



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN: 2542-2162

№31(298)

часть 1

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ



Г. МОСКВА



Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ

№ 31 (298)
Октябрь 2024 г.

Часть 1

Издается 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. Яковлева», 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";

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

Комарова Оксана Викторовна – канд. экон. наук, доц. 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. – № 31(298). Часть 1. М., Изд. «МЦНО», 2024. – 72 с. – Электрон. версия. печ. публ. – <https://nauchforum.ru/journal/stud/31>.

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

Статьи на русском языке	5
Рубрика «Медицина и фармацевтика»	5
МНОГОФОРМНАЯ ЭРИТЕМА: СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Ахметова Алия Маратовна Мустафина Гульгена Рафисовна	5
ПИГМЕНТАЦИЯ Богданова Илина Рамиловна Мустафина Гульгена Раисовна	9
МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА Вагизова Ралина Ильфировна Мустафина Гульгена Раисовна	15
ПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА Давлетханова Эльза Рустамовна Мустафина Гульгена Раисовна	17
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ Зиннатуллина Азалия Фанисовна Мустафина Гульгена Раисовна	19
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА Кильдебекова Эльза Ринатовна	25
СКЛЕРОДЕРМИЯ Нигаметзянова Дарина Фоатовна Мустафина Гульгена Раисовна	28
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТРИХОФИТИИ У ЧЕЛОВЕКА Сунагатова Аида Юльевна Мустафина Гульгена Раисовна	31
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТРИХОМОНИАЗА. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ Фахретдинова Полина Михайловна Мустафина Гульгена Раисовна	34
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ Хузина Айгуль Олеговна	38
СИФИЛИС. ЭТИОЛОГИЯ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА. ЛЕЧЕНИЕ Шангариева Эльмира Рузилевна Мустафина Гульгена Раисовна	40
Рубрика «Социология»	42
ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ СТРЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СГМУ Маврешко Дарья Викторовна Скорб Янина Евгеньевна Зверева Ольга Олеговна Филимонова Ольга Леонидовна	42

СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЙ «РЕПУТАЦИЯ», «ИМИДЖ» И «БРЕНД» В СЕГМЕНТЕ B2B Шейна Юлия Алексеевна Жигалова Наталья Григорьевна	46
Рубрика «Экономика»	50
МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БИЗНЕСА Кабдылкакова Галия Серикболовна Дуйсебаева Айжан Матаевна	50
ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФОРМА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА Кирпач Анастасия Андреевна	55
ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КАРТЫ КАК ИНСТРУМЕНТА СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НЕФТЕГАЗОВОГО ПРЕДПРИЯТИЯ Мурзабаев Альберт Фирдатович	57
ОСОБЕННОСТИ ДОГОВОРА СОЦИАЛЬНОГО НАЙМА ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ Сапожников Павел Андреевич	62
ФИНАНСОВАЯ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕМ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Туриспаев Ержан Молдагалиевич Тажиева Самал Кожаметовна	64

СТАТЬИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

РУБРИКА

«МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА»

МНОГОФОРМНАЯ ЭРИТЕМА: СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ахметова Алия Маратовна

ординатор,
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Рафисовна

научный руководитель, доц.
кафедры дерматовенерологии с курсами
дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
РФ, г. Уфа

ERYTHEMA MULTIFORME: SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT

Aliya Akhmetova

Resident,
Federal State Budgetary Educational Institution
of Higher Education "Bashkir State Medical University"
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Russia, Ufa

Gulgena Mustafina

Scientific supervisor, associate Professor of the
Department of Dermatovenereology with courses
in Dermatovenereology and Cosmetology FIPO,
Russia, Ufa

Аннотация. В статье рассматриваются механизмы патогенеза, в частности, связь с вирусом простого герпеса и роль клеточно-опосредованного иммунного ответа. Описываются клинические проявления, включая зуд, жжение и боль, а также серьезные осложнения, такие как синдром Стивенса-Джонсона. Обсуждаются провоцирующие факторы, включая инфекции и медикаменты, и подчеркивается важность ранней диагностики для предотвращения тяжелых последствий.

Abstract. The article examines the mechanisms of pathogenesis, in particular, the connection with the herpes simplex virus and the role of a cell-mediated immune response. Clinical manifestations are described, including itching, burning and pain, as well as serious complications such as Stevens-Johnson syndrome. Provoking factors, including infections and medications, are discussed, and the importance of early diagnosis to prevent severe consequences is emphasized.

Ключевые слова: многоформная эритема, МЭ, иммуноопосредованная реакция, мишеневидные высыпания, синдром Стивенса-Джонсона, вирус простого герпеса, патогенез, генетическая предрасположенность, диагностика, лечение, осложнения, рецидивирование, симптоматическая терапия.

Keywords: erythema multiforme, ME, immuno-mediated reaction, target-like rashes, Stevens-Johnson syndrome, herpes simplex virus, pathogenesis, genetic predisposition, diagnosis, treatment, complications, recurrence, symptomatic therapy.

Многоформная эритема (МЭ) – острая иммуноопосредованная воспалительная реакция кожи и, в ряде случаев, слизистых оболочек на различные стимулы, характеризующаяся мишеневидными очагами поражения с периферической локализацией, склонная к рецидивированию и саморазрешению.

«Большая многоформная эритема» – это термин, используемый для описания ЭМ с тяжелым поражением слизистых оболочек (и, возможно, с сопутствующими системными симптомами, такими как лихорадка и артралгии). Малая мультиформная эритема относится к ЭМ без поражения слизистых оболочек (или с легким течением) (и без сопутствующих системных симптомов).

МЭ проявляется симметричными высыпаниями на руках, ногах, лице и слизистых оболочках, часто сопровождается зудом, жжением или болью. Легкие формы заболевания могут проходить самостоятельно, тогда как более тяжелые случаи требуют медицинского вмешательства.

МЭ может проявляться в легкой форме, но в некоторых случаях развивается в тяжелые состояния, такие как синдром Стивенса-Джонсона или токсический эпидермальный некролиз, которые могут быть угрожающими для жизни. Эти формы требуют немедленного лечения в стационаре.

Болезнь может рецидивировать, особенно если вызвана инфекцией, такой как вирус герпеса, что ухудшает качество жизни пациента.

В некоторых случаях многоформная эритема поражает слизистые оболочки глаз, рта и гениталий, что может привести к длительным осложнениям, таким как потеря зрения, рубцевание или инфекционные осложнения.

Многоформная эритема может быть ошибочно принята за другие кожные заболевания (например, аллергические реакции, крапивницу или васкулиты), что усложняет диагностику и задерживает правильное лечение.

Высыпания при МЭ могут выглядеть по-разному – от небольших пятен до крупных пузырей, что затрудняет постановку диагноза на ранней стадии.

Заболевание может быть вызвано множеством факторов – инфекциями, лекарствами, вакцинами – что также затрудняет быстрое выявление причины и лечение.

Знание симптомов и возможных триггеров помогает своевременно распознать заболевание и обратиться к врачу для адекватного лечения, что значительно улучшает прогноз и снижает риск тяжелых осложнений.

Большая часть доступных данных о патогенезе этого заболевания была получена в результате исследований, посвященных ЭМ, ассоциированной с вирусом простого герпеса (ВПГ). Считается, что развитие ЭМ вторично по отношению к инфекции ВПГ связано с клеточно-опосредованным иммунным процессом, направленным против вирусных антигенов, депонированных в пораженной коже [1]. Обнаружение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВПГ в образцах биопсии кожи пациентов с ЭМ подтверждает эту теорию [2].

Был предложен следующий механизм развития кожно-слизистых поражений на фоне ВПГ-инфекции [3]:

- Вирус, попадающий в кровь при реактивации ВПГ-инфекции, фагоцитируется циркулирующими мононуклеарными клетками периферической крови, в частности предшественниками CD34+ клеток Лангерганса.

- CD34+-клетки, содержащие ВПГ, попадают в эпидермис, где переносят фрагменты вирусной ДНК в эпидермальные кератиноциты. Миграции в эпидермис способствует индуцируемая вирусом повышающая регуляция экспрессии E-кадгерина в этих клетках и присутствие молекул адгезии на микрососудистых эндотелиальных клетках.

- Экспрессия генов ВПГ в коже приводит к рекрутированию ВПГ-специфичных CD4+Th1 клеток, которые продуцируют интерферон (IFN)-гамма в ответ на вирусные антигены.

- Высвобождение IFN-гамма запускает воспалительный каскад, который способствует лизису кератиноцитов, инфицированных ВПГ, и привлечению аутореактивных Т-клеток. Эти явления приводят к повреждению эпидермиса и воспалительному инфильтрату, которые характеризуют кожные поражения при ЭМ.

Неясно, ответственен ли аналогичный путь за развитие ЭМ, связанный с другими провоцирующими агентами. При медикаментозно-индуцированной ЭМ наличие фактора некроза опухоли (TNF) -альфа, а не IFN-гамма, коррелирует с развитием кожных поражений [4]. Однако ЭМ возникла на фоне терапии ингибиторами ФНО-альфа [5].

ЭМ не встречается у большинства людей, инфицированных ВПГ, и не возникает при каждом рецидиве ВПГ-инфекции у лиц с ЭМ, ассоциированной с ВПГ в анамнезе [6]. Причина этого неизвестна. Предполагается, что на развитие ЭМ могут влиять различные факторы, такие как наличие ключевого подмножества мононуклеарных клеток периферической крови, различия в процессинге вирусной ДНК фагоцитарными клетками, вариации специфических вирусных белков, экспрессируемых в коже, или наличие других факторов, влияющих на развитие аутореактивного иммунного ответа [7]. В одном исследовании образцов биопсии 30 пациентов с ЭМ вирусно индуцированная ЭМ была связана с более высоким количеством плазматоидных дендритных клеток в дерме, чем ЭМ, связанная с другими специфическими триггерами [8].

Сообщалось о наличии антител против плакинов у пациентов с ЭМ, но неясно, представляет ли это патогенетический механизм или вторичное явление [9]. Кроме того, связь с клинической картиной ЭМ неясна. В одном ретроспективном анализе 29 пациентов с ЭМ, ассоциированной с антителами к антиплакину (десмоплакин 1/2, энвоплакин и / или периплакин), поражение по крайней мере двух слизистых оболочек и рецидив заболевания были обычным явлением, встречающимся у 83 и 79 процентов пациентов соответственно [8].

Генетическая предрасположенность может играть роль в преимущественном развитии ЭМ. В исследовании 35 пациентов с ЭМ и 80 контрольных аллель HLA-DQB1*0301 выявлялся чаще у пациентов с ЭМ, чем в контрольной популяции (66 против 31 процента соответственно) [8]. Наиболее сильная ассоциация с аллелем была обнаружена среди пациентов с ЭМ, ассоциированной с герпесом. Также сообщалось об ассоциациях с HLA типов Aw33, DRw53, B15(62), B35 и DQ3; однако связь Aw33 и DQ3 с ЭМ была поставлена под сомнение [8].

Лечение часто не требуется, поскольку эпизоды, как правило, самоограничиваются без продолжающихся осложнений. Однако при поражении глаз всегда следует обращаться к офтальмологу, учитывая риск более серьезных последствий.

Лечение симптоматических случаев легкой степени тяжести:

- Зуд – пероральные антигистаминные препараты и / или стероиды для местного применения при зуде или дискомфорте, связанных с поражениями кожи

- Боль – при незначительном поражении слизистой оболочки рекомендуется полоскание полости рта, содержащее антисептик или местный анестетик.

Другие методы лечения зависят от причины:

- Провоцирующие инфекции – проводить соответствующее лечение (обратите внимание, что лечение ВПГ существенно не влияет на течение единичного эпизода мультиформной эритемы)

- Вредные препараты – прекратите прием и избегайте в будущем.

Тяжелое заболевание слизистой оболочки:

- Может потребоваться госпитализация для поддержки перорального приема.

- Хотя фактические данные ограничены, было высказано предположение, что преднизолон уменьшает тяжесть и продолжительность симптомов в этих случаях.

Ремиссии бывает трудно достичь; может потребоваться более длительная терапия или альтернативные противовирусные препараты.

Другие системные препараты, применяемые (с различной доказательной базой) в случаях резистентности к противовирусным препаратам, включают азатиоприн, дапсон, микофенолат мофетил и противомалярийные препараты.

Список литературы:

1. Ahdout J, Haley JC, Chiu MW. Erythema multiforme during anti-tumor necrosis factor treatment for plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010 May;62(5):874-9. doi: 10.1016/j.jaad.2009.04.048. Epub 2009 Nov 13. PMID: 19913942.
2. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003 Feb;9(1):1. PMID: 12639459.
3. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003 Feb;9(1):1. PMID: 12639459.
4. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003 Feb;9(1):1. PMID: 12639459.
5. Brice SL, Krzemien D, Weston WL, Huff JC. Detection of herpes simplex virus DNA in cutaneous lesions of erythema multiforme. *J Invest Dermatol.* 1989 Jul;93(1):183-7. doi: 10.1111/1523-1747.ep12277397. PMID: 2545789.
6. Brice SL, Leahy MA, Ong L, Krecji S, Stockert SS, Huff JC, Weston WL. Examination of non-involved skin, previously involved skin, and peripheral blood for herpes simplex virus DNA in patients with recurrent herpes-associated erythema multiforme. *J Cutan Pathol.* 1994 Oct;21(5):408-12. doi: 10.1111/j.1600-0560.1994.tb00281.x. PMID: 7868752.
7. Ono F, Sharma BK, Smith CC, Burnett JW, Aurelian L. CD34+ cells in the peripheral blood transport herpes simplex virus DNA fragments to the skin of patients with erythema multiforme (HAEM). *J Invest Dermatol.* 2005 Jun;124(6):1215-24. doi: 10.1111/j.0022-202X.2005.23712.x. PMID: 15955097.
8. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol.* 1993 May;128(5):542-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.1993.tb00232.x. PMID: 8504046.

ПИГМЕНТАЦИЯ

Богданова Илина Рамиловна

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

Мустафина Гульгена Раисовна

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

Меланоциты – клетки, которые синтезируют кожный пигмент меланин, который обладает повышенной чувствительностью на все негативные воздействия. Стимулом для синтеза меланина в меланоцитах служит ультрафиолетовое излучение, в ответ на воспаление, механическое раздражение, инфекционное заболевание или проведение процедур, сопровождающихся травмированием, так же гормоны и некоторые лекарственные вещества.

Пигментации (дисхромии) – это любые нарушения окраски кожи, связанные с патологией синтеза меланина и других пигментов, присущих коже и внесенных извне.

Патогенез гиперпигментации кожи

Цвет кожи человека зависит от множества факторов:

- количества и распределения пигментов;
- толщины эпидермиса;
- состояния рогового слоя;
- количества и расположения кровеносных сосудов;
- свойств меланосом – структур клеток, содержащих меланин и другие светопоглощающие пигменты;
- содержания в меланосомах меланина и скорости его расщепления в клетках эпидермиса (кератиноцитах).

Меланин в меланоцитах вырабатывается в особых структурах – меланосомах из аминокислоты тирозина. Тирозин входит в состав белков всех живых организмов. Под воздействием ферментов (тирозиныазы и ДОФА-оксидазы) из тирозина образуется промежуточный продукт обмена – диоксифенилаланин. Затем через ряд соединений диоксифенилаланин превращается в меланин.

Образование меланина (меланогенез) зависит от наличия тирозина, молекулярного кислорода, ионов меди и цинка.

Один квадратный сантиметр кожи человека содержит в среднем 1200 меланоцитов. Количество меланоцитов у рас с тёмной кожей незначительно больше, в то время как их функция образования меланина гораздо сильнее. Это предопределено генетически.

Ультрафиолетовое облучение служит пусковым механизмом пигментообразования. Также известно влияние нервной системы на меланогенез. Рассматривают два пути регуляции:

- Через гипоталамус и аденогипофиз (переднюю долю гипофиза), который завершается выбросом меланоцитстимулирующего гормона (МСГ) промежуточной долей гипофиза. МСГ активизирует выработку меланина.
- Через эпифиз, который производит угнетающий выработку меланина гормон мелатонин. Вследствие противоположного влияния МСГ и мелатонина результат зависит от преобладания того или другого гормона.

Кожа – гормонозависимый орган. Её функции регулируют прежде всего половые гормоны. Уровень половых гормонов у женщин колеблется на протяжении овуляторного цикла, во время беременности, при приёме контрацептивов и в период менопаузы. Эти факторы способствуют избыточному накоплению меланина. До трети женщин, применяющих комбинированные оральные контрацептивы, страдают избыточной пигментацией.

Классификация и стадии развития гиперпигментации кожи

В международной практике патологическую окраску кожи, связанную с умеренным нарушением выработки меланина, называют меланозом. Усиленное меланообразование с выраженным изменением окраски кожи – гипермеланозом.

Классификации нарушений пигментообразования кожи условно подразделяют на следующие типы:

- физиологические (факультативные);
- приобретённые (патологические);
- генетические (не зависящие от других факторов).

По другой классификации выделяют два типа гипермеланоза:

1. Эпидермальный – коричневое окрашивание кожи, вызвано увеличением количества меланина в эпидермисе. Эпидермальный гипермеланоз бывает нескольких видов:

- ограниченный – пятна типа "кофе с молоком", невус Беккера, плоский невус;
- диффузный – рассеянные изолированные пятна (веснушки), сетчатые пятна (врожденный дискератоз) или нечётко очерченные пятна (поствоспалительная гиперпигментация).

2. Дермальный – вызван присутствием меланина в дерме, нарушением развития дермальных меланоцитов и макрофагов. Кожа приобретает серый, серо-голубой или синий оттенок. Подобный цвет могут вызывать и другие факторы, не связанные с меланином: охроноз (окрашивание соединительной ткани в коричневый или сине-чёрный цвет), татуировка, действие лекарственных препаратов.

Осложнения гиперпигментации кожи

Пигментация бывает безопасной, но может сигнализировать о развитии злокачественной опухоли – меланомы. Меланомой заболевают независимо от пола и возраста. При лечении удаляют опухоль и уничтожают метастазы. В дальнейшем проводят регулярное обследование.

Определить меланому можно по следующим факторам:

- размытость или зазубренность контура;
- стремительный рост образования;
- резкое потемнение либо наличие красного оттенка;
- боль, зуд и жжение вокруг пятна;
- неравномерность тона;
- покраснение близлежащего слоя эпидермиса.

Диагностику меланомы проводит дерматолог или онколог в лабораторных условиях:

- изучают внешний вид пигментных пятен и измеряют размеры;
- выясняют патологические симптомы, замеченные пациентом;
- проводят биопсию, компьютерную томографию, лабораторные анализы крови;
- направляют на дополнительные анализы на онкомаркеры.

Защита от солнца с помощью одежды, солнцезащитных кремов, избегание контакта с ультрафиолетом в активной фазе солнца помогут предотвратить перерастание пигментации в меланому. Прогноз зависит от стадии развития меланомы – чем раньше обнаружена болезнь, тем выше шанс на излечение.

Диагностика гиперпигментации кожи

С проблемами пигментации следует обратиться к дерматологу. Врач соберёт анамнез – подробный рассказ пациента о патологии, периоде появления, наличии провоцирующих факторов,

при которых симптом исчезает и появляется, попыток лечиться самостоятельно и их эффективности. Также уточнит, принимает ли пациент препараты, усиливающие пигментацию.

После сбора анамнеза врач осматривает пациента и проводит дерматоскопию.

Для оценки тяжести мелазмы используют индекс MASI (Melasma Area and Severity Index). Индекс вычисляют путем визуальной оценки площади поражённых участков, их интенсивности и однородности. Глубину залегания пигмента можно выявить с помощью лампы Вуда – этот способ подходит для определения эпидермального меланина.

Для постановки диагноза может потребоваться проведение конфокальной лазерной сканирующей микроскопии. Этот метод применяют не во всех учреждениях.

Дальнейшая тактика зависит от анамнеза пациента, сопутствующих заболеваний и результата осмотра дерматологом. Также необходимо исследовать сопутствующие патологии. Для этого потребуются консультации других узких специалистов.

Только при выявлении скрытой патологии и её лечении возможно стойкое устранение гиперпигментации. При подозрении на онкологию пациента направляют в специализированное учреждение, где проводят дополнительные анализы (биопсию и гистологические исследования) и при необходимости удаляют новообразование.

Лечение гиперпигментации кожи

Способы коррекции гиперпигментации разделяют на домашние методы, которые пациент может проводить самостоятельно, и процедуры в косметологическом кабинете. Техники направлены на механическое удаление структур, содержащих пигмент или на подавление выработки меланина.

Домашние процедуры

Безопасно можно применять кремы с небольшим процентом активных веществ. Эффективны средства, содержащие вещества:

- Гидрохинон – эффективный отбеливающий, но токсичный препарат. Нельзя использовать в высоких концентрациях, возможны побочные эффекты, например, охроноз (окрашивание кожи в тёмный цвет), плохо поддающийся коррекции.
- Арбутин – альтернатива гидрохинону. Угнетает выработку меланина, нетоксичен.
- Койевая кислота – не оказывает токсического действия, но обладает аллергенными свойствами.
- Аскорбиновая кислота – стимулирует синтез коллагена и оказывает антиоксидантное действие.
- Азелаиновая кислота – уменьшает выработку меланина.

Терапевтическое действие оказывают антиоксиданты (вещества, которые борются со свободными радикалами, приводящими к окислительному повреждению клетки) и противовоспалительные средства, связывающие микроэлементы (медь, цинк, железо).

Для системного уменьшения воздействия ультрафиолета на кожу принимают биологически активные добавки с ликопином, полифенолами зелёного чая, ресвератролом, изофлавоноидами сои и др. Важно помнить, что процесс пигментообразования сложен и при любом воздействии возможна посттравматическая пигментация.

При борьбе с пигментацией следует использовать ступенчатый подход, начиная с наименее травматичного метода. Важно помнить, что единого способа устранить гиперпигментацию не существует, нужна комплексная терапия и сочетание различных методик. Чем поверхностнее расположена пигментация и чем раньше обратился пациент, тем выше шансы на положительный результат.

Процедуры в косметологическом кабинете

Пилинги

Химические пилинги – наиболее востребованная процедура по борьбе с гиперпигментацией. Это связано с простотой проведения, доступностью для пациента, стойкими результатами.

При этом важно лечить патологию, вызвавшую пигментацию, учитывать индивидуальные особенности пациента и соблюдать рекомендации врача в постпилингвый период.

В научной медицинской литературе нет данных о широкомасштабных исследованиях лечебного эффекта пилингов. Тем не менее, опубликованные результаты клинического применения пилингов имеют практическую ценность и способствуют разработке оптимальной схемы лечения пациентов.

АНА-кислоты (альфа-гидроксикислоты). Обнаружено, что концентрированные растворы АНА воздействуют как на эпидермис, так и на дерму.

К АНА-кислотам относятся:

- Гликолевая кислота, обладающая отличной проникающей способностью. Гликолевая кислота отшелушивает и механически удаляет пигмент. Препараты на основе 35 %, 50 % и 70 % гликолевой кислоты при правильном применении и опыте косметолога безопасны. Особенно эффективны пилинги, содержащие гликолевую и койевую кислоту, дополнительно замедляющие меланогенез.

- Молочная кислота с отшелушивающим и выраженным увлажняющим действием.
- Яблочная кислота со стимулирующим воздействием на клетки.
- Винная кислота с отбеливающими и увлажняющими свойствами.
- Лимонная кислота с отбеливающим, бактерицидным и антиоксидантным действием.

