язвочка постепенно (в течение 4–5 дней) выполняется грануляциями и заживает с образованием рубца. Эволюция фурункула в среднем занимает 2 недели.

Возможно хроническое рецидивирующее течение процесса на протяжении нескольких месяцев или лет, когда различные фурункулы находятся в разных стадиях развития и периодически появляются все новые элементы (фурункулез), что во многом определяется ослаблением иммунного статуса.

Общее состояние больного с одиночными фурункулами обычно не страдает; при множественных фурункулах и фурункулезе могут быть лихорадка, недомогание, головные боли, в крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ. Особого внимания и срочного лечения требуют к себе пациенты с локализацией фурункулов на коже лица, на губах и на носу в связи с возможностью развития гнойного тромбофлебита лицевых вен, менингита, сепсиса или септикопиемии с образованием множественных абсцессов в различных органах и тканях, что может привести к смерти больного.

Дифференциальный диагноз: псевдофурункулез, гидраденит, карбункул, узловая эритема.

Карбункул – гнойно–некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов с образованием сливного воспалительного инфильтрата, локализованного в дерме и подкожной клетчатке и нескольких гнойно–некротических стержней.

Клиническая картина: размеры карбункула значительно больше, чем фурункула, он может достигать 5–10 см в диаметре. Багрово–синего, почти черного цвета, плотный на ощупь, резко болезненный инфильтрат медленно (в течение 10–14 дней) размягчается, образуя несколько свищевых отверстий, через которые выделяется жидкий кровянистый гной. На дне обширной язвы видны множественные некротические стержни, после отторжения которых возникает широкий и глубокий дефект. Язва постепенно выполняется грануляциями и заживает обширным втянутым рубцом. Карбункулы протекают тяжелее, чем фурункулы – чаще и выше (до 40–41°C) повышается температура, болевые ощущения в очаге более выражены, сильнее проявления интоксикации, септические осложнения.

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, вызываемое стафилококками, проникающими в железы через их проток, небольшие травмы кожи, возникающие нередко при бритье подмышечных впадин.

Заболевание развивается медленно, возникает после периода полового созревания, одинаково часто у мужчин и у женщин. Процесс локализуется чаще в подмышечных впадинах, несколько реже – около сосков молочных желез, вокруг заднего прохода, т.е. в тех местах, где у половозрелого человека расположены функционирующие апокриновые потовые железы.

Клиническая картина: формирование гидраденита начинается с болезненного узла в толще кожи величиной с горошину. Спустя 2–3 дня уплотнение увеличивается до 1–2 см в

диаметре, приобретает багрово-красный цвет. Одновременно около основного инфильтрата возникает несколько холмообразных узлов, которые быстро спаиваются в плотный болезненный конгломерат, выбухая полушаровидной поверхностью в виде сосков. В этих случаях отечность и инфильтрация значительно увеличиваются, узлы нагнаиваются и вскрываются перфорационным отверстием, из которого выделяется значительное количество гнойного сметанообразного отделяемого. Созревание гидраденита сопровождается лихорадочным состоянием, болезненностью, недомоганием. Рубцевание происходит через 7–10 дней.

У ослабленных, тучных людей, страдающих диабетом, дисфункцией половых желез, микседемой, гидраденит может принять хроническое течение.

Клиническая картина стрептодермии:

Импетиго стрептококковое (L01) (Impetigo streptogenes, impetigo contagiosa; импетиго Тильбери – Фокса) – высококонтагиозное заболевание, возникающее чаще у женщин и детей, имеющих более нежную кожу и тонкий роговой слой.

Клиническая картина: представляет собой поверхностный нефолликулярный пузырный элемент, наполненный серозно-гноинм содержимым. Поверхность пузыря ненапряженная, вялая, спавшаяся в центре. По периферии фликтены может быть небольшой бордюра отечно-гиперемированного характера, свидетельствующий о тенденции к периферическому росту. Процесс склонен к быстрому распространению в результате аутоинокуляции. Размеры фликтены от 2 до 10 мм.

Локализация: преимущественно на лице, реже поражается кожа туловища и конечностей.

К разновидностям стрептококкового импетиго относят:

Щелевое импетиго (L01) (angulus infectiosus, impetigo fissurica; заеда), быстро вскрывающиеся фликтены с образованием болезненных щелевидных линейных эрозий с мацерированным эпидермисом по периферии, венчиком гиперемии и инфильтрации.

Локализация: углы рта, область наружных углов глазных щелей, основание крыльев носа. Заболевание контагиозное и характеризуется хроническим рецидивирующим течением, вследствие частой травматизации кожи в данных локализациях.

Дифференциальный диагноз: кандидозное поражение углов рта, сифилитическая заеда, твердый шанкр, плоскоклеточный рак губы.

Буллезное импетиго (L01) (Impetigo bullous)

клиническая разновидность стрептококкового импетиго. Фликтены, располагаясь в более глубоких слоях эпидермиса, не вскрываются, а увеличиваются в объеме до размеров крупных пузырей с напряженной покрышкой, диаметром 1 см и более, наполненных серозно-гноинм содержимым и окруженных венчиком эритемы. После вскрытия пузырей образуются эрозии, покрытые тонкими листовидными корочками. **Локализация:** тыл кистей, стопы, голени. **Дифференциальный диагноз:** термический ожог (буллезная стадия), буллезная токсикодермия, буллезный эпидермолиз.

Сухая стрептодермия (Простой лишай (L01) streptodermia erythematо – squamosal; pityriasis faciei simplex) возникает, как правило, у детей и подростков, часто у лиц, посещающих бассейны (в связи со сдвигом pH кожи в щелочную среду). Заболевание может носить эндемичный характер в детских коллективах, особенно в весенний период.

Клиническая картина: проявляется появлением на коже разгибательных поверхностей конечностей, иногда туловища одного или нескольких розово-красных пятен, покрытых белесоватыми мелкопластинчатыми (муковидными) чешуйками. Пятна 3–4 см в диаметре, склонны к периферическому росту.

Больных беспокоит небольшой зуд, сухость кожи в очагах поражения, косметический дефект. По разрешении процесса (особенно после солнечных инсоляций) остаются вторичные депигментированные пятна (псевдолейкодерма). Возможно хроническое, вялое, рецидивирующее течение болезни.

Папуло-эрозивная стрептодермия (P39.4) (streptodermia papulo-erosiva, Impetigo papulo-syphiloides; папулезное сифилоподобное импетиго, пеленочный дерматит). Поражает

детей грудного возраста. **Локализация:** кожа ягодиц, задней и внутренней поверхности бедер, область промежности, мошонки.

Клинические проявления: плотные синюшно-красного цвета папулы, окруженные остро-воспалительным венчиком, четко ограниченным от здоровой кожи. На поверхности папул образуются фликтены, вскрывающиеся с образованием эрозий и корочек. Типичны распространение сыпи по периферии и островоспалительные явления вокруг папул. Предрасполагающие факторы: раздражающее действие аммиака, образующегося в загрязненных пеленках.

Дифференциальный диагноз: сифилитические папулы, кандидозное поражение кожи.

Рожа

((A 46) (erysipelos)) – поверхностный целлюлит кожи с вовлечением лимфатических сосудов дермы. Характеризуются вовлечением в патологический процесс лимфатической ткани, в которой размножается возбудитель. Отличается более поверхностным характером процесса и более ясной демаркацией краевой зоны от непораженной окружающей кожи.

Клиническая классификация:

По характеру местных поражений: эритематозная; эритематозно-буллезная; эритематозно-геморрагическая; буллезно-геморрагическая, некротическая.

По степени интоксикации (тяжести течения): легкая; средней тяжести; тяжелая.

По кратности течения: первичная; повторная; рецидивирующая (часто и редко, рано и поздно). По распространенности местных проявлений: локализованная; распространенная; блуждающая (ползучая, мигрирующая); метастатическая.

Клинические проявления: увеличивающаяся ярко-красная болезненная «горячая» эритема с резкой приподнятой границей, с блестящей напряженной поверхностью. Нередко развиваются везикулы, буллы. Отмечается регионарная лимфаденопатия, повышение температуры тела, общее недомогание.

Локализация: нижние конечности, лицо, половые органы, туловище и слизистые рта и носа. Возбудитель: *S. pyogenes*.

Осложнение: некрозы (при буллезно-геморрагической форме), абсцессы, флегмоны, флебиты, сепсис, отит, мастоидит, гнойный менингит. При рецидивирующем течении возможно развитие фиброза и лимфедемы. **Дифференциальный диагноз:** эризипелоид, абсцесс, флегмона, панариций, флебит, тромбофлебит, облитерирующий эндартериит с трофическими нарушениями, экзема, токсикодермия, системная красная волчанка, склеродермия, боррелиоз.

Рожа нижних конечностей (наиболее частый вариант локализации) обычно возникает у лиц старше 50 лет на фоне гипостатических явлений (варикозно-расширенных вен, лимфостаза и др.). Наблюдаются проромальные явления в виде недомогания, головной боли, затем температура тела повышается до 38–40° С, в зоне поражения возникает чувство распирания, жжения, боль. На коже возникает покраснение, которое в течение нескольких часов превращается в яркую эритему с отеком и инфильтрацией кожи и подкожной клетчатки с четкими неровными контурами – «языками пламени». Пораженная кожа напряжена, горячая на ощупь, на фоне эритемы могут возникать пузьри, нередко с геморрагическим содержимым. Наблюдаются красные болезненные тяжи лимфангиита, идущие к регионарным лимфатическим узлам. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость лейкоцитов, повышенная СОЭ. Период реконвалесценции начинается обычно на 8–15–й день болезни.

Рецидивирующее течение заболевания обусловлено формированием у ряда больных очага хронической стрептококковой инфекции, что приводит впоследствии к развитию фиброза и элефантиаза (слоновости). К осложнениям рожи относят: некрозы (при буллезно-геморрагической форме), абсцессы, флегмоны, флебиты, сепсис, отит, мастоидит, гнойный менингит.

Эктима вульгарная (L98.4 ecthyma vulgaris; стрептодермия язвенная) – глубокое стрептококковое поражение кожи с изъязвлением на ограниченном участке (нефолликулярная глубокая пустула).

Возбудитель: *Streptococcus pyogenes*

Клиническая картина: заболевание начинается с появления на фоне воспалительного инфильтрата фликтены или глубокой эпидермальной пустулы, быстро подсыхающей в корку. Под коркой, в глубине, формируется язвенный дефект. Иногда корка особенно сильно выражена (устрицеобразная), редко приподнимается над окружающей кожей (рупия). Язвенный дефект имеет округлую или овальную форму, крутовозывающиеся гиперемированные, отечные края, кровоточащее дно с вялыми грануляциями и слизисто-гнойным отделяемым. Язва болезненна. В течение длительного времени (до нескольких месяцев) эктима очищается от гноя и заживает глубоким рубцом. При неблагоприятном течении процесса наблюдается гангренизация в области язвы (эктима гангренозная) или обширный распад подлежащих тканей (вплоть до костей) – эктима проникающая или сверлящая.

Наиболее частая локализация эктим – кожа голеней, обычно элементы эктим единичны (описано не более 10 элементов). Реже эктимы локализуются на ягодицах, бедрах, туловище.

Клиническая картина стафилострептодермий

Импетиго вульгарное ((L01.0) *Impetigo vulgaris*; вульгарное, смешанное). Заболевание высококонтагиозное (особенно в детских коллективах).

Клиническая картина: эта форма пиодермии характеризуется проявлениями, свойственными импетиго стрептококковому, остиофолликулитам и фолликулитам. На воспаленной, гиперемированной коже возникают фликтены, остиофолликулы и фолликулы, окруженные венчиком гиперемии. Во время развития патологического процесса на коже образуются эрозии округлой и неправильной формы с розово-красным слегка кровоточащим дном, толстые, грубые, соломенно-желтые, «медовые» корки. Очаги вульгарного импетиго склонны к периферическому росту, могут сливаться между собой, захватывая значительные участки кожи, и принимать диссеминированный характер. В таких случаях возможно болезненное увеличение лимфатических узлов, повышение СОЭ, лейкоцитоз.

Локализация: кожа лица, открытые участки конечностей.

Прогноз заболевания обычно благоприятный: на 5–7 сутки корки отторгаются, оставляя вторичное, эритематозное, слегка шелушающееся пятно, которое бесследно исчезает. В тяжелых случаях у детей может быть осложнение в виде острого нефрита.

Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия ((L98.4) *pyoderma chronica ulcerosa et vegetans*) хроническая форма глубокой пиодермии, которая может быть вызвана не только стафилококком и стрептококком, но и кишечной и синегнойной палочками, протеем и др.

Клиническая картина: характерно развитие на месте пустул или фолликулов изъязвленных бляшек синевато-красного цвета мягкой консистенции, резко ограниченных от окружающей здоровой кожи, возвышающихся над ней, имеющих неправильные округлые или овальные очертания. Поверхность бляшек полностью или частично изъязвлена. Кожа вокруг язв воспалена, на ней можно видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся в сплошные поля поражения, покрывающиеся гноиними корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат. Процесс расползается, захватывая все новые участки кожного покрова, сопровождаясь болезненностью, ограничениями движений в конечности. Такой процесс расценивается, как ангиит кожи. Течение язвенно-вегетирующей пиодермии очень длительное (месяцы и даже годы), с периодами затухания и обострения.

Исход: неровные рубцы с эпителиальными сосочковидными возвышениями и мостиками. Заболеванию способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли, лимфомы, алкоголизм, наркомания).

Дифференциальный диагноз: глубокие микозы (blastomикоз, споротрихоз), туберкулез кожи, третичный сифилис

Келоидный фолликулит (L73.0) (acne keloidea) фолликулит склерозирующий затылка, дерматит головы сосочковый).

Встречается только у мужчин. Клинические проявления: мелкие, плотные, болезненные узелки, сливающиеся в крупные, плотные бляшки синюшно-красного цвета, покрытые глубокими бороздами, между которыми имеются «сосочковые» образования. Волосы в очагах располагаются кисточками по 10–15 волос из одного фолликула. Характерно хроническое рецидивирующее течение с исходом в келоидные рубцы или склерозирование. Локализация: волосистая часть головы в области затылка с переходом на заднюю поверхность шеи. Дифференциальный диагноз: глубокие микозы, туберкулез кожи

Фолликулит и перифолликулит головы абсцедирующий подрывающий Гоффмана (L66.3) (perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens) локализуется на волосистой части головы в теменной и затылочной областях.

Клинические проявления: множественные пустулы и узлы синевато-красного цвета мягкой консистенции с натянутой, лишенной волос кожей. Очаги сливаются в небольшие абсцессы, образуя извилистые тяжи, напоминающие мозговые извилины, при сдавливании из фистулезных ходов выделяется гной. Заболевание чаще развивается у молодых мужчин, имеет длительное хроническое течение. Дифференциальный диагноз: глубокие микозы, колико-вативный и бородавчатый туберкулез кожи, третичные сифилиды.

Диагностика

Диагностика пиодермии проводится на основании клинических проявлений заболевания. Лабораторные исследования: бактериологическое исследование гнойного отделяемого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; исследование уровня глюкозы в крови; клинический анализ крови. По показаниям назначаются консультации других специалистов: терапевта, эндокринолога

Лечение

Режим больного пиодермии включает, в том числе, рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его: запрещается общее мытье, волосы в области расположения пиодермических элементов состригаются, запрещается сбивание волос.

Питание больных при тяжелых длительно текущих процессах, а также при множественных высыпаниях должно обогащено витаминами, необходимо ограничить соль и углеводы.

Немедикаментозная терапия УВЧ – терапия применяется при глубоких формах пиодермии. Курс лечения – 5–10 процедур.

Медикаментозная терапия Лечение конкретного больного разрабатывается в зависимости от клинической формы и тяжести пиодермии. При единичных поверхностных пиодермиях без нарушения общего состояния лечение ограничивается назначением наружных лекарственных средств. При распространённых высыпаниях и/или сопровождающихся нарушением общего состояния (повышение температуры тела, недомогание), как правило, лечение дополняется системной этиотропной терапией. При хроническом рецидивирующем течении пиодермии особенность лечения заключается в назначении этиотропной терапии после определения чувствительности флоры к антибиотикам, патогенетической терапии (назначение ретиноидов), использовании средств, воздействующих на иммунную систему и лечении сопутствующих заболеваний (в том числе, сахарного диабета).