Перед пилингом важна подготовка, которую пациент может проводить самостоятельно при помощи кремов, содержащих кислоты в небольших концентрациях, или врач с помощью ультразвуковой чистки и применяя несколько пилингов за одну процедуру. Подготовка зависит от индивидуальной чувствительности к крему, действующих веществ и инструкции производителя.

Однако у всех АНА-пилингов есть существенный недостаток – ограниченное отбеливание кожи. Как правило, препараты не подходят для осветления кожи с глубоко расположенным пигментом.

В последнее время популярной процедурой стали ретиновые пилинги. Это связано с более комфортными ощущениями во время процедуры по сравнению с другими пилинговыми составами. Не повреждая структуры дермы, препарат стимулирует специфические рецепторы к ретиновой кислоте. Ретиновые пилинги являются наиболее эффективными препаратами для отбеливания кожи. Их можно использовать и обладателям светло-коричневого, коричневого и тёмного оттенков кожи (4-6 фототипы по классификации Фитцпатрика).

При коррекции хлоазмы, лентиго и признаков фотостарения эффективен пилинг Джеснера. В состав средства входят АНА, ВНА-кислоты (бета-гидроксикислоты), резорцин.

При устойчивых к терапии гиперпигментациях применяют срединные пилинги. Эти пилинги помогут добиться глубокого отшелушивающего эффекта, однако практически всегда приводят к воспалительной реакции в дерме, что стимулирует меланогенез. Поэтому срединные пилинги должны применяться для отбеливания кожи в исключительных случаях и обязательно вместе с веществами, замедляющими меланогенез. Они также противопоказаны пациентам 5-6 фототипов кожи по классификации Фитцпатрика.

Мезотерапия и биоревитализация

После курса мезотерапии выравнивается рельеф кожи и пигментации, улучшение цвета кожи. В настоящее время как в профилактике, так и в терапии фотоповреждения (повреждение клеток ультрафиолетом) и фотостарения кожи активно применяют препараты на основе высокомолекулярной немодифицированной гиалуроновой кислоты (ГК).

Гиалуроновая кислота обеспечивает длительное увлажнение и защиту тканей от агрессивного воздействия свободных радикалов, оказывает противовоспалительное действие и стимулирует выработку структурных белков дермы клетками соединительной ткани (фибробластами).

Дефицит высокомолекулярной гиалуроновой кислоты в поверхностных и средних слоях дермы приводит к сухости повреждённой солнцем кожи, что говорит о целесообразности применения препаратов на основе ГК.

Биоревитализация – метод, основанный на внутрикожных инъекциях гиалуроновой кислоты. Процедуры пилинга и биоревитализации чередуют друг с другом: пилинг можно проводить спустя 7-10 дней после биоревитализации, интервал между процедурами биоревитализации внутри каждого курса должен составлять 14-21 день. Процедуру биоревитализации проводят при полном заживлении и восстановлении кожи после пилинга.

Доказанная польза антиоксидантов для защиты кожи от фотоповреждения делает применение коктейлей на основе гиалуроновой кислоты с микро- и макроэлементами обоснованным. В антиоксидантных программах рекомендуется использовать следующие препараты:

- аскорбиновую кислоту
- экстракт зелёного чая
- экстракт гинкго билоба
- рутин и экстракт мелилота
- экстракт центеллы азиатской
- олигоэлементы

Для профилактики и лечения гиперпигментации в состав коктейлей вводят микроэлементы с антиоксидантным действием: цинк, селен, марганец. Использование микроэлементов – основной метод предотвращения посттравматической гиперпигментации после срединных химических пилингов и лазерных шлифовок. Микроэлементы с антиоксидантным действием включают в процедуры предпилинговой подготовки и постпилинговой реабилитации.

Аппаратная косметология

К аппаратным методам относят:

- Механическое разрушение (деструкция) – на сегодняшний день уступает место другим техникам. Механическое разрушение лежит в основе дермабразии – послойной шлифовке кожи с отделением верхних слоёв ороговевшего эпителия. Чем меньше размер абразивных (шлифующих) частиц, тем менее травматична и более эффективна процедура. Разновидностью дермабразии является микродермабразия, в которой используется микрокристаллический порошок оксида алюминия. Микрошлифовка – самый щадящий метод механического отшелушивания кожи.

- Ультразвуковая терапия. Ультразвук повышает проницаемость рогового слоя и улучшает проникновение активных компонентов косметических средств, в том числе и осветляющих кремов и сывороток при лечении гиперпигментации.

- Метод оксигенотерапии. Применяют в курсовых программах по борьбе с гиперпигментацией, но медицинских исследований на эту тему нет.

- Кислородная мезотерапия – новый метод на стыке аппаратной косметологии и мезотерапии. Заключается в точечном воздействии на кожу высокоскоростной струей чистого кислорода.

Для лечения кожных патологий и устранения косметических дефектов широко применяют лазерные методы. Лазерные технологии успешно справляются не только с гиперпигментацией, но и выравнивают текстуру кожи, восстанавливают эластичность.

Механизм действия лазеров при гиперпигментации:

1. Термическое воздействие с последующим некрозом.
2. Раневая реакция.
3. Образование эпителия в месте повреждения.
4. Локальное рубцевание и уменьшению пигментации.

Без использования фотозащитных средств с высокой степенью защиты гиперпигментация может возникнуть снова.

В косметологии применяют следующие виды лазеров:

- рубиновый лазер и КТР-лазер для удаления лентиго, веснушек, пятен типа "кофе с молоком", пигментных пятен и поствоспалительных пигментаций;

- лазеры на парах меди для устранения лентиго и веснушек, а импульсный лазер на красителях – пятен типа "кофе с молоком", поствоспалительных пигментаций, невусов, лентиго, веснушек;

- криптоновый лазер – лентиго небольших размеров;
- СО2-лазер – небольшие пигментные новообразования;
- наносекундные лазеры – удаляют пигмент без выраженного повреждения кожи и образования рубцов. В первую неделю после процедуры пигментация заметно уменьшается, затем в течение нескольких недель исчезает совсем.

Прогноз. Профилактика

При комплексном подходе к лечению и профилактике гиперпигментации прогноз благоприятный. В первую очередь необходимо выявить причину патологии, по возможности устранить её, а затем решать эстетические проблемы. Осложнения при лечении гиперпигментации могут быть вызваны как несоблюдением рекомендаций и плана лечения пациентом, так и индивидуальными особенностями организма. При выполнении всех рекомендаций процент осложнений минимальный.

Правила для профилактики гиперпигментации:

- Для защиты от ультрафиолета применять солнцезащитные кремы с 15 SPF и выше. Крем наносят за 30 минут до выхода на улицу и обновляют каждые два часа.

- Не загорать с 10 до 15 часов.
- Защищать лицо от солнца широкополой шляпой или бейсболкой с широким козырьком, а руки и ноги прикрывать одеждой.

- Правильно питаться – употреблять продукты с достаточным содержанием витаминов С и РР. Включить в рацион цитрусовые, ягоды (смородину, клубнику, малину, виноград), сладкий перец и квашеную капусту. Отказаться от кофе в пользу чая, соков и воды.

- Заниматься спортом. При противопоказаниях к активным нагрузкам гулять на свежем воздухе.

- При приёме медикаментов, усиливающих пигментацию, избегать прямых солнечных лучей, использовать солнцезащитные кремы и закрытую одежду.

- Исключить чрезмерное посещение или вовсе отказаться от соляриев.

- Ухаживать за кожей во избежание поствоспалительной гиперпигментации, вызванной акне.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» Постлевоспалительная гиперпигментация 2022г.
2. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» Другие уточненные нарушения пигментации 2022г.
3. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматология в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 928 с.

МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА

Вагизова Ралина Ильфировна

студент,

Бакирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц.,

Бакирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Микробная экзема – это воспалительное заболевание кожи, возникающее в результате аллергической реакции на микробные агенты, такие как бактерии, грибки или вирусы. Это состояние может проявляться как у взрослых, так и у детей, и требует внимательного подхода к диагностике и лечению.

Причины. Основной причиной микробной экземы является нарушение барьерной функции кожи, что позволяет микробам проникать в более глубокие слои. Это может произойти из-за различных факторов:

1. Инфекции. Бактериальные инфекции, такие как стафилококки, могут спровоцировать воспаление. Грибковые инфекции, например, вызванные грибами рода *Candida*, также могут быть виновниками.

2. Аллергические реакции. Индивидуальная предрасположенность к аллергиям может привести к повышенной чувствительности кожи к микробам.

3. Хронические заболевания: Люди с хроническими дерматологическими заболеваниями, такими как атопический дерматит, более подвержены риску развития микробной экземы.

4. Внешние факторы. Условия окружающей среды, такие как высокая влажность или загрязнение, могут усугубить состояние кожи.

Симптомы. Микробная экзема проявляется рядом характерных симптомов:

1. Зуд. Один из самых неприятных симптомов, который может значительно ухудшить качество жизни пациента.

2. Покраснение и отечность. Кожа становится воспаленной, появляются красные пятна.

3. Появление корок и пузырьков. На пораженных участках кожи могут образовываться пузырьки, которые при расчесывании могут лопаться и образовывать корки.

4. Сухость кожи. Пораженные участки часто становятся сухими и шелушащимися.

Диагностика. Для диагностики микробной экземы необходимо обратиться к дерматологу. Врач проведет осмотр и, при необходимости, назначит дополнительные обследования, такие как:

1. Кожные пробы. Для выявления аллергической реакции на определенные вещества.

2. Микробиологическое исследование. Позволяет определить наличие патогенных микроорганизмов на коже.

3. Клинический анализ крови. Может помочь в выявлении системных заболеваний или аллергий.

Лечение. Лечение микробной экземы должно быть комплексным и индивидуальным. Оно может включать:

1. Местные препараты. Кортикостероидные кремы и мази помогают уменьшить воспаление и зуд. Также могут использоваться антимикробные средства для борьбы с инфекцией.

2. Системные препараты. В тяжелых случаях могут назначаться пероральные антибиотики или противогрибковые препараты.

3. Увлажняющие средства. Регулярное применение увлажняющих кремов помогает восстановить барьерную функцию кожи.

4. Избежание триггеров. Важно выявить и избегать факторов, которые могут усугубить состояние, таких как определенные продукты, косметические средства или климатические условия.

5. Физиотерапия. В некоторых случаях может быть рекомендована фототерапия, которая помогает улучшить состояние кожи.

Профилактика. Профилактика микробной экземы включает в себя соблюдение правил личной гигиены, использование увлажняющих средств, а также избегание известных аллергенов. Людям с предрасположенностью к этому заболеванию следует внимательно следить за состоянием своей кожи и при первых признаках воспаления обращаться к врачу.

Влияние образа жизни. Образ жизни также играет важную роль в управлении микробной экземой. Правильное питание, богатое витаминами и минералами, может способствовать улучшению состояния кожи. Употребление достаточного количества воды помогает поддерживать гидратацию, что особенно важно для людей с сухой кожей. Физическая активность и регулярные упражнения также могут помочь укрепить иммунную систему, что в свою очередь снижает риск инфекций. Однако стоит помнить, что после тренировки необходимо тщательно очищать кожу, чтобы избежать накопления пота и бактерий.

Психологический аспект. Микробная экзема может оказывать значительное влияние на психоэмоциональное состояние пациента. Зуд и видимые проявления заболевания могут вызывать стресс, тревогу и даже депрессию. Поэтому важно не только физическое, но и психологическое здоровье. Поддержка со стороны близких, а также консультации с психологом могут помочь справиться с эмоциональными последствиями заболевания.

Заключение. Микробная экзема – это серьезное заболевание, требующее внимательного подхода к диагностике и лечению. Своевременное обращение к специалисту и соблюдение рекомендаций врача помогут справиться с этим недугом и предотвратить его рецидивы. Здоровье кожи – важный аспект общего благополучия, и его необходимо беречь. Важно помнить, что комплексный подход к лечению и профилактике, включая коррекцию образа жизни и психологическую поддержку, может значительно улучшить качество жизни пациентов с микробной экземой.

Список литературы:

1. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Сафонова Л.А. Стратегия выбора наружной терапии при микробной экземе// Клиническая дерматология и венерология. – 2017. – Т. 16, №3. – С. 46-63.

ПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Давлетханова Эльза Рустамовна

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

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц.,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

Введение

Проблема сбалансированного питания среди студентов является одной из ключевых задач в современном обществе. Студенты зачастую имеют нерегулярный режим приема пищи из-за нехватки времени, что не позволяет им следовать здоровому режиму питания. Кроме того, у большинства студентов преобладает сидячий образ жизни. Время обучения в вузах считается периодом высокого риска, поскольку студенты сталкиваются с множеством факторов, отрицательно влияющих на их физическое, психологическое и репродуктивное здоровье. Согласно результатам исследования среди студентов первого курса, у 62% отмечается низкий уровень здоровья, у остальных 38% – средний уровень здоровья. Анализ данных, собранных от 60 студентов, обучающихся в медицинском университете, показал, что 61% студентов не успевают полноценно позавтракать или обходятся бутербродами с чаем, что явно недостаточно для здорового завтрака. Во время обеда большинство студентов не принимают горячих и жидких блюд. Более 77% не употребляют фрукты и ягоды. Эти данные свидетельствуют о том, что питание студентов является несбалансированным и неполноценным.

Польза здорового питания для общего состояния здоровья включает укрепление иммунной системы, поддержание нормального веса, профилактику хронических заболеваний и улучшение психоэмоционального состояния.

Основные принципы здорового питания

Для составления сбалансированного рациона необходимо учитывать несколько принципов. Прежде всего, питание должно быть разнообразным и включать в себя все группы продуктов: овощи, фрукты, зерновые, белки, молочные продукты и жиры. Важно ограничивать потребление сахара, соли и насыщенных жиров. Также необходимо соблюдать регулярность в приеме пищи, избегая длительных промежутков между едой.

Культурные особенности и пищевые привычки. Каждое общество имеет свои культурные особенности, которые отражаются и на питании. Традиции в кулинарии и методы приготовления пищи различаются в зависимости от региона и страны. Это может влиять на выбор продуктов и их количество в рационе. Например, в некоторых культурах основное внимание уделяется мясным продуктам, тогда как в других акцент делается на растительной пище.

Индивидуальные потребности. Необходимо учитывать индивидуальные потребности организма в питательных веществах. Они могут значительно отличаться у разных людей в зависимости от возраста, пола, уровня физической активности и других факторов. Поэтому важно консультироваться с врачом или диетологом, чтобы составить индивидуальный план питания. Проблемы питания студентов Многие студенты сталкиваются с проблемами в питании из-за недостатка времени, неправильных пищевых привычек и отсутствия знаний о правильном питании. Зачастую, вместо полноценных приемов пищи они выбирают быстрые перекусы, что приводит к недостатку необходимых питательных веществ. Кроме того, многие студенты предпочитают фастфуд и полуфабрикаты, что также негативно сказывается на их здоровье.

Выводы. Таким образом, проблема сбалансированного питания среди студентов остается актуальной и требует серьезного внимания. Важно научить молодежь правильному подходу к своему питанию, дать знания о полезных продуктах и помочь сформировать здоровые пищевые привычки. Только в этом случае можно ожидать улучшения общего состояния здоровья и повышения качества жизни студентов.

Список литературы:

1. Абдулхамидова З.Т., Хасанова М.И. Питание как фактор здоровья – 2018. Стр. 103.
2. Галиуллина, Д.Т. Проблема питания современных студентов / Д.Т. Галиуллина, А.И. Абдуллина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2024. – № 3 (502). – С. 278-283.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Зиннатуллина Азалия Фанисовна

ординатор
кафедры Дерматовенерологии,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, доц.,
Башкирский Государственный Медицинский Университет,
РФ, г. Уфа

PARANEOPLASTIC PEMPHIGUS: FEATURES OF THE CLINIC AND DIAGNOSIS

Azalia Zinnatullina

Resident of the
Department of Dermatovenereology,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Gulgena Mustafina

Scientific supervisor, Associate Professor,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Актуальность

Паранеопластическая пузырчатка представляет собой аутоиммунное заболевание, которое проявляется в виде пузырей на коже и слизистых оболочках и связывается с новообразованиями внутренних органов. Заболевание характеризуется тяжелым состоянием у пациента из-за возникновения аутоантител к белкам различных семейств, таких как плакоглобин, периплакин, энвоплакин, десмоплакин, а также к десмоглеинам 1 и 3 [1, 2]. Патология может возникать как до диагностики онкологического заболевания, так и во время лечения или в период ремиссии [2, 3]. Термин «паранеопластическая пузырчатка» был предложен в 1990 году G.J. Anhalt и соавторами, хотя ранее отечественные дерматологи уже пытались установить связь между злокачественными новообразованиями и кожными проявлениями [4]. Большинство (80%) случаев паранеопластической пузырчатки связано с гематологическими заболеваниями, включая неходжкинские лимфомы, хронический лимфоцитарный лейкоз и болезнь Кастлемана [5], реже – с тимомой, макроглобулинемией Вальденстрема и лимфомой Ходжкина [6–8]. Также болезнь может быть связана с карциномами эпителиального происхождения, саркомами мезенхимального происхождения и злокачественной меланомой [9–11]. После успешного удаления опухоли часто наблюдается быстрый регресс кожных высыпаний и полное выздоровление [3].

Пациенты с паранеопластической пузырчаткой жалуются на болезненные пузыри и эрозии на слизистых оболочках рта, гениталий, красной каймы губ, конъюнктивы глаз, а также различного характера высыпания на коже туловища, конечностей, ладоней и подошв [2]. Диагностика заболевания осложняется из-за разнообразия клинических проявлений и требует тщательного анамнеза и дополнительных методов диагностики [1]. При исследовании кожи методом иммунофлуоресценции определяется отложение IgG и C3-компонента комплемента в межклеточных пространствах эпидермиса и часто наблюдается гранулярное или линейное

отложение комплемента вдоль базальной мембраны эпидермиса [12, 13]. Отложение IgA совместно с IgG встречается крайне редко [13, 14]. Далее следует описание уникального клинического случая с отложением как IgA, так и IgG при паранеопластической пузырчатке.

Описание клинического случая

Пациентка И., 69 лет, была госпитализирована в круглосуточный стационар ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России с предполагаемыми диагнозами «вульгарная пузырчатка» и «буллезный пемфигоид». Из анамнеза известно, что пациентка ощущала себя больной с ноября 2017 года, когда впервые обнаружила сильный зуд в области туловища и конечностей. Обратившись в КВД по месту жительства, она получила диагноз «дерматоз неясной этиологии» и была начата терапия преднизолоном по 30 мг в сутки, с постепенным снижением дозировки и полным прекращением препарата через два месяца. Однако, несмотря на лечение, зуд сохранялся. В январе 2018 года было проведено двукратное микроскопическое исследование соскобов кожи для выявления чесоточных клещей, но клещи не были обнаружены. Тем не менее, было проведено противочесоточное лечение, после которого зуд усилился, что привело к повторной терапии системными глюкокортикоидами без эффекта. В феврале 2018 года, через четыре месяца от начала заболевания, пациентка заметила отек и покраснение лица, а также множественные пузыри на голенях диаметром до 5 см. Ей был поставлен диагноз «синдром Лайелла», и она получила лечение антибактериальными и наружными средствами в отделении интенсивной терапии, что привело к полному регрессу высыпаний и уменьшению зуда. В дальнейшем пациентка периодически отмечала появление пузырей после предшествующего зуда. В апреле 2018 года, при обострении заболевания, был поставлен диагноз «герпетическая инфекция» и начато лечение ацикловиром, которое не дало эффекта. В мае 2018 года пациентка отметила появление новых пузырей в области половых губ.

Результаты клинического, лабораторного и инструментального обследований При госпитализации высыпания были отмечены на коже области за ушами, туловище, верхних и нижних конечностях, аногенитальной зоне, паховых и субмаммарных складках, а также на слизистой оболочке рта в виде полиморфной сыпи. Везикуло-буллезные высыпания, пузыри с плотными или вялыми крышками и серозным или серозно-гнойным содержимым наблюдались как на видимо здоровой, так и на отеочной гиперемизированной коже. На коже за ушами, в субмаммарных складках, нижней части живота, спине и паховых складках отмечались ярко-красные мокнущие эрозии с гнойным отделяемым. Конъюнктивы глаз были гиперемизированы и содержали гнойный секрет. Красная кайма губ покрыта геморрагическими корками, в уголках рта отмечались трещины. На слизистой оболочке рта наблюдались многочисленные эрозии и фибриновый налет на фоне гиперсаливации. На ладонной поверхности левой кисти присутствовала "мишеневидная" эритема, на правой кисти обнаружены эрозивно-язвенные дефекты с гнойным валиком, а на коже левого бедра наблюдались множественные язвенные дефекты с густым гнойным отделяемым. Цитологическое исследование эрозий выявило акантолитические клетки. Гистологическое исследование показало наличие крупного супрабазального пузыря с признаками эпителизации в его дне, разрозненные акантолитические клетки и их пласты, нити фибрина, а также эозинофильные и нейтрофильные гранулоциты. РИФ с антителами к IgG, IgA и IgM в биоптате видимо неповрежденной кожи выявила четкое закрепление IgA, в меньшей степени – IgG в межклеточных промежутках всех слоев эпидермиса в виде «сетки», и слабая фиксация IgM вдоль дермо-эпидермальной границы. Из-за разнообразия иммунной флуоресцентной картины рекомендовалось исключить паранеопластическое происхождение заболевания. Ультразвуковое исследование подчелюстных, глубоких шейных, подмышечных, паховых и бедренных лимфатических узлов выявило изменения по типу лимфопролиферации. При многократном контроле общего анализа крови при поступлении показатели были следующие: лейкоциты – 14,36 тыс./мкл; лимфоциты – 63%; сегментоядерные нейтрофилы – 25%; СОЭ – 30 мм/ч. В ходе лечения отмечался рост общего числа лейкоцитов и лимфоцитов с уменьшением числа нейтрофилов (лейкоциты – 36,12 тыс./мкл; лимфоциты – 81%; сегментоядерные нейтрофилы – 13%; СОЭ – 8 мм/ч). При выписке

показатели были следующими: лейкоциты – 41,52 тыс./мкл; лимфоциты – 93%; сегментоядерные нейтрофилы – 4%; СОЭ – 5 мм/ч.

Была проведена консультация врача-гематолога, который рекомендовал дообследование на фоне нарастания лейкоцитоза и лимфоцитоза, чтобы исключить рецидив хронического лимфолейкоза.

Дифференциальная диагностика

Диагностический поиск проводился между вульгарной пузырчаткой, буллезным пемфигоидом и паранеопластической пузырчаткой. Наличие множественных болезненных эрозий на слизистой оболочке рта и гениталий, вялых пузырей на коже, акантолитических клеток, супрабазального пузыря и выявление IgG в виде «сетки» в биоптате непораженной кожи указывало на вульгарную пузырчатку. Жалобы на интенсивный зуд с появлением плотных пузырей и эрозивно-язвенных дефектов с гнойным отделяемым наводили на мысль о буллезном пемфигоиде. На основании клинико-anamnestических данных, результатов биопсии кожи, РИФ и консультации врача-гематолога, а также клинико-лабораторных исследований был поставлен диагноз "паранеопластическая IgA/IgG-пузырчатка".