Наружная терапия. Антисептические наружные препараты назначают местно на область высыпаний 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней. Например, спиртовой раствор фукорцина или раствор 10% повидон-йод. Антибактериальные лекарственные препараты для наружного применения назначают местно на область высыпаний в течение 7–14 дней: крем или мазь 2% фузидовой кислоты (3–4 раза в сутки) или мазь 2% муцицина (2–3 раза в сутки). Глюкокортикоидные топические средства, комбинированные с антибактериальными препаратами, назначают наружно на область высыпаний в случае острого воспалительного процесса, сопровождающегося эритемой, отечностью, зудом, и чаще при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной пиодермии. фузидовая кислота + бетаметазон, крем (2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней) или бетаметазона валерат + гентамицина сульфат, крем, мазь (1–2 раза в сутки в течение 7–14 дней).

Системная терапия. Антибактериальные препараты группы пенициллина амоксициллин. Курс лечения 7–10 дней, или амоксициллин тригидрат + клавулановая кислота, Курс лечения – 7–10 дней.

Антибактериальные препараты группы цефалоспоринов: цефалексин. Курс лечения – 7–14 дней или цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутримышечного или внутривенного введения. Курс лечения – 7–10 дней.

Антибактериальные препараты группы макролидов азитромицин, в течение 3 дней или кларитромицин, курс лечения – 7–10 дней.

Антибактериальные препараты группы фторхинолонов Ципрофлоксацин, Курс 7–14 дней.

Антибактериальные препараты группы аминогликозидов: гентамицина сульфат. Курс лечения – 7–10 дней.

Антибактериальные препараты группы линкозамидов клиндамицин. Курс лечения – 10 дней.

Антибактериальные сульфаниламидные препараты сульфаметоксазол + триметоприм. Курс лечения – от 5 до 14 дней.

Глюкокортикоидные средства для системного применения (при язвенной, язвенно-вегетирующей пиодермии) преднизолон.

Системные ретиноиды изотретиноин 0,5–1,0 мг на кг массы тела в сутки в течение 3–4 месяцев.

Профилактика

Первичная профилактика пиодермий заключается в проведении определенных мер для устранения факторов, ведущих к нарушению на производстве и в быту санитарно-технических и санитарно-гигиенических норм, возникновению производственного травматизма и микротравм, своевременной антисептической обработке раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, ЛОР-органов и др.) Вторичная профилактика пиодермий включает периодические медицинские осмотры, учет и анализ заболеваемости, диспансеризацию больных, проведение противорецидивной терапии (общие УФ-облучения, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

Список литературы:

1. Дерматовенерология. Национальное руководство/под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
2. Кожные и венерические заболевания. Учебник/под ред. Олисова О. Ю. – М.: Практическая медицина, 2015. – 288 с. ISBN: 978-5-98811-337-9.
3. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: учебник для студентов медицинских вузов. Под ред. А. А. Воробьева. Учебники и учеб. пособия для высшей школы. М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 702 с..
4. Пиодермии. Версия: Клинические рекомендации РФ 2013-2017 (Россия)
5. Федеральные клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Пиодермия/М., 2013.
6. ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ АКНЕ Москва 2015.
7. Хирургия. Национальное руководство/под ред. В. С. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1-Т
8. Хирургические болезни: учебник/Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – В 2-х т. Том 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 600 с.: ил

9. Электронные ресурсы
https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Piodermii/?utm_source=yandex.ru&utm_medium=organic&utm_campaign=yandex.ru&utm_referrer=yandex.ru
10. Электронный ресурс www.dermatology.ru www.minzdravsoc.ru,
11. Электронный ресурс www.cnikvi.ru,
12. Электронный ресурс www.bmj.com,
13. Электронный ресурс www.clinicalevidence.org,
14. Электронный ресурс www.consilium-medicum.com,
15. Электронный ресурс www.jama.org,
16. Электронный ресурс www.medscape.com,
17. Электронный ресурс www.osdm.org,
18. Электронный ресурс www.pubmed.org

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТИТ ДЮРИНГА. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Карманова Виктория Сергеевна

клинический ординатор первого года обучения
кафедры дерматовенерологии с курсами
дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Герпетиформный дерматит Дюринга – хроническое рецидивирующее заболевание кожи. Проявляется полиморфной сыпью в виде эритематозных пятен, папул, волдырей и сопровождается выраженным жжением и зудом. Слизистые оболочки не поражаются. Свое название заболевание получило из-за большого сходства группировки элементов сыпи при дерматите Дюринга с элементами сыпи простого герпеса [2, с.12].

Герпетиформный дерматит Дюринга наиболее часто развивается в 30-40 лет, но также встречается и у детей. Мужчины болеют чаще с соотношением мужчин и женщин от 1,5:1 до 2:1. В некоторых случаях герпетиформный дерматит Дюринга выступает в качестве параканкологического дерматоза, то есть проявляется как реакция на онкологические заболевания внутренних органов [4, с.21].

Причины и механизм развития герпетиформного дерматита Дюринга пока достаточно не изучены. У многих пациентов выявляется связь с непереносимостью белка глютенина, содержащегося в злаковых растениях. В пользу аутоиммунного компонента в развитии заболевания говорит обнаружение IgA-антител в области базальной мембраны. Есть предположения, что в возникновении герпетиформного дерматита Дюринга определенную роль играют наследственность, аскаридоз, воспалительные процессы желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь), вирусные заболевания (в частности герпетические инфекции).

Клинические проявления герпетиформного дерматита Дюринга полиморфны, что затрудняет диагностику на ранних этапах заболевания. Высыпания чаще всего располагаются симметрично, преимущественно располагаясь на разгибательных поверхностях конечностей. Зуд у пациентов выражен достаточно интенсивно, в результате чего в очагах могут образовываться геморрагические корочки. В острую стадию заболевания высыпания носят повсеместный характер и занимают до 50% кожных покровов.

Диагностика герпетиформного дерматита Дюринга, несмотря на типичную клиническую картину, представляет затруднения в связи с редкостью заболевания. Подтверждение диагноза возможно выявлением наличия отложений IgA в дермоэпидермальном соединении. Золотым стандартом является использование прямой иммунофлуоресценции из биоптата вблизи от очага поражения (не из самого очага). Специфичность метода составляет 95-100% [3, с.3].

В лечении пациентов с герпетиформным дерматитом Дюринга используются множество методов. Но ни один метод не будет эффективен, если пациент не будет соблюдать безглютеновую диету. Глютен присутствует в злаках: пшенице, ржи и ячмене. Также у пациентов может наблюдаться непереносимость йода, поэтому стоит избегать продуктов с высоким содержанием этого микроэлемента.

Безглютеновая диета безусловно требует строгого контроля всех потребляемых продуктов. Такая диета отнимает много времени и причиняет психологический дискомфорт пациентам, ее соблюдение зависит от множества как индивидуальных, так и экологических факторов.

В современном мире глютен может выявляться даже в продуктах, которые по заявлению изготавителя его не содержат.

При неэффективности безглютеновой диеты, в связи со сложностями, описанными выше, могут понадобиться медикаментозные методы. Ниже представлены препараты, необходимые в лечении.

Дапсон действует быстро, купирует симптомы зуда и образование новых высыпаний в течение 24-36 часов. Именно это свойство делает его эффективным вариантом при острых воспалительных фазах заболевания, а также на ранних стадиях инициации безглютеновой диеты. Назначается в дозировке 25-300мг в сутки, курсом по 5-6 дней, перерыв между курсами 2-3 дня, длительно, постепенно снижая дозировку до поддерживающей терапии – 25мг в неделю. В среднем, через 2 года, можно отменить препарат и обходиться только безглютеновой диетой пожизненно. При непереносимости дапсона могут назначаться сульфасалазин, топические стероиды высокой степени очистки. [1, с.2].

Сульфасалазин в отличие от дапсона не вызывает гемолиза. Сульфасалазин имеет некоторые побочные эффекты: желудочно-кишечные расстройства, нейтропению, агранулоцитоз, апластическую анемию в первые три месяца приема, а также протеинурию и кристаллурию. Кроме того, было выдвинуто предположение, что комбинация дапсона и сульфасалазина может быть эффективна у пациентов, которые не переносят увеличение доз дапсона при монотерапии [1, с.3].

Помимо выше описанных препаратов, следующим шагом в фармакологическом лечении герпетiformного дерматита могут стать биологические препараты. Клинически было доказано, что ритуксимаб эффективен у пациентов, резистентных к безглютеновой диете, дапсону, сульфасалазину. Выдвинут как вариант жизнеспособной терапии.

В заключении хочется добавить, что одна из основных проблем герпетiformного дерматита Дюринга – ошибочность диагноза из-за редкости заболевания, множества атипичных клинических проявлений. В будущем проблема диагностики с большой вероятностью увеличится из-за падения заболеваемости герпетiformным дерматитом. Это отражается в довольно длительной диагностической задержке, обнаруженной даже в районах с высокой заболеваемостью.

Список литературы:

1. Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л. Клиническая дерматовенерология: национальное руководство. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Дрождина М.Б, Кошкин С.В. Современный взгляд на клинику, диагностику и лечение герпетiformного дерматоза Дюринга // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология – 2018 – №2.
3. Карякина Л.А., Кукушкина К.С. Кожные маркеры целиакии. Медицина: теория и практика, 2019.
4. Свечникова Е.В., Маршани З.Б., Пюрвеева К.В. Клинический полиморфизм герпетiformного дерматита и атопического дерматита как заболеваний, ассоциированных с целиакией. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2020.

МИКОЗЫ: ЭТИОЛОГИЯ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Коновалова Виктория Сергеевна

ординатор-дерматовенеролог,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук,
доцент кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Определение

Микозы (грибковые инфекции) – заболевания, вызываемые микроскопическими патогенными и условно-патогенными грибами, паразитирующими на коже и слизистых оболочках человека и животных. Из официальных источников известно, что заболевание диагностируется у пятой части населения земли.

Этиология

Микозы – это заболевания, основной причиной которых являются грибы. Чаще всего возбудителями являются дерматомицеты, такие как *Trichophyton rubrum* и *Trichophyton mentagrophytes*. В меньшей степени причиной может быть гриб рода *Candida*.

Существуют экзогенные (внешние) и эндогенные (внутренние) факторы риска микоза. Экзогенные факторы включают микротравмы кожи, трещины, повышенную потливость, ношение тесной обуви, обувь из искусственных материалов, несоблюдение правил личной гигиены. Эндогенные факторы включают варикозную болезнь и вегетососудистую дистонию, которые приводят к недостаточному кровоснабжению кожи, гиповитаминоз, прием лекарственных препаратов, которые снижают общий иммунитет организма.

Пути передачи грибковых инфекций могут быть различными. Вот некоторые из них:

- Контакт с кожными покровами больного человека.
- Совместное применение полотенец, тапочек, индивидуальных предметов ухода.
- Через необработанные инструменты для маникюра.
- Через зараженную одежду и обувь.
- Через почву, особенно если есть микротравмы кожи.
- При контактах с домашними животными.

Люди, посещающие бассейны, сауны, душевые при спортклубах и т.д. чаще подвержены заражению кожными микозами. Риск заражения увеличивается, если иммунитет человека ослаблен.

Классификация.

Классификация в зависимости от возбудителя:

- Кератомикозы (отрубевидный лишай).
- Дерматофитии (микроспория, трихофития поверхностная, микоз стоп, микоз гладкой кожи, микоз паховых складок, онихомикоз).
- Кандидоз (кандидоз кожи, ногтей).
- Глубокие микозы (blastomикозы, споротрихоз, хромомикоз).

Классификация по МКБ-10

- B35.1 – Микоз ногтей.
- B35.2 – Микоз кистей.

- B35.3 – Микоз стоп.
- B37.2 – Кандидоз кожи и ногтей.

Классификация по локализации:

- Микоз кожи.
- Микоз складок.
- Микоз кистей.
- Микоз стоп (сквамозная, гиперкератотическая, интертригинозная, дисгидротическая форма).

- Онихомикоз (дистальный, поверхностный, проксимальный).

Классификация по клинике:

- Стёртая форма проявляется шелушением (при микозах стоп в III–IV межпальцевых складках)
- Интертригинозная форма проявляется гиперемией, возможно также появление пузырьков, которые вызывают образование эрозий и трещин. Субъективно отмечаются зуд и жжение.
- При дисгидротической форме на коже появляются сгруппированные пузырьки. Чаще они возникают на здоровой коже, затем увеличиваются в размерах, сливаются и образуют более крупные многокамерные пузыри. Когда пузыри вскрываются, образуются эрозии.
- Сквамозно-гиперкератотическая форма характеризуется локальным или распространённым утолщением рогового слоя. Поражённые участки кожи покрыты мелкими отрубевидными чешуйками. В кожных складках шелушение особенно заметно. Трещины вызывают боль.

Симптомы

Симптомы микоза могут варьироваться в зависимости от типа грибковой инфекции и ее локализации. Однако, общие симптомы включают:

- Покраснение и шелушение кожи;
- Сильный зуд в местах поражения грибком;
- Определи в кожных складках и межпальцевых зонах;
- Мелкие пузырьки, которые через время лопаются и подсыхают;
- Белые, желтые или коричневатые корочки над воспаленной кожей.

При микозе конечностей, особенно ногтей, они становятся ломкими, расслаиваются, затем постепенно мутнеют и темнеют. Глубокие микозы, которые обычно встречаются в странах с жарким климатом, могут вызывать образование глубоких язв, гнойных воспалений, свищей и других серьезных повреждений кожи. Висцеральные микозы, в зависимости от локализации и степени поражения, могут вызывать дисфункцию органов, на которых паразитируют грибы, например, легочные заболевания, расстройства пищеварения и т.д.

Диагностика.

Диагностика грибковых инфекций состоит в выявлении характерных клинических признаков заболевания, проведении лабораторных тестов для идентификации вида возбудителя грибковой инфекции, что важно для дальнейшего лечения.

Лабораторные исследования

- Определение генетического материала (ДНК) возбудителя грибковой инфекции в материале (урогенитальном мазке, биоптате, бронхоальвеолярном лаваже (промывных водах), крови) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Данный метод является наиболее специфичным и информативным для диагностики многих видов грибковых инфекций.

- Определение антител класса IgGк возбудителям грибковых инфекций. В ответ на проникновение возбудителей инфекции в организм человека иммунная система вырабатывает антитела, или иммуноглобулины.

IgG синтезируются через некоторое время после внедрения возбудителя в организм и сохраняются в течение длительного времени.

- Посев на питательные среды с определением чувствительности к противогрибковым препаратам.

Метод состоит в посеве исследуемого материала (например, материала урогенитального мазка) на специальные питательные среды, которые способствуют росту грибков.

- Анализ микробиоценоза влагалища методом полимеразной цепной реакции. С помощью этого анализа можно с высокой точностью и в кратчайшие сроки определить количественный и качественный видовой состав основных представителей микрофлоры влагалища и подобрать оптимальную терапию – наиболее эффективную и с минимальным количеством побочных явлений.

Другие исследования

- Рентгенография. С помощью рентгенографии органов грудной клетки можно оценить объем поражения легочной ткани при грибковых инфекциях. Достаточно простое, но высокодиагностическое исследование.

- Ультразвуковое исследование внутренних органов (УЗИ). Позволяет визуализировать внутренние органы, выявить патологические объемные образования (например, абсцессы), которые могут возникать при поражении грибковой инфекцией внутренних органов.

- Компьютерная томография (КТ). КТ позволяет получить высокодиагностические послойные изображения, что имеет большое значение в диагностике поражений внутренних органов, в том числе и при грибковых инфекциях.

Лечение

Лечение должно проводиться под контролем врача-дерматолога.

Первоочередной задачей в борьбе с микозом является его своевременное выявление, распознавание и лечение, который требует более длительной и комплексной терапии. В большинстве случаев назначаются препараты для местного использования. В основу лечения входит использование антимикотических средств, имеющих разноплановое воздействие. Также используются средства, стимулирующие циркуляцию крови, и медикаменты, позволяющие устраниить основные симптомы:

- Противогрибковые средства для наружной терапии: циклопирокс крем, изоконазол крем, клотrimазол крем, кетоконазол крем и др. наносят наружно 1-2 раза в сутки в течение 4 недель.
- При значительном гиперкератозе предварительно проводят отшелушивающую терапию: бифоназол, 1 раз в сутки в течение 3-4 дней.
- При сильном зуде назначаются антигистаминные препараты: клемастин 0,001 г 2 раза в сутки перорально в течение 10-15 дней.
- Дезинфекция обуви 1 раз в месяц до полного излечения, можно использовать спрей, активным компонентом которого является ундециленамидопропилтимониум метосульфат.
- При поражении ногтевых пластин обязательно назначается системная антимикотическая терапия одним из следующих препаратов: тербинафин, кетоконазол, итраконазол, флуконазол перорально продолжительностью от 3 до 4 месяцев.

Наличие грибка говорит о снижении иммунитета, а повреждённая микозом кожа практически не выполняет защитную функцию. Таким образом, создаются все условия для присоединения сопутствующей бактериальной инфекции.

Больной микозом является активным источником заражения окружающих людей и особенно членов семьи, поэтому лечение в данном случае – это эффективное средство профилактики грибковой инфекции среди здоровых родственников и просто окружающих людей.

Благоприятной средой для развития грибковой инфекции на коже является влажная среда, поэтому нужно стараться, чтобы кожа всегда оставалась сухой. Для этого каждый вечер необходимо мыться с мылом и вытирать кожу одноразовым бумажным полотенцем.

Список литературы:

1. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: «БИНОМ», 2003 – 440 с.

2. Разнатовский К.И. Дерматомикозы. Рук-во для врачей. – СПб.: Издательский дом СПб-МАПО, 2006 – 184 с.
3. Маянский А.Н. Введение в медицинскую микологию. Н. Новгород: Издат. НГМА, 2003 – 54 с.
4. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания: диагностика и лечение. – М.: «Миклош», 2011 – 124 с.
5. Гарифова Л.В. Основы микологии: морфология и систематика грибов и грибоподобных организмов. Учебное пособие. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2005 – 220 с.
6. Возбудители глубоких микозов // Микология [Электронный журнал]. – НИИ медицинской микологии СПбМАПО. – СПб.
7. Бутов Ю.С. Дерматовенерология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ КАК ФОРМА ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ПРИ ТРИГГЕРНЫХ БОЛЯХ

Мильковская Софья Алексеевна

студент,

Новосибирский государственный университет архитектуры,

дизайна и искусства имени А.Д. Крячкова,

РФ, г. Новосибирск

С развитием информационных технологий и повсеместной компьютеризации все больше студентов сталкиваются с необходимостью проводить значительное количество времени за компьютером. Учебная деятельность, требующая работы в статичной позе, приводит к перегрузке опорно-двигательного аппарата. В первую очередь страдают спина и шейно-воротниковая зона, где возникает напряжение и мышечные зажимы.

Это приводит к развитию триггерных болей – болезненных точек, которые могут существенно снижать качество жизни и негативно влиять на учебные результаты.

Триггерные боли не только ухудшают общее самочувствие студентов, но и снижают их концентрацию и продуктивность во время учёбы. Становится очевидной необходимость поиска эффективных методов коррекции и профилактики этих состояний. Одним из перспективных методов помощи является кинезиотейпирование, которое позволяет снизить нагрузку на мышцы, уменьшить болевые ощущения и улучшить общее физическое состояние студентов.

В связи с этим возникает необходимость в эффективных методах помощи, которые позволяют облегчить состояние студентов и предотвратить хронические боли.

Одним из таких методов является кинезиотейпирование – современный способ воздействия на мышцы и суставы, способствующий снятию напряжения, улучшению кровообращения и облегчению болевых ощущений. В данном реферате рассматривается проблема триггерных болей у студентов и возможности использования кинезиотейпирования для их коррекции.

Триггерные боли у студентов, как правило, возникают по ряду причин, связанных с особенностями их учебной деятельности и образом жизни. Рассмотрим основные факторы, которые способствуют появлению этих болей:

1. Длительное нахождение в статичной позе за компьютером

Современные образовательные программы всё больше зависят от цифровых технологий. Студенты проводят часы за выполнением домашних заданий, написанием курсовых работ, участием в онлайн-лекциях и других учебных активностях, требующих нахождения перед компьютером. Такая статическая нагрузка приводит к хроническому перенапряжению мышц спины, шеи и плечевого пояса. Мышцы, не имея возможности расслабиться и восстановиться, образуют триггерные точки – зоны повышенной чувствительности, вызывающие боль при надавливании и движении.

2. Неправильная осанка

Часто студенты сидят за компьютером с сутулой спиной, приподнятыми плечами и наклонённой вперёд головой. Это неправильное положение создает чрезмерное напряжение в шейно-воротниковой зоне и верхней части спины. Мышцы вынуждены работать в постоянном перенапряжении, что приводит к ухудшению кровообращения, недостатку кислорода в тканях и образованию триггерных точек. При этом нарушается баланс между мышцами-антагонистами, что усиливает перегрузку.

3. Недостаток физической активности

Большинство студентов не уделяют достаточного внимания физическим упражнениям и активному отдыху. Сидячий образ жизни и отсутствие регулярной физической активности ведут к ослаблению мышц и нарушению их функциональности. В результате мышцы теряют способность поддерживать правильное положение тела и обеспечивать адекватное кровоснабжение. Это становится одной из причин возникновения триггерных болей, так как ослабленные мышцы быстрее устают и сильнее страдают от статической нагрузки.

4. Эмоциональное и психическое напряжение

Студенты часто сталкиваются с высоким уровнем стресса из-за учебной нагрузки, экзаменов, дедлайнов и других факторов. Постоянное психоэмоциональное напряжение способствует возникновению мышечных зажимов, особенно в области шеи и верхней части спины. Мышцы находятся в напряжённом состоянии, что провоцирует развитие триггерных точек. Также стресс может усиливать восприятие боли и затруднять расслабление мышц.

5. Неправильная организация рабочего места

Неподходящая мебель и неправильно организованное рабочее пространство могут усиливать статическую нагрузку на мышцы. Например, слишком низкий или высокий стул, неподходящая высота стола, отсутствие поддержки для спины и рук – все это приводит к неправильной посадке и дополнительным нагрузкам на позвоночник и мышцы.

Эти факторы в комплексе усиливают мышечное напряжение, вызывают ухудшение кровообращения и формируют триггерные зоны, которые становятся источником болевых ощущений. Важно понимать причины их возникновения, чтобы эффективно решать проблему и предотвращать её усугубление.

Триггерные боли оказывают значительное влияние на физическое и психоэмоциональное состояние студентов, что, в свою очередь, сказывается на их учебной деятельности. Постоянные болевые ощущения приводят к снижению концентрации, так как студенту трудно сосредоточиться на учёбе, когда его отвлекает дискомфорт в спине или шее.

В условиях длительного сидения за компьютером боль усиливается, что вызывает усталость и напряжение, негативно влияя на способность эффективно усваивать информацию.

Часто триггерные боли сопровождаются общей слабостью и чувством истощения, что снижает продуктивность в учебе.

Студенты могут быстрее уставать, терять мотивацию к выполнению заданий и искать способы избежать дополнительного стресса, откладывая учебные задачи на потом.

Это может приводить к накоплению задолженностей и необходимости догонять программу в условиях стресса, что, в свою очередь, лишь усугубляет физическое и психоэмоциональное напряжение.

Болевой синдром также влияет на качество сна, вызывая беспокойство и трудности с засыпанием.

Недостаток сна ухудшает когнитивные функции, что дополнительно снижает успеваемость. В итоге триггерные боли не только напрямую нарушают учебный процесс, но и косвенно способствуют развитию хронической усталости, депрессии и тревожных состояний, что может привести к дальнейшему ухудшению общего состояния здоровья и качества жизни студентов.

Кинезиотейпирование – это метод физиотерапии, который предполагает наложение специальных эластичных лент (кинезиотейпов) на кожу с целью снижения боли и улучшения функционального состояния мышц и суставов. Основное действие тейпов заключается в их способности поддерживать мышцы и ткани, улучшая кровообращение и лимфоток, что способствует уменьшению воспаления и устранению боли.

Кинезиотейпы обладают эластичностью, которая позволяет им растягиваться вместе с кожей и мышцами, не ограничивая движений. Это создает условия для восстановления нормальной активности без дополнительной нагрузки на поврежденные участки.

Когда тейпы наклеиваются на кожу, они слегка приподнимают её, уменьшая давление на мышечные и нервные структуры. Это улучшает микроциркуляцию, снимает отёки и снижает чувствительность триггерных точек.

Одной из важных особенностей кинезиотейпирования является его способность стимулировать проприорецепцию – процесс, через который организм получает информацию о положении тела в пространстве.

Это позволяет мышцам лучше адаптироваться к нагрузкам, поддерживать правильное положение и быстрее восстанавливаться после перенапряжения.

Тейпы могут быть наложены в разных направлениях и под различным натяжением в зависимости от цели применения.

Если требуется расслабить перенапряжённые мышцы, тейп накладывается с меньшим натяжением. Для поддержания ослабленных мышц или суставов используется более сильное натяжение, которое помогает им функционировать в правильном режиме. Этот принцип позволяет регулировать воздействие в зависимости от состояния пациента.

Кроме того, кинезиотейпирование активизирует лимфодренаж, что способствует уменьшению отёков и улучшению вывода продуктов воспаления. Это особенно полезно в случаях, когда триггерные боли сопровождаются отёками и воспалением мышц. Таким образом, кинезиотейпы не только снимают болевые ощущения, но и ускоряют восстановительные процессы в организме.

Метод не требует применения медикаментов, что делает его безопасным и доступным. Тейпы могут оставаться на коже в течение нескольких дней, что обеспечивает продолжительное воздействие без необходимости частого вмешательства.

Таким образом, кинезиотейпирование не только облегчает симптомы триггерных болей, но и способствует общему улучшению состояния мышц и осанки, что особенно актуально для людей, подверженных длительным статическим нагрузкам.

Кинезиотейпирование продемонстрировало свою эффективность в управлении триггерными болями и улучшении состояния мышц и суставов. Основные аспекты его эффективности включают:

Уменьшение болевых ощущений: Тейпы помогают снизить болевые ощущения, воздействуя на рецепторы кожи и ткани, что уменьшает их чувствительность и отек.

Улучшение кровообращения в области триггерных точек способствует более быстрому устранению воспаления и боли. Клинические исследования и практическое применение показывают, что пациенты ощущают значительное облегчение уже после нескольких сеансов использования кинезиотейпов.

Улучшение подвижности и функции: Кинезиотейпирование способствует улучшению функционального состояния мышц и суставов, уменьшая скованность и напряжение. Это особенно важно для студентов, которые часто испытывают ограничение подвижности из-за длительного сидения. Тейпы помогают восстановить нормальную амплитуду движений и предотвратить повторное возникновение триггерных точек.

Поддержка правильной осанки: Правильное наложение тейпов может способствовать поддержанию оптимального положения тела, что помогает избежать перегрузки мышц и суставов. Это особенно полезно для студентов, которым приходится длительное время сидеть за компьютером. Тейпы помогают поддерживать правильную осанку, снижая напряжение в ключевых областях, таких как спина и шея.

Профилактика и длительный эффект: Кинезиотейпы оказывают продолжительное воздействие благодаря своей способности оставаться на коже несколько дней. Это помогает не только в лечении уже существующих триггерных болей, но и в профилактике их повторного возникновения. Регулярное использование тейпов может снизить риск обострений и хронического болевого синдрома.

Доказательная база и исследования: Многочисленные исследования подтверждают эффективность кинезиотейпирования в лечении триггерных болей. Исследования показывают, что кинезиотейпирование может быть эффективно как в сочетании с другими методами лечения, так и самостоятельно. Эти данные подкрепляют его использование в клинической практике и позволяют рекомендовать его как часть комплексного подхода к управлению болевыми синдромами.

Кинезиотейпирование представляет собой эффективный метод для лечения и профилактики триггерных болей, способствуя уменьшению болевого синдрома, улучшению функции мышц и поддержанию правильной осанки.

После процедуры кинезиотейпирования пациент может вести привычный образ жизни без каких-либо ограничений. Это особенно важно для студентов, ведущих активный образ жизни.

Специалист подбирает схему наложения тейпов с учётом особенностей организма пациента и его потребностей. Кинезиотейпирование можно комбинировать с физиотерапией, лечебной физкультурой и другими методами реабилитации. Метод относительно недорогой и широко распространён, что делает его доступным для широкого круга пациентов.

Таким образом, кинезиотейпирование может быть эффективным методом помощи студентам при триггерных болях, но только в сочетании с другими методами лечения и под контролем специалиста.

Список литературы:

1. Барулин А.Е. Разработка способа визуально-оптической диагностики патобиомеханических изменений статики человека // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 67-й открытой науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов с международным участием. – ВолгГМУ, 2009. -С. 75-76.
2. Барулин А.Е. Комплексный метод оценки факторов риска развития вертеброгенной патологии // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – № 3. – С. 37-40.
3. Власова Е.В., Барулин А.Е. Новые подходы к экспертной оценке боли в спине // Российский журнал боли. – 2013. – № 1 (38). – С. 31-32.
4. Забаровский В.К., Анацкая Л.Н., Василевская Л.А. Комбинированное применение мануальной терапии и кинезиотейпирования в лечении сочетанных дорсалгий у спортсменов высокой квалификации // Мануальная терапия. – 2014. – №1 (53).
5. Субботин Ф.А. Кинезиотейпирование миофасциального болевого синдрома // Мануальная терапия. -2014. – № 4 (56).

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Сафиуллина Зульхиза Галимовна

врач-ординатор кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент
кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Аннотация. В статье проведен анализ качества оказания медицинской помощи в дерматовенерологии на примере Республики Башкортостан. Оценены ключевые показатели: обеспеченность врачами-дерматовенерологами, количество коек круглосуточного и дневного стационара, а также динамика их использования. Выявлено сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров на фоне увеличения числа коек дневного пребывания, что способствовало повышению эффективности использования медицинских ресурсов. Отмечены проблемы кадрового дефицита в сельских районах, что требует разработки комплексных мер по улучшению обеспеченности специалистами. Приведены данные о внедрении новых методов диагностики и лечения, таких как ПУВА- и УФБ-терапия, что позволило повысить качество лечения пациентов. В статье предложены рекомендации по дальнейшему совершенствованию дерматовенерологической службы, в том числе усиление кадрового обеспечения и модернизация технической базы.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, дерматовенерология, клинические рекомендации, кадровый дефицит, коечный фонд, дневной стационар, диагностика, стандарты медицинской помощи.

Введение

Качество медицинской помощи является важным показателем эффективности системы здравоохранения, особенно в области дерматовенерологии, где своевременная диагностика и лечение напрямую влияют на прогноз для пациентов.

В последние годы вопросы стандартизации медицинской помощи, включая внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения, приобретают всё большее значение для повышения качества обслуживания больных дерматовенерологического профиля.

В дерматовенерологии ключевую роль играют соблюдение стандартов диагностики, наличие квалифицированных специалистов и доступность медицинской помощи.

В условиях современных реалий особое внимание уделяется развитию амбулаторной помощи и повышению эффективности использования коечного фонда.

Однако многие регионы сталкиваются с проблемами дефицита кадров и нехватки ресурсов, что негативно сказывается на доступности помощи, особенно в сельских районах.

Настоящее исследование направлено на анализ качества оказания дерматовенерологической помощи в Республике Башкортостан.

Основная цель исследования – оценка динамики изменений в кадровом обеспечении, коечном фонде и результативности медицинской помощи, а также выявление проблемных областей и предложение путей их решения.

Это позволит разработать эффективные меры по улучшению качества медицинской помощи в дерматовенерологии.

Процессу совершенствования организации МП в сельских территориях может способствовать повышение значимости центральных и районных больниц, играющих ключевую организационно-методическую роль на территории муниципальных образований, путем обеспечения принципов этапности, преемственности, эффективного наблюдения за пациентами, формирования обоснованных потоков пациентов для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ВМП).

Также одним из путей решения проблемы доступности МП может быть передача части врачебных функций среднему медицинскому персоналу в рамках первичной медико-санитарной помощи, что позволит нивелировать кадровый дефицит на уровне конкретных медицинских организаций.

Еще одним инструментом, активно внедряемым в повседневную практику, является применение цифровых (информационных) технологий (ИТ) для решения различных задач.

Предложено внедрение ИТ, дополняющих возможности медицинской информационной системы, для оказания помощи врачу в принятии обоснованных и своевременных решений при диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. Внедряются автоматизированные информационные системы для оценки качества стационарной помощи, расширяются возможности телемедицинских консультаций.

Ряд авторов считают, что современные цифровые продукты могут помочь оказывать МП непосредственно пациенту через его мобильный телефон либо другое персональное устройство, что является одним из перспективных направлений цифровой трансформации здравоохранения, позволяющих решить проблему нехватки ресурсов и вовремя оказывать качественную, доступную МП любому, кто в ней нуждается.

Методы исследования

В рамках данного исследования проведен анализ доступности и качества оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология" в Республике Башкортостан. Исследование основывалось на следующих методах:

1. Сбор данных: Были использованы официальные статистические данные Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, а также отчетные данные медицинских учреждений. Основные показатели включали количество дерматовенерологов на 10 тысяч населения, количество коек круглосуточного и дневного стационара, среднюю продолжительность пребывания пациентов в стационаре и коэффициент оборота коек.

2. Анализ динамики: Проводился анализ изменения ключевых показателей за исследуемый период. Оценивались такие параметры, как темпы сокращения коечного фонда и числа дерматовенерологических кабинетов, увеличение показателя работы дневных коек, изменение кадровой обеспеченности специалистами.