Лечение

В ходе госпитализации пациентка получала преднизолон в дозировке 60 мг/сут (1 мг на килограмм массы тела), цефтриаксон внутривенно капельно в дозе 2 г/сут и наружное лечение водным раствором метиленового синего.

Исходы и результаты наблюдения

Пациентка была выписана с позитивной динамикой, включающей уменьшение гнойных выделений, прекращение появления новых пузырей и эпителизацию основной части эрозий на коже заушной области, в паховых и субмаммарных складках, на спине и на верхних и нижних конечностях, включая кисти. Эритема в виде «мишени» сохранялась на ладонной поверхности левой кисти. Также произошло улучшение состояния аногенитальной области и слизистой оболочки полости рта.

Обсуждение

Сообщаемое количество клинических случаев паранеопластической IgA/IgG-пузырчатки является ограниченным; в имеющейся литературе мы нашли всего четыре публикации. В 1994 году задокументирован случай мужчины 63 лет с раком легкого, у которого наблюдались небольшие бляшки с шелушением, эрозии и корки на туловище и нижних конечностях, при этом слизистая оболочка рта оставалась интактной. Биопсия выявила субкорнеальные акантолитические клетки с многочисленными полиморфноядерными лейкоцитами. Иммунофлуоресцентное исследование (РИФ) кожи зафиксировало антитела IgG и IgA исключительно в верхних слоях эпидермиса [15]. В 2007 году задокументирован случай паранеопластической IgA/IgG-пузырчатки у пациента 79 лет с хроническим лимфоцитарным лейкозом. У больного наблюдались эрозии на слизистых оболочках рта и губах, болезненные эрозии, конъюнктивит, а также везикуло-пустулезная сыпь на коже туловища и конечностей. Гистологическое исследование выявило внутриэпидермальный акантолиз с нейтрофильной инфильтрацией и тельца Сиватта. РИФ показал отложения IgA на поверхности кератиноцитов и IgG вдоль базальной мембраны [16]. В 2014 году представлен случай 69-летнего пациента с паранеопластической IgA/IgG-пузырчаткой, ассоциированной с ангиоиммунобластной Т-клеточной лимфомой, у которого наблюдались rapidly распространяющиеся пузыри и эрозии по всему кожному покрову, включая слизистую оболочку рта. Гистология показала субэпидермальные пузыри и инфильтрацию дермы атипичными лимфоцитами. РИФ выявил слабые отложения IgG и IgA на поверхности кератиноцитов и линейные отложения IgA вдоль базальной мембраны [17].

В 2016 году сообщается о 63-летнем пациенте с паранеопластической IgA/IgG-пузырчаткой после химиотерапии по поводу неходжкинской В-клеточной лимфомы. У больного наблюдались болезненные эрозии на слизистой оболочке глаз, рта, губ и перианальной области, а также эритематозные очаги на коже туловища и конечностей. Осуществлялась

дифференциальная диагностика с синдромом Стивенса-Джонсона. Гистологическое исследование кожи выявило некроз кератиноцитов без пузырей. РИФ показал отложения IgG, C3-компонента комплемента и IgA на поверхности кератиноцитов, а также C3 в зоне базальной мембраны [18].

Анализ клинических случаев подчеркивает сложности диагностики паранеопластических пузырчаток из-за разнообразия высыпаний и клинико-лабораторных показателей, которые могут варьироваться в зависимости от сопутствующей онкопатологии. Дифференциацию паранеопластической пузырчатки следует проводить с многоформной экссудативной эритемой, синдромом Лайелла, IgA-пузырчаткой и линейным IgA-дерматозом. Многоформная экссудативная эритема и синдром Лайелла характеризуются острым началом с повышением температуры и субэпидермальными пузырями без иммуноглобулинов при РИФ [19]. IgA-пузырчатка характеризуется внутриэпидермальными пузырями и только IgA отложениями при РИФ, без присутствия IgG, что отличает ее от паранеопластической пузырчатки [20]. Линейный IgA-дерматоз показывает субэпидермальный пузырь и отчетливую фиксацию IgA без фрагментов IgG [21].

Одновременные отложения IgG, IgA и IgM в межклеточных промежутках и вдоль базальной мембраны являются признаком паранеопластического процесса, при этом появление IgM предшествует IgG [22, 23]. Для дальнейшей диагностики может проводиться иммуноблоттинг для определения десмоплакина 1 (250 кДа), десмоплакина 2 (215 кДа), периплакина (190 кДа) и энвоплакина (201 кДа) [24]. В описанном случае диагноз был установлен после анализа.

Паранеопластическая пузырчатка возникает на фоне неоплазии, может развиваться как во время терапии основного заболевания, так и во время ремиссии [19, 25]. У пациентки, представленной в данном клиническом случае, признаки паранеопластической пузырчатки проявились в период ремиссии хронического лимфоцитарного лейкоза.

Заключение

Паранеопластическая IgA/IgG-пузырчатка является редким и сложным для диагностики заболеванием, которое по своим клиническим и морфологическим проявлениям может напоминать такие состояния, как вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла и другие. Для диагностики необходимо учитывать клиническую картину заболевания, собирать полный анамнез и проводить всесторонне лабораторное обследование пациентов с буллезными дерматозами, включая цитологические, гистологические, иммунофлюоресцентные и другие методы исследований.

Дополнительная информация

Анализы на антитела к плакинам, десмоглеинам, десмоколинам и C3-компоненту комплемента не выполнялись.

Список литературы:

1. Anhalt GJ, Kim SC, Stanley JR, Korman NJ, Jabs DA, Kory M, et al. Paraneoplastic pemphigus. An autoimmune mucocutaneous disease associated with neoplasia. *N Engl J Med.* 1990;323(25):1729–1735. doi: 10.1056/NEJM199012203232503
2. Kappius RH, Ufkes NA, Thiers BH. Paraneoplastic Pemphigus. 2023 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
3. Пузырчатка: федеральные клинические рекомендации. М.; 2020. Pemphigus: Federal clinical guidelines. Moscow; 2020. (In Russ.)] URL: https://cnikvi.ru/docs/klinicheskie-rekomendacii/KP_ (accessed: 28.06.2024).
4. Потеекаев Н.С., Кечкер В.И., Николаева Л.П. Злокачественные новообразования и везикуло-буллезные дерматозы: Труды 1 ММИ.Т. 31. Гистохимические и биохимические исследования в дерматологии. М.; 1964. С. 227–232. [Potekaev NS, Kechker VI, Nikolaeva LP. Malignant tumors and vesiculo-bullous dermatoses. Proceedings of 1 MMI. Vol. 31. Histochemical and biochemical studies in dermatology. Moscow; 1964. P. 227–232. (In Russ.)]

5. Anhalt GJ. Paraneoplastic pemphigus: the role of tumours and drugs. *Br J Dermatol.* 2001;144(6):1102–1104. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04272.x
6. Hartz RS, Daroca PJ. Clinical-pathologic conference: cutaneous paraneoplastic pemphigus associated with benign encapsulated thymoma. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;125(2):400–446. doi: 10.1067/mtc.2003.60
7. Parera GK, Deverex S, Creamer D. PNP with Waldenström's macroglobulinemia. *Clin Exp Dermatol.* 2005;30(1):27–29. doi: 10.1111/j.1365-2230.2004.01599.x
8. Dega H, Laporte JL, Joly P, Gabarre J, André C, Delpéch A, et al. Paraneoplastic pemphigus associated with Hodgkin's disease. *Br J Dermatol.* 1998;138(1):196–198. doi: 10.1046/j.1365-2133.1998.02056.x
9. Wong KC, Ho KK. Pemphigus with pemphigoid-like presentation, associated with squamous cell carcinoma of the tongue. *Australas J Dermatol.* 2000;41(3):178–180. doi: 10.1046/j.1440-0960.2000.00434.x
10. Lee IJ, Kim SC, Kim HS, et al. Paraneoplastic pemphigus associated with follicular dendritic cell sarcoma arising from Castleman's tumor. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(2 Pt 2):294–297. doi: 10.1016/s0190-9622(99)70468-8
11. Schaeppi H, Bauer JW, Hametner R, Metze D, Ortiz-Urda S, Salmhofer W, et al. Localized variant of paraneoplastic pemphigus: acantholysis associated with malignant melanoma. *Br J Dermatol.* 2001;144(6):1249–1254. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04243.x
12. Mimouni D, Anhalt GJ, Lazarova Z, Aho S, Kazerounian S, Kouba DJ, et al. Paraneoplastic pemphigus in children and adolescents. *Br J Dermatol.* 2002;147(4):725–732. doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.04992.x
13. Махнева Н.В., Белецкая Л.В. Паранеопластическая пузырчатка: клиническое и иммунопатологическое исследования. Альманах клинической медицины. 2006;9:67–71. [Mahneva NV, Beleckaya LV. Paraneoplastic pemphigus: clinical and immunopathological studies. *Almanac of clinical medicine.* 2006;9:67–71. (In Russ.)]
14. Anhalt GJ. Making sense of antigens and antibodies in pemphigus. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(5 Pt 1):763–766. doi: 10.1016/s0190-9622(99)70161-1
15. Chorzelski TP, Hashimoto T, Nishikawa T, Ebihara T, Dmochowski M, Ismail M, et al. Unusual acantholytic bullous dermatosis associated with neoplasia and IgG and IgA antibodies against bovine desmocollins I and II. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31(2 Pt 2):351–355. doi: 10.1016/s0190-9622(94)70171-7
16. Taintor AR, Leiferman KM, Hashimoto T, Ishii N, Zone JJ, Hull CM. A novel case of IgA paraneoplastic pemphigus associated with chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(5 Suppl):S73–76. doi: 10.1016/j.jaad.2006.11.023
17. Yashiro M, Nakano T, Taniguchi T, Katsuoka K, Tadera N, Miyazaki K, et al. IgA paraneoplastic pemphigus in angioimmunoblastic T-cell lymphoma with antibodies to desmocollin 1, type VII collagen and laminin 332. *Acta Derm Venereol.* 2014;94(2):235–236. doi: 10.2340/00015555-1660
18. Otsuka Y, Ueno T, Yamase A, Ito M, Osada S, Kawana S, et al. Case of paraneoplastic pemphigus with immunoglobulin (Ig)G and IgA antibodies to various antigens. *J Dermatol.* 2016;43(8):944–946. doi: 10.1111/1346-8138.13341
19. Самцов А.В., Белоусова И.Э. Буллезные дерматозы: монография. СПб.: Коста; 2012. С. 46–55. [Samcov AV, Belousova IYe. *Bullosusdermatosis.* St. Petersburg: Kosta; 2012; P. 46–55].
20. Самцов А.В., Белоусова И.Э. Современные подходы к диагностике и лечению IgA-пузырчатки. Вестник дерматологии и венерологии. 2011;87(3):89–93. [Samtsov AV, Belousova IYe. *Current approaches to diagnostics and treatment of IgA pemphigus.* *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2011;87(3):89–93. (In Russ.)] doi: 10.25208/vdv1024

21. Знаменская Л.Ф., Чикин В.В., Нефедова М.А. Линеарный IgA-зависимый буллезный дерматоз. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(6):42–51. [Znamenskaya LF, Chikin VV, Nefedova MA. Linear IgA bullous dermatosis. Vestnik dermatologii i venerologii. 2018;94(6):42–51. (In Russ.)] doi: 10.25208/0042-4609-2018-94-6-42-51
22. Camisa C, Helm TN. Paraneoplastic pemphigus is a distinct neoplasia-induced autoimmune disease. Arch Dermatol. 1993;129(7):883–886.
23. Maruta CW, Miyamoto D, Aoki V, Carvalho RGR, Cunha BM, Santi CG. Paraneoplastic pemphigus: a clinical, laboratorial, and therapeutic overview. An Bras Dermatol. 2019;94(4):388–398. doi: 10.1590/abd1806-4841.20199165
24. Лепехова А.А., Теплюк Н.П., Болотова И.М. Современные методы диагностики паранеопластической пузырчатки. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(5):7–16. [Lepekhova AA, Teplyuk NP, Bolotova IM. Modern diagnostic methods of paraneoplastic pemphigus. Vestnik dermatologii i venerologii. 2019;95(5):7–16. (In Russ.)] doi: 10.25208/0042-4609-2019-95-5-7-16
25. Дифференциальная диагностика кожных болезней: руководство для врачей / под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина; 1989. С. 672. [Differencial'naya diagnostika kozhnyh boleznej: rukovodstvo dlya vrachej. Pod red. Berenbejna BA, Studnicina AA. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: Medicina; 1989. S. 672. (In Russ.)]

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Кильдебекова Эльза Ринатовна

ординатор

кафедры дерматовенерологии,

Баширский Государственный Медицинский Университет,

РФ, г. Уфа

Аннотация. В связи с ростом заболеваемости псориазом за последние три десятилетия, взаимосвязи данного заболевания с коморбидными состояниями, необходима выработка правильной тактики лечения данного заболевания. В статье рассматриваются методы лечения псориаза, способные улучшить качество жизни больных.

Ключевые слова: псориаз, ПУВА-терапия, СФТ, узковолновая УФБ-терапия.

Псориаз (psoriasis) – хронический рецидивирующий дерматоз, в основе которого лежит наследственная природа и характеризуется появлением на коже папулосквамозных поражений, повышенной пролиферацией кератиноцитов, иммуновоспалительными явлениями в дерме. Псориаз является одним из самых распространенных заболеваний, чаще всего регистрируется в странах с влажным и прохладным климатом. В общей статистике кожных заболеваний на долю псориаза приходится 15%; в России на 2021 год распространенность составила 243,7 случаев на 100000 населения, заболеваемость 59,3 на 100000. Распространенность заболевания среди мужчин чаще в 1,5 раза.

Псориаз – мультифакториальное заболевание, имеющее генетическую предрасположенность. Псориаз 1 типа связан с системой HLA-антигенов. Если болен один из родителей, риск развития патологии составляет 8% у ребенка, при наличии болезни и у отца и у матери – 41%. За развитие заболевания отвечают HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6. Пик заболевания приходится на ранний возраст и характеризуется тяжелым течением с частыми рецидивами. Псориаз 2 типа манифестирует во взрослом возрасте, протекает легче, течение болезни доброкачественное, встречается одинаково у мужчин и женщин. Заболевание не ассоциировано с системой HLA-антигенов,

Факторы, способствующие развитию псориаза: внешние (механические и химические повреждения кожи, климатические факторы, дерматозы) и внутренние: стрептококковые инфекции, прием лекарственных препаратов (бета-блокаторы, НПВП, ИФН), алкоголя. Огромное значение для развития псориаза имеет психоэмоциональные стрессы.

Следует отметить огромную корреляцию псориаза и метаболического синдрома (инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия). Это связано с тем, что при псориазе в организме в повышенном количестве образуются провоспалительные маркеры в каскаде воспалительных реакций, которые способствуют развитию метаболического синдрома. За развитие как псориаза, так и метаболического синдрома отвечают одни и те же генетические локусы (PSORS2-4, CDKAL1 и ApoE4). В основе обоих заболеваний лежит хроническое воспаление. Псориаз на фоне метаболического синдрома протекает более тяжело и носит эксудативный характер.

Патогенез псориаза следующий: происходит презентация антигена дендритными клетками, стимуляция Т-клеток с последующей выработкой ими ИЛ-12 и ИЛ-23. Т-лимфоциты дифференцируются на Th-1 и Th-17, которые отвечают за экспрессию генов, принимающих участие в синтезе и последующем выбросе интерлейкинов (ИЛ-2, ФНО-α, ИЛ-21, ИЛ-22, ИЛ-17а). ИЛ-17а индуцируют активацию и гиперпролиферацию кератиноцитов. При псориазе сокращается срок жизни кератиноцитов до нескольких дней (в норме он составляет 28-30 дней), в результате чего клетки не успевают полностью созреть и отшелушиться. Таким образом формируются характерные бляшки, для которых характерна триада симптомов: феномен «стеаринового пятна», феномен «терминальной пленки», феномен «кровяной росы».

Для течения псориаза характерны 3 стадии:

1. Прогрессирующая – активное появление новых элементов в виде папул неоднородного цвета (центр окрашен в ярко-красный цвет и гиперемическая кайма по периферии – зона роста); появление новых элементов в ответ на механическое повреждение (так называемая положительная реакция Кебнера).

2. Стационарная стадия – останавливается рост папул, высыпания приобретают синюшный цвет, отрицательная реакция Кебнера, шелушение занимает всю поверхность.

3. Регрессирующая стадия – постепенное разрешение элементов от центра к периферии, кожа становится нормального цвета, формируется псевдоатрофический венчик Воронова.

Клиника псориаза весьма разнообразна и включает несколько форм: обыкновенный (вульгарный, бляшечный), пустулезный, каплевидный, себорейный, экссудативный, генерализованный псориаз Цумбуш, пустулезный псориаз ладоней и подошв Барбера, акродерматит стойкий гнойный, псориаз эритродермия, инверсный псориаз, псориаз артрит.

Наличие многообразных клинических форм требует дифференциальной диагностики заболеваний. Лечение должно быть комплексным и включать общую и местную терапию, а также применение физиотерапевтических методов. В первую очередь пациент должен пересмотреть образ жизни, стиль питания (отказаться от жирной и острой пищи, алкоголя, отказаться от легкоусвояемых углеводов), уход за кожей должен быть щадящим, отказаться от использования жестких мочалок, растираний полотенцем. Препараты, применяемые для системной терапии: цитостатики, ретиноиды, циклоспорин А. Для лечения тяжелой формы псориаза применяют моноклональные антитела, блокирующие каскад воспалительных реакций (адалимумаб, инфликсимаб, устекинумаб и др.).

В протоколе наружного лечения псориаза применяют препараты, способствующие смягчению гипертрофированного рогового слоя эпидермиса (кератолитики), и противовоспалительные препараты. Эти препараты используют в прогрессирующую стадию заболевания. Во второй стадии болезни – препараты с дегтем, серой, ихтиолом, нафталином. Использование местных глюкокортикостероидов и кальципотриола оправдано на всех этапах заболевания.

На сегодняшний день помимо медикаментозного лечения с успехом применяют физиотерапевтическое лечение. Замечено, что солнечный свет улучшает состояние больных. Светотерапия на основе солнечного спектра А и Б применяются широко в дерматологии, но особенно эффективна при псориазе.

ПУВА терапия – один из методов физиотерапевтического лечения, который основан на использовании длинноволнового излучения и фотосенсибилизатора. В качестве фотосенсибилизатора применяется оксорален ультра, аммифурин. Курс состоит из 15-25 процедур. Пациент принимает препарат внутрь, после чего помещается в специальную установку, генерирующей УФ-излучение с длиной волны 400 нм и плотностью до 13 мВт/см². Метод основан на активации фотосенсибилизатора под действием УФ-излучения, который оказывает тормозящее действие на ДНК клеток. Свободные радикалы, которые образовались в результате действия ультрафиолетового излучения на нуклеиновые кислоты, вступают в связь с фотосенсибилизатором, что приводит к остановке репликации ДНК. В результате приостанавливается повышенная кератинизация. ПУВА-терапия может применяться на любой стадии псориаза. К побочным эффектам помимо гиперпигментации, фотоповреждения кожи, повреждения хрусталика относят диспепсические явления (тошнота, рвота), понижение артериального давления.

Метод селективной фототерапии (СФТ) – еще один метод лечения псориаза. В отличие от ПУВА-терапии, при данном методе не используется фотосенсибилизатор, что является более комфортным для пациента, так как применение последнего может вызвать диспепсические расстройства (тошнота, рвота, боли в эпигастрии), а также головокружение. Курс состоит из 20-30 процедур, терапевтическая эффективность составляет до 90%.

Узковоловая УФБ-терапия с пиком эмиссии при длине волны 311 нм не только не уступает по эффективности ПУВА-терапии, но и помогает достичь более быстрой ремиссии, чем при применении СФТ.

Фототерапия УФБ-лучами узкого спектра 308 нм с помощью эксимерного лазера, как еще один метод лечения псориаза, был открыт в 1907 году. Для этого метода суммарная доза излучения для избавления от бляшек в 6 раз ниже, чем при применении селективной фототерапии, что несомненно делает метод более прогрессивным.

Недостатком всех этих методов служит гиперпигментация кожи, появление сухости, кожный зуд, фототоксичность, повреждение хрусталика в результате связывания аминокислот протеина с продуктами, образующимися под действием ультрафиолетового облучения. Пациенты регулярно должны проходить обследование у офтальмолога. Кроме того, ультрафиолетовое облучения повышает риск возникновения злокачественных новообразований.

С учетом выше сказанного, подбор терапии для больных псориазом должен проходить с учетом стадии заболевания, клинической формы, площади поражения, наличия особенных состояний (беременность, лактация), наличия аллергии, коморбидных состояний. При правильной тактике ведения больного можно значительно улучшить качество жизни пациента.

Список литературы:

1. Аликбаев Т.З., Фролова Е.В., Гулордава М.Д. и др. Современные представления о патогенезе, клинике и течении тяжелого псориаза. Проблемы медицинской микологии. 2021; 23 (4): 9-16. [Alikbaev T.Z., Frolova E.V., Gulordava M.D. Modern ideas about the pathogenesis, clinic and treatment of severe psoriasis. Problems in Medical Mycology. 2021; 23 (4): 9-16. (In Russ)]. doi: 10.24412/1999-6780-2021-4-9-16
2. Кубанов А.А., Бакулев А.Л., Карамова А.Э. и др. Клинические рекомендации: Псориаз. Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». 2022: 7. [Kubanov A.A., Bakulev A.L., Karamova A.E., et al. Clinical recommendations: Psoriasis. All-Russian public organization "Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists". 2022: 7 (In Russ)].
3. Salomon J., Matusiak L., Nowicka-Suszko D., et al. Chitinase-3-Like Protein 1 (YKL-40) Is a New Biomarker of Inflammation in Psoriasis. Mediators Inflamm. 2017; 2017: 9538451. doi: 10.1155/2017/9538451.PMID: 28932021
4. Круглова Л.С., Бакулев А.Л., Коротаева Т.В. и др. Псориаз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. [Kruglova L.S., Bakulev A.L., Korotaeva T.V., etc. Psoriasis. M.: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ)]. ISBN 978-5-9704-7105-0

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Нигаметзянова Дарина Фоатовна

ординатор,
Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, доц.,
Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ г. Уфа

Введение

Склеродермия – это хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется уплотнением и фиброзом кожи и внутренних органов. Основным признаком является избыточное накопление коллагена, что приводит к нарушению структуры и функции тканей. Несмотря на то, что заболевание может поражать людей любого возраста, чаще всего оно развивается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет.

Классификация склеродермии

Склеродермия делится на две основные формы: локализованную и системную.

Локализованная склеродермия (морфея):

Поражает только кожу, подкожные ткани, иногда мышцы и кости.

Чаще встречается у детей и молодых людей.

Формы локализованной склеродермии:

Пятнистая морфея – на коже появляются участки плотной, утолщённой кожи.

Полосовидная морфея – поражение в виде полос, чаще вдоль конечностей или лица.

Генерализованная морфея – многочисленные и обширные очаги уплотнений по всему телу.

Системная склеродермия: Вовлекает не только кожу, но и внутренние органы (легкие, почки, сердце, пищевод и др.).

Имеет две основные формы:

Ограниченная системная склеродермия – поражаются кожа лица, кистей, иногда рук и ног. Может быть ассоциирована с синдромом CREST (Кальциноз, синдром Рейно, поражение пищевода, склеродактилия, телеангиэктазии).

Диффузная системная склеродермия – характеризуется быстрым прогрессированием и поражением более обширных участков кожи и внутренних органов.

Этиология и патогенез

Точная причина развития склеродермии до конца не установлена, однако предполагается, что она развивается в результате нарушения работы иммунной системы. Генетические, экологические и инфекционные факторы могут играть роль в ее развитии.

Основные патогенетические механизмы включают:

Аутоиммунная активация: иммунная система начинает атаковать собственные ткани. Сосудистые изменения: эндотелий сосудов повреждается, что ведет к сужению просвета и снижению кровоснабжения. Фиброз: активация фибробластов приводит к избыточной продукции коллагена, что вызывает утолщение и уплотнение тканей.

Клиническая картина

Клинические проявления склеродермии зависят от формы заболевания.

Кожные изменения: плотные, блестящие участки кожи, которые теряют эластичность и могут вызывать ограничение движений. Характерен феномен "лицевой маски" – лицо становится гладким, без выраженных мимических морщин.

Синдром Рейно: эпизодическое нарушение кровообращения в пальцах рук и ног, часто провоцируется холодом или стрессом, сопровождается побледнением, синюшностью и болью.

Поражение внутренних органов:

Легкие: интерстициальный фиброз, легочная гипертензия.

Пищевод: нарушение глотания, рефлюкс.

Сердце: фиброз миокарда, аритмии.

Почки: возможен склеродермический почечный криз – быстро прогрессирующая почечная недостаточность и тяжелая артериальная гипертензия.

Диагностика

Диагностика склеродермии основывается на клинических данных, результатах лабораторных исследований и инструментальных методах.

Лабораторные исследования:

Повышение уровней аутоантител, таких как антинуклеарные антитела (АНА), антитела к топоизомеразе I (Scl-70) и антицентромерные антитела.

Капилляроскопия ногтевого ложа: используется для оценки микроциркуляции и сосудистых изменений.

Инструментальные методы:

Рентген грудной клетки, компьютерная томография – для выявления легочного фиброза.

Эхокардиография – для оценки сердечной функции.

Эзофагоскопия или манометрия пищевода – для оценки его функции.

Лечение

Лечение склеродермии направлено на замедление прогрессирования заболевания, улучшение качества жизни и уменьшение симптомов. Комплексный подход включает медикаментозное лечение, физиотерапию и коррекцию образа жизни.

Медикаментозная терапия

Иммунодепрессанты (метотрексат, микофенолата мофетил) для снижения аутоиммунной активности.

Глюкокортикостероиды – назначаются при тяжелом воспалительном процессе, хотя их использование при склеродермии ограничено из-за риска осложнений, таких как почечный криз.

Антифибротические препараты (например, нинтеданиб) для замедления развития легочного фиброза.

Вазодилататоры (например, блокаторы кальциевых каналов) для лечения синдрома Рейно.

Ингибиторы АПФ – для контроля артериальной гипертензии и предотвращения почечных осложнений.

Физиотерапия и реабилитация:

Лечебная физкультура для поддержания подвижности суставов.

Массаж и тепловые процедуры для улучшения кровообращения.

Коррекция образа жизни:

Избегание воздействия холода и стрессов для предотвращения приступов синдрома Рейно. Рациональная диета и режим питания при нарушении функции пищевода.

Заключение

Склеродермия – это сложное аутоиммунное заболевание, требующее своевременной диагностики и комплексного лечения. Несмотря на то, что заболевание остается неизлечимым, современная медицина предлагает множество методов, которые могут существенно улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Varga, J., Trojanowska, M., & Kuwana, M. (2012). Scleroderma: From Pathogenesis to Comprehensive Management. Springer
2. Wigley, F.M., & Hummers, L.K. (2013). Scleroderma: Clinical Spectrum and Management. Oxford University Press.
3. Denton, C.P., & Black, C.M. (2009). Systemic Sclerosis. Oxford University Press.
4. Jimenez, S.A., & Derk, C.T. (2005). Scleroderma: Etiology, Pathogenesis, and Therapeutic Approaches. Humana Press.
5. Gabrielli, A., Avvedimento, E.V., & Krieg, T. (2009). Scleroderma: From Pathogenesis to Therapy. Springer.
6. Liu, X., & Tschumperlin, D.J. (2010). Mechanobiology in Health and Disease

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТРИХОФИТИИ У ЧЕЛОВЕКА

Сунагатова Аида Юльевна

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

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц.,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

TO THE QUESTION OF PREVENTION OF TRICHOPHYTIS IN HUMANS

Aida Sunagatova

Resident,
FGBOU VO Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Gulgena Mustafina

Scientific supervisor,
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
FGBOU VO Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Аннотация. В данной статье рассмотрены такие понятия как: дерматофития, дерматомироз, трихофития или стригущий лишай. Предложены профилактические рекомендации к устранению данного заболевания.

Abstract. This article discusses such concepts as dermatophytosis, dermatomycosis, trichophytosis or ringworm. Preventive recommendations for eliminating this disease are offered.

Ключевые слова: дерматофития, дерматомироз, трихофития, стригущий лишай, профилактика.

Keywords: dermatophytosis, ringworm, trichophytosis, ringworm, prevention.

Цель исследования. Проанализировать причины возникновения трихофитии у человека и дать рекомендации к устранению заболевания.

Материалы и методы. Материалами к исследованию стали учебные пособия, научные статьи, статистика данного вида заболевания.

Результаты и обсуждение.

По данным ВОЗ, пятая часть жителей планеты страдает той или иной формой грибкового заболевания, а частота встречаемости составляет 20-70% от общей численности населения планеты. Количество таких пациентов значительно увеличивается с каждым днем, несмотря на очевидные успехи и достижения медицинской науки.

Кольчатый червь – это инфекционное заболевание, поражающее кожу, ногти и волосы. Заболевание вызывается грибом рода *Trichophyton*, который патогенен для человека и животных. Трихофитон размножается путем срезания волос на волосистой части головы на высоте 1-2 мм от кожи и «обрезания» округлых участков.

Возбудителем заболевания является грибок рода *Trichophyton*. (Рис1.)

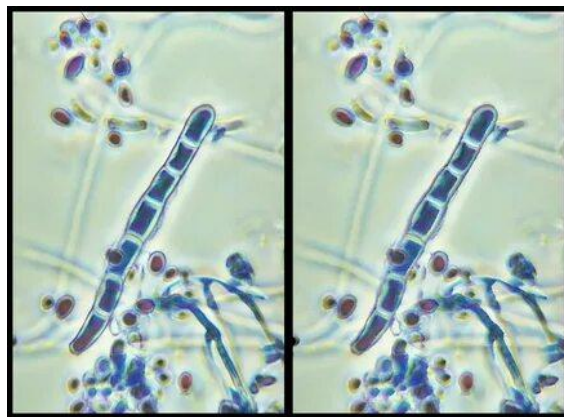


Рисунок 1. Грибок рода трихофитион

Дерматологи относят стригущий лишай к зоонозам. В последнее время стригущий лишай все чаще встречается у взрослых, а также у младенцев и детей первого года жизни. Появление асептических и атипичных форм вызывает беспокойство. Это увеличивает число носителей инфекционных грибов в популяции и усложняет диагностику [1].

Для выявления наибольшей частоты грибковых инфекций у школьников за последние полгода были проанализированы записи из частных дерматологических клиник. Было зарегистрировано 58 случаев грибковых инфекций у школьников. Из 58 зарегистрированных случаев у 28 (48 %) была диагностирована трихофития, у 19 (32 %) – разноцветный лишай, у 11 (19 %) – микроспориоз [2].

Переносчиками заболевания являются животные и люди, в основном дети. Грибы рода *Trichophyton* вызывают тяжелые заболевания у людей, заразившихся от животных.

Пути передачи дерматомикоза – контактно-бытовой, через использование зараженных грибом предметов или материалов, а также контакт с больными животными. Восприимчивость человека к грибкам *Trichophyton* повышается при наличии поражений на поверхности кожи, при ослабленном иммунитете, а также при длительном контакте с источником инфекции, повышенной влажности и ряде других нежелательных факторов.

При подозрении на поражения кожи, вызванные грибками, необходимо проконсультироваться с дерматологом. Самолечение или советы из Интернета или от друзей могут вызвать стригущий лишай, передать его другим, увеличить количество поражений или сделать его хроническим.

Диагноз стригущего лишая обычно ставится клинически, на основании тщательного сбора анамнеза и физикального обследования. Для подтверждения диагноза могут быть проведены анализы.

После обработки раствором гидроксида калия (КОН) кожу и волосы исследуют под микроскопом. Под увеличением видны грибковые септы и разветвленные, удлинённые мицелии.

Ложноотрицательные результаты могут быть получены в 15 % случаев. Поэтому микроскопическое исследование может быть повторено несколько раз[3].

С чем можно спутать трихофитию?

- микроспория;
- руброфития;
- розовый лишай Жибера;
- себорея и себорейный дерматит;
- псориаз;
- экзема;
- кольцевидная эритема;
- атопический или контактный дерматит;
- кандидоз кожи;
- вторичный сифилис;

- подострая форма кожной красной волчанки.

Некоторые из этих заболеваний не являются заразными и имеют совершенно разные стратегии лечения. Поэтому перед началом лечения необходимо убедиться в правильности диагноза. Это может гарантировать только специалист.

Очаги инвазивного стригущего лишая могут появляться на гладкой коже и волосистой части головы. Во многих случаях поражения возникают в области усов и бороды. На месте проникновения возбудителя образуются пиогенные абсцессы. Самочувствие пациента ухудшается, повышается температура тела, увеличивается количество близлежащих лимфатических узлов, начинают выпадать волосы.

Инфицированные очаги на гладкой коже и волосистых участках представляют собой округлые бляшки, плотные и болезненные, с заметными волосатыми фолликулами с гнойным содержимым. Рубцовые изменения, остающиеся после заживления очагов дерматомикозов на волосистой части головы, способствуют формированию очагов полной алопеции.

Лечение грибковых инфекций *Trichophyton* и *Trichophyton* может проводиться амбулаторно или стационарно, в зависимости от вида возбудителя, степени тяжести и клинической картины. Следует помнить, что многие противогрибковые препараты могут негативно влиять на печень, поэтому, несмотря на доступность лекарств, лечение стригущего лишая должен назначать только специалист. Пероральные противогрибковые средства назначаются при глубоких поражениях ногтей, кожи и волосистой части головы. При инвазивной тinea и тinea крурис следует использовать нитрат серебра или ихтиоловые лосьоны. Если ногтевое ложе сильно поражено, его следует удалить[4].

Очень важным аспектом в профилактике стригущего лишая является соблюдение личной гигиены.

Чтобы предотвратить развитие стригущего лишая, необходимо:

- избегать контактов с больными людьми и животными;
- использовать только индивидуальные средства гигиены, обувь и одежду;
- мыть руки с мылом и водой;
- использовать перчатки при работе с домашним скотом;
- в парикмахерских и цирюльнях соблюдать правила обработки и дезинфекции оборудования.

Таким образом, стригущий лишай – опасное заболевание, которое необходимо остановить на ранней стадии. Поэтому систематическое обследование детей, посещающих детские сады, позволяет выявить случаи заболевания стригущим лишаем и предотвратить распространение инфекции.

Список литературы:

1. Российское общество дерматологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с трихофитией, Москва, 2023. С.40
2. Современные клинико-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии // Сибирское медицинское обозрение. 2023. №1. С.73
3. И Джи, Эл Эбод А.М. Дерматомикоз гладкой кожи. (Обновлено 2021, Январь 7). В СтатПерлз (Интернет). Трэжа айлэнд СтатПерлз, Публикация Январь, 2022. Доступно по ссылке: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/>
4. Медведева Т.В., Антонов В.Б., Леина Л.М. и др. Трихофития: современные представления об этиологии, клинической картине, особенностях диагностики и терапии // Клин. дерматол. и венерол. – 2021. – № 4. – С. 70-74.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТРИХОМОНИАЗА. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Фахретдинова Полина Михайловна

ординатор,
ФГБОУ ВО Башкирского государственного
медицинского университета,
РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц.,
ФГБОУ ВО Башкирского государственного
медицинского университета
РФ, г. Уфа

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OF TRICHOMONIASIS. PROBLEMS AND PROSPECTS

Polina Fakhretdinova

Resident,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Gulgena Mustafina

Scientific supervisor, Candidate
of Medical Sciences, Associate Professor,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa

Аннотация. Трихомониаз – одно из самых распространенных заболеваний, передающихся половым путем, вызываемое простейшим *Trichomonas vaginalis*. Заболевание поражает мочеполовую систему мужчин и женщин, приводя к воспалительным процессам и серьезным осложнениям, таким как бесплодие. Цель данной работы – проанализировать современные методы диагностики, лечения и профилактики трихомониаза, а также выявить проблемы, связанные с резистентностью возбудителя, и предложить пути их решения. Диагностика трихомониаза включает лабораторные методы: микроскопию, культуральные исследования и ПЦР. Лечение основывается на применении метронидазола, но проблема резистентности возбудителя требует поиска новых терапевтических подходов. Профилактика и своевременная диагностика играют ключевую роль в борьбе с трихомониазом и снижении его распространенности.

Abstract. Trichomoniasis is one of the most common sexually transmitted infections caused by the protozoan *Trichomonas vaginalis*. The disease affects the genitourinary system in both men and women, leading to inflammatory processes and severe complications such as infertility. The aim of this study is to analyze modern methods of diagnosis, treatment, and prevention of trichomoniasis, as well as to identify issues related to pathogen resistance and propose solutions. Diagnosis of trichomoniasis involves laboratory methods such as microscopy, culture tests, and PCR. Treatment is based on the use of metronidazole, but the issue of pathogen resistance calls for the development of new therapeutic approaches. Prevention and timely diagnosis play a key role in controlling trichomoniasis and reducing its prevalence.

Ключевые слова: трихомониаз, *Trichomonas vaginalis*, ИППП, диагностика, метронидазол, резистентность, профилактика, осложнения.

Keywords: trichomoniasis, *Trichomonas vaginalis*, STDs, diagnosis, metronidazole, resistance, prevention, complications.

Введение

Трихомониаз представляет собой одно из наиболее распространённых заболеваний, передаваемых половым путём, вызываемое простейшим микроорганизмом *Trichomonas vaginalis*. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно фиксируется около 170 миллионов новых случаев этого заболевания, что свидетельствует о его широком распространении среди сексуально активного населения. Заболевание поражает как мужчин, так и женщин. В последние годы наблюдается увеличение числа бессимптомных форм трихомониаза, что существенно осложняет его диагностику и способствует дальнейшей передаче инфекции [3, с. 75].

История изучения трихомониаза восходит к 1836 году, когда французский учёный Альфред Донне впервые идентифицировал *Trichomonas vaginalis* в мазке у женщины. Данный паразит вызывает воспалительные процессы в мочеполовой системе и передаётся преимущественно половым путём. Клиническое течение трихомониаза может быть как бессимптомным, так и сопровождаться выраженными симптомами [5].

Отсутствие своевременного лечения трихомониаза связано с риском развития серьёзных осложнений, таких как воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие и осложнения беременности, включая преждевременные роды и низкий вес новорождённых. Кроме того, трихомониаз способствует повышению восприимчивости к другим инфекциям, включая ВИЧ [5]. В свете трудностей, связанных с диагностикой инфекции и распространением устойчивых штаммов *Trichomonas vaginalis*, возникает необходимость разработки новых подходов к диагностике, лечению и профилактике данного заболевания.

Этиология и патогенез

Трихомониаз вызывается простейшим микроорганизмом *Trichomonas vaginalis*, который поражает мочеполовую систему человека. Этот паразит, относящийся к классу жгутиковых, обладает грушевидной формой и несколькими жгутиками, обеспечивающими его подвижность. *Trichomonas vaginalis* существует в трёх морфологических формах: жгутиковой, амёбодной и округлой, что позволяет ему адаптироваться к различным условиям среды [2]. У женщин основным местом обитания паразита является слизистая оболочка влагалища, у мужчин – мочеиспускательный канал.

Основной путь передачи трихомониаза – половой контакт. Возможность передачи через инфицированные предметы, такие как полотенца, существует, но маловероятна ввиду быстрой гибели паразита вне организма [2]. Асимптомное носительство представляет значительную проблему, так как инфицированные лица могут не осознавать наличие заболевания и неосознанно передавать инфекцию половым партнёрам.

Паразит прикрепляется к эпителиальным клеткам мочеполовой системы посредством белков-адгезинов, что обеспечивает его закрепление и дальнейшее размножение. Продукция ферментов, вырабатываемых трихомонадой, способствует разрушению клеток эпителия, вызывая воспалительный процесс. Часто трихомониаз сопровождается другими заболеваниями, передающимися половым путём, что усугубляет клиническую картину и повышает риск заражения инфекциями, такими как ВИЧ [2].

Клинические проявления

Клинические проявления трихомониаза варьируются в зависимости от пола пациента, состояния иммунной системы и наличия сопутствующих инфекций. Заболевание может протекать как в острой, так и в хронической форме, при этом значительная часть инфицированных не проявляет симптомов, что значительно осложняет диагностику и контроль за распространением инфекции [1, с. 44-50].

У женщин трихомониаз поражает влагалище, мочеиспускательный канал, шейку матки и мочевого пузыря. Наиболее частыми симптомами являются зуд, жжение, раздражение и пенистые выделения с неприятным запахом. Нередко наблюдаются боль при мочеиспускании и дискомфорт во время половых контактов. В тяжелых случаях возможно образование язв на половых органах, что повышает риск инфицирования ВИЧ [6, с. 58-65].

У мужчин трихомониаз поражает уретру, вызывая уретрит. Симптоматика включает жжение, частые позывы к мочеиспусканию и выделения из уретры, которые могут быть слизистыми или гнойными. В хронической форме заболевание может протекать бессимптомно, однако при этом существует риск развития осложнений, таких как простатит, везикулит и эпидидимит, что может привести к мужскому бесплодию [1, с. 44-50].

Трихомониаз представляет особую опасность для беременных женщин, поскольку он ассоциируется с повышенным риском преждевременных родов и низкой массой тела новорождённых, что подчёркивает необходимость своевременного выявления и лечения инфекции [4, с. 65-71].

Диагностика

Диагностика трихомониаза представляет собой сложную задачу в силу частого бессимптомного течения заболевания и необходимости дифференцировать его от других инфекций, передающихся половым путём. Для постановки точного диагноза требуются лабораторные исследования, так как клинические симптомы могут быть схожи с другими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы [10, с. 89-101].

Диагностический процесс начинается с опроса пациента и клинического осмотра. У женщин трихомониаз часто проявляется в виде пенистых выделений с неприятным запахом, в то время как у мужчин могут наблюдаться жжение и слизисто-гнойные выделения из уретры. Тем не менее, наличие бессимптомных форм заболевания значительно затрудняет клиническую диагностику.

Первым этапом лабораторного исследования является микроскопия мазка. У женщин материал для исследования берётся из влагалища, у мужчин – из уретры. Данный метод позволяет выявить подвижные формы *Trichomonas vaginalis*, однако его чувствительность ограничена и составляет около 60-70% [10, с. 89-101].

«Золотым стандартом» в диагностике трихомониаза считается культуральное исследование, которое демонстрирует высокую чувствительность до 95%, хотя данный метод требует больше времени для получения результатов. Одним из современных и наиболее точных методов является полимеразная цепная реакция (ПЦР), которая позволяет выявить ДНК *Trichomonas vaginalis* с чувствительностью до 99%. Этот метод особенно эффективен для диагностики бессимптомных форм заболевания [8, с. 100-109].

Лечение

Лечение трихомониаза представляет собой важный этап в борьбе с этим заболеванием, учитывая его высокую распространённость, бессимптомное течение и возможные осложнения, такие как бесплодие и повышенный риск заражения другими инфекциями. Основой терапевтического подхода являются антипаразитарные препараты, однако лечение должно быть индивидуализировано в зависимости от клинической картины пациента [9, с. 25-30].

Для успешного исхода лечения необходима терапия обоих половых партнеров, даже если у одного из них отсутствуют симптомы заболевания, что предотвращает возможность реинфицирования. Во время курса лечения пациентам рекомендуется воздерживаться от половых контактов [9, с. 25-30]. Поскольку трихомониаз часто сопровождается другими инфекциями, такими как гонорея или хламидиоз, необходим комплексный подход к лечению.

Основным препаратом для лечения является метронидазол, который эффективно уничтожает *Trichomonas vaginalis*, вызывая разрушение их ДНК. Существуют различные схемы лечения: однократный приём высокой дозы или многократный курс по 500 мг дважды в день в течение 5-7 дней. В случае наличия резистентных штаммов возможно применение альтернативного препарата – тинидазола [9, с. 25-30].

Лечение беременных женщин требует особой осторожности, особенно в первом триместре беременности, однако его проведение необходимо, так как риски заболевания превышают

возможные риски от терапии. Эффективность лечения контролируется с помощью повторных лабораторных анализов через 1-2 недели после завершения курса терапии [9, с. 25-30].

Профилактика и осложнения

Профилактика трихомониаза является ключевым аспектом в снижении уровня заболеваемости и предотвращении возможных осложнений, связанных с этой инфекцией. Основной целью профилактических мер является ограничение распространения заболевания среди сексуально активного населения и минимизация рисков для здоровья, возникающих при отсутствии своевременного лечения [7, с. 22-27].

Одним из наиболее эффективных методов предотвращения передачи трихомониаза остается использование презервативов во время половых контактов, что значительно снижает вероятность заражения *Trichomonas vaginalis* и другими инфекциями, передающимися половым путём. Важным компонентом профилактики является повышение уровня осведомленности населения о рисках незащищённых половых актов и важности использования мер защиты. Информационные кампании, направленные на молодёжь и группы риска, играют важную роль в снижении распространения инфекции [7, с. 22-27].

Регулярные медицинские осмотры и тесты на трихомониаз также способствуют предотвращению дальнейшего распространения инфекции. Раннее выявление заболевания упрощает процесс лечения и снижает риск осложнений, особенно у беременных женщин, для которых инфекция представляет серьёзную угрозу. Лечение должно проводиться у обоих половых партнёров, даже если один из них не проявляет симптомов, что помогает предотвратить реинфицирование.

При отсутствии своевременного лечения трихомониаз может привести к серьёзным последствиям, таким как бесплодие или повышенный риск заражения ВИЧ [7, с. 22-27].