3. Сравнительный анализ: Для оценки эффективности оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология" в Республике Башкортостан результаты сравнивались с аналогичными данными по Российской Федерации и Приволжскому федеральному округу.

4. Корреляционный анализ: Для выявления взаимосвязи между числом дерматовенерологов и уровнем первичной заболеваемости кожными заболеваниями был проведен корреляционный анализ. Это позволило оценить влияние кадрового дефицита на качество и доступность медицинской помощи.

5. Оценка влияния современных технологий: Анализировалась эффективность внедрения новых методов диагностики и лечения, таких как ПУВА-терапия и УФБ-терапия, с использованием данных медицинских учреждений Республики Башкортостан.

Результаты исследования

Анализ показателей доступности и качества оказания дерматовенерологической помощи в Республике Башкортостан выявил следующие ключевые результаты:

1. Снижение обеспеченности врачами-дерматовенерологами: За период 2013-2018 г. наблюдалось сокращение числа врачей-дерматовенерологов с 0,68 до 0,59 на 10 тысяч населения (темпер убыли составил 13,2%). Тем не менее, данный показатель остаётся на 73% выше среднего по Российской Федерации и на 17% выше по Приволжскому федеральному округу. Основной проблемой остаётся кадровый дефицит в сельских районах, где в 11% районов отсутствуют врачи данной специальности, а в 31,5% обеспеченность ниже рекомендованного уровня.

2. Сокращение коечного фонда: Количество круглосуточных коек по профилю "дерматовенерология" сократилось с 1,31 до 0,94 коек на 10 тысяч населения (темпер убыли – 28,2%). Однако количество дневных коек значительно увеличилось: с 81 до 94 коек в стационарных условиях (на 13,8%) и с 10 до 122 коек в амбулаторных условиях (рост в 12,2 раза). Это привело к улучшению показателя работы койки – с 320 до 344 дней в году.

3. Увеличение оборота коек: Оборот круглосуточной койки вырос с 161 до 249 пациентов в год (темпер прироста 54,7%), что свидетельствует о более эффективном использовании коечного фонда. Одновременно сократилась средняя длительность пребывания больных на койке с 20,0 до 13,8 дней (темпер убыли 31,0%).

4. Внедрение современных методов лечения: Внедрение новых технологий, таких как ПУВА-терапия и УФБ-терапия, значительно улучшило лечение пациентов с хроническими дерматологическими заболеваниями.

Также замена метода прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для диагностики инфекций, передаваемых половым путём, повысила точность и достоверность результатов.

Улучшение показателей заболеваемости: За анализируемый период заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), снизилась в 2,5 раза. В частности, заболеваемость сифилисом уменьшилась на 22,0%, гонореей – на 31,7%, трихомониазом – на 12,9%, хламидиозом – на 7,7%.

Также отмечено снижение заболеваемости кожными заболеваниями на 0,7%.

Заключение

Проведённое исследование выявило ключевые тенденции в развитии дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан.

На фоне общего сокращения коечного фонда круглосуточного стационара отмечено значительное увеличение числа коек дневного пребывания, что свидетельствует о переходе к более эффективной организации медицинской помощи.

Увеличение показателя работы коек и сокращение длительности пребывания больных на койке также указывает на оптимизацию использования ресурсов здравоохранения.

Одной из ключевых проблем остаётся кадровый дефицит в сельских районах, где обеспеченность врачами-дерматовенерологами остаётся на критически низком уровне.

Это особенно важно с учётом высокой заболеваемости кожными и венерическими заболеваниями в данных районах. Решение этой проблемы требует принятия мер по привлечению специалистов, в том числе путём создания образовательных программ и улучшения условий труда в удалённых регионах.

Внедрение современных методов диагностики и лечения, таких как ПУВА- и УФБ-терапия, позволило значительно улучшить качество лечения хронических кожных заболеваний и повысить точность диагностики инфекций, передаваемых половым путём.

Эти достижения являются результатом усилий по модернизации технической базы и внедрению новых технологий в дерматовенерологическую практику.

Для дальнейшего повышения качества оказания медицинской помощи необходимо сосредоточить усилия на кадровом обеспечении, особенно в сельских районах, а также продолжать обновление материально-технической базы медицинских учреждений.

Следует также уделять внимание дальнейшему развитию амбулаторной помощи, что позволит снизить нагрузку на стационары и повысить доступность медицинской помощи для населения.

Список литературы:

1. Вольф А.Д. Влияние материально-технической базы на качество оказания медицинской помощи в дерматовенерологии. // Вопросы здравоохранения. – 2018. – Т. 2, № 5. – С. 33-39.
2. Зубарев С.Ю., Николаева М.Л. Проблемы кадрового обеспечения в дерматовенерологии. // Российский медицинский журнал. – 2019. – № 12. – С. 122-130.
3. Клинические рекомендации по лечению кожных заболеваний. Под ред. Петрова И.А. – СПб.: Научный центр дерматовенерологии, 2016. – 400 с.
4. Мустафина Г.Р. Организация медицинской помощи в дерматовенерологии в условиях амбулаторного лечения. // Здоровье населения. – 2020. – № 4. – С. 24-32.
5. Статистический отчёт Министерства здравоохранения Республики Башкортостан за 2013–2018 годы. – Уфа: Минздрав РБ, 2019. – 150 с.
6. Федеральные клинические рекомендации по дерматовенерологии. Министерство здравоохранения РФ. – М.: Изд-во Минздрава РФ, 2018. – 280 с.
7. Шувалов В.Н. Новые технологии в диагностике и лечении хронических дерматозов. // Дерматология и косметология. – 2017. – № 3. – С. 66-72.

ПОМОЩЬ СТУДЕНТАМ В ОБУЧЕНИИ. КАЧЕСТВО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Торопова Анастасия Дамировна

ординатор

ФГБОУ ВО Башкирский государственный

медицинский университет,

РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,

канд. мед. наук, доцент

ФГБОУ ВО Башкирский государственный

медицинский университет,

РФ, г. Уфа

ASSISTANCE TO STUDENTS IN THEIR STUDIES. THE QUALITY OF EDUCATION AT THE MEDICAL UNIVERSITY

Anastasia Toropova

Resident,

Federal State Budgetary Educational Institution

of Higher Education,

Bashkir State Medical University,

Russia, Ufa

Gulgена Mustafina

Scientific supervisor, Cand. Med. Sciences,

Associate Professor Federal State Budgetary

Educational Institution of Higher

Education Bashkir State Medical University,

Russia, Ufa

Аннотация. Работа посвящена изучению особенностей организации педагогической поддержки студентов, получающих высшее образование и испытывающих трудности в процессе обучения. Проведен анализ качества обучения в медицинском вузе посредством опроса студентов-медиков.

Abstract. The work is devoted to the study of the features of the organization of pedagogical support for students receiving higher education and experiencing difficulties in the learning process. An analysis of the quality of education in a medical university was conducted through a survey of medical students.

Ключевые слова: студенты, педагогическая помощь, медицинский университет, обучение, качество обучения

Keywords: students, pedagogical assistance, medical university, education, quality of education

Цель исследования. Изучить особенности педагогической поддержки студентов вуза и определить представления студентов медицинского вуза о качественном медицинском образовании.

Методы и материалы. Исследование основано на сочетании количественных (массовый опрос) и качественных (интервью) методов. Для изучения представлений студентов о качестве образования было проведено анкетирование, в котором приняли участие 88 студентов медицинского вуза.

Результаты исследования. В современном высшем образовании определена главная цель – подготовить высококвалифицированных специалистов, которые обладают необходимыми личными и профессиональными качествами для конкурентоспособности на рынке труда в своей экономической сфере.

Для достижения этой цели необходимо решить ряд задач, включая: создание условий для раскрытия и развития широкого спектра личностных талантов студентов, помочь в построении карьерных путей и поддержка в определении жизненных приоритетов.

Среди студентов высших учебных заведений важно выделять группы, которые требуют особого внимания со стороны преподавателей. Это включает как талантливых и одаренных студентов, так и тех, кто сталкивается с трудностями в освоении учебного материала. Особенно сложной в педагогическом сопровождении оказывается работа с последней группой. Для них должны быть тщательно продуманы методы обширной поддержки, учитывающие их личные и психологические характеристики[2, с. 87].

Ключевым аспектом педагогической поддержки для студентов является необходимость формирования у них уверенности в собственных силах, осознанности своих возможностей и акцентирования внимания на способности преодолевать трудности, возникающие в процессе получения высшего образования. Не все студенты способны самостоятельно адаптироваться к условиям учебного заведения и сталкиваются с различными трудностями, вызванными изменениями в привычной структуре жизни и учёбы после поступления в вуз. Также важно отметить, что студенты старших курсов испытывают такую же потребность в поддержке и индивидуальной помощи со стороны преподавателей. Отсутствие необходимой помощи может вызвать у выпускников неуверенность в своём будущем и усугубить уровень тревожности.

Процесс оказания педагогической поддержки должен начинаться с анализа факторов, которые вызывают трудности у студентов в учебном процессе. Без данного анализа дальнейшие действия преподавателя могут оказаться неэффективными. К таким факторам относятся: социальные (принадлежность к определенной нации, социальный статус), личностно-психологические (уровень самоконтроля, самостоятельность, чувство ответственности), психолого-педагогические (подготовленность к требованиям вуза, степень профессиональной ориентации, готовность к изучению выбранной профессии), а также педагогические (осознание взаимосвязей между предметами, уровень квалификации преподавателей, общее качество учебного процесса, включая материально-техническое обеспечение).

К основным методам поддержки студентов, испытывающих трудности в обучении, также относится разъяснительная работа преподавателей. В рамках этой деятельности проводятся устные беседы, на которых обсуждаются возникшие у студентов сложности и проблемы, а также объясняются причины их появления[5, с. 142].

Дальнейшие предложения для преодоления трудностей и совместное построение индивидуальных траекторий успеха в обучении являются частью педагогической поддержки, которая относится к такому направлению как активное консультирование. Работая в этом направлении, преподаватель способен не только предложить конкретные рекомендации для преодоления препятствий в процессе получения высшего образования, но и изменить акценты профессиональных интересов (например, переключившись с одного предмета на другой). Опыт показывает, что именно активное консультирование, которое включает в себя определение индивидуальных мотивационных факторов для каждого студента, в конечном итоге может помочь отстающему студенту занять ведущие позиции в учебном процессе.

В соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом, требования к качеству образовательных услуг определяются как интеллектуальный продукт, однако в настоящее время первостепенное значение имеет удовлетворенность пользователей качеством этих услуг.

Оценка удовлетворенности качеством медицинского образования имеет особенно важное значение, так как связана не только с рисками недостаточной профессиональной подготовки выпускников, но также с социальными аспектами, такими как доверие к медицинским работникам, соблюдение рекомендаций врачей и ранняя диагностика заболеваний.

Профессия врача всегда была одной из самых почитаемых в любой стране, ведь врач несет ответственность за здоровье общества и спасение жизней. Чтобы стать квалифицированным специалистом в этой области, необходимо пройти обучение в медицинском университете на протяжении шести лет, а затем завершить ординатуру или интернатуру. Кроме того, через каждые пять лет требуется прохождение аккредитации, повышение квалификации, повышение категории и пр.[1, с. 73].

Качество образовательного процесса охватывает три ключевых аспекта: профессиональные навыки педагогов, соответствие квалификаций выпускников требованиям рынка медицинских услуг и их способность адаптироваться на протяжении карьеры, а также развитие корпоративной культуры в университете.

Чтобы исследовать уровень удовлетворенности студентов обучением и их предложений по улучшению процесса обучения, было проведено анкетирование, в ходе которого были проанализированы мнения 88 студентов шестого курса, изучавших специальные дисциплины в ординатуре по направлениям «Дерматовенерология», «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология»[3, с. 125].

Прежде всего, стоит отметить, что выбор профиля ординатуры среди студентов 6-го курса был тщательно обдуман и обоснован. На вопрос «Что подтолкнуло вас выбрать ординатуру по данному профилю?» большинство участников (от 75% до 88%, в зависимости от профиля) ответили: «Я долго мечтал стать дерматовенерологом (акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом)» или «Профессия стала интересной во время обучения в университете». 12,5% студентов подчеркнули привлекательность специальности. Никто не заявил, что «Выбор был случайным» или что «Лучшее предстоящее распределение».

На вопрос «Удовлетворены ли вы процессом обучения в ординатуре?» подавляющее большинство студентов ответило «Да» (100% среди анестезиологов-реаниматологов и 80,4% или 91,7% в других группах ординаторов). Остальные участники выразили, что «В целом удовлетворены».

Третий вопрос касался «Ваших пожеланий по обучению в ординатуре». Многие студенты выразили мнение о необходимости «Большего внимания к практическим занятиям» или «Большего внимания освоению практических навыков». В ординаторских группах по направлениям «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология», «Дерматовенерология» эти ответы составили 81,5%, 79,2% и 62,6% соответственно. Немалое количество студентов также указало, что «Удовлетворены подготовкой» (19%, 12,5% и 25% соответственно). Кроме того, студенты выразили желание «Увеличить количество лекций по специальности» в группах «Акушерство и гинекология» (8,3%) и «Анестезиология и реаниматология» (12,5%)[4, с. 218].

Из 88 опрошенных ни один респондент не признал ошибку в выборе профиля специальности во время обучения. Также в анкетах студентам предлагали оценить подготовку ординаторов на профильных кафедрах и в ЛПО по пятибалльной шкале.

Студенты 6-го курса высоко оценили подготовку на кафедрах (средний балл – 4,76) и в лаборатории практического обучения (4,78). Большинство опрошенных (68%) пожелали увеличить частоту занятий или уделять больше времени освоению практических навыков.

Заключение и выводы. Таким образом, поддержка студентов в высших учебных заведениях является важной и призвана содействовать обучающимся: закреплять осознанный выбор своей профессии; готовить их к самостоятельному преодолению трудностей учебного процесса; развивать их способности к саморазвитию, самообразованию и самоопределению и другим аспектам.

Высококачественная подготовка будущих врачей занимает центральное место в современной системе высшего медицинского образования. Результаты опроса продемонстрировали, что студенты медицинского университета сознательно выбирают ординатуру и удовлетворены образовательной системой. По общему мнению, обучение практическим навыкам с помощью ЛПО, а также применение симуляционных технологий существенно усиливает интерес к медицине, поднимает мотивацию к учебе, развивает познавательные способности и

формирует ответственное отношение к активному и самостоятельному освоению необходимых навыков.

Список литературы:

1. Качество организации образовательного процесса в медицинском университете: мнение студентов / Ю.В. Черненков, Н.А. Воротникова, Н.А. Клоктунова, М.И. Барсукова // Высшее образование сегодня. – 2024. – № 1. – С. 72-77.
2. Лызь, Н.А. Мотивация, вовлеченность и субъективное благополучие студентов: роль преподавателя / Н.А. Лызь, А.Е. Лызь // Педагогика. – 2024. – Т. 88, № 4. – С. 84-94.
3. Обучающиеся и качество образования: модели реализации в вузе: сборник трудов по материалам Всероссийской студенческой конференции, Курск, 10 ноября 2022 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. – 154 с.
4. Оценка качества образования студентами-медиками / А.С. Осыкина, Н.В. Хетагури, П.Г. Сысоев [и др.] // Развитие современного образования в контексте педагогической (образовательной) компетенциологии: Материалы IV Всероссийской научной конференции с международным участием, Чебоксары, 15 апреля 2024 года. – Чебоксары: ООО «Издательский дом «Среда», 2024. – С. 215-220.
5. Фисенко, А.А. Педагогическая поддержка как способ развития личностной гибкости студента вуза / А.А. Фисенко, Ю.В. Селиванова // Образование в современном мире: Сборник научных статей / Под редакцией Ю.Г. Голуба. Том Выпуск 18. – Саратов: Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского, 2023. – С. 140-145.

ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА БОТУЛИНИЧЕСКИМ ТОКСИНОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Фазылова Зульфия Валиевна

ординатор-дерматовенеролог,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент кафедры
дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии
и косметологии ИДПО,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Розацеа – распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи с многофакторной патофизиологией, поражающее центрально-лицевую область. Клинически характеризуется повторяющимися эпизодами кожных проявлений на лице, включая гиперемию, стойкую эритему, телеангиэктазии, папулы, пустулы и фиматозные изменения [2]. Также пациенты могут испытывать различной степени зуд и жжение. Эти симптомы приводят к снижению качества жизни и самооценки, влияя на физическое и психическое здоровье.

На основании клинических характеристик розацеа подразделяется на четыре подтипа. Эритематозно-телеангиэкстатическую розацеа, папулопустулезную розацеа, глазную розацеа, проявляющуюся блефаритом, конъюнктивитом и халазионом, и фиматозную розацеа с характерным утолщением кожи и гиперплазией сальных желез чаще в области носа.

Предполагается, что ведущим звеном в развитии розацеа являются генетическая предрасположенность, внешние факторы и нарушения в работе иммунной системы. Считается, что к основным факторам, которые провоцируют обострение заболевания относятся алкоголь, острые пищи, стресс, ультрафиолетовое излучение и резкие перепады температуры. В патофизиологию розацеа также вовлечены микробы, в том числе виды *Demodex*, *Bacillus oleronius*, *Staphylococcus epidermidis*, *Helicobacter pylori* и *Bartonella quintana*. Подбор адекватного лечения является важной задачей, поскольку неправильный уход за кожей может усугубить состояние.

Патогенез розацеа представляет собой сложное взаимодействие генетических, иммунологических и сосудисто-нервных факторов, которые делают людей восприимчивыми к этому хроническому воспалительному заболеванию и его многочисленным триггерам.

Нарушение иммунной регуляции приводит к увеличению выработки цитокинов и антимикробных пептидов кателицидин. У пациентов с розацеа наблюдаются аномально высокие уровни протеаз циклического аденоzinмонофосфата и калликреина-5. Из-за чего уровни кателицидин заметно повышенны, а также присутствуют фрагменты, которые обычно не наблюдаются в здоровой коже. Это ведет к хроническому воспалению и усиленному росту сосудов, наблюдаемый при розацеа, что гистологически проявляется выраженными лимфогистиоцитарными инфильтратами вокруг волосяных сальных желез и кровеносных сосудов [2].

Нарушение нейроваскулярной регуляции, основным компонентом которого является активация каналов транзиторного рецепторного потенциала, что приводит к высвобождению медиаторов воспаления. Например, транзиторный потенциал рецептора ванилоида чувствителен к высокой температуре и стрессу, что приводит к болезненным ощущениям жжения, активации сосудорасширяющих путей, что потенциально приводит к гиперемии и эритеме.

Пациенты с розацеа имеют повышенное количество кожных комменсальных организмов и присутствие атипичных бактерий. Барьерные свойства кожи ухудшаются, истончает

эпидермис, что повышает вероятность проникновения патогенных микроорганизмов в более глубокие слои кожи, провоцируя образование папул и пустул.

УФ-излучение приводит к деградации дермального матрикса, повреждению сосудистой сети и потере периваскулярной структурной поддержки. Накапливаются сывороточные белки, провоспалительные медиаторы и ухудшается отток жидкости, что приводит к эритеме и отеку.

Лечение розацеа включает местную, пероральную, лазерную, световую и инъекционную терапию. Однако некоторые случаи невосприимчивы к данным методам лечения и представляют проблему для лечения.

В мировой практике помимо традиционного лечения исследуется использование ботулинического токсина в качестве нового средства лечения розацеа. Показаниями для лечения розацеа ботулотоксином являются рефрактерные пароксизмальные покраснения, стойкая эритема лица от умеренной до тяжелой степени и розацеа, не поддающаяся традиционному лечению. Использование ботулинического токсина типа А имеет патогенетическое обоснование. При розацеа происходят вегетативные нарушения, которые способствуют повышению чувствительности холинергических рецепторов к ацетилхолину. Это приводит к усилению миграции кератиноцитов, приводящей к фолликулярной окклюзии, повышению активности сальных желез, выделению субстанции Р, вызывающего эндотелийзависимую вазодилатацию, выделению оксида азота, участвующий в расширении сосудов [1]. Ботулинический токсин регулирует сосудисто-нервную функцию, блокируя пресинаптический выброс ацетилхолина и нейропептидов, тем самым улучшая гиперемию, эритему и телеангиэктазии у пациентов с розацеа.

Опыт авторов показывает, что ботулинический токсин оказывает значительный терапевтический эффект, являясь эффективным и безопасным средством для облегчения симптомов розацеа и улучшения качества жизни пациента [1]. Но ввиду отсутствия доказательной базы относительно наилучшей формулы разведения, введения, терапевтической дозы ботулотоксина и частоты лечения – на данный момент рутинное использование не рекомендовано.

Исследование Мин Чжон Кима было направлено на изучение эффективности и безопасности данного метода лечения. У пациентов значительно снизился индекс эритемы на 4-й и 8-й неделях, улучшилась эластичность и увлажнение кожи [3]. Однако в показателях секреции кожного сала существенных различий выявлено не было.

При анализе исследований данного метода эффект от инъекции ботулотоксина наступает постепенно через 3 дня, максимальный через 2 недели после инъекции. Результат лечения розацеа ботулотоксином сохраняется 3-6 месяцев, но эффект значительно снижается через 6 месяцев. Так, в исследовании Ронгли Янг у 16 пациентов от 1 до 6 месяца после лечения средние показатели гиперемии продолжали увеличиваться, что позволяет предположить о снижении лечебного эффекта [5]. Однако ни один из симптомов не вернулся к своей первоначальной тяжести, что указывает на то, что для достижения устойчивого результата требуются периодические повторные процедуры.

В исследовании Такахashi клинические особенности и побочные эффекты оценивались при каждом посещении; на 1-й и 90-й дни были заполнены вопросы по самооценке [4]. Результат данного метода был безопасным и эффективным. Снижение клинических проявлений привело к повышению качества жизни и самооценки пациентов.

Безопасность применения ботулинического токсина высока, из побочных эффектов отмечаются болезненность во время процедуры, головная боль, парестезии в зоне инъекции, усиление эритемы в ответ на механическое раздражение, которые купируются в первые сутки. Возможно возникновение локализованного экхимоза после инъекции, который продолжался от 5 до 10 дней [5]. Из наиболее опасных побочных эффектов описывается паралич лицевых мышц, разрешившийся спонтанно в течение нескольких месяцев.

Подход к терапии розацеа должен быть многогранным, учитывающим как медицинские, так и поведенческие аспекты, чтобы достичь максимальной эффективности в контроле симптомов заболевания. Основываясь на улучшении состояния эритемы, гиперемии и качества жизни пациентов после инъекции, ботулотоксин представляется эффективным средством

лечения пациентов с розацеа, однако необходимы дополнительные клинические данные для подтверждения его долгосрочной эффективности и побочных эффектов.

Список литературы:

1. Alsaati A.A. The Efficacy and Safety of Botulinum Toxin A for the Treatment of Rosacea: A Systematic Review // Cureus – 2023. – P.12–15.
2. Geng R.S.Q., Bourkas A.N. Rosacea: Pathogenesis and Therapeutic Correlates // J Cutan Med Surg – 2024. – P.178–189.
3. Kim M.J., Kim J.H. Assessment of Skin Physiology Change and Safety After Intradermal Injections with Botulinum Toxin: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Split-Face Pilot Study in Rosacea Patients With Facial Erythema // Dermatol Surg – 2019. – P.19.
4. Takahashi K.H., Utiyama T.O. Efficacy and safety of botulinum toxin for rosacea with positive impact on quality of life and self-esteem // Int J Dermatol – 2024. – P.590–596.
5. Yang R., Liu C. Botulinum Toxin A Alleviates Persistent Erythema and Flushing in Patients with Erythema Telangiectasia Rosacea // Dermatol Ther (Heidelb) – 2022. – P.2285–2294.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Хисматуллина Мелана Ильдаровна

ординатор

ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель

канд. мед. наук, доцент,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Аннотация. В данной статье раскрываются основные аспекты по ведению здорового образа жизни, ведь разумное чередование умственной и физической активности, рациональный подход к питанию, его количеству и режиму, а также баланс между энергетическими затратами на работу и отдых, являются главными ключами к полноценной и счастливой жизни.

Ключевые слова: здоровье; питание; физическая активность; здоровый сон.

Все люди мечтают о долгой и здоровой жизни, однако многие не осознают, что же в действительности включает в себя само это понятие. Для кого-то показателем здорового образа жизни является ежедневное посещение спортивных центров и стройное тело, для другого сбалансированное питание и чистая, без высыпаний, кожа, однако они не правы. Действительно здоровым организмом будет являться тот, который и внешне, и внутренне находится в балансе и гармонии.

К одним из значимых факторов относится физическая активность человека. Чрезмерная нагрузка или наоборот пассивный образ жизни неблагоприятно влияют на организм. Дозированные физические нагрузки помогают телу развивать выносливость, укреплять мышцы и проводить профилактику заболеваний, связанных с опорно-двигательным аппаратом и сердечно-сосудистой системой. Это ни в коем случае не означает посещение многочасовых тренировок до сильного изнурения. Начинайте свой день с легкой ходьбы до учебного учреждения/работы, проводите семейные велосипедные прогулки, посещайте занятия по плаванию, танцам. Все данные активные виды досуга помогут вам не только держать себя в форме, но и значительно улучшить физическое и психическое здоровье.

Самым спорным для понимания фактором является правильное питание. Приверженность к здоровой пище поможет улучшить здоровье человека и общее качество жизни. Многие люди считают, что жесткие диеты и ограничение потребления каких-либо продуктов уже говорит о сбалансированном питании, но все, что в итоге может получить человек, это расстройство пищевого поведения. Никакой подсчет калорий и исключение той или иной пищи не поможет человеку достичь физического и психического благополучия. Важно знать и держать у себя в голове тот факт, что все пищевые продукты в той или иной степени обладают питательной ценностью и идеальной пищи не существует. Некоторые люди стараются ограничить потребление углеводов, что является одной из главных ошибок. В процессе переваривания углеводы в организме превращаются в сахар или глюкозу. В свою очередь, глюкоза является важным источником энергии для людей. Существует два типа углеводов – простые и сложные. Простые углеводы могут содержаться в фруктовых соках, фруктозе, молочных продуктах и сахара. Сложные углеводы могут содержаться в зерновых, бобовых, картофеле и орехах. Люди не должны полностью исключать углеводы из своего рациона, поскольку они являются

неотъемлемой частью здорового питания. Полезнее употреблять углеводы, богатые минералами, витаминами, клетчаткой и белком.

Нужно стараться выработать у себя привычки: завтракать по утрам, перекусывать свежими фруктами и овощами, перестать переедать, когда уже настигло чувство насыщения, стремиться пить как можно больше жидкостей.

Потребление сахара вызывает чувство счастья и радости. Запомните: сахар является не единственным источником серотонина. Его достойными конкурентами в этом отношении являются зеленый чай, сыр, яйца и греческие орехи. Кроме того, увеличение физической активности, упражнений и проведения досуга на свежем воздухе, может значительно повысить уровень серотонина в организме.

Следующим самым важным аспектом, и, увы, тем, чем люди больше всего пренебрегают, является сон. Недостаток сна может оказать отрицательное влияние на жизнь человека и способствовать ухудшению работы многих функций организма: снижению работоспособности, повышенной восприимчивости к частым простудным заболеваниям, возникновению нервно-психических отклонений, высокому стрессу и напряжению, что может привести к тяге к спиртным напиткам и никотинсодержащим веществам. Также при хроническом недосыпании будут происходить колебания уровня гормонов, усиливающих чувство голода, что будет приводить к перееданиям и соответственно к увеличению массы тела. Для того чтобы сон был здоровым, необходимо соблюдать некоторые рекомендации: следует ложиться спать примерно в одно и то же время, в том числе и в выходные, не стоит переедать на ночь, перестать задумываться о своих переживаниях – оставьте тревоги на дневное время. Особенно важен период времени с десяти до двух часов ночи. В этот промежуток происходит фаза глубокого сна, в которой организм вырабатывает гормон мелатонин. Это гормон, который вырабатывается эпифизом и отвечает за многие важные функции нашего организма от управления циркадными ритмами до снижения стресса. Мелатонин больше всего вырабатывается в полной темноте. С этой целью в спальне выключайте гирлянды, ночники, телевизоры и телефоны.

Следующим важным фактором является стресс, снижение которого играет жизненно важную роль, поскольку он может разрушить любую систему организма. Каждый день у человека наполнен стрессовыми ситуациями. Важно уметь нарабатывать способность переключаться с проблемы на положительные события, разделять учебу/работу и дом и полностью не погружаться в негатив и тревогу.

Заключение

Все мы стремимся быть счастливыми и здоровыми и занимаемся различными видами деятельности для достижения этой цели. Здоровый образ жизни – это инструмент, который поможет вам достичь многих жизненных задач, преодолеть трудности и в радости проводить время с близкими и дорогими людьми.

Список литературы:

1. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. 7-е изд. СПб. : Питер, 2002.
2. Кильдярова, Р.Р. Основы формирования здоровья детей : учеб. Для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по спец. "Педиатрия" / Р.Р. Кильдярова, В.И. Макарова, Ю.Ф. Лобанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Стародумов, Н.Д. Здоровье как психофизиологическое состояние и его отражение на стиле и образе жизни / Н.Д. Стародумов : сб. науч. ст. / ГОУ ВПО ИГМА // Труды Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 2001.
4. Позняковский В., Дроздова Т., Влощинский П. Физиология питания. – СПб.: Лань, 2018.
5. Тутельян В.А. Научные основы здорового питания. – М., 2010.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО РАБОТЫ ВРАЧЕЙ

Чернова Анна Александровна

ординатор

Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. наук, доцент
кафедры дерматовенерологии с курсами
дерматовенерологии и косметологии ИДПО,

Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

*Не только сам врач должен употреблять в дело
все, что необходимо, но и больной, и окружающие,
и все внешние обстоятельства должны способо-
ствовать врачу в его деятельности.*

Гиппократ

Успех в медицинской практике современных врачей разных специальностей зависит от множества факторов. Особое внимание следует уделить тем из них, которые способны повлиять на эффективность работы медицинских специалистов. К таким факторам относят: психотравмирующие (умственное напряжение, психоэмоциональные и физические нагрузки, ограниченные время приема и возможности врача, огромная ответственность за жизнь пациентов); физические (влияние радиации, ультразвуковых волн, лазерного излучения, сверхвысокочастотных сигналов); химические (применение химических и синтетических веществ, таких как латекс, используемые в лечебных и профилактических процедурах); биологические (воздействие патогенных микроорганизмов, вирусов) и прочие. Их длительное воздействие может привести к развитию профессиональных заболеваний.

Многолетняя врачебная практика способствует не только совершенствованию профессиональных навыков, но и может привести к нежелательным последствиям для самого врача, а также повлиять на эффективность его работы.

Эмоциональный аспект. В условиях современного мира деятельность практикующих врачей характеризуется высоким эмоциональным напряжением. Эти эмоции часто сочетают в себе противоречивые чувства. С одной стороны, это может быть радость от успешно проведённого лечения или признание и уважение со стороны коллег; с другой стороны, врачи часто испытывают разочарование от ошибочно поставленного диагноза, стресс во время работы, усталость и даже отчаяние по поводу выбора профессии и т.д.

Социально-психологический аспект. Специалисту важно насколько высоко оценивается в обществе его профессия. Нередко наблюдается недооценка заслуг медицинских работников и непонимание со стороны пациентов. Специалисты более престижных областей медицины чаще получают более высокую зарплату, имеют больше шансов на карьерный рост и личностное развитие. Следует отметить, что немаловажно наличие дружественных отношений среди коллег и готовность друг друга поддержать и прийти на взаимовыручку.

Индивидуальные особенности. Ежедневно врачам приходится сталкиваться с моральными и этическими дилеммами, решение которых зависит от их личностных особенностей. Так, если специалист очень впечатлительный и воспринимает всё близко к сердцу, он сильно подвержен профессиональной деформации, вплоть до эмоционального выгорания.

Профессиональная деформация – это процесс, в ходе которого профессиональные качества человека подвергаются изменениям под влиянием его деятельности и индивидуально-психологических особенностей. Только гармонично развитая, зрелая личность способна преодолевать подобные трудности.

Часто среди медицинского персонала отмечается высокий уровень психических и соматических расстройств, включая депрессию, тревожные расстройства, попытки самоубийства, а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами. Всё это неизбежно оказывается на профессиональной деятельности. Результаты регулярных медицинских обследований свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии здоровья таких работников, что подтверждается тем, что около половины из них регулярно прибегают к использованию обезболивающих, успокаивающих и снотворных средств.

В процессе продолжительной работы врачи испытывают чувство усталости, утрачивают интерес к пациентам и к самой работе. В современных реалиях утвердился термин «синдром профессионального выгорания» (СПВ), который описывает состояние специалистов, непосредственно работающих с людьми в тесном контакте и подвергающихся хроническому стрессу. СПВ характеризуется тремя основными признаками: чувство истощения, как физического, так и морального; нарастание психологического отчуждения от выполнения профессиональных обязанностей, появление негативного или циничного отношения к работе; снижение работоспособности.