Список литературы:

1. Алимов, А.А. Современные подходы к диагностике и лечению трихомониаза / А.А. Алимов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2020. – Т. 96, № 2. – С. 89–101.
2. Беляева, Е.И. Применение ПЦР в диагностике заболеваний, передающихся половым путем / Е.И. Беляева, О.В. Кузнецова // Лабораторная диагностика. – 2021. – № 6. – С. 100–109.
3. Громова, Н.А. Эпидемиологические аспекты трихомониаза: современные данные / Н.А. Громова, В.А. Сафонов // Журнал инфекционной патологии. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 44–50.
4. Дегтярева, И.С. Лечение инфекций, передающихся половым путем: рекомендации по применению препаратов / И.С. Дегтярева // Современные проблемы инфекционной патологии. – 2021. – № 4. – С. 25–30.
5. Кузьмина, О.В. Профилактика трихомониаза в популяции: результаты программ просвещения / О.В. Кузьмина, И.Л. Петрова // Социальные аспекты здравоохранения. – 2020. – Т. 95, № 1. – С. 22–27.
6. Лебедев, А.М. Влияние трихомониаза на риск передачи ВИЧ: клинические исследования / А.М. Лебедев // Вопросы дерматовенерологии. – 2022. – Т. 85, № 5. – С. 58–65.
7. Николаева, М.И. Лабораторная диагностика трихомониаза у мужчин и женщин / М.И. Николаева, Л.В. Зотова // Вестник клинической микробиологии. – 2021. – № 3. – С. 89–101.
8. Петров, В.Г. Метронидазол и альтернативные схемы лечения трихомониаза / В.Г. Петров, Е.Н. Ткаченко // Лекарственная терапия. – 2020. – № 2. – С. 25–30.
9. Сидорова, Т.А. Комплексный подход к лечению и профилактике трихомониаза / Т.А. Сидорова // Российский журнал инфекционной патологии. – 2021. – № 4. – С. 65–71.
10. Шаповалова, И.Л. Современные методы диагностики и профилактики трихомониаза / И.Л. Шаповалова // Медицинская микробиология и иммунология. – 2022. – Т. 30, № 6. – С. 22–27.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Хузина Айгуль Олеговна

студент,

ФГБОУ ВО Башкирский государственный

медицинский университет,

РФ, г. Уфа

Ограниченная склеродермия (син.: бляшечная склеродермия, локализованная склеродермия) – хронический дерматоз из группы болезней соединительной ткани.[1] Заболевание представляет собой системное прогрессирующее поражение соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых изменений по типу облитерирующего эндартериита с распространенными вазоспастическими расстройствами.[1]

Благодаря достижениям отечественной и зарубежной науки в последние годы произошли существенные сдвиги в понимании этиологии и патогенеза склеродермии, что привело к совершенствованию диагностики и лечения этого дерматоза. Многочисленными исследованиями было подтверждено, что в основе развития заболевания лежат аутоиммунные нарушения. Более широко стал применяться метод ПУВА-терапии в лечении тяжелых и распространенных форм дерматоза, что дало возможность повысить эффективность проводимой терапии.[2] Данным заболеванием чаще болеют лица женского пола, например, девочки болеют чаще мальчиков более чем в 3 раза, а женщины в возрасте 40- 55 лет составляют 75% больных склеродермией.[2]

Ограниченная склеродермия может возникать в любом возрасте, даже у новорожденных. В связи с тенденцией растущего организма к распространению патологии, к выраженным сосудистым реакциям у детей это заболевание часто имеет склонность к обширному поражению, хотя в ранние сроки может проявляться единичными очагами.

Этиология и патогенез ограниченной склеродермии

Этиология локализованной склеродермии не известна.[3] В патогенезе заболевания основную роль отводят аутоиммунным нарушениям, повышенному синтезу и отложению в коже и подкожной клетчатке коллагена и других компонентов соединительной ткани, микроциркуляторным расстройствам. Заболеваемость локализованной склеродермией составляет 2,7 случаев на 100000 населения, распространенность – 2 на 1000 населения. В Российской Федерации распространенность локализованной склеродермии в 2009 г. составила 16140 случаев: взрослых больных зарегистрировано 13885, подростков 15-17 лет – 690, детей в возрасте 14 лет и младше – 1565. Заболевание встречается у представителей любой расы, чаще у женщин, чем у мужчин (2,6:1). [3] Термин «склеродермия» получен из греческих слов «skleros» (твердый или отвердение) и «*derma*» (кожа). Гиппократ (Hippocrates) сначала описал это состояние как утолщенную кожу. Carlo Curzio в 1752 году предложил первое подробное описание склеродермии у пациента с твердой кожей. В 1836 году Giovambattista Fantonetti применил термин «склеродермия» относительно пациента, чтобы описать болезнь с темно-подобной кожей, у которого наблюдалась потеря совместного диапазона движения из-за натяжения кожи. P. Klempereger, A. Pollack, G. Vaehr в 1942 году сформулировали концепцию коллагеновых болезней. Robert H. Goetz в 1945 году сначала подробно описал понятие склеродермии как системного заболевания и затем ввел термин

«прогрессивный системный склероз», чтобы подчеркнуть системную и часто прогрессирующую природу болезни. Склеродермия – заболевание, характеризующееся чрезмерным фиброзом, который может носить системный характер или локализоваться только в коже. Когда фиброз ограничен только кожей и подкожной клетчаткой, такой процесс классифицируют как ограниченную склеродермию. Системная склеродермия относится к полисистемным нарушениям и поражает кожу, кровеносные сосуды и внутренние органы. Это заболевание характеризуется иммунологическими нарушениями, повреждением сосудов и увеличением

накопления экстрацеллюлярных белков матрикса в коже. Хотя этиология склеродермии полностью не выяснена, возрастает количество доводов в пользу того, что гиперпродукция экстрацеллюлярного матрикса активированными фибробластами является результатом комплекса взаимодействий эндотелиальных клеток, лимфоцитов, макрофагов, фибробластов через множество медиаторов, таких как цитокины, хемокины и факторы роста. Так же, вероятно, существует генетическая предрасположенность к этому заболеванию, предполагается роль апоптоза (Uamamoto., 2009). Многие исследования иллюстрируют единство клеточного и гуморального механизмов иммунопатологии у больных склеродермией. Клеточное звено патологического иммунного процесса рассматривается на примере нескольких функциональных подтипов Т-лимфоцитов с учётом антигенов кластера дифференцировки. Гуморальное звено патоиммунного процесса находится в сфере сильной зависимости от активности лимфоцитов CD4+ И CD8+, регулирующих антигенспецифические реакции В-лимфоцитов.[3]

На сегодняшний день, согласно данным научной литературы, можно выделить следующие основные этиологические факторы:[1]

- инфекции (75%);
- переохлаждения;
- инсоляция;
- травмы (53%);
- стрессы;
- медикаменты;
- вакцины и сыворотки (3%).

Таким образом, склеродермия – это заболевание имеющее широкое распространение и сложный патогенез, который требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Клиническая дерматовенерология: в 2 т./ под ред. Ю.К.Скрипкина,
2. Ю.С.Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – Т.1. – 720с.
3. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. /Справочник. – М.:
4. Медицина, 1997.-352 с.
5. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С. Избранная дерматология. – Пермь, 2000, 699 с.

СИФИЛИС. ЭТИОЛОГИЯ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА. ЛЕЧЕНИЕ

Шангариева Эльмира Рузилевна

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

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доц.,
ФГБОУ ВО Башкирский государственный
медицинский университет,
РФ, г. Уфа

«Сифилис – это заболевание, которое вызывается бледной трепонемой она передается в основном половым путем, характеризуется поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением» [1]

Этиология сифилиса

Бледной трепонемой называется из-за слабой способности воспринимать окраску. Это микроорганизм спиральной формы и длиной от нескольких нм до 20 нм и шириной от 0,1 до 0,18 нм, спирали расположены на расстоянии друг от друга и имеют амплитуду 0,2-0,3 нм., отличаются движениями: вращательным вокруг своей продольной оси, маятникообразным, волнообразным, контракильным. Они активно перемещаются в среде, что сопровождается сгибанием клетки под прямым углом без потери спиралевидной формы. Бледная трепонема легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхания, прогревания в течение 15 мин., при воздействии 50-56 град. С этилового спирта; однако, низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы.

Эпидемиология сифилиса

С января 2023 года сифилисом в России заболели минимум 2,6 тысяч человек – это на 71% больше, чем за тот же период прошлого года.

Пути передачи:

- Половой – это жизненно опасное заболевание передающееся в 95% случаев половым путем. Заражение происходит через мелкие генитальные и экстрагенитальные дефекты кожи или слизистых оболочек.
- Бытовой – очень редкий путь передачи заболевания, который возникает в момент совпадения следующие условия:
 - Наличие проявлений сифилиса (папулы, эрозии и т. п.), например на ладони или на слизистой полости рта больного человека, т.е. наличие активной формы заболевания;
 - Наличия повреждений кожного или слизистого покрова у здорового человека;
 - Длительное соприкосновение.
- Гемотрансфузионный сифилис так же может быть передан гематогенным путем, через нестерильные иглы
- Трансплацентарный. Когда происходит внутриутробная передача инфекции от больной матери к плоду. Бледная трепонема передается во время беременности от матери ребенку через плаценту. Такое заболевание называют врожденным. Часто плод, зараженный сифилисом, погибает еще в утробе матери.
- Профессиональный. Возможно заражение персонала лабораторий, работающего с зараженными экспериментальными животными. Имеют место 9 случаи заражения акушеров-

гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов при выполнении профессиональных обязанностей

Первичный период

В первый период сифилиса формируется твердый шанкр – это безболезненная язва с круглыми или овальными очертаниями, размер которой варьируется от 0,5 до 1,0 см. «Язва выделяется серозным экссудатом, имеет четкие границы и блестящее или розовое дно. Обычно шанкр появляется примерно через месяц после заражения и служит первичным местом проникновения бактерии трепонемы через поврежденные участки кожи. В области инфекции сначала развивается эритема, которая затем превращается в папулу и впоследствии в язву» [2].

Этот этап сопровождается увеличением лимфатических узлов (лимфаденит и лимфангит), что обычно происходит в первые две недели после появления шанкра. При пальпации эти узлы ощущаются как плотные и безболезненные, что является важным для диагностики.

Вторичная инфекция может вызвать такие осложнения, как вульвовагинит, фимоз, парафимоз и импетигнизация, проявляющиеся симптомами в виде кожных высыпаний, поражений слизистых, лихорадки, боли в горле, усталости, а также отека и увеличения половых органов. Эти симптомы снижают качество жизни и требуют срочного медицинского вмешательства.

По завершении первичного периода часто наблюдаются полиаденит и признаки общей интоксикации. Диагностика заболевания включает клинический осмотр, лабораторные анализы, в том числе на наличие бледных трепонем в секрете из язвы, а также анализы крови. Важной частью диагностического процесса является анализ информации, полученной от полового партнера пациента, что может предоставить дополнительные данные о возможном источнике инфекции и времени заражения, что критично для точной диагностики и выбора лечения.

Лечение

В качестве основного средства лечения сифилиса используются различные препараты пенициллина и другие антибиотики, обладающие трепонемоцидным действием.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с пациентами с ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

«Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в цереброспинальной жидкости» [3]

Для пациентов с аллергией на пенициллин предусмотрены альтернативные планы лечения:

Цефтриаксон 1000 мг внутримышечно, включая первый этап – ежедневно на протяжении 20 дней, и второй этап – ежедневно в течение 10 дней после двухнедельного перерыва.

Также можно использовать доксициклин, эритромицин и оксациллин как альтернативные варианты.

Список литературы:

1. Гафаров М.М., Терегулова Г.А., Выговская Т.Л., Хисматуллина З.Р., Кудашев Н.Ю. Основы дерматовенерологии. Учебное пособие.
2. Хадаева, Д.Т. Кабисова Э.Н. Сифилис. Особенности течения первичного периода
3. Дерматовенерология: национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011

РУБРИКА
«СОЦИОЛОГИЯ»

**ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
НА ФОНЕ СТРЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СГМУ**

Маврешко Дарья Викторовна

*студент,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

Скорб Янина Евгеньевна

*студент,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

Зверева Ольга Олеговна

*студент,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

Филимонова Ольга Леонидовна

*научный руководитель, старший преподаватель
кафедры общественного здоровья и здравоохранения,
Смоленский государственный медицинский университет,
РФ, г. Смоленск*

**FEATURES OF EATING DISORDERS ON THE BACKGROUND
OF STRESS AMONG STUDENTS OF SGMU**

Daria Mavreshko

*Student,
Department of Public Health and Public Health,
Smolensk State Medical University,
Russia, Smolensk*

Yanina Skorb

*Student,
Department of Public Health and Public Health,
Smolensk State Medical University,
Russia, Smolensk*

Olga Zvereva

*Student,
Department of Public Health and Public Health,
Smolensk State Medical University,
Russia, Smolensk*

Olga Filimonova

*Scientific Supervisor, Senior Lecturer
at the Department of Public Health and Public Health,
Smolensk State Medical University,
Russia, Smolensk*

Аннотация. Международные данные показывают, что расстройства пищевого поведения наиболее распространены среди женщин с пиком заболеваемости в подростковом возрасте. Распространенность РПП в Российской Федерации составляет 3,8 %. В ходе исследования было выявлено, что про культуру диет и РПП большинство опрошенных узнало из социальных сетей и Интернета, что составляет 67% респондентов. 39% респондентов считают, что больны сейчас или же были больны РПП; 23% считают, что никогда не болели; 38% сомневаются. В результате исследования также были установлены причинно-следственные связи появления РПП у молодых людей. В качестве факторов, спровоцировавших РПП, большинство респондентов назвали стресс – 47% опрошенных, большинство из них – лица мужского пола. Чаще других респонденты, считающие, что больны или были больны РПП, упоминали компульсивное переедание (63%). У 44% опрошенных было диагностировано РПП в лечебных учреждениях.

Abstract. International data show that eating disorders are most common among women with a peak incidence in adolescence. The prevalence of RPP in the Russian Federation is 3.8%. During the study, it was revealed that the majority of respondents learned about the culture of diets and RPP from social networks and the Internet, which is 67% of respondents. 39% of respondents believe that they are ill now or have been ill with RPP; 23% believe that they have never been ill; 38% doubt. As a result of the study, the cause-and-effect relationships of the appearance of RPP in young people were also established. The majority of respondents named stress as the factors that provoked the RPP – 47% of respondents, most of them are men. More often than others, respondents who believe that they are or have been ill with RPP mentioned compulsive overeating (63%). 44% of the respondents were diagnosed with RPP in medical institutions.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения; нервная анорексия; нервная булимия; нервная орторексия; компульсивные переедания.

Keywords: eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; orthorexia nervosa; compulsive overeating.

Введение. Расстройство пищевого поведения (РПП) – это психическое заболевание, которое негативно влияет на физическое и психическое здоровье человека и характеризуется ненормальным потреблением пищи.

Международные данные показывают, что расстройства пищевого поведения наиболее распространены среди женщин с пиком заболеваемости в подростковом возрасте. Распространенность РПП составляет 3,8 % в Российской Федерации, 3,4 % в Северной и Южной Америке, 3,6 % в Азии и 3,8 % в Европе.

Показатели смертности от РПП более высоки. По данным ВОЗ, они составляют около 20% в год, из них 0,2-0,5% вследствие суицида. Данные Росстата свидетельствуют об увеличении случаев заболеваемости из года в год [1].

РПП включает в себя нижеследующие подтипы: нервная анорексия; нервная булимия; нервная орторексия; компульсивные переедания [4].

Студенты медицинских вузов на протяжении всей учебной деятельности подвержены стрессу. Заболевание РПП чаще всего и возникает на фоне стресса.

Цель. Целью данной работы явилось выявление, какой из видов расстройств пищевого поведения на фоне стресса (нервная анорексия, нервная булимия, нервная орторексия, компульсивные переедания) наиболее распространен среди молодых людей в возрастной

категории 18-25 лет в России. В результате было проведено исследование, в ходе которого были установлены причинно-следственные связи появления РПП у молодых людей.

Материалы и методы исследования. Анонимное анкетирование, 100 респондентов (студенты-медики 18–25 лет). Проанализированы источники информации о РПП, распространенность различных видов РПП, факторы, спровоцировавшие данное заболевание.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 27 респондентов мужского пола и 73 респондентов женского пола в возрасте 18-25 лет.

Про культуру диет и РПП большинство опрошенных узнало из социальных сетей (ВКонтакте, TikTok, Instagram*, YouTube и др.) и Интернета – 67%; 14% – от семьи; 10% – от друзей; 9% – другое (книги, ТВ, врачи, журналы, факторы в совокупности).

39% респондентов считают, что больны сейчас или же были больны РПП (из них 6 лиц мужского пола (15,4%) и 33 женского пола (84,6%)); 23% считают, что никогда не болели (из них 11 лиц мужского пола (47,8%) и 12 женского (52,2%)); 38% сомневаются (из них 10 лиц мужского пола (26,3%) и 28 женского (73,7%)).

В качестве факторов, спровоцировавших РПП, большинство респондентов назвали: стресс – 47%; общественное мнение (неуместные шутки, травля со стороны сверстников в школьном возрасте, навязанные стандарты красоты, пропаганда культуры диет и красивого худого тела) – 21%; низкая самооценка (неприятие тела, комплексы) – 16%. Другими причинами является критика со стороны семьи – 16%. Причем, по показателям общественного мнения и критики со стороны семьи, большинство ответов было дано респондентами женского пола (81%), а по показателю стресса – мужского пола (53%).

В 12% случаев РПП возникло на фоне иного расстройства или психотравмы. Чаще других респонденты, считающие, что больны или были больны РПП, упоминали компульсивное переедание (всего 63%; 39,7% из них – лица мужского пола и 60,3% – женского). Также названы: нервная анорексия 33%, нервная булимия 23%, нервная орторексия 15%.

53% респондентов посещали психолога/психотерапевта/психиатра, из них около 47% обращались к специалисту с жалобой на нарушения приема пищи. Причем, лица женского пола посещали специалистов чаще, чем лица мужского (42% и 5% соответственно).

У 44% опрошенных было диагностировано РПП в лечебных учреждениях. 21% респондентов были госпитализированы с диагнозом РПП, 28% лежали в больнице из-за осложнений, вызванных РПП.

Из 44% с официально поставленным диагнозом РПП у 2% респондентов была диагностирована нервная анорексия, у 13% – нервная булимия, у 27% – компульсивные переедания, у 2% – нервная орторексия.

Выводы. Таким образом, в ходе систематизации данных, нами были выявлено, что компульсивное переедание чаще встречается среди молодых людей, наблюдающихся у специалиста. Причем, лица женского пола наблюдаются у специалистов чаще, чем лица мужского.

Большинство недиагностированных респондентов считают, что страдают от компульсивного переедания. Респонденты часто упоминали различные типы РПП вместе (2 и более); также упоминалось сочетание нервной анорексии и нервной булимии.

Также мы выяснили, что большинство респондентов узнали о культуре диет и РПП из Интернета.

В результате исследования было выявлено, что в качестве причин РПП респондентами чаще всего назывались стрессовые факторы (чаще встречается у лиц мужского пола) и общественное мнение (у лиц женского). Скорее всего, такое распределение причин появления РПП у молодых лиц объясняется тем, что к девушкам предъявляются куда большие требования к внешнему виду со стороны общества, чем к лицам мужского пола. В свою очередь, стресс чаще встречается у лиц мужского пола. Можно предположить, что это происходит ввиду того, что на них лежит большая ответственность относительно других сфер жизни (карьера и финансы), нежели к ним предъявляются требования к их внешнему виду, как в случае с девушками.

Список литературы:

1. Салмина-Хвостова, О.И. Психологический тренинг в профилактике нарушений пищевого поведения среди студентов г. Новокузнецка / О.И. Салмина-Хвостова, И.С. Салмина // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 61.
2. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – 6-е изд. испр., 2018. – М.: Издательский центр «Академия». – 288 с.
3. Келина М.Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения / Вестник МГЛУ. – 2012. – № 7 (640). – С. 158 – 165.
4. Келина, М.Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения / М.Ю. Келина // Вестник МГЛУ. – 2012. – № 7 (640). – С. 158-165.
5. Парфенова Г.Л., Ляшенко Д.Н. Психологические аспекты нарушений пищевого поведения, и их профилактика // Вестник Алтайского государственного педагогического университета, 2017.
6. Ромацкий В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – №3. – С.61-68.
7. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография / О.А. Скугаревский. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
8. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология, 2012. Том 1. № 1.
9. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2007. – 1040 с.
10. American Psychiatry Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing. Pages 329–354.
11. The genetics of eating disorders // Trace S. [и др.] Clin. Psychol. 2013. N 9. P. 589–620. DOI:10.1146/annurevclinpsy-050212-185546.
12. Trace S.E. [и др.] Lichtenstein P., Pedersen N.L., Bulik C.M. A behavioral-genetic investigation of bulimia nervosa and its relationship with alcohol use disorder // Psychiatry Res. 2013. Vol. 208, N 3. P. 232–237. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.04.030.

**Социальная сеть, запрещенная на территории РФ, как продукт организации Meta, признанной экстремистской – прим.ред.*

СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЙ «РЕПУТАЦИЯ», «ИМИДЖ» И «БРЕНД» В СЕГМЕНТЕ В2В

Шеина Юлия Алексеевна

магистрант,
Институт бизнес-коммуникаций
Санкт-Петербургского государственного
университета промышленных технологий и дизайна,
РФ, г. Санкт-Петербург

Жигалова Наталья Григорьевна

научный руководитель, доц.,
Институт бизнес-коммуникаций
Санкт-Петербургского государственного
университета промышленных технологий и дизайна,
РФ, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Статья посвящена раскрытию сущности понятий «репутация», «имидж» и «бренд» в сегменте В2В. Компании данного сегмента уделяют недостаточное внимание формированию собственного имиджа и бренда, а также укреплению репутации, так как не видят в этом необходимости и ограничены консервативностью сегмента. Актуальность данной статьи обусловлена тем, что рынок находится в состоянии постоянного изменения, при этом конкуренция усиливается, следовательно, представителям компаний и специалистам в области связей с общественностью важно погрузиться в сущность данных понятий, оценить их значимость и активно применять в своей деятельности.

Ключевые слова: репутация, имидж, бренд, сегмент рынка В2В.

Современный российский рынок характеризуется многообразием схожих торговых марок. Различия между ними видны производителям, так как они обладают информацией об уникальных преимуществах своего продукта, однако этого недостаточно, чтобы быть успешным на рынке. Успешность компании определяется высоким спросом на ее продукцию и количеством лояльной аудитории, поэтому представителям компании следует уделять внимание развитию и укреплению своего бренда. Учитывая особенности сегмента В2В, то важным критерием успешности компании и долгосрочного сотрудничества с клиентом являются репутационные активы, имидж и бренд. Бренд – набор марочных ассоциаций, которые закрепляются в сознании потребителя и выделяют его конкурентные преимущества. Репутация и имидж способствуют формированию успешного бренда. Однако далеко не все представители этого рынка осознают значимость этих понятий, что требует углубленного изучения их сущности и ценности.

П.-М. Шовен трактует репутацию как оценочное мнение о товаре, услуге или организации, которое основано на личностном восприятии, результатах и отзывах о деятельности оцениваемой компании, общественно значимых качествах. Репутация динамична и зависит от временных и пространственных параметров, поэтому ее нужно поддерживать с помощью инструментов маркетинга. Т.Э. Гринберг также считает, что репутация – это оценочное суждение, мнение. [1]

По мнению С.В. Малых, репутация – нематериальный актив компании или человека, формируемый в течение длительного времени для воздействия на целевую аудиторию, создания ассоциативного ряда о продукте и приращении денежного капитала. Репутация – устойчивое мнение о компании или персоне, которое поддерживается и защищается с помощью коммуникативной стратегии и каналов внутренней и внешней среды. Репутация близка по значению к слову доверие, поэтому откликается у большинства аудитории (Е.С. Радионцева).

В отличие от репутации, к определению сущности понятия «имидж» можно выделить несколько подходов: имидж как личностное представление потребителя (Т.Э. Гринберг, С.Ю. Головин, Э.А. Капитонов); имидж как искусственно созданное представление (Д.В. Олшанский); имидж как социально-психологический компонент (Н. Богданов, В.Г. Зазыкин).