Как мы выяснили, СПВ проявляется у специалистов, находящихся в тесном взаимодействии с людьми и именно медицинские работники часто подвержены его влиянию. Те, кто столкнулся с угрозой профессионального выгорания, отметили следующие причины стресса: перегруженность и высокая интенсивность труда, продолжительность рабочего времени, несоответствие между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением (заработная плата, карьерный рост, уважение коллег и пациентов и т. д.).

Изучение механизмов возникновения и развития, а также методов профилактики данного синдрома (СПВ) является ключевым для организации качественного рабочего процесса специалистов.

В результате длительного воздействия стресса у медицинского персонала накапливаются негативные эмоции, что приводит к истощению эмоциональных, энергетических и личностных ресурсов, а также к развитию синдрома хронической усталости. Это отражается в неадекватном эмоциональном отношении врачей к пациентам, замене прямого взаимодействия с больными на проведение различных исследований, потере сочувствия и эмпатии, что может привести к утрате профессиональных навыков и негативному влиянию рабочих проблем на личную жизнь.

Таким образом, качество работы врачей зависит от множества факторов, и не стоит обесценивать отношения с пациентами, атмосферу в коллективе и социальный статус профессии. Если медицинская компетентность зависит от образования и опыта, то межличностные навыки, коммуникативные способности и морально-этические качества врача во многом определяются его психологическими особенностями. Рационально организованный рабочий график и распорядок в медицинском учреждении, доступ к новейшим технологиям и передовым методам лечения способствует комфортному пребыванию специалиста на рабочем месте, его профессиональному росту и благополучию. Поддержание оптимального состояния здоровья медицинских работников способствует улучшению качества оказываемой медицинской помощи населению, а также повышению эффективности работы всей системы здравоохранения.

Список литературы:

1. Каминер Д.Д., Шеина Н.И., Булацева М.Б., Гирина М.Д., Санакоева Е.Ю. Анализ условий и характера труда врачей терапевтического профиля (обзор литературы). Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2024;32(1):84-93.
2. Кондрова Н.С., Шайхлисманова Э.Р., Сандакова И.В., и др. К вопросу о профессиональных заболеваниях работников здравоохранения и их выявлении при периодических медицинских осмотрах // Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 4. С. 325-331.
3. Сорокин Г.А., Суслов В.Л., Яковлев Е.В., Фролова Н.М. Профессиональное выгорание врачей: значение интенсивности и качества работы. Гигиена и санитария. 2018; 97(12): 1221-1225.

4. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников/ В.А. Винокур // Вестник МАПО. – 2002. – № 2. – С. 4.
5. Севостьянова О.Ю. Связь профессионального выгорания и готовности врачей к работе в условиях цифровизации первичного звена здравоохранения / Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия». 2020. С. 147-156
6. Руженков В.А., Сергеева Е.А., Москвитина У.С. Факторы, обуславливающие качество жизни медицинских работников // Медицинские новости. 2015. №10 (253).

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Чернышова Анна Евгеньевна

ординатор-дерматовенеролог,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г.Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент
кафедры дерматовенерологии
с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

QUALITY OF MEDICAL CARE

Anna Chernyshova

Resident-dermatovenerologist,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Gulgена Mustafina

Scientific adviser,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of the Department of Dermatovenerology
with courses in dermatovenerology and cosmetology IDPO,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Аннотация. В данной статье исследуются критерии качества оказания медицинской помощи, опираясь на данные из анкетирования медицинских работников и пациентов. Также представлены выводы о том, как улучшить качество медицинской помощи.

Abstract. This article examines the criteria for quality of medical care based on data from a survey of health workers and patients. It also presents conclusions on how to improve the quality of medical care.

Ключевые слова: медицинская помощь, контроль качества, удовлетворённость пациентов.

Keywords: medical care, quality control, patient satisfaction.

Для начала рассмотрим, что включает в себя понятие «качество оказания медицинской помощи». Возьмём определении Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, где сказано следующее: качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Исходя из представленного выше определения, можно выделить основные характеристики качества оказания медицинской помощи. Один из самых главных – доступность.

Это говорит о том, что медицинская помощь должна оказываться всем без исключения. Пациент имеет право на выбор специалиста, медицинской организации и получение бесплатных медицинских услуг.

Вторым, не менее важным, критерием является профессиональная компетенция медицинских работников.

Она выражается в наличии определённых знаний, навыков и умений медицинского персонала, то, как они их применяют на практике, следуя общепринятым клиническим рекомендациям.

Самый главный врачебный принцип «не навреди!», поэтому медицинская помощь должна быть безопасной. Побочные эффекты и риски осложнений должны быть сведены к минимуму.

Также определение включает в себя понятие «результативность». Назначенные обследования и лечение пациентов должны привести к определённым результатам.

В данном случае стоит упомянуть такое понятие, как эффективность. Оно включает себя насколько затраченные ресурсы на диагностику и лечение оправдали полученный результат.

Одним из немаловажных характеристик качества медицинской помощи является «удобство». В данном контексте речь идёт о чистоте, комфорте медицинского учреждения, внешнем опрятном виде медицинского персонала и конфиденциальности персональных данных.

Качество оказания медицинской помощи должно непрерывно улучшаться.

Диагностика и лечение пациентов должны включать в себя персональный подход к каждому больному, изучение предрасположенности человека к конкретным заболеваниям, для того, чтобы в последствие предотвратить нанесение существенного вреда здоровью пациента.

Не менее важен вопрос о взаимодействии врача и пациента, желательно, чтобы пациент был вовлечён в процесс лечения и диагностики своего заболевания, был замотивирован выполнять все рекомендации и назначения доктора.

Также не стоит забывать о пропаганде здорового образа жизни врачами!

Важную роль играет контроль качества медицинской помощи.

Одним из самых простых и доступных способов является анкетирование и опрос пациентов о качестве оказания медицинских услуг. Это позволяет оценить проблемы организации работы ЛПУ и найти пути их решения. Удовлетворённость пациентов медицинским учреждением и услугами является одним из самых главных показателей работы ЛПУ.

Как правило, наиболее частыми жалобами со стороны пациентов являются невнимательное и неуважительное отношение со стороны врачей, их некомпетентность, огромные очереди на приемы к узким специалистам.

Результат исследования мнений о качестве медицинской помощи со стороны врачей показал нам, что большинство докторов не удовлетворены оплатой труда, графиком работы, отношением пациентов и структурой медицинской помощи в целом. Вследствие данных причин у сотрудников отсутствует мотивация и наступает синдром выгорания, что влечёт за собой негативные последствия на качество оказания медицинской помощи.

Качество медицинской помощи в дерматовенерологии

Чаще всего на качество медицинской помощи могут влиять условия оказания медицинской помощи, виды терапевтических вмешательств, также особенности пациентов и медицинского учреждения. Основной акцент ставится на эффективности оказания медицинской помощи, а именно на исходы лечения. Немаловажно оценивать меру улучшения при лечении хронических заболеваний.

Заключение и выводы

Таким образом, вопрос качества и доступности медицинской помощи требует отдельного внимания и комплексного подхода к решению проблемы. Одним из путей её решения является непрерывное дополнительное профессиональное образование, углубление в изучение медицинской этики и деонтологии.

Медицинским организациям необходимо поддерживать современное техническое оснащение и мотивировать сотрудников.

Список литературы:

1. Александрова О.Ю. Качество медицинской помощи: правовая оценка / О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев, О.Н. Лебединец, Т.В. Тимошенкова // Главврач- 2009. -№9. – С. 63-72.
2. Михайлова Ю.В. Эффективность работы здравоохранения Российской Федерации / Ю.В. Михайлова, О.Б. Нечаева, Е.И. Скачкова, В.И. Назаров // здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – №6.- С. 3-7.
3. Линденбратен. А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки / А.Л. Линденбратен // Российская академия медицинских наук. -2013. – №4. – С. 3-5.

ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ КАК НАУКИ В РОССИИ. РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Шахмуратова Арина Ринатовна

ординатор-дерматовенеролог первого года,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. наук, доцент
кафедры дерматовенерологии с курсами
дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

HISTORY OF THE ORIGIN OF DERMATOVENEREOLOGY AS A SCIENCE IN RUSSIA. DEVELOPMENT AND ESTABLISHMENT OF THE DERMATOVENEREOLOGY SERVICE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Arina Shakhmuratova

Resident dermatovenerologist,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Mustafina Gulgena Raisovna

Scientific supervisor,
Candidate of sciences, associate professor
of the department of dermatovenereology
with courses in dermatovenereology and cosmetology,
Institute of Additional Professional Education,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Аннотация. В данной статье представлены общие сведения об истории зарождения дерматовенерологии как науки в России и в мире в целом. Обзор основных направлений деятельности и достижений дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан.

Abstract. This article provides general information about the history of the emergence of dermatovenereology as a science in Russia and in the world as a whole. An overview of the main areas of activity and achievements of the dermatovenereology service in the Republic of Bashkortostan.

Ключевые слова: история; наука; дерматовенерология; кожа; инфекции; общество.

Keywords: history; science; dermatovenerology; skin; infections; society.

Дерматовенерология – раздел медицины, занимающийся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний кожи, а также инфекций, передающихся половым путем.

В настоящее время дерматовенерология имеет несколько направлений: дерматология – заболевания кожи, волос, ногтей, слизистых оболочек рта и половых органов; микология – грибковые поражениями кожи, ногтей и слизистых оболочек; венерология – венерические инфекции, передающиеся половым путем.

Но всё же рассмотрим, как происходило зарождение данной науки.

Известно, что уже в китайских медицинских книгах, относящихся к II-III тысячелетию до нашей эры, имеются описания проказы, чесотки, ихтиоза, витилиго, алопеции, рожи, угрей. Подробное описание экземы, проказы, чесотки, карбункулов, мозолей имеется в египетских папирусах, относящихся к 300-1000 г. до н.э. Задолго до нашей эры в книгах Моисея имеется описание ряда кожных заболеваний. В Древней Греции медицина получила дальнейшее развитие, и Гиппократ (460-370 г. до н.э.) описал множество кожных болезней, разделив их на зависящие от внешних и от внутренних причин (теория порчи соков). Он пользовался терминами, многие из которых сохранились до настоящего времени: герпес, лепра, алопеция, афты, карцинома, эктима, петехии. Римлянин Цельс (25 г. до н.э.) в своем 8-томном трактате «*De medicina libri octo*» ряд глав посвящает описанию кожных болезней: сикозу, псориазу, глубокой трихофитии, алопеции и др. В терапии дерматозов он рекомендовал применять солнечные лучи, тепло, физические упражнения.

Выдающийся среднеазиатский ученый Авиценна описал пузырчатку, почесуху, отделив проказу от слоновости. В своем знаменитом труде «Канон врачебной науки» он не только приводит положения китайской, индийской, греческой медицины, но и вносит много новшеств. Ряд предписаний Авиценны остаются актуальными до настоящего времени.

В 1571 г. итальянец Меркуриалис выпустил первый учебник по кожным болезням «*De morbis cutaneis*». В этот же период стало быстро развиваться изучение анатомии и физиологии кожи. Марчелло Мальпиги разделил эпидермис на роговой и слизистый (мальпигиев) слой, описал сальные и потовые железы, волосяные фолликулы.

В конце XVIII в. венский профессор Пленк создал учебник по дерматологии «*Doctrina de morbis cutaneis*», в котором все болезни разделил на 14 классов. Именно с этого времени начинается морфологический этап изучения дерматологии, которую выделили в самостоятельную науку.

Морфологический этап изучения дерматологии получил развитие в трудах английской, французской, немецкой дерматологической школы.

Успехи микробиологии способствовали развитию этиологического направления в дерматологии. Были открыты возбудители многих грибковых заболеваний (фавуса, паразитарного сикоза, антропофильной трихофитии, разноцветного лишая), лепры. Описаны стрептококки и стафилококки, туберкулезная палочка, фильтрующийся вирус, гонококк, бледная трепонема.

Отечественная дерматологическая школа формировалась в XVIII- XIX в. на основе передовых терапевтических и физиологических школ. Первые 3 самостоятельные кафедры кожных болезней были организованы в 1869 г. в Московском университете (зав. Д.И. Найденов), медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге (зав. Ф.П. Подкопаев) и на медицинском факультете Варшавского университета. Затем кафедры были созданы в Казанском (1872), Харьковском (1876), Киевском (1883) и других университетах.

В 1876 г. кафедру кожных болезней при Санкт-Петербургской медико-хирургической академии возглавил Алексей Герасимович Полотебнов, ставший первым русским профессором дерматологии, который являясь учеником С.П. Боткина и изучив дерматологию у основателей немецкой и французской школ, создал новое направление, в основе которого было представление о целостном организме и дерматозах как болезнях не только кожи, но и всего организма при регулирующей и связывающей роли нервной системы. А.Г. Полотебнов обобщил свои наблюдения в книге «Дерматологические исследования» и в серии работ совместно с сотрудниками под названием «Нервные болезни кожи». А.Г. Полотебнов и его ученики не только констатировали роль эмоций в патогенезе дерматозов, что высказывалось и ранее, но и, детально изучая организм больного человека, выявили механизм возникновения подобных дерматозов. Анализируя патогенез псориаза, красного плоского лишая и других дерматозов, профессор пришел к выводу, что эти заболевания представляют собой функциональные и вазомоторные неврозы, которые могут быть унаследованы, но могут быть и приобретенными. Он пропагандировал комплексное лечение дерматозов, включая воздействие на весь организм,

что стало прототипом патогенетической терапии, он высказывался о целесообразности профилактического направления для предупреждения развития и рецидивов кожных болезней.

Дальнейшее развитие учения А.Г. Полотебнова принадлежит его ученику Т.П. Павлову, который длительное время заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии, исследования которого характеризуют физиологическое (функциональное) и клиническое направления, они посвящены в основном изучению экземы.

Основателем московской школы дерматологов считается А.И. Поспелов (1846-1919), заведовавший клиникой кожных и венерических болезней медицинского факультета Московского университета (ныне Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова). Являясь крупнейшим клиницистом, он создал оригинальный учебник «Руководство к изучению кожных болезней», выдержавший 7 изданий. А.И. Поспелову принадлежат работы по атрофиям кожи, туберкулезной волчанке и др.

Во Втором Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова (ныне Российской государственный медицинский университет) в 1933-1941 гг. кафедрой кожных болезней руководил Н.А. Черногубов (1883-1942). Он описал семейную трихофитию с поражением кожи, костей и внутренних органов, предложил классификацию дерматомикозов, не потерявшую своего значения и в настоящее время, описал хроническую язвенную пиодермию.

К московской дерматологической школе относится также Л.Н. Машкиллейсон (1898-1964), крупнейший дерматолог, в течение многих лет он руководил научной работой Центрального кожно-венерологического института, известен как ученый глубочайшей эрудиции и тонкий знаток патогенеза и клиники дерматозов, опубликовал более 270 научных работ, в которых впервые описан ряд клинических форм кожных заболеваний, предложена классификация эпидермофитии, трихофитии. Привив себе возбудитель хронической трихофитии взрослых, он доказал, что причиной разнообразия клинических вариантов поверхностей трихофитии являются не особенности возбудителя, а состояние организма больного. Им разработаны вопросы, касающиеся бластомикоза и амилоидоза кожи, доказан первичный характер отложений амилоида в коже, описаны вторичные кожные реакции при эпидермофитии и пиодермии, разработана классификация паратравматических поражений кожи, трихобазалиом. Много работ Л.Н. Машкиллейсона посвящено роли витаминов в патогенезе кожных заболеваний, описанию различных клинических форм туберкулеза кожи и патогенезу аллергических дерматозов.

М.П. Демьянович (1879-1957) предложил ускоренный метод лечения чесотки, он автор более 130 работ, из которых следует отметить монографии «Чесотка», «Экзема» и др.

Н.С. Смелов (1898-1975) провел ценные исследования, касающиеся лечения сифилиса, туберкулеза кожи, злокачественных лимфом кожи.

М.П. Батунин (1894-1972) уделял много внимания вопросам борьбы с профессиональными заболеваниями кожи, результаты его работы обобщены в руководстве «Профессиональные болезни кожи» (1933). Он провел важные исследования по патофизиологии и биохимии кожного покрова, реактивности и аллергии кожи, витаминному балансу и т.п.

Основателем дерматостоматологического направления был первый заведующий кафедрой Московского государственного медико-стоматологического университета Б.М. Пашков (1899-1973). Ему принадлежит первое описание мягкой лейкоплакии, вместе с Н.Д. Шеклаковым он изучал доброкачественную неакантолитическую пузырчатку только слизистой оболочки рта, ему принадлежит выделение двух клинических форм эксфолиативного хейлита – сухой и экссудативной и др.

Развитие дерматовенерологии в нашей стране представляет единый процесс, обусловленный прогрессом различных областей медицинских знаний. Отечественная дерматовенерология, как и вся отечественная наука, развивалась в контакте с мировой наукой. Обобщение богатого опыта отечественной дерматовенерологии представляет огромный интерес, имеет большое научно-познавательное, теоретическое, а также социально-культурное значение.

Далее хочу рассмотреть становление Российского общества дерматовенерологов и косметологов, которое среди всех обществ и ассоциаций в этом направлении является самым первым, получившим официальную регистрацию в государственных органах. Первоначально оно

называлось Русское сифилидологическое и дерматологическое общество и было зарегистрировано в Петербурге 9 августа 1885 года. Его председателем стал известный ученый венеролог и сифилидолог В.М. Тарновский, по чьей инициативе и возникло это профессиональное объединение. Впоследствии подобные общества появились в Москве, Киеве, Харькове, Одессе и других городах России.

Уже после образования СССР, в 1937 году, было создано Всесоюзное общество дерматологов и венерологов, которое объединило все существующие к тому моменту региональные организации. Его возглавила академик О.Н. Подвысоцкая. С 1949 по 1965 год почетным председателем Всесоюзного общества дерматовенерологов был член-корреспондент АМН СССР С.Т. Павлов. Затем этот пост в разные годы занимали профессора А.А. Студиницын, О.К. Шапошников, Ю.К. Скрипкин.

В связи с распадом СССР в 1991 году в стране начались радикальные социально-экономические преобразования, непосредственно затронувшие медицинскую сферу в целом и дерматовенерологическую службу в частности. Правопреемником Всесоюзного общества дерматовенерологов, которым на тот момент руководил Ю.К. Скрипкин, стало Всероссийское общество дерматологов и венерологов (ВОДВ). В 2010 году организация получила свое современное название – Российское общество дерматовенерологов и косметологов (РОДВК). Руководила им Анна Алексеевна Кубанова, которая оставалась президентом общества вплоть до 2019 года. В связи с ее уходом из жизни новым руководителем РОДВК был избран Алексей Алексеевич Кубанов.

С 2001 года общество провело более 200 научно-практических мероприятий, способствовавших повышению квалификации врачей-дерматовенерологов и как результат – повышению качества оказываемой медицинской помощи населению. Кенным научно-практическим мероприятиям относятся не только крупные конгрессы и съезды, собирающие более тысячи специалистов со всех регионов Российской Федерации, но и небольшие региональные конференции, насчитывающие по 150–200 участников из определенных областей и округов страны.

Одним из наиболее молодых проектов РОДВК можно назвать проведение «Школы молодого специалиста», для участия в которой приглашаются начинающие врачи-ординаторы из разных субъектов РФ. Общество организует всем участникам обучение на базе ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России в течение кратких двухдневных образовательных циклов.

На сегодняшний день РОДВК является единственной общественной общероссийской организацией, объединяющей врачей дерматовенерологов и косметологов, занятых научно-исследовательской, педагогической и практической работой в области дерматологии, венерологии и косметологии. Общество осуществляет свою деятельность на территории 75 субъектов Российской Федерации.

Основная цель общества – содействие профессиональной и научной деятельности специалистов в области дерматологии, венерологии, косметологии и смежных дисциплин. Также важным направлением является разработка и подготовка клинических рекомендаций, охватывающих основные нозологические формы по профилю «Дерматовенерология». За последние десять лет обществом были выпущены три сборника клинических рекомендаций с расширенными главами по отдельным нозологиям. Все они распространялись среди членов РОДВК.

Российским обществом дерматовенерологов и косметологов была учреждена медаль и Почетная грамота, данными знаками отличия награждаются члены общества, которые внесли большой вклад в развитие дерматовенерологии.

На 1 сентября 2023 года в РОДВК было зарегистрировано 4 576 членов в 74 региональных отделениях, в том числе и в Республике Башкортостан.

Как же происходило становление дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан, в моем родном крае, сейчас с вами рассмотрим.

Стационарная дерматовенерологическая (ДВ) помощь берёт своё начало с 1922 г., когда организовался «Кожно-венерологический амбуланс» на 19 коек. Для оказания помощи при заразных кожных заболеваниях в то время имелись дезинфекционные паровые, пароформалиновые

и серничковые камеры в гг. Белебей, Бирск, Стерлитамак. Были также передвижные отряды по борьбе с венерическими заболеваниями. В 1923 г. были организованы кожно-венерологические диспансеры (КВД) в Уфе на 50 коек и дом-изолятор для фавозных детей.

В 1930 г. на базе КВД открыт Башкирский научно-исследовательский кожно-венерологический институт (БашНИКВИ). В 1936 г. создана кафедра дерматовенерологии БГМИ. До 1939 г. кафедра возглавлялась директором БашНИКВИ Якубсоном А.К., который положил начало изучению эпидемиологических особенностей грибковых заболеваний в Республике Башкортостан (РБ). В 1939–46 гг. дерматовенерологическую службу возглавлял профессор Картамышев А.И. – член Президиума Всесоюзного общества дерматологов 1937 г., автор учебника «Кожно-венерические болезни», организатор Уфимского дерматологического общества (1940 г.). В числе его трудов представляет большой интерес книга «Лечение кожных болезней внушением» (1942 г.), «Аргентофильное основное вещество кожи» (1945 г.), в котором подробно описано строение кожи. Он впервые глубоко изучил аргентофильные волокна в составе эластических и коллагеновых волокон.

В 1946–53 гг. кафедрой заведовал Кузнец М.М., выпускник Киевского медицинского. Под его руководством изучался обмен витаминов и ферментов при различных заболеваниях кожи, а также большое внимание уделялось изучению особенностей клинических проявлений псориаза. Опыт работы главным дерматовенерологом фронта он изложил в многотомнике «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне». Он был одним из исследователей дерматомикозов в Башкирии, а также изучил такие редкие дерматозы, как кератодермия, пеллагра. За вклад в развитие науки в военное и в мирное время профессор Кузнец М.М. был награжден орденом Отечественной войны II степени и Орденом Ленина. Под его руководством ассистент Кадысева Е.А. защитила кандидатскую диссертацию, посвященную использованию витамина А при лечении экземы. Профессор Кузнец М.М. заложил основу изучения трихофитии в Башкирии. В последующие годы вопросы грибковых заболеваний продолжали разрабатывать Медведева Е.А., Бикбулатова Л.И., Габитова Р.Г., Тимофеева Е.Д. Грибковым заболеваниям в дальнейшем были посвящены исследования Чистяковой Э.В., Гафарова М.М., Фахретдиновой Х.С., Хисматуллиной З.Р., Терегуловой Г.А., Петрасюк О.А.

В 1953–66 гг. заведовал кафедрой Максимов Г.С. Названная его именем «Реакция Максимова со свежей каплей крови» явилась основой в усовершенствовании и внедрении экспресс-диагностики сифилиса, в последствии она вошла в медицину как реакция микропрепарации. Научную работу института в 1948–65 гг. возглавлял Шинский Г.Э. Под его руководством работали Фельдман И.Е., Зданович (Беляева) В.В., Чибиряева (Аленникова) А.Д., Тимофеева Е.Д.

Медведева Е.А. – выпускница БГМИ 1943 года, руководила кафедрой в 1967–88 гг., создала школу микологов. Она Заслуженный деятель науки БАССР, награждена многими медалями за участие в Великой Отечественной войне и за доблестный труд. Благодаря её инициативе дополнительно в г. Уфе был открыт городской КВД на 200 коек, а РКВД перешёл в новое, более просторное здание в микрорайоне Затон. Основные направления научных исследований её учеников посвящены изучению эпидемиологии и клиники дерматофитий (Гафаров М.М., Чистякова Э.В., Фахретдинова Х.С., Выговская Т.Л. и др.).

В 1994–98 гг. кафедрой руководила профессор Чистякова Э.В., чьи труды были посвящены эпидемиологии трихофитии.

В 1989–94 гг., 1999–08 гг. заведовал кафедрой профессор Гафаров М.М., он исследовал лечебные факторы курорта Красноусольск в реабилитации больных хроническими дерматозами. Докторская диссертация Гафарова М.М. посвящена изучению эпидемиологии и клиники микозов стоп и их зависимости от экологических факторов Башкортостана. Им предложен ряд новых подходов к терапии: лечение с использованием эубиотиков в комплексе с антимикотиками, ускоренный метод амбулаторного лечения чесотки и др.

С 2008 г. возглавляет кафедру профессор, д.м.н. Хисматуллина З.Р. На кафедре обучаются студенты ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, врачи-дерматовенерологи – в ординатуре, аспирантуре. В последние годы при кафедре дерматовенерологии прошли стажировку врачи

из Турции, Йемена, Палестины и из стран ближнего зарубежья. Важнейшим направлением научной деятельности кафедры является изучение клинико-серологических особенностей сифилиса в Башкирском регионе, изучение социально-гигиенических аспектов профилактики ИППП, изучение дерматофитий.

С 2002 г. организованы курсы повышения квалификации дерматовенерологов. Заведующей курсом дерматовенерологии и косметологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ является профессор Фахретдина Х.С., председатель Уфимского филиала Российского общества дерматовенерологов. Благодаря активной работе профессора Фахретдиновой Х.С. непрерывно поддерживается достойный квалификационный уровень дерматовенерологов.

Дерматовенерологическая служба Уфы была создана в 1920 году в структуре Второй советской больницы во главе с врачом Г. Ройзенцвитом. В 1922 году в больнице было организовано 19 мест для больных кожными и венерическими болезнями.

В 1925 году функционировал городской диспансер на 50 мест для амбулаторного приема. Стационарное лечение с 1930-х годов больные получали в Башкирском НИИ кожно-венерологических заболеваний, в 1965 году реорганизованном в Республиканский кожно-венерологический диспансер.

В годы резкого подъема венерической заболеваемости с 1978 по 1988 годы в Уфе работала вторая городская больница во главе с Н. Степановым. Развитию Республиканского кожно-венерологического диспансера во многом способствовали его главные врачи Р. Гафаров, Р. Казыханова, Ю.Лузин.

В настоящее время главным врачом ГБУЗ РКВД является Камалов Эдуард Салихьянович. Деятельность диспансера акцентируется на организационно-методической работе, направленной на профилактику кожных болезней, инфекций, передаваемых половым путем.

Во исполнение распоряжения Правительства Республики Башкортостан от 13.11.2009 г. №1244-р, а также приказа Минздрава РБ от 20.11.2009 г. №2277-Д «О создании государственного автономного учреждения здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер» с января 2010 г. образовано Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер (ГАУЗ РКВД) по адресу: РБ, г.Уфа, ул.Индустриальное шоссе, 42. ГАУЗ РКВД обслуживает в основном население, проживающее на территории г. Уфа. Основная функция ГАУЗ РКВД проведение профилактических мероприятий, охват диспансерным наблюдением, обеспечение льготными лекарственными средствами пациентов дерматовенерологического профиля, проживающих на территории Уфы.

Во исполнение Распоряжения Правительства Республики Башкортостан от 23 мая 2011 г. с 21 июля 2011 года путем изменения типа существовавшего Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер создано Государственное автономное учреждение здравоохранение Республиканский кожно-венерологический диспансер №1 ГУЗ РКВД №1.

В настоящее время структура дерматовенерологической службы представлена:

- три автономных кожно-венерологических диспансера (ГАУЗ РКВД №1; ГАУЗ РКВД; ГАУЗ РБ КВД г. Салават);
- одна городская больница, осуществляющая оказание специализированной медицинской помощи (ГБУЗ РБ ГБ №5 г. Стерлитамак);
- шесть кожно-венерологических отделений, которые входят в состав многопрофильных ЛПУ: ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ, ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ, ГБУЗ РБ Ишимбайская ЦРБ, ГБУЗ РБ ЦГБ г. Нефтекамск, ГБУЗ РБ ГБ №1 г.Октябрьский;
- дерматовенерологические койки при 13 центральных ЛПУ муниципальных образований;
- пятьдесят три кожно-венерологических кабинета при центральных районных и городских больницах и тридцать восемь – при ЛПУ г.Уфа, где осуществляется оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Ведущим ЛПУ дерматовенерологической службы РБ является ГАУЗ РКВД №1, по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Союзная, 37. Осуществляет организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями РБ по профилю «дерматовенерология». Оказывает консультативную, диагностическую, лечебно-профилактическую помощь всему населению РБ.

С 2001 года в составе поликлиники РКВД организовано отделение для оказания платных медицинских услуг, по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Революционная, 58.

Основными направлениями деятельности ДВ службы являются: реализация госгарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, внедрение современных методов диагностики и лечения, проведение мероприятий направленных на снижение ДВ заболеваемости, совершенствование реабилитационной помощи детям, укрепление амбулаторно-поликлинического звена, повышение качества диспансерного наблюдения, более упорядоченное и рентабельное использование стационарного фонда.

Одним из важных критериев повышения качества оказания медицинской помощи населению является улучшение материально-технической базы службы, ее современное оснащение, а также внедрение передовых технологий. Благодаря реализации Федеральной и Республиканских целевых программ, направленных на снижение заболеваемости ИППП, значительно улучшилась материально-техническая база дерматовенерологической службы республики, а достигнутые целевые индикаторы стали лучше индикаторов, предусмотренных программами.

В рамках реализации подпрограммы «Инфекции, передаваемые половым путем» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2012 годы) с января 2010 года на базе ГАУЗ РКВД функционирует подростковый специализированный центр «Доверие», оказывающий медицинскую помощь детям от 0 до 18 лет, по адресу: г. Уфа, ул. им 50-летия СССР, 45.

Врачи-дерматовенерологи республики четыре года подряд были победителями республиканского конкурса на звание «Лучший врач-инфекционист».

ГБУЗ РКВД №1 является клинической базой кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ и курса дерматовенерологии и косметологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, учебной базой для Башкирского медицинского колледжа Минздрава РБ. Врачи ГБУЗ РКВД №1 также вовлечены в научно-исследовательскую работу совместно ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ.

Список литературы:

1. Бутов, Ю.С. Дерматовенерология / Ю.С. Бутов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 727 с.
2. Дерматовенерология / В.В. Чеботарев и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
3. Платонова, А.Н. Дерматовенерология. Атлас / А.Н. Платонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 708 с.
4. Рубинс, А. Дерматовенерология / А. Рубинс. – М.: Издательство Панфилова, 2023. – 368 с.
5. Мухамадеева О.Р., Шарафутдинова Н.Х., Шарафутдинов М.А., Павлова М.Ю. Ресурсы дерматовенерологической службы в Республике Башкортостан (ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, Россия).

РУБРИКА

«ПЕДАГОГИКА»

КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Баянова Елена Павловна

студент,
Томский государственный педагогический университет,
РФ, г. Томск

Аннотация. В статье представлен опыт коррекционно-логопедической работы по предупреждению нарушений чтения и письма у детей 5-6 лет с общим недоразвитием речи.

Ключевые слова: письменная речь, общее недоразвитие речи.

Р.Е. Левина охарактеризовала общее недоразвитие речи как речевое нарушение у детей с нормальным слухом, сохранным интеллектом. Она определяет его как «форму речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и к смысловой сторонам речи».

Р.Е. Левина выделяет три уровня развития речи у детей с общим недоразвитием речи, каждый из которых характеризуется различной степенью сложности и нарушений. В современной логопедии к этим уровням добавлен четвертый уровень, предложенный Т.Б. Филичевой в 2000 году, который расширяет классификацию.

Л.С. Выготский определяет письменную речь как «речь без интонационной, экспрессивной, вообще без всей звучащей стороны. Это речь в мысли, в представлении, но речь, лишенного самого существенного признака устной речи – материального звука».

Письменная речь является способом выражения внутренней речи, но процесс ее реализации сложнее. Формирование письменной речи невозможно без определенного уровня развития устной речи, но она полностью не зависит от нее. Внутренняя речь играет критическую роль в формировании письменной речи, поскольку она позволяет ребенку преобразовывать свои мысли в связные и логически последовательные высказывания. Автоматизированные движения руки являются конечным этапом сложного процесса перевода устной речи в письменную. Этому предшествует сложная деятельность, подготавливающая конечный этап.

Реализация экспериментальной работы по предупреждению нарушений чтения и письма у детей 5-6 лет с общим недоразвитием речи предполагает комплексное обследование: фонематического слуха, готовность к звуковому анализу, моторики и грамматического строя речи с целью дальнейшего планирования, и реализации коррекционной работы с детьми.

В рамках исследования использовалось сочетание методик, которое выявило состояние основных психических функций и процессов обеспечивающих формирование предпосылок письменной речи.

В рамках исследования были использованы методики:

1. Методика В.В Коноваленко и С.В. Коноваленко «Экспресс-обследование фонематического слуха и готовности к звуковому анализу у детей дошкольного возраста». Диагностика показала, что различие сходных фонем на слух и различие сходных фонем в произношении у детей находится на среднем уровне. А также вызывают трудности выполнение заданий на готовность к звуковому анализу.