1. Имидж как личностное представление потребителя. Т.Э. Гринберг определяет имидж как образ, идеализированное представление, которое является личным представлением потребителя о компании и ее деятельности. С.Ю. Головин и Э.А. Капитонов считают, что имидж – это образ-представление, которое сформировано в массовом сознании потребителя и имеет характер стереотипа с личностной эмоциональной окраской, наделяющее компанию, продукт или человека дополнительной ценностью. [2]

2. Имидж как искусственно созданное представление. Абсолютно отличное мнение о сущности понятия «имидж» сложилось у И. Гофмана, который считает, что имидж – искусственно созданное представление с помощью инструментов маркетинга и PR. Главная особенность – потребитель уверен в том, что это его личная оценка, которой он руководствуется при приеме решения о покупке.

3. Имидж как социально-психологический компонент представляет собой специально сконструированный психический образ с высокой эмоциональной окраской, который основан на особенностях личностей, ее потребительском поведении и привычках (Е.Н. Богданов, В.Г. Зазыкин). В данном случае имидж служит неким рычагом воздействия и влияния на аудиторию, чтобы вызвать нужный психологический эффект и сформировать символическое представление об объекте или субъекте. [4]

Таким образом, у понятий «имидж» и «репутация» можно выделить следующее сходство – нематериальные активы, нацеленные на формирование благоприятного имиджа компании, продукта или услуги, укрепление доверия к деятельности субъекта и создание лояльной аудитории.

Основные отличия этих понятий перечислены ниже:

1. Имидж – это первичное восприятие, особо актуальное на начальных этапах жизненного цикла компании, репутация уже является следствием длительного существования на рынке.

2. Имидж базируется на первичных ассоциациях (фирменный стиль, рекламные кампании), а репутация на марочных ассоциациях таких как доверие, ответственность, надежность, которые построены на длительном взаимодействии (количество совместных контрактов, открытость, отзывы других потребителей, оценки независимых экспертов, профессиональные награды).

3. Для создания имиджа не требуется значительно большого времени и ресурсов, в то время как репутация формируется годами и должна поддерживаться представителями компании.

4. Имиджем несложно управлять, репутацией управлять сложнее, она зависит от деятельности компании, ее менеджмента и продукции, отзывов потребителей.

5. Имидж строится на субъективности, а репутация всегда объективна.

6. С помощью имиджа создается самое позитивное представление о компании, которое не всегда может соответствовать реальной действительности. Репутация – заслуженная оценка, которая формируется с течением времени, объективным мнением от использования продукта или услуги и качеством менеджмента.

7. Имидж фактически является легендой, а репутация базируется на результатах деятельности, референс-листе, наградах и др.

Исходя из вышесказанного, репутация и имидж являются основой брендинговой политики компании способствуют формированию бренда, торгового знака, популяризации фирменного стиля, привлечению новых потребителей, укреплению позиций на рынке и усилению конкурентных преимуществ, увеличению спроса на услуги компании. Выбор аудиторией той или иной компании зависит от информированности о деятельности компании, ее участии в общественно значимых мероприятиях и иницировании собственных имиджевых мероприятий, наличии наград в занимаемой нише и др. Все вышперечисленные элементы составляют

репутационные активы компании и ее имидж, на что в первую очередь и уделяет внимание потребитель, следовательно, их развитие является первостепенной задачей компании.

На сегодняшний день, используется множество определений бренда, что объясняется комплексным использованием теорико-методологического аппарата ряда наук – экономики, социологии, психологии. Прежде чем приступить к рассмотрению понятия «бренд», нужно уделить внимание марочным ассоциациям – ядру бренда. Марочные ассоциации представляют собой набор значимых характеристик и ценностей, в которых заложено значение и обещание бренда потребителям.

Бренд – нечто осязаемое, свойства продукта, которые выражены в имени, способе рекламирования, истории, репутации и в чувствах потребителя по отношению к товару. «У товаров, как и у людей, есть собственные индивидуальность и характер, и они могут принести успех или, наоборот, обеспечить полный провал на рынке продаж. Характер продукта – это мозаичный портрет, складывающийся из многих факторов: названия, упаковки, цены, рекламного облика и, самое главное, природы самого продукта» – считает Д. Огилви. [5, с. 14] Такого же мнения придерживается и Е.А. Рудая, которая определяет бренд как своеобразную ментальную конструкцию, формируемую в сознании потребителя в результате мифологизации потребительских свойств товара. «В сущности, марка определяет продавца или производителя товара и независимо от того, выражена ли она названием, товарным знаком, логотипом или другим символом, является обязательством продавца предоставить покупателю определенный набор свойств товара, выгод и услуг. Лучшие торговые марки содержат в себе также гарантии качества» – Ф. Котлер. [6, с. 285]

Бренды формируются мнениями, эмоциями, чувствами, воображениями, поэтому важно то, как бренд воспринимается потребителями, что они чувствуют и думают о связи с брендом. Объединяя вышеуказанные подходы к пониманию сущности понятий «бренд», можно определить бренд как известную торговую марку среди потребителей.

Свойства и преимущества сильного бренда (по Ф. Котлеру и К.Л. Келлеру): улучшение восприятия эффективности товара; лояльные потребители; меньшая зависимость от маркетинговой деятельности конкурентов; меньшая чувствительность к маркетинговым неудачам и кризисам; высокая прибыль; зависимость эластичности спроса – потребители почти не реагируют на изменения цены и продолжают приобретать данный товар; повышенная эффективность от использования маркетинговых коммуникаций; большая кооперация и поддержка со стороны торговой сферы; возможности для лицензирования; появление возможностей для расширения и усиления бренда; создание крепкой корпоративной культуры и удержание сотрудников, привлечение новых и заинтересованных сотрудников; повышение отдачи от операций на финансовых рынках. [5]

Таким образом, сильный бренд помогает компании занимать лидирующие позиции на рынке, обеспечивать дополнительную или добавочную стоимость, укреплять взаимоотношения с клиентами, формируя долгосрочное партнерство. Поэтому деятельность специалистов в сфере бренд-коммуникаций сильно ценится на современном рынке, в связи с тем, что они вносят существенный вклад в достижение высоких экономических результатов деятельности организации, в заключение крупных сделок, создание успешных коллабораций. Этот вклад можно оценить с помощью конкретных показателей, которые демонстрируют ликвидность и высокую узнаваемость компании. Следовательно, эти понятия имеют большое значение в сегменте B2B.

Сегмент B2B обладает рядом специфических особенностей, обусловленных взаимодействием между юридическими лицами. Решения о покупке на данном рынке принимаются на основе объективности, эмоциям здесь нет места. Более того, решения принимаются длительно, коллективно, зачастую у покупателя есть конкретное техническое задание (ТЗ) и для него важен результат, полностью соответствующий требованиям ТЗ. Компании-исполнители проходят отбор, важной составляющей которого является репутация и имидж компании на рынке. Здесь важным является соблюдение сроков, качества продукции, отзывы партнеров – это и есть репутационные активы. По мимо этого им важно, как компания себя подает в

информационном поле и как выглядит в лице широкой общественности. Есть эти критерии вызывают сомнения, то вероятность заключения контракта минимальна. Поэтому некоторые компании на данном рынке начинают уделять внимание развитию своего бренда, для этого используются инструменты маркетинга такие как ведение социальных сетей, организация мероприятий, участие в конференциях и выставках, чтобы сформировать положительный имидж и привлечь внимание к компании, ее деятельности, миссии, целям и принципам. Кроме того, имидж повышает лояльность существующих клиентов, способствует укреплению репутации. Репутация в свою очередь отражает такие важные марочные ассоциации бренда как надежность, ответственность, дружелюбность, соблюдение сроков и др. Это позволяет закрепить компанию в сознании потребителей как надежную и проверенную временем, чтобы ни у кого даже не возникло сомнения, что обязательства не будут выполнены. Сильный и успешный бренд закрепляет позиции компании на рынке, способствует развитию и укреплению взаимоотношений с партнерами.

Подводя итоги, можно определить, что между имиджем и репутацией есть существенные отличия, поэтому для их развития требуются различные подходы и инструменты. Актуальность этих понятий, в рамках деятельности компании, определяется этапом жизненного цикла. Имидж отличается своим первичным, зачастую поверхностным и искусственным представлением о компании, продукте и услуге, в то время как репутация базируется на экономических, социальных характеристиках компании. Однако, эти понятия взаимосвязаны и влияют друг на друга: положительная репутация способствует улучшению имиджа, а неблагоприятный имидж может уничтожить репутационные активы компании. Вместе эти понятия характеризуют базис брендинговой политики компании и конкретно бренда, которые позволяют выделить компанию среди конкурентов и успешно закрепиться в сознании потребителей. Учитывая специфические особенности B2B сегмента и стремительные изменения рыночной ситуации, представителям компании следует развивать коммуникативные стратегии, направленные на развитие имиджа и репутации, чтобы сформировать успешный бренд. Это главное условие для сохранения рыночных позиций и усиления конкурентных преимуществ, чтобы продлить существование компании на долгое время.

Список литературы:

1. Шовен, П.М. Социология репутаций / П.М. Шовен // Отечественные записки. – 2014. – № 1(58). – С. 85-99.
2. Гринберг, Т.Э. Коммуникационная концепция связей с общественностью: модели, технологии, синергетический эффект : монография / Т.Э. Гринберг. – Москва : МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012. – 324 с. – ISBN 978-5-211-06399-0. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/114569> (дата обращения: 02.10.2024). – Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Дагаева Елена Александровна Драматургический подход к изучению имиджа // Вестник ТИУиЭ. 2014. №2 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dramaturgicheskiy-podhod-k-izucheniyu-imidzha> (дата обращения: 02.10.2024).
4. Бойко, С.Л. Профессиональные психологические риски и социальный менеджмент в здравоохранении : монография / С.Л. Бойко. – Гродно : ГрГМУ, 2022. – 196 с. – ISBN 978-985-595-757-8. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: <https://e.lanbook.com/book/306563> (дата обращения: 11.09.2024). – Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Огилви, Д. Огилви о рекламе / Дэвид Огилви; пер. с англ. А. Гостева и Т. Новиковой. – 2-е изд. – М. : Мани, Иванов и Фербер ; Эксмо, 2013. – 240 с.
6. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент. Экс пресс-курс. 2-е изд. / Пер. с англ. под ред. С.Г. Божук. – СПб.: Питер, 2006. – 464 с: ил. – (Серия «Деловой бестселлер»). ISBN 5-94723-952-3

РУБРИКА

«ЭКОНОМИКА»

МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ДЛЯ РАЗВИТИЯ БИЗНЕСА

Кабдылкакова Галия Серикболовна

*магистрант,
Executive MBA Narхоз,
Казахстан, г. Алматы*

Дуйсебаева Айжан Матаевна

*научный консультант PhD.,
ассоциированный проф.,
Executive MBA Narхоз,
Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. В статье к рассмотрению предлагаются факторы, влияющие на эффективность маркетинговых коммуникаций, а также являющиеся ключевыми с точки зрения развития взаимоотношений с клиентами, как новыми, так и действующими. Особое внимание уделяется важности выбора целевой аудитории, содержанию сообщений и каналам отправки. Анализируются различия в подходах к новым и действующим клиентам, а также роль цифровых и оффлайн-каналов в современных условиях. Данные о росте цифровых продаж в ритейле и банковском секторе демонстрируют значимость омниканальных стратегий и влияние на их эффективность в различных точках контакта с клиентами.

Ключевые слова: маркетинговые коммуникации, целевая аудитория, цифровые продажи, омниканальные стратегии, ключевые показатели эффективности (далее – KPI).

Введение

В настоящее время большой поток информации, поступающий из различных источников, влияет на общее восприятие клиентов и всем участникам рынка становится все сложнее донести коммуникацию о своих продуктах и услугах. При этом развитие социальных сетей, увеличение цифровых платформ и рост активности населения в части создания нового контента влияет дополнительно на снижение фокуса в связи с переизбытком различной информации. Таким образом, в данной ситуации сейчас достаточно сложно привлечь внимание клиентов, что в свою очередь отображается на качестве создаваемого контента, его оформлении, способах донесения до аудитории, на использовании цифровых и традиционных способов продвижения, наполнении по содержанию, распространении в видео и аудио форматах и стимулирует развитие предложений по различным акциям, розыгрышам, промо и т.д. для привлечения внимания клиентов.

Само понятие маркетинговых коммуникаций является очень большим и емким, в теории в данное понятие вкладывается достаточно объемное содержание и важно выделить главное для возможности проведения работы над повышением эффективности.

Доступное и научное определение дается авторами учебника и практикума для вузов: «маркетинговые коммуникации – средства маркетинга, предназначенные для формирования и поддержания потребительских предпочтений определенным товарам (услугам) или организациям

путем доведения привлекательной информации о них для стимулирования сбыта выпускаемых или реализуемых ими товаров (авторское определение)» [1].

Маркетинговые коммуникации являются частью системы инструментов маркетинга, которая влияет на достижение результата и воздействует на рынок в целом. Филипп Котлер привел в своей книге еще в 1984 году цитату Питера Друкера, который обозначил что: «цель маркетинга – сделать усилия в сбыту ненужными. Его цель – так хорошо познать и понять клиента, что товар или услуга будут точно подходить последнему и продавать себя сами» [2]. Но чтобы продукт или услуга продавала сама себя нужно в современном мире первично создать сообщение и транслировать его в тех каналах, которые позволят воздействовать на целевую группу конечного потребителя максимально широко и разлетится по сети, в частности в цифровых каналах, привлекая все большее внимание к продукту/услуге или бренду компании.

Эффективность маркетинговых коммуникаций – одна из ключевых задач современных компаний, особенно в условиях цифровой трансформации. В условиях современного рынка с влиянием цифровизации при планировании маркетинговых кампаний и в целом при подготовке коммуникации по продуктам, услугам либо сервисам важно –

- 1) выбирать правильную целевую аудиторию для той или иной коммуникации;
- 2) адаптировать сообщения для каждой группы с учетом особенностей предложения;
- 3) подобрать канал размещения коммуникации с учетом сезонности, при наличии влияния;
- 4) контент по наполнению, содержанию и оформлению, в частности когда готовятся визуалы и видео материалы;
- 5) возможность персонализированного либо акционного предложения для каждого сегмента целевой аудитории клиентов;
- 6) подготовка коммуникации с учетом всех каналов обслуживания клиентов (контактный центр, физические отделения в городах и населенных пунктах, сайт, социальные сети и прочие каналы при наличии);
- 7) другие факторы, влияющие на эффективность донесения коммуникации до желаемой целевой аудитории.

Заранее подготовленный план запуска маркетинговых коммуникаций позволяет значительно повысить результативность маркетинговых кампаний. Цель данной статьи – исследовать, как выбор целевой аудитории и адаптация содержания маркетинговых сообщений повышают их эффективность, а также как влияет на эффективность четко отработанная внутренняя коммуникация в самой компании, в том числе между каналами продаж. Статья также опирается на данные о продажах в ритейле и банковском секторе, демонстрируя важность омниканальных стратегий.

1. Влияние выбора целевой аудитории.

Правильный выбор целевой аудитории – это ключевой фактор успеха в маркетинговых коммуникациях. Коммуникации, адаптированные под разные сегменты аудитории, позволяют достигать лучших результатов, поскольку разные клиенты имеют разные потребности. Для новых клиентов маркетинговые сообщения должны быть направлены на знакомство с брендом и его уникальными предложениями в виде продуктов, услуг либо сервисов. Такие клиенты еще не имеют опыта взаимодействия с компанией, поэтому важно создать у них интерес и доверие.

Немаловажно отметить также вид коммуникаций, когда нужен широкий охват и целевая аудитория не принципиальна, тогда выбор каналов размещения коммуникации падает на тот, где наиболее широкая аудитория.

2. Содержание маркетинговых сообщений. Еще один важный аспект маркетинговых коммуникаций – это содержание сообщений. Различные группы клиентов ожидают разные типы контента, и поэтому сообщение должно быть адаптировано в зависимости от целевой аудитории. Коммуникации для новых и действующих клиентов должны различаться. Для новых клиентов важна информационная коммуникация, которая может донести о бренде, повысить знание о компании, преимуществах и уникальности продукта.

Действующие клиенты ожидают от бренда более персонализированных предложений, которые основаны на их предыдущем опыте взаимодействия с компанией. Программы лояльности и кросс-предложений являются примером успешной стратегии, основанной на персонализированных предложениях для действующих клиентов. Персонализация позволяет клиентам чувствовать себя особенными, а это способствует лояльности и повторным покупкам.

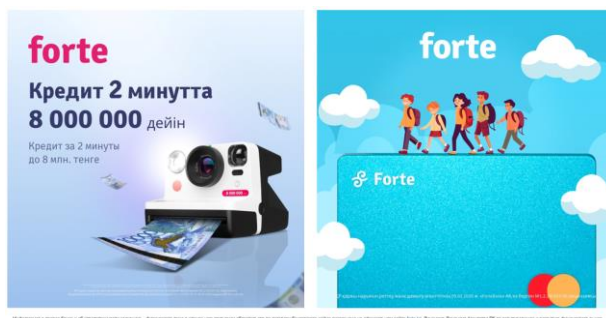


Рисунок 1. Общая коммуникация о предложении АО ForteBank по беззалоговым кредитам и банковским картам



Рисунок 2. Персональные сообщения действующим клиентам, которые показывают дополнительные преимущества пользования продуктом и направляются в мобильном приложении

Лицензия Агентства РК по регулированию и развитию финансового рынка №1.2.29/197/36 от 03.02.2020 выдана АО «ForteBank»

Для действующих клиентов важно предложить что-то новое и уникальное, что поддержит их интерес к бренду. Различные компании на рынке в целях поддержки взаимодействия и сохранения клиентов запускают специальные предложения клиентам. Например, программы лояльности, такие как "Спасибо от Сбербанка", способствуют удержанию клиентов и увеличению повторных покупок [3]. Схожий подход можно наблюдать и в запускаемых программах лояльности казахстанских компаний и крупных ритейлеров, где пользователи мобильных приложений получают акционные либо персонализированные предложения на основе их покупательской истории. Это помогает удерживать клиентов и мотивировать их на новые покупки.

3. Роль цифровых и оффлайн-каналов.

Современные маркетинговые стратегии требуют использования омниканальных подходов – сочетания онлайн и оффлайн-коммуникаций. Digital продвижение как способ коммуникации с целевой аудиторией является достаточно значимым, так как аудитория социальных сетей и пользователей поисковыми ресурсами продолжает расти. Так, эксперты компании Wunder Digital проанализировав рынок Казахстана по итогам 2023 года приводят данные об интернет-аудитории страны, которая составляет 18,9 млн. человек, из которых 86% пользователей заходят в интернет несколько раз в день [4].

Несмотря на растущую значимость digital продвижения и цифровых продаж, физические магазины, точки продаж и отделения по-прежнему играют важную и значительную роль для многих клиентов, особенно в банковском секторе. Для эффективного использования омниканальных стратегий важно понимать, какие каналы лучше подходят для той или иной аудитории. Например, молодежь чаще использует мобильные приложения компаний и банков, в то время как старшее поколение предпочитает общение в физических точках продаж и отделениях. Также по сложным продуктам клиентам может потребоваться консультация в отделениях и точках продаж. Сочетание цифровых и оффлайн-каналов позволяет компаниям охватывать максимально широкую аудиторию. Согласно данным, представленных на площадке «Astana Finance Days: Инновации, Инвестиции, Влияние»: сегодня у 63% держателей карт Forte есть пластиковые карты, а у 37% – только виртуальные. Для этой категории клиентов банк предлагает такие фишки, как цифровые дизайны карт. У Forte есть такие карты с изображениями исторических деятелей и знаковых достопримечательностей Астаны [5]. Данная информация подтверждает факт того, что части клиентам не нужен физически продукт, клиенты могут пользоваться исключительно цифровым продуктом и мобильным сервисом в виде банковского приложения, на привлечение таким клиентских групп направлена коммуникация в digital каналах. Остальным клиентам кроме этого потребуется коммуникация во всех каналах, в частности оффлайн в отделениях банка.

Важно при продумывании и запуске коммуникаций на рынке заблаговременно проработать готовность всех каналов, которые взаимодействуют с клиентами, так как это точки контакта с клиентами. Понятие точек контакта приводит известный автор Игорь Манн: «Точки контакта – это многочисленные и разнообразные ситуации, места и интерфейсы соприкосновения клиента с компанией. Каждый раз, когда клиент любым способом, в любое время контактирует с компанией, возникает точка контакта» [6]

4. Внедрение системы показателей эффективности (от англ. key performance indicators, далее по тексту – KPI). Для оценки эффективности маркетинговых коммуникаций необходимо внедрять KPI, которые будут определять критерии успешности и достижение реальных результатов с учетом ресурсов, затрачиваемых на решение задач, а также приближенности к намеченным и желаемым целям. При этом набор данных KPI не будет единым для всех каналов коммуникаций и будет различаться от цели, вида коммуникации. Для каждой маркетинговой кампании либо для каждого вида коммуникаций необходимо определить свой набор KPI, иначе вывести реальные результаты будет достаточно трудоемко и не всегда релевантно. Набор единых KPI может не подойти для большинства проектов, сегментов, продуктов и оценки воздействия направленных коммуникаций. Необходим индивидуальный целевой подход.

Одним из наиболее важных показателей является конверсия в продажи и стоимость затрачиваемых средств на лиды либо саму продажу, а также в каких каналах оседают фактические продажи (это связано с тем, что расходы на обслуживание в онлайн и оффлайн каналах разная). В связи с этим важна доля цифровых продаж в общем объеме с учетом растущей цифровизации. Кроме того, важно учитывать такие показатели, как вовлеченность клиентов, коэффициент конверсии и средний чек, если применимо. Это позволяет лучше понимать, насколько эффективны маркетинговые коммуникации, различия эффективности в разных целевых группах клиентов и корректировать стратегии в реальном времени при том, где есть такая возможность. По маркетинговым кампаниям, где внесение изменений и поправок не представляется возможным по ходу запуска важно проводить анализ результатов после завершения маркетинговых кампаний для проработки других факторов, которые позволят повысить результативность.

Каждая маркетинговая кампания и коммуникация под нее должна иметь свои ключевые метрики, которые необходимо определить при планировании запуска. Для каких-то коммуникаций важен охват, для других – конкретная целевая группа и т.д.

Способом получения обратной связи для определения результативности запущенных коммуникаций, кроме продаж и конверсии, является опрос клиентов, получивших сообщения.

Получение результатов опросов позволят понять какая была реакция клиентов, насколько клиентам был интересен, понятен и доступен посыл коммуникации, корреляционно можно будет выводить эффективность и это позволит улучшить планируемые к запуску маркетинговые коммуникации в будущем и их влияние на продажи. Мнение клиентов является одним из важных метрик оценки результатов, так как их отклик и реакция способствуют совершению покупок и намерению покупать снова и снова.

Если рассмотреть данное понятие в широком смысле, то к маркетинговой коммуникации можно отнести, кроме всего вышесказанного, другие факторы, влияющие также на клиентов и их интерпретацию получаемой коммуникации, такие как к примеру, корректная и профессиональная консультация в физическом отделении либо аккуратная упаковка продукта, так как даже при грамотно выстроенной стратегии маркетинговых коммуникаций на мнение клиентов могут повлиять факторы, показывающие несоответствие коммуникации и фактической ценности покупки.