2. Методика Л.А. Венгера «Дорожки». Диагностика выявила, что у большинства детей не подготовлена рука к овладению письмом, не сформировано внимание и контроль за собственными действиями.

3. Блок грамматический строй речи из методики Е.В. Мазановой «Обследование речи детей 5 – 6 лет с общим недоразвитием речи». Диагностика выявила, что у детей, вызывает трудности выполнение проб на навыки употребления в речи существительных в форме единственного и множественного числа именительного и родительного падежа, умения дифференцировать предлоги, а также умение на согласование существительных с глаголом и числительным.

Для коррекционно-логопедической работы по предупреждению нарушений чтения и письма у детей 5-6 лет с общим недоразвитием речи была разработана система работы, которая включает в себя три основных направления:

1. Развитие фонематического слуха и развитие готовности к звуковому анализу;

2. Подготовка руки к овладению письмом, развитие внимания и контроля за собственными действиями;

3. Развитие грамматического строя речи.

В системе работы применялись методики коррекции:

1. Т.А. Ткаченко «Развитие фонематического слуха у дошкольников»;

2. С.Е. Гаврина, Н.Л. Кутявина, И.Г. Топоркова, С.В. Щербинина «Развиваем руки – чтобы учиться и писать, и красиво рисовать»;

3. Н.Н. Созонова, Е.В. Куцина «Грамматика для дошкольников»;

4. Е.Г. Юдина, Е.В. Бодрова Технологии из программы «ПРОДЕТЕЙ».

Структура коррекционно-логопедического занятия включает в себя:

1. Организационный момент;

2. Развитие зрительно-пространственной ориентации: мелкая моторика;

3. Развитие фонематического слуха и развитие готовности к звуковому анализу;

4. Развитие артикуляционной моторики;

5. Развитие грамматического строя речи;

6. Развитие психических процессов: внимание, память, логическое мышление;

7. Подготовка руки к овладению письмом;

8. Подведение итогов занятия.

Апробация представленной системы работы доказала свою эффективность так как данные свидетельствуют о том, что навык подготовки руки к овладению письмом был усвоен на 12% эффективнее, грамматический строй речи на 9,1%, фонематический слух и готовность к звуковому анализу на 9% больше, чем в контрольной группе.

Список литературы:

1. Выготский Л.С. Мышление и речь // Выготский Л.С. Собр. соч. В 6-ти т. Т.2 – М.: Педагогика, 1982.
2. Левина, Р.Е. Нарушение письма у детей с недоразвитием речи. – М.: Издво АПН РСФСР, 1961.
3. Лурия, А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования: Учеб. Пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. Заведений / А.Р. Лурия. – Москва: Академия, 2002.

РЕЖИМ ДНЯ У СТУДЕНТОВ

Бикмухаметова Диана Радмировна

ординатор,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
Медицинский университет
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель,
канд. мед. наук, доцент,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
Медицинский университет
РФ, г. Уфа

DAILY ROUTINE FOR STUDENTS

Diana Bikmukhametova

Resident, Federal State Budgetary Educational,
Institution of Higher Education Bashkir State,
Medical University,
Russia, Ufa

Gulgена Mustafina

Scientific adviser, Cand. Med. Sciences,
Associate Professor, Federal State Budgetary
Educational Institution of Higher Education
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Аннотация. Работа посвящена изучению режиму труда и отдыха, распорядка дня студентов Башкирского государственного медицинского университета 1 курса.

Abstract. The work is devoted to the study of the work and rest regime, the daily routine of first-year students of the Bashkir State Medical University.

Ключевые слова: режим труда, отдыха, распорядок дня, студенты, медицинский университет, тайм-менеджмент.

Keywords: work and rest schedule, daily routine, students, medical university, time management.

Цель исследования: Изучить распорядок дня студентов 3 курса БГМУ и поделиться методами планирования дня, с целью нормализации учебного процесса и повышения качества жизни.

Материалы и методы. Исследование было проведено на основе теоретического анализа отечественной, зарубежной литературы, а также на основе анализа результатов анкетирования среди студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение. В книге «Режим дня: распорядок гения» есть прекрасная фраза: «в умелых руках режим дня – точно откалибранный механизм, позволяющий наилучшим образом использовать наши ограниченные ресурсы: прежде всего время, которого нам более всего не хватает», а также силу воли, самодисциплину, оптимизм». Это действительно так: человек, умеющий грамотно распределять свое время, успевает выполнить гораздо больше задач, чем тот, кто не знаком с распорядком дня.

Режим или распорядок дня – это определенная этапность всей деятельности человека, которую необходимо соблюдать, чтобы оптимизировать жизнь и повысить качество жизни.

Распорядок дня важен для любого человека, но для студентов особенно, так как им необходимо уметь сочетать тяжелую учебу в университете, работу, социальную жизнь, различные хобби.

К тому же студенты медицинского университета – это будущие врачи, которые должны пропагандировать здоровый образ жизни на собственном примере, но из-за отсутствия навыка к грамотному распорядку дня сами часто не успевают заниматься спортом.

Мы опросили 50 студентов БГМУ 3 курса чтобы выяснить, всё ли они успевают в течение дня и довольны ли своим режимом. В ходе опроса было выяснено, что своим режимом дня довольны только 2% опрошенных студентов, остальные отмечают, что им не хватает времени для полноценного сна и социальную жизнь. Некоторые студенты отмечают, что если делают упор на работу, хобби, то замечают просадку в учебе и наоборот. Больше половины студентов (54% или 27 человек) не слышали про тайм-менеджмент и никогда не пользовались его методами. 45 опрошенных из 50 хотят, но не могут найти время на занятия спортом. 37 из 50 опрошенных отмечают, что могли достичь больших успехов в учебе, если бы обладали навыками планирования дня.

Почему же полезно соблюдать распорядок дня? Благодаря грамотному режиму дня можно повысить качество и продолжительность сна, нормализовать функционирование нервной системы, улучшить соматическое, физическое и психологическое здоровье. Студенты, которые соблюдают режим дня, могут достичь больших успехов в учебе, оставаясь социально-активными.

Вот ряд советов, которые мы хотели бы дать студентам для нормализации режима дня:

1. Проанализировать ход дней в течение 1-2-х недель: это позволит определить, сколько времени необходимо на выполнение однотипных задач: сделать зарядку утром, приготовить завтрак, прочитать книгу, подготовить доклад и т.д. На основе этого выявить ряд первостепенных задач, ведь не зря говорят «20% дел приносят 80% результата». В этом поможет метод приоритизации, который описан ниже.

2. Воспользоваться методом приоритизации или, так называемой, матрицей Эйзенхауэра. Согласно этому методу все дела необходимо разделить на четыре группы: срочные важные дела (например: подготовить доклад, выучить тему), срочные неважные дела (купить продукты домой), несрочные важные дела (заняться спортом, встретиться с друзьями), несрочные неважные дела (сидеть в социальных сетях). Пока не будут выполнены планы из графы «срочные и важные дела», за задачи из других ячеек можно не браться.

3. Попробовать метод 1-3-5, который предлагает выполнять в день 9 задач: 1 из которых – главная, 3 важные, 5 оставшиеся.

4. Начать пользоваться трекером привычек: это позволит легко внедрять новые привычки и не бросать цели на полпути. К тому же, когда задача будет выполнена, она будет зачеркнута из списка дел и можно (даже нужно!) обязательно себя похвалить.

5. В ходе длительной работы за компьютером, не забывать делать зрительную зарядку: это позволит снизить риск снижения зрения. Рекомендуется делать зарядку каждые 1-2 часа работы за компьютером.

Заключение и выводы: соблюдение режима дня, грамотное распределение задач важно не только для студентов, но и для любого человека, так как рациональный режим дня является одним из факторов, обеспечивающих высокую работоспособность и хорошую успеваемость. Человек, умеющий со студенческой поры правильно организовать режим труда и отдыха, сохранит навыки тайм-менеджмента, которые пригодятся в будущем не только для построения успешной карьеры, но и для создания счастливой семьи.

Список литературы:

1. Гречников Ф.В., Клентак Л.С. Влияние метода формирования портфолио на эффективное использование времени студентами вуза. // ИТС. – 2016. – № 1 (82).
2. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю., Ибрагимова Е.М. Качество жизни и медико-социальные особенности российских подростков, обучающихся в разных образовательных учреждениях. Acta Biomedica Scientifica. 2013;(3(1)):75-80.
3. Карри М. Режим гения: распорядок дня великих людей/Мейсон Карри; Пер. с англ. – М.: Альбина Паблишер, 2013.

МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Салимова Альфия Альбертовна

магистрант

Института психологии и образования Казанского
федерального университета,
РФ, г. Казань

Данкова Вероника Борисовна

научный руководитель,
канд. пед. наук, доцент,

Институт психологии и образования
Казанского федерального университета,
РФ, г. Казань

В настоящее время в системе образования на всех его ступенях доминирует компетентностный подход, это хорошо иллюстрирует внедрение профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)». Интенсивные изменения, происходящие в образовательной среде, детерминируют возрастающие требования к педагогам: теперь им необходимо не только осваивать новые знания, наращивать умения успешно адаптироваться к изменениям, применять инновационные методы и подходы, эффективно взаимодействовать с растущим многообразием потребностей воспитанников, как представителей новой цифровой эпохи, и их родителей, но и овладевать навыками создания новых цифровых образовательных продуктов и электронных образовательных ресурсов. Однако, несмотря на данное существенное обновление в описании профессиональных компетенций, существует противоречие между потребностями современной педагогической практики и уровнем подготовки кадров.

Одним из способов успешного разрешения выделенного противоречия может стать использование методической системы как средства повышения профессиональной компетентности педагогов дошкольной образовательной организации. Однако, в этом случае система должна включать в себя модули, охватывающие разнообразные аспекты педагогической деятельности: от новейших педагогических технологий до психологической подготовки к взаимодействию с детьми и их родителями. Такой подход обеспечит педагогов не только актуальной информацией, но и практическими инструментами для успешной реализации своих образовательных задач.

Прежде чем описать практические аспекты использования методической системы как средства повышения профессиональной компетентности педагогов ДОО, необходимо уточнить основные понятия. Итак, Панфилова О.И., проводя анализ существующих определений понятия «профессиональная компетентность» констатирует, что мнения ученых сильно расходятся в его интерпретации. При этом ученый соглашается с предложенным В.А. Сластениным определением, согласно которому под ней подразумевается «интегральная характеристика деловых и личностных качеств специалиста, отражающая не только уровень знаний, умений и опыта, но и социально-нравственную позицию личности» [1]. В рамках данной статьи указанное понятие также будет интерпретироваться в контексте приведенного определения.

Т.Н. Садыковой и С.Г. Молчановым был проведен анализ нормативно-правовых документов и научных исследований, раскрывающих понятие профессиональной компетентности педагога, по итогам которого ими указывается, что в них оно раскрывается, как «заданное социальное требование к готовности воспитателя реализовать образовательные задачи», как «совокупность способов профессиональной деятельности», как «совокупность социально-

профессиональных и социально-статусных компетенций». В свою очередь, сами ученые предлагаю интерпретировать профессиональную компетентность педагога, в частности, педагога дошкольного образования, как «совокупность компетенций, которые обеспечивают передачу содержания образования и содержания социализации» [2].

В настоящее время можно говорить о наличии нескольких вариантов описания структуры профессиональной компетентности педагога. Одной из наиболее интересных среди них является концепция В.Д. Шадрикова. Согласно позиции ученого, в ней могут быть выделены следующие компоненты: «компетентность в области личностных качеств; компетентность в постановке целей и задач педагогической деятельности; компетентность в мотивировании обучающихся (воспитанников) на осуществление учебной (воспитательной) деятельности; компетентность в разработке программы деятельности и принятии педагогических решений; компетентность в обеспечении информационной основы педагогической деятельности; компетентность в организации педагогической деятельности» [5].

В исследованиях Т.С. Фещенко был проведен глубокий анализ имеющихся трактовок понятия «методическая система», являющегося ключевым в рамках данной статьи. Ученым приводятся определения, принятые в различных научных подходах, однако, большинство из них характеризует методическую систему обучения, а не данное понятие в целом. В результате ученым предлагается авторский вариант дефиниции, согласно которой «методическая система – сложная, открытая динамическая система, включающая цели, содержание, методы и средства, организационные формы, ориентированная на личность учителя, обеспечивающая взаимодействие преподавателя и обучающихся на основе деятельностного подхода и учитывающая социальный контекст развития общества и образования». Данное определение является достаточно конкретным и с соответствующей адаптацией может быть успешно экстраполировано на систему дошкольного образования и процесс повышения профессиональной компетенции педагогов ДОО.

Таким образом, с учетом доминирования компетентностного подхода в образовании и требований профессионального стандарта, необходимо активно разрабатывать и внедрять методическую систему, способствующую повышению профессиональной компетентности педагогов дошкольной образовательной организации. Однако, если теоретические предпосылки создания данной системы относительно понятны, то практическая сторона ее реализации на современном этапе сопряжена с множеством трудностей. В рамках данной статьи автором описан один возможных алгоритмов по ее созданию.

Итак, процесс по ее созданию может быть условно дифференцирован на следующие этапы:

1. Организационный этап. На данном этапе проводится диагностика актуального развития профессиональных компетенций у педагогов ДОО, производится анализ полученных результатов, выделяется перечень проблемных областей (компетентностей, которые нуждаются в развитии у конкретных педагогов).

2. Подготовительный этап. На этом этапе с учетом полученных результатов первоначальной диагностики разрабатывается методическая система повышения профессиональной компетентности педагогов конкретной ДОО. В ней отражаются цели и задачи данного процесса, описывается календарно-тематическое планирование и содержание проводимой работы, используемые для этого методы и средства, организационные формы. Необходимо акцентировать внимание на том, что описание методической системы повышения профессиональной компетентности педагогов конкретной ДОО производится, как в целом, так и в разрезе отдельных блоков, идентичных по направленности основным компонентам структуры профессиональной компетентности по В.Д. Шадрикову. Каждому компетентностному блоку присваивается свой символ или цвет, с которыми старший воспитатель знакомит педагогов.

Далее на каждого педагога составляется индивидуальный маршрут повышения профессиональной компетентности с опорой на разработанную методическую систему. В нем выделяются два сектора:

1) первый сектор – зона совместной работы – в ней отражаются мероприятия из календарно-тематического планирования, которые педагог должен посетить. Каждое мероприятие

помечается цветом или символом, что отражает его ориентацию на развитие конкретной профессиональной компетентности;

2) второй сектор – зона самостоятельной работы – в ней представлены мероприятия, обязательные для выполнения педагогами для отражения их субъектной позиции в процессе повышения их профессиональной компетентности, а также задания «со звездочкой» для активных, творческих и деятельностных педагогов, стремящихся к интенсивному профессиональному саморазвитию.

3) Основной этап. На этом этапе производится непосредственная реализация методической системы, как средства повышения профессиональной компетентности педагогов ДОО.

4) Заключительный этап предполагает проведение повторной диагностики с целью выявления динамики в развитии профессиональной компетентности у педагогов ДОО, а также выявление трудных для коррекции зон и областей методической системы, в которые необходимо внести корректировки.

Таким образом, предложенный подход к построению методической системы, как средства повышения профессиональной компетенции педагогов ДОО, является достаточно гибким, адаптивным, что позволяет адаптировать ее под интересы и потребности дошкольной образовательной организации любого типа и комплектности, а также к любому по составу и уровню квалификации педагогическому коллективу.

Список литературы:

1. Панфилова О.И. Понятие «профессиональная компетентность» и различные подходы к изучению феномена данного понятия // Инновационные педагогические технологии: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2016 г.). – Казань, 2016. – С.3-6.
2. Садыкова Т.Н., С.Г. Морлчанов Профессиональная компетентность педагога как средство управления качеством дошкольного образования // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. – 2020. – №9-10. – С.10-16.
3. Сластенин В.А. Педагогическое образование: вызовы XXI века // Международная научно-практическая конференция «Педагогическое образование: вызовы XXI века». – 2010. – №22. – С.70.
4. Фещенко Т.С. К вопросу о понятии «методическая система» // Молодой ученый. – 2013. – №7 (54). – С. 432-435.
5. Шадриков В.Д. Квалификация педагогических кадров [Электронный ресурс] – Копилка учителя. URL: <https://yataal.wordpress.com/2016/05/20/шадриков-в-д-квалификация-педагогиче/> (дата обращения: 09.09.2024)

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ

№ 30 (297)
Сентябрь 2024 г.

Часть 2

В авторской редакции

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 – 66232 от 01.07.2016

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: studjournal@nauchforum.ru

16+