При этом для достижения целей по продажам и бизнесу необходимо вовлечь все каналы, где происходят либо потенциально могут быть точки контакта, провести работу по обучению и инструктированию персонала, с которым может столкнуться клиент при совершении первой и последующих покупок. Коммуникация должна быть единой во всех каналах ее распространения.

Заключение

Эффективность маркетинговых коммуникаций зависит от множества факторов, среди которых ключевыми являются выбор целевой аудитории, адаптация содержания сообщений, анализ эффективности по KPI, набор которых определяется для каждой коммуникации отдельно в зависимости от цели. В условиях цифровой трансформации – компании на рынке должны активно интегрировать цифровые каналы в свои маркетинговые кампании, при этом не забывая о важности оффлайн-коммуникаций и использовании омниканальных стратегий. Внедрение системы KPI помогает отслеживать успешность кампаний и вносить необходимые корректировки для повышения их результативности. Решение с определением KPI должно приниматься индивидуально в зависимости от цели коммуникации. Однако, в текущее время с учетом быстро происходящих изменений, влияющих на поведение клиентов, появляющихся новых инструментов в виде инструментов AI, где искусственный интеллект выходит на новые уровни, придется также быстро вносить изменения в процесс запуска новых маркетинговых коммуникаций и возможно редактировать их в период действия маркетинговой кампании в целом.

Список литературы:

1. М.А. Николаева, И.А. Рамазанов, В.М. Комаров. – Маркетинговые коммуникации. Учебник и практикум. Учебные издания для вузов – Москва – 2024. – с.9
2. Ф.Котлер, Основы маркетинга. Краткий курс. – Москва, Санкт-Петербург, Киев. – 2007. – с. 21
3. Статья «Где потратить бонусы Спасибо от СберБанка в 2024 году по ссылке: <https://bankinform.ru/news/132177>
4. Статья «Взрывной рост digital-рынка Казахстана в 2023 году: ключевые тренды и перспективы 2024-го» по ссылке: <https://digitalbusiness.kz/2024-08-02/tiktok-samaya-populyarnaya-sotsset-v-kazahstane-issledovanie-digital-rinka-nashey-strani/>
5. Статья «Forte Bank расширяет премиальные продукты и цифровые услуги» по ссылке: <https://finance.digitalbusiness.kz/2024-09-10/forte-bank-rasshiryaet-premialnie-produkti-itsifrovie-uslugi/>
6. Манн И., Турусин Д., Точки контакта. – Москва – 2015. – с. 8

ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ФОРМА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

Кирпач Анастасия Андреевна

магистрант,

Забайкальский государственный университет,

РФ, г. Чита

Аннотация. В данной статье рассмотрены трудовые ресурсы как социально-экономическая форма человеческого капитала. В статье проанализировано понятие человеческого капитала.

Ключевые слова: трудовые ресурсы, человеческий капитал.

Человеческий капитал в социально-экономической форме формируется через целенаправленные инвестиции в образование и подготовку трудовых ресурсов. Вклад в развитие знаний, навыков и умений работников способствует повышению эффективности труда, что напрямую влияет на экономический рост страны.

Согласно «Экономической энциклопедии», человеческий капитал рассматривается как «особый вид капиталовложений, совокупность затрат на развитие воспроизводственного потенциала человека, повышение качества и улучшение функционирования рабочей силы». Это означает, что в понятие человеческого капитала включаются не только затраты на образование, но и развитие других аспектов, таких как здоровье, опыт и культурное обогащение. Таким образом, объекты человеческого капитала включают знания общего и специального характера, накопленный опыт, профессиональные навыки и здоровье, которые в совокупности составляют основу эффективного использования трудовых ресурсов.

Актуальность исследования темы человеческого капитала заключается в том, что его развитие является ключевым фактором для устойчивого социально-экономического прогресса. В современных условиях человеческий капитал становится важнейшим ресурсом, который требует постоянных инвестиций. Именно через развитие и использование человеческого капитала общество может достигать высоких темпов экономического роста. Для достижения этой цели страны вынуждены направлять значительные средства, что в конечном итоге оказывает долгосрочное влияние на производительность, конкурентоспособность и уровень жизни населения. Следовательно, вложения в человеческий капитал, такие как образование и здравоохранение, становятся необходимыми условиями для достижения устойчивого экономического развития.

Социально-экономическая форма человеческого капитала может быть классифицирована на несколько ключевых элементов, в зависимости от характера затрат и инвестиций. В первую очередь, можно выделить капитал образования, который включает затраты на обучение и профессиональную подготовку. Вторым важным элементом является капитал здоровья, который отражает инвестиции в физическое и психическое состояние человека, обеспечивая его работоспособность. Третьим компонентом является капитал культуры, который включает навыки и знания, полученные в ходе культурного и социального развития человека, влияющие на его способность к инновациям и адаптации к изменениям на рынке труда.

Функциональный подход к человеческому капиталу характеризует его как совокупность накопленных знаний, навыков и компетенций, которые человек использует в различных сферах производства. Это позволяет разделить человеческий капитал на две основные категории: производительный и потребительский. Потребительский капитал создает поток услуг, таких как образовательные, медицинские и социальные, которые способствуют повышению качества жизни населения. Производительный капитал, в свою очередь, включает знания и навыки, которые напрямую содействуют экономической активности, например, научные исследования

и разработки, применяемые в производстве. Человеческий капитал является основой как для личного благополучия, так и для роста национальной экономики.

Человеческий капитал представляет собой уникальный и ценный ресурс, который служит важнейшим индикатором экономического развития страны. Несмотря на его значимость, многие организации нередко сокращают расходы на обучение и развитие своих сотрудников, что приводит к снижению их мотивации и увеличивает риск текучести кадров. В условиях глобальной конкуренции и быстро меняющихся технологий игнорирование важности инвестиций в человеческий капитал может привести к снижению конкурентоспособности предприятий.

В заключение, можно отметить, что трудовые ресурсы как социально-экономическая форма человеческого капитала имеют решающее значение для роста и процветания любого государства. Их значение зачастую превосходит важность природных ресурсов или материального богатства, так как только через развитие человеческого капитала возможно обеспечить долгосрочный устойчивый экономический рост и повышение благосостояния общества.

Список литературы:

1. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. 8-е изд. / Перев. с англ.; под ред. С.К. Мордовина. СПб.: Питер, 2004. 71 с.
2. Генкин Б.М. Экономика и социология труда: Учеб. для вузов. 5-е изд., доп. М.: Норма, 2003. 416 с.
3. Мясоедова Т.Г. Человеческий капитал и конкурентоспособность предприятия // Менеджмент в России и за рубежом. 2005, N 3. С. 29 – 37.

ФОРМИРОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ КАРТЫ КАК ИНСТРУМЕНТА СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НЕФТЕГАЗОВОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Мурзабаев Альберт Фирдатович

*студент,
Уфимский государственный нефтяной
технический университет,
РФ, г. Уфа*

FORMATION OF A STRATEGIC MAP AS A TOOL FOR STRATEGIC ANALYSIS OF AN OIL AND GAS ENTERPRISE

Albert Murzabaev

*Student,
Ufa State Petroleum Technological University,
Russia, Ufa*

Аннотация. Предложена стратегическая карта для проведения стратегического анализа нефтегазового предприятия. Представлена система сбалансированных показателей для стратегического анализа нефтегазового предприятия.

Abstract. A strategic map for conducting a strategic analysis of an oil and gas enterprise is proposed. A balanced scorecard for strategic analysis of an oil and gas enterprise is presented.

Ключевые слова: стратегический анализ, стратегическая карта, система сбалансированных показателей.

Keywords: strategic analysis, strategy map, balanced scorecard.

Для предприятий нефтегазового сектора, представляющих собой сложные комплексы с многообразными направлениями деятельности, составление прозрачной и информативной отчетности по устойчивому развитию и его анализ является непростой задачей, учитывая специфику деятельности, ее масштаб, глобальную экономическую и общественную значимость.

Стратегическая карта нефтегазового предприятия на основе системы сбалансированных показателей представляет собой взаимосвязанную структуру факторов успеха (целей) компании. Для каждой цели выбирается комплекс ключевых показателей эффективности, который определяет условия достижения цели на соответствующем уровне [1, с. 340].

Предлагаемая стратегическая карта для нефтегазовой компании представлена на рисунке 1.

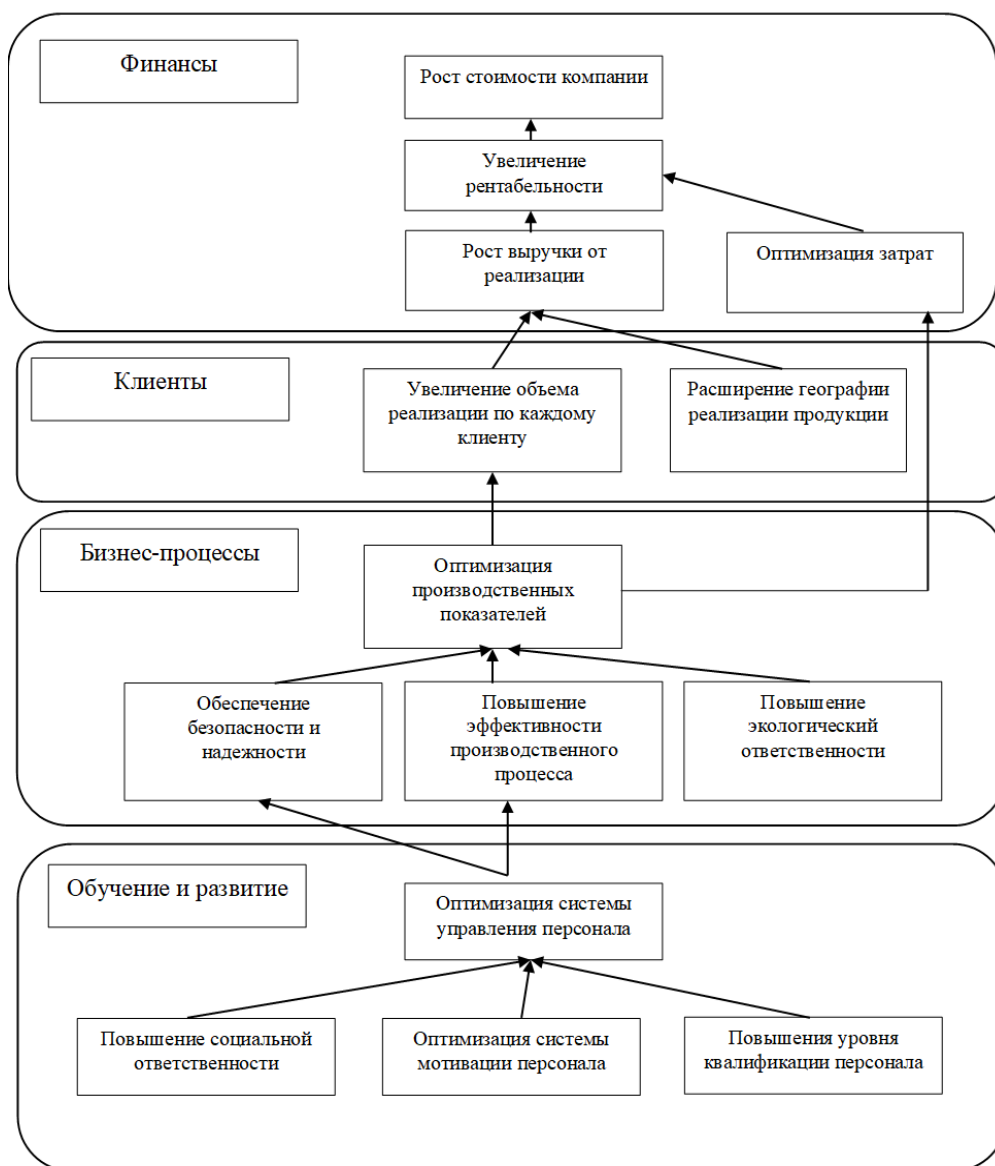


Рисунок 1. Предлагаемая стратегическая карта для нефтегазовой компании

Для каждого блока предлагается использовать следующую систему показателей, представленные в таблицах ниже.

Таблица 1.

Система сбалансированных показателей для блока «Финансы»

Стратегические цели	Показатели
Рост стоимости компании	Экономическая добавленная стоимость (EVA)
Увеличение рентабельности	Рентабельность собственного капитала Рентабельность продаж Чистая прибыль Темп прироста чистой прибыли
Рост выручки от реализации	Выручка от реализации Темп прироста выручки от реализации

Стратегические цели	Показатели
Оптимизация затрат	Себестоимость продукции Себестоимость продукции по элементам затрат Структура себестоимости Темп прироста (снижения) Управленческие расходы Коммерческие расходы Темпы прироста
Повышение финансовой устойчивости	Показатели ликвидности и платежеспособности Коэффициенты финансовой устойчивости

В таблице 2 представлена система сбалансированных показателей для блока «Клиенты».

Таблица 2.

Система сбалансированных показателей для блока «Клиенты»

Стратегические цели	Показатели
Увеличение объема реализации по каждому клиенту	Количество повторных продаж по одному клиенту Средний объем реализации в расчете на одного клиента Удовлетворенность клиентов
Расширение географии реализации продукции	Объем продаж в целом по предприятию Темп прироста Объем продаж по регионам Темп прироста Доля рынка

По блоку «Бизнес-процессы» система сбалансированных показателей представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Система сбалансированных показателей для блока «Бизнес-процессы»

Стратегические цели	Показатели
Обеспечение безопасности и надежности	Коэффициент частоты травматизма Количество сотрудников, пострадавших при несчастных случаях Соотношение затрат на мероприятия по безопасности и затрат при травматизме (нарушении техники безопасности) Происшествия с оборудованием, инциденты
Повышение эффективности производственного процесса	Производительность труда Показатели эффективности производственной деятельности по направлениям деятельности (представлены отдельно)
Повышение экологической ответственности	Затраты на мероприятия и меры по охране окружающей среды Результативность применения природоохранных технологий Затраты на исследования в области экологии Выбросы в атмосферу Доля отходов, направленных на утилизацию

Для оценки блока «Бизнес-процессы» принимается система балльной оценки показателей, в которой устанавливаются интервалы количественных значений от нуля до пяти баллов (таблица 4).

Таблица 4.

**Балльная оценка показателей эффективности для включения их
в ССП по блоку «Бизнес-процессы»**

Показатель	Балл					
	5	4	3	2	1	0
1	2	3	4	5	6	7
Разведка и добыча						
Прирост числа месторождений, шт.	Более 5	4-5	3	2	1	0
Средняя глубина скважин, тыс. м.	Более 4500	4001-4500	3501-3500	3001-3500	2500-3000	Менее 2500
Количество действующих скважин в процентах от эксплуатационного фонда, %	Более 90	80-90	70-79	60-69	50-59	Менее 50
Среднегодовое изменение коэффициента эксплуатации скважин, %	Более 4	4	3	2	1	0
Дебит скважин по нефти, т/сут	Более 8	6,1-8	4,1-6	2,1-4	1-2	Менее 1
Переработка						
Первичная переработка нефти, млн. т	Более 20	15,1-20	13,1-15	10-13	5-10	Менее 5
1	2	3	4	5	6	7
Коэффициент интеграции	0,91-1	0,8-0,9	0,61-0,79	0,5-0,6	0,3-0,5	Менее 0,3
Коэффициент использования мощностей	0,91-1	0,8-0,9	0,61-0,79	0,5-0,6	0,3-0,5	Менее 0,3
Прирост маржи переработки, %	Более 75	51-75	36-50	21-35	10-20	Менее 10
Глубина переработки, %	Более 85	70-85	60-69	60-59	40-49	Менее 40
Транспортировка нефти и газа						
Годовой объем перекачки нефти (нефтепродуктов), млн. т.	Более 80	66-80	51-65	41-50	20-40	Менее 20
Пропускная способность трубопровода, млрд. м ³ /год, млн. т/год	Более 180 Более 60	151-180 51-60	131-150 41-50	101-130 31-40	70-100 15-30	Менее 70 Менее 15
Годовой объем транспортной работы, млрд т/км	Более 50	41-50	33-40	26-32	15-25	Менее 15
Годовой объем товарного года, млрд. м ³	Более 120	101-120	91-100	81-90	60-80	Менее 60
Годовые потери нефти, газа и нефтепродуктов, %	Более 20	16-20	9-15	6-8	3-5	Менее 3
Сбыт и маркетинг						
Годовая поставка нефти, млн. т.	Более 3	2,1-3	1,6-2	1,9-1,5	0,6-1	Менее 0,5
Годовой экспорт нефти, млн. т	Более 8	6,1-8	4,6-6	3,1-4,5	1-3	Менее 1

Показатель	Балл					
	5	4	3	2	1	0
1	2	3	4	5	6	7
Продажа нефти (нефтепродуктов) на внутреннем рынке, млн. т/год	Более 2	1,51-2	1,26-1,5	1,1-1,25	0,5-1	Менее 0,5
Реализация нефтепродуктов на экспорт, млн. т/год	Более 6	5,1-6	4,1-5	3,1-4	1-3	Менее 1
Сервис						
Число законченных строительством разведочных и эксплуатационных скважин, тыс. шт./год	Более 18	15-18	12,1-14,9	10,1-12	7-10	Менее 7
Годовой объем разведочного и эксплуатационного бурения, млн. м.	Более 3	2,1-3	1,6-2	1,1-1,5	0,5-1	Менее 0,5
Средняя календарная продолжительность цикла строительства скважин, сут.	Более 120	101-120	81-100	51-80	30-50	Менее 30

Фактический анализ системы сбалансированных показателей позволяет осуществлять контроль выполнения плановых установок и достижений целей корпоративной стратегии. В случае отклонения фактических результатов от смоделированной системы сбалансированных показателей в допустимых пределах можно сделать вывод об успешном достижении целей корпоративной стратегии за истекший период [2, с. 5].

Отклонения от плана свидетельствуют о том, что принятая система корпоративной стратегии неэффективна и требует разработки мер по повышению ее эффективности.

Разработка стратегической карты для предприятий нефтегазовой отрасли определяется его спецификой (необходимость восполнения запасов, изменчивые технологические условия разведки и добычи, а также транспортировки, хранения, переработки и поставки потребителю). Многошаговый тип производства определяет сложность и трудоемкость анализа бизнес-процессов. Обработке подлежит огромный массив информации (инструкции, положения, расчеты и другие документы), который требует привлечения значительного количества менеджеров, экспертов, аналитиков и др. для формализации процессов и деятельности нефтегазового предприятия.

Предлагаемый подход к формированию сбалансированной системы показателей для формирования стратегической карты призван решить проблему наблюдаемой ограниченности информационного обеспечения анализа устойчивого развития.

Список литературы:

1. Бургонов О.В., Алмазов К.В. Формирование системы сбалансированных показателей для комплексной оценки эффективности системы управления организации // Экономика и управление. 2022. Т. 28. № 4. С. 340–350.
2. Современное состояние процессов планирования и прогнозирования на предприятиях нефтегазового комплекса / Р.Х. Азиева, Х.Э. Таймасханов, М.-Э.И. Ахмадов, К.В. Хлебников // Вестник Бурятского государственного университета. Экономика и менеджмент. 2023. № 2. С. 3–13.

ОСОБЕННОСТИ ДОГОВОРА СОЦИАЛЬНОГО НАЙМА ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ

Сапожников Павел Андреевич

студент

Негосударственного образовательного частного

учреждения высшего образования

«Московский финансово-промышленный

университет «Синергия»,

РФ, г. Москва

Аннотация. В статье рассматриваются особенности договора социального найма жилого помещения в Российской Федерации. Анализируются правовые аспекты, права и обязанности сторон, условия заключения и расторжения договора. Особое внимание уделяется вопросам защиты прав нанимателей и регулированию отношений между нанимателем и наймодателем.

Ключевые слова: социальный найм, жилое помещение, договор, наниматель, наймодатель, права, обязанности, расторжение, законодательство РФ.

Социальный найм жилого помещения – это договор, по которому одна сторона (наймодатель) обязуется предоставить другой стороне (нанимателю) жилое помещение за плату для проживания. Этот вид договора регулируется Жилищным кодексом РФ и предназначен для обеспечения жильем граждан, нуждающихся в улучшении жилищных условий[8].

Социальный найм играет ключевую роль в социальной политике государства, обеспечивая доступное жилье для малообеспеченных и социально незащищенных категорий граждан. Он способствует стабилизации социальной обстановки и улучшению качества жизни населения[1].

Развитие института социального найма в России[10]

История социального найма в России начинается с советского периода, когда государство активно предоставляло жилье гражданам. После распада СССР и перехода к рыночной экономике произошли значительные изменения, которые привели к реформированию системы социального жилья[10].

В разных странах институт социального найма имеет свои особенности. Например, в странах Западной Европы широко развита система социального жилья, финансируемая государством и частными организациями. В России же основное бремя обеспечения социальным жильем лежит на государстве.

Основные нормативно-правовые акты

Основные правовые нормы, регулирующие социальный найм в России, содержатся в Жилищном кодексе РФ, а также в ряде подзаконных актов[2].

За последние годы законодательство о социальном найме претерпело ряд изменений, направленных на улучшение правовой защиты нанимателей и упрощение процедур предоставления жилья.

Договор социального найма заключается между органом местного самоуправления и гражданином, который признан нуждающимся в улучшении жилищных условий. Процедура включает подачу заявления, проверку документов и принятие решения[3].

Жилые помещения, предоставляемые по договору социального найма, должны соответствовать санитарным и техническим нормам. Они должны быть пригодны для постоянного проживания.

Наниматель имеет право на использование жилого помещения для проживания, регистрацию по месту жительства и защиту своих прав в случае нарушения условий договора.

Основные обязанности нанимателя включают своевременную оплату за пользование жилым помещением, соблюдение правил проживания и поддержание помещения в надлежащем состоянии.

Наймодатель обязан предоставить жилое помещение в пригодном для проживания состоянии и обеспечивать его содержание. Он также имеет право требовать от нанимателя соблюдения условий договора.

Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон при наличии предусмотренных законом оснований, таких как неуплата за жилье или нарушение правил проживания[6].

Процедура включает уведомление другой стороны о намерении расторгнуть договор и соблюдение установленных законом сроков.

Защита прав нанимателей осуществляется через судебную систему и органы государственной власти, которые могут вмешиваться в случае нарушения прав граждан[9].

Государственные органы играют ключевую роль в защите прав нанимателей, обеспечивая соблюдение законодательства и предоставляя консультации и поддержку[7].

Одной из основных проблем является недостаток доступного жилья и бюрократические препятствия при его получении. Также существует проблема качества предоставляемых помещений[5].

Для решения этих проблем необходимо увеличение финансирования программ социального жилья, упрощение процедур его получения и улучшение контроля за качеством предоставляемых услуг.

В статье рассмотрены основные аспекты договора социального найма, включая его правовую базу, условия заключения и расторжения, а также права и обязанности сторон.

Договор социального найма является важным инструментом социальной политики государства, направленным на обеспечение доступным жильем нуждающихся категорий граждан[4].

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая. Статья 671-688.
2. Жилищный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. N 188-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
3. Постановление Правительства РФ от 21 января 2006 г. N 25 "Об утверждении Правил предоставления жилых помещений по договорам социального найма".
4. Комментарий к Жилищному кодексу Российской Федерации / Под ред. А.П. Сергеева, М.А. Рожковой. – М.: Норма, 2020. – С. 123-145.
5. Шишкин С.В. Социальное жилье: проблемы и перспективы // Журнал российского права. – 2021. – № 4. – С. 45-58.
6. Иванов И.И. Правовое регулирование социального найма: современное состояние и перспективы // Вестник гражданского права. – 2022. – № 2. – С. 89-102.
7. Петрова Е.А., Смирнов В.В. Жилищное право: Учебник для вузов. – М.: Юрайт, 2019. – С. 210-230.
8. Федеральный закон от 23 ноября 1995 г. N 174-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".
9. Лебедев А.А., Кузнецова Н.Н. Социальный найм: правовые аспекты и судебная практика // Российская юстиция. – 2020. – № 8. – С. 75-88.
10. Официальный сайт Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства РФ [Электронный ресурс]. URL: <https://www.minstroyrf.ru> (дата обращения: 10 октября 2023).

ФИНАНСОВАЯ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕМ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Туриспаев Ержан Молдагалиевич

докторант ДВА,

Казахский национальный университет им. аль-Фараби,

Казахстан, г. Алматы

Тажиева Самал Кожаметовна

научный руководитель, канд. экон. наук,

Казахский национальный университет им. аль-Фараби,

Казахстан, г. Алматы

Аннотация. Цель исследования – изучение перехода Казахстана к финансовой децентрализации регионов в рамках реформ государственного управления. Особое внимание уделено повышению бюджетной самостоятельности регионов как элементу новой экономической модели, заданной Главой государства в своём Послании.

Методология исследования – в рамках исследования проведен анализ современных тенденций развития межбюджетных отношений и изучение теоретико-методологических основ исследуемой предметной области. Используются методы анализа бюджетной системы и фискальной децентрализации, включая оценку текущего состояния и выявление ключевых проблем.

Оригинальность (ценность) исследования – заключается в детальном рассмотрении проблем и перспектив финансовой децентрализации в Казахстане. Авторами проведен комплексный анализ действующей системы распределения государственного бюджета, которая на данный момент чрезмерно централизована и не обеспечивает инклюзивный рост. В статье предложены дополнительные инструменты для расширения финансовой самостоятельности регионов и управления их финансовым потенциалом.

Результаты исследования – анализ текущей системы распределения бюджета в Казахстане выявил её влияние на социально-экономические дисбалансы, поскольку большинство регионов, за исключением четырёх, зависят от дотаций. В 2022 году половина регионов не достигла среднереспубликанского уровня валового регионального продукта (ВРП) на душу населения. Исследователями были выявлены основные проблемы, ограничивающие эффективность фискальной децентрализации, и предложены рекомендации по их устранению.

Ключевые слова: финансовая децентрализация, финансовая самостоятельность, местный бюджет, дотации, межбюджетные отношения, валовой региональный продукт, бюджетные изъятия.

Введение

Правительство Казахстана запустило масштабные политические, социальные и экономические реформы. Эти преобразования включают пересмотр налогового, бюджетного и судебного регулирования, реформу государственных закупок и других направлений государственного управления. Особое внимание уделено региональному развитию: внедряются прямые выборы акимов, административные реформы и значительные изменения в межбюджетных отношениях.

В рамках новой экономической модели Глава государства поручил правительству повысить бюджетную самостоятельность регионов. Планируется постепенное снижение доли трансфертов из республиканского бюджета в доходах местных бюджетов с 50% до 25%. Главы регионов получают право самостоятельно формировать бюджеты.

По оценкам Высшей аудиторской палаты Республики Казахстан (ВАП РК), зависимость местных бюджетов от трансфертов из республиканского бюджета продолжает увеличиваться. Трансферты остаются основным механизмом решения социально-экономических проблем в регионах. Согласно данным статистики в настоящее время, все местные бюджеты являются дотационными, исключения составляют лишь четыре региона. Если смотреть данные на конец 2023 года, половина регионов страны не достигла среднего республиканского уровня валового регионального продукта (ВРП) на душу населения. Существующая сейчас в республике система распределения государственного бюджета является, чрезмерно централизована, и это в свою очередь не способствует инклюзивному экономическому росту. Как итог это приводит к социально-экономическим диспропорциям в стране.

Для частичного решения проблем местных бюджетов предлагается передача части налоговых и неналоговых поступлений на региональный уровень, а также предоставление главам регионов права формировать бюджеты и определять налоговые преференции. Местным акимам необходимо внедрение дополнительных инструментов для увеличения степени финансовой самостоятельности, что, в свою очередь, приведет к более эффективному управлению финансовым потенциалом.

Таким образом, улучшение качества управления финансовой системой и устранение проблем, ограничивающих эффективность региональной финансовой децентрализации, подчеркивают актуальность изучения теоретических и практических аспектов финансовой самостоятельности регионов.

Цель исследования. На основе изучения теоретико-методологических основ региональной финансовой децентрализации и анализа тенденций межбюджетных отношений в Казахстане, выявлены проблемы, сдерживающие формирование финансовой самостоятельности регионов. Эти проблемы ограничивают эффективность предпринимаемых мер и требуют определения факторов и направлений, которые обеспечат устойчивое и сбалансированное развитие регионов Казахстана.

Обзор литературы. Финансовая самостоятельность регионов, также известная как фискальная децентрализация, охватывает различные аспекты, включая контроль региональных властей над налоговыми полномочиями, управление региональной финансовой системой и принятие независимых финансовых решений, выходящих за рамки бюджетной системы.

Финансовая самостоятельность региона означает возможность решать сложные вопросы финансового и социального развития, находящиеся в компетенции соответствующего уровня территориального управления, на законной основе, используя финансовые, геоэкономические и логистические ресурсы региона. Это позволяет региону самостоятельно распоряжаться достигнутыми результатами и удовлетворять свои потребности, учитывая национальные интересы [2]. Важно отметить, что речь идет об относительной самостоятельности, которая должна быть значительной, но не противоречить интересам других элементов национальной бюджетной системы [3].

Межбюджетные отношения, являясь важной частью бюджетной системы государства, играют ключевую роль в реализации социальной и экономической политики. Влияние системы межбюджетных отношений на уровень межрегиональной дифференциации остается предметом активных дискуссий среди зарубежных авторов. При этом важно учитывать конкретные условия и особенности каждой системы межбюджетных отношений для точной оценки её влияния на межрегиональную дифференциацию. В мире нет страны, где бы не существовало проблем в налаживании межбюджетных отношений между центром и регионами, а также внутри самих регионов [4].

Бюджетный федерализм, основывающийся на теореме децентрализации, разработанной экономистом У. Оутсом [5], постулирует, что производство местных общественных благ, потребляемых населением определенной территории, осуществляется более эффективно на уровне местных властей. Это обусловлено тем, что местные органы управления обладают лучшим пониманием потребностей своих территориальных общин. Теорема и соответствующая математическая модель позволяют количественно оценить преимущества децентрализации в

производстве общественных благ. Однако модель Оутса не рассматривает факторы, приводящие к неравномерному распределению благ.

Американский экономист Ч. Тибу предложил гипотезу, согласно которой экономические агенты выбирают административно-территориальную единицу, наиболее соответствующую их предпочтениям по уровню предоставления общественных благ и налоговому бремени, что получило название «голосование ногами» [6]. Французский экономист А. Бретон развил концепцию конкурентного федерализма, в рамках которой конкуренция осуществляется не только на уровне регионов, но и между местными уровнями власти [7]. В этом контексте система межбюджетных трансфертов рассматривается как механизм, способствующий созданию равных условий для конкуренции между местными органами власти.

Финансовый потенциал региона включает в себя все его финансовые ресурсы, в отличие от налогового потенциала, который представляет собой только часть этих ресурсов. Финансовый потенциал региона состоит из следующих элементов: бюджетно-налоговый потенциал, финансовый потенциал предприятий и организаций, а также потенциал финансово-кредитной системы [8].

Оценка самостоятельности региональных бюджетов должна начинаться с разработки критериев, определяющих эту самостоятельность. Комплексный анализ бюджета поможет органам государственной власти принять обоснованные решения при формировании и осуществлении финансовой политики, выявить резервы для мобилизации средств в бюджет и повысить эффективность их использования [Артеменков, 9; Завьялов, 10].

Потенциальные налоговые возможности большинства местных властей не позволяют им самостоятельно сбалансировать свои бюджеты. Это связано не только с недостаточной инициативой местных органов власти, но и с необоснованным разграничением налогов центральным правительством и недостаточными полномочиями местных властей для реализации финансовой самостоятельности.

Материалы и методы. Региональную финансовую самостоятельность следует рассматривать в широком смысле, включая не только налоговую (фискальную) самостоятельность или децентрализацию, но и возможность управления финансовым потенциалом региона, включая финансовое регулирование региональной экономики. Это позволит обеспечить устойчивый и инклюзивный рост регионов, повысить качество жизни и создать равные возможности для всех групп населения страны. Однако текущая модель межбюджетных и финансовых отношений "центр-регион" при сильной зависимости регионов от дотаций из республиканского бюджета не стимулирует местные власти к увеличению собственных доходов и формированию устойчивой финансовой модели региона.

В процессе исследования были использованы общенаучные логические методы анализа и синтеза, индукции и дедукции, а также методы статистической и аналитической обработки данных.

Информационная база исследования включает материалы отечественных и зарубежных научно-исследовательских институтов, данные международных организаций, а также отчеты государственных органов.

Основная часть исследования

Несмотря на различия в бюджетных системах, почти каждое государство стремится выстроить эффективные взаимоотношения между уровнями бюджета, основная цель которых – выравнивание бюджетной обеспеченности регионов и предоставление равных условий проживания для всех граждан. Межбюджетные отношения выполняют две ключевые функции: финансовое выравнивание регионов для сглаживания диспропорций в социально-экономическом развитии и стимулирование местных органов власти к расширению собственной доходной базы.

По мнению ряда экспертов, текущая система межбюджетных отношений в Казахстане недостаточно стимулирует рост бюджетной самостоятельности регионов, порождая безынициативность и не повышая ответственность различных уровней власти за оперативное и

качественное решение социально-экономических проблем [11]. Жесткая вертикаль государственного управления от центрального правительства до акиматов и бюджетная централизация, лежащая в основе бюджетной системы РК, сыграли положительную роль в условиях кризиса COVID-19. Однако в нормальных условиях они противоречат требованиям бюджетной демократизации и децентрализации бюджетов, сдерживая развитие и инициативу регионов и местного самоуправления [12].

По оценкам Министерства национальной экономики Республики Казахстан (МНЭ РК), из общей налоговой базы местные бюджеты аккумулируют 62% доходов на областном уровне, 37% – в районных бюджетах, и лишь 1% – на уровне органов местного самоуправления.[13]. Неравномерное распределение доходной части бюджета между регионами создает диспропорции в экономическом и социальном развитии районов и сел. Некоторые ресурсные регионы отстают и могут быть донорами республиканского бюджета по многим аспектам социально-экономического развития.

В 2023 году 12 из 20 регионов Казахстана (60%) не достигли среднереспубликанского показателя валового регионального продукта (ВРП) на душу населения, который составил 6 058,3 тыс. тенге. Среди лидирующих регионов по ВРП на душу населения оказались Атырауская область с показателем 21 401,2 тыс. тенге, город Алматы с показателем 11 310,4 тыс. тенге и город Астана с показателем 9 247,0 тыс. тенге. На последних позициях находятся область Жетісу с показателем 2 754,6 тыс. тенге, Жамбылская область с показателем 2 547,1 тыс. тенге и Туркестанская область с показателем 1 955,5 тыс. тенге.

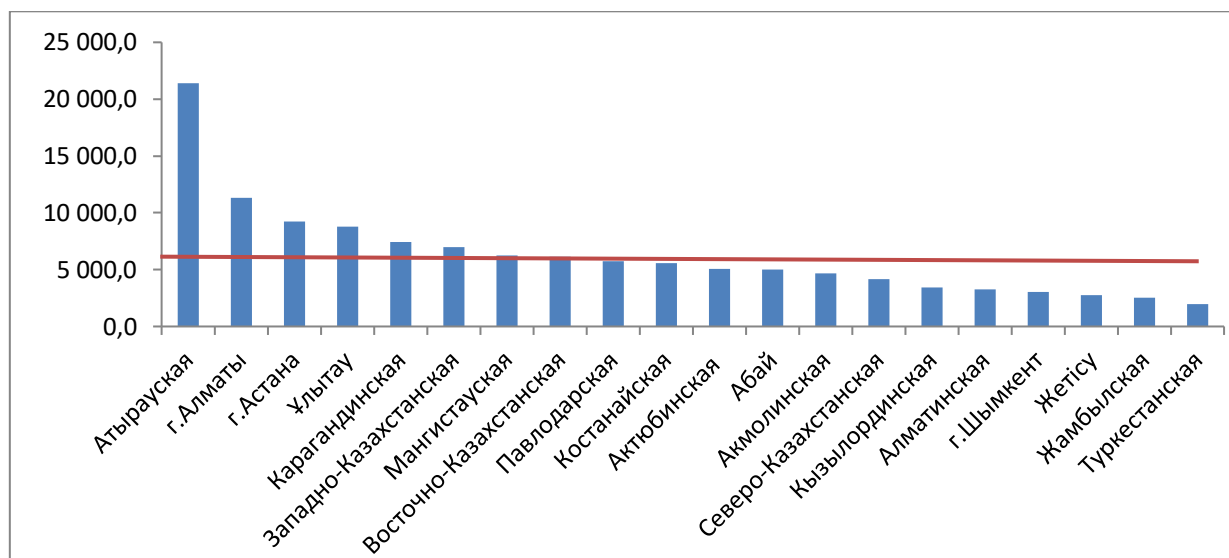


Рисунок 1. ВРП на душу населения в разрезе регионов Республики Казахстан за 2023 г., тыс. тенге

Примечание – составлено по данным БНС РК [14]

Основная причина проблем в межрегиональных финансовых отношениях Казахстана заключается в действующей системе межбюджетных отношений, основанной на принципе централизации доходов и расходов. Такой подход не обеспечивает эффективную компенсацию дисбалансов между регионами.

Трансферты из республиканского бюджета остаются главным источником решения социально-экономических проблем регионов, что усиливает зависимость местных бюджетов от исполнения республиканского бюджета. По данным Высшей аудиторской палаты Республики Казахстан (ВАП РК), в 2023 году зависимость местных бюджетов от республиканского бюджета продолжала расти. Доля поступлений из республиканского бюджета составила около 81% от общего объема доходов государственного бюджета. Это свидетельствует о продолжающемся увеличении зависимости регионов от центра, несмотря на передачу части корпоративного подоходного налога в местные бюджеты

На этапе формирования бюджета объем поступлений на следующий финансовый год зачастую занижается. Высшая аудиторская палата Республики Казахстан (ВАП РК) фиксирует систематическое занижение налоговой базы на местах с целью получения большего объема общих трансфертов. В 2023 году доходная часть местных бюджетов была перевыполнена на 11,7%, достигнув примерно 5,1 трлн тенге. Это означает, что план был превышен на 534 млрд тенге, из которых 474 млрд тенге составили налоговые поступления. Кроме того, неналоговые доходы местных бюджетов значительно увеличились: по сравнению с предыдущим годом они выросли на 39,9% и составили 205,6 млрд тенге.

При составлении бюджета на трехлетний период недостаточно тщательно исследуется влияние инвестиционных проектов, реализованных в регионах, на налоговую базу. В результате объем трансфертов из республиканского бюджета для регионов увеличивается ежегодно, что приводит к росту дефицита республиканского бюджета и увеличению расходов на обслуживание и погашение внутреннего и внешнего долга правительства Республики Казахстан.

По данным Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, к 2023 году нагрузка на республиканский бюджет увеличилась до 35% по сравнению с 30% в 2021 году. Это свидетельствует о продолжающемся росте зависимости от централизованного финансирования.

Динамика изменения соотношения объемов бюджетных изъятий у регионов-доноров и получаемых ими обратно целевых трансфертов также демонстрирует неравномерное распределение, что усугубляет диспропорции между регионами (Таблица 1).

Таблица 1.

Динамика изменения объемов бюджетных изъятий от целевых трансфертов в разрезе регионов-доноров на 2021-2023 годы, млрд тенге

Наименование региона	Бюджетные изъятия				Целевые трансферты				Отклонение ЦТ к БИ (от всего объема)	
	2021	2022	2023	Всего	2021	2022	2023	Всего	Сумма	%
Итого:	438	470,9	431,9	1340	440,8	537,8	605,8	1584,4	243,5	в 1,2 раза
Атырауская область	213,8	221,0	155,0	589,8	74,7	122,7	71,1	268,5	-321,3	45,5%
г.Алматы	190,1	211,5	207,2	608,8	163,5	193,3	117,8	474,6	-134,2	78,0%
г.Астана	34,1	38,5	69,7	142,3	202,6	221,8	416,9	841,3	699,0	в 6 раз
Примечание – Высшая аудиторская палата Республики Казахстан «Заключение к отчету Правительства Республики Казахстан об исполнении Республиканского бюджета за 2023 год» [15]										

В общепринятом понимании регион-донор – это регион, с территории которого входящие финансовые потоки превышают обратные. В Казахстане к регионам-донорам относятся Атырауская область, а также города Алматы и Астана. Остальные регионы являются регионами-реципиентами.

За период с 2021 по 2023 годы в регионах-донорах, таких как Атырауская область и город Алматы, наблюдается тенденция к снижению объемов финансирования целевыми трансфертами из республиканского бюджета по сравнению с бюджетными изъятиями. В среднем объем целевых трансфертов составляет около 62% от суммарных бюджетных изъятий в этих регионах. Однако в городе Астана наблюдается необычная ситуация: объем целевых трансфертов увеличился в шесть раз по сравнению с бюджетными изъятиями, что нехарактерно для крупных городских агломераций. В частности, по сравнению с 2022 годом объем целевых трансфертов в Астане возрос почти в два раза, увеличившись с 221,8 млрд тенге до 416,9 млрд тенге.

В итоге, за трехлетний период превышение целевых трансфертов над бюджетными изъятиями в Астане составило 699 млрд тенге, что также подтверждает значительный рост этого показателя.

Увеличение объемов финансирования через субвенции, изъятия и целевые трансферты из Национального фонда не решает накопившиеся годами локальные проблемы и не обеспечивает качественное выравнивание уровня жизни населения. Действующая система межбюджетных отношений не направлена на снижение количества субвенционных регионов, что подтверждается их стабильным количеством.

Регионы стремятся получить максимальные суммы субвенций и целевые трансферты из республиканского бюджета для решения местных проблем. Поступление трансфертов не зависит от эффективности работы местных исполнительных органов (МИО), что лишает местные власти стимулов для снижения зависимости от трансфертов и увеличения доходной части местных бюджетов за счет других источников.

Оценка формирования доходов республиканского и местных бюджетов свидетельствует о наличии вертикального дисбаланса в бюджетной системе республики. Это приводит к несоответствию между формируемой доходной базой и функциями, возложенными на местные исполнительные органы (МИО). Недостаток собственных доходных источников усиливает зависимость местных властей от трансфертов из республиканского бюджета, использование которых находится вне их контроля, что нарушает принцип автономности бюджетов, закрепленный в Бюджетном кодексе.

Автономность местных бюджетов определяется наличием собственных финансовых ресурсов. Большинство местных бюджетов Республики Казахстан не обладают автономией, так как основой их формирования являются трансферты из республиканского бюджета, выделяемые на цели, определяемые центральным правительством.

Вопросы степени автономии региональных властей остаются предметом дискуссий. Усиление бюджетной автономии в текущих условиях представляется преждевременным, так как ряд регионов по-прежнему нуждается в значительной государственной финансовой поддержке.

Для эффективного управления финансовыми ресурсами территорий важна проблема качественной оценки потенциальных и реальных возможностей регионов. В отечественной системе анализа обычно оцениваются только бюджетные показатели. Многие исследователи, анализируя финансовую устойчивость региона, сосредотачиваются лишь на устойчивости бюджета, игнорируя другие источники финансирования.

Основной целью формирования системы межбюджетных отношений является установление финансовой самодостаточности регионов, сокращение количества дотационных регионов и обратного потока средств между уровнями бюджетов. Это показывает необходимость совершенствования существующей системы межгосударственных отношений. В текущем году Правительством Республики Казахстан готовится проект нового Бюджетного кодекса, направленный на упрощение бюджетных процессов, совершенствование межбюджетных отношений и повышение качества управления государственными финансами. Эти задачи были обозначены Главой государства в рамках перехода на новую экономическую модель. Президент Республики Казахстан поручил правительству повысить уровень бюджетной самостоятельности регионов и рассмотреть возможность передачи в регионы полномочий по определению преференций по части налогов, собираемых в местный бюджет.

Эти меры создадут мощный стимул для развития бизнеса и устойчивого прогресса регионов. Переход на новую модель бюджетных отношений требует от акимов учитывать эффективность и пользу для страны в целом. В рамках нового Бюджетного кодекса для повышения мотивации и эффективности расходования бюджетных средств Министерством национальной экономики Республики Казахстан предусмотрены следующие меры:

1. Увеличение доходной базы местных бюджетов:

- Передача части корпоративного подоходного налога (КПН) с республиканского бюджета на местный.

2. Выведение из трансфертов общего характера (ТОХ) трансфертов с целевой направленностью:

- Разделение ТОХ на целевые и нецелевые трансферты.
- Целевые ТОХ будут определяться Министерством финансов Республики Казахстан (МФ РК) согласно решению Республиканской бюджетной комиссии (РБК) и передаваться в местный бюджет с сохранением целевого назначения.
- Нецелевые ТОХ будут предоставляться на безвозмездной и невозвратной основе для финансового обеспечения государственных услуг и задач МИО без установления направлений их использования.

3. Пересмотр подходов к планированию межбюджетных трансфертов:

- Целевые трансферты будут планироваться с учетом отраслевых методик, разработанных отраслевыми министерствами совместно с уполномоченными органами по государственному и бюджетному планированию.
- Планирование проектов критически важного и общестранового значения останется на республиканском уровне.

4. Обеспечение равного доступа населения к базовым благам и услугам:

- Установление минимальных базовых нормативов для обеспечения базовой инфраструктуры на местном уровне.
- Передача планирования базовой инфраструктуры на местный уровень, что позволит учитывать местные особенности и потребности при распределении ресурсов.

Эти изменения направлены на повышение самостоятельности и ответственности местных органов власти, а также на стимулирование их к более эффективному управлению финансовыми ресурсами и решению местных проблем.

Полученные результаты (выводы)

Таким образом, региональная финансовая децентрализация (или финансовая самостоятельность) включает в себя как способность местных органов власти обеспечивать расходы за счет собственных бюджетных доходов без финансовой поддержки из вышестоящих бюджетов, так и возможность управления финансовым потенциалом региона для обеспечения его устойчивого развития. Недостаточная финансовая независимость региональных органов власти затрудняет долгосрочную сбалансированность и устойчивость региональных бюджетов, а также влияет на эффективность и подотчетность финансового управления.

Одной из ключевых реформ в региональной политике Казахстана является повышение уровня бюджетной самостоятельности регионов. Ключевым индикатором этой реформы выступает поэтапная фискальная децентрализация, целью которой является снижение доли трансфертов из республиканского бюджета в структуре доходов местного бюджета до 25%. Внедрение прямой выборности акимов и передача ряда функций регионам также способствуют обеспечению финансовой независимости.

В рамках бюджетно-налоговой политики передаются полномочия, позволяющие районным акимам самостоятельно формировать бюджеты и определять налоговые преференции для местного бюджета. Это, в свою очередь, должно стимулировать местные власти к поиску дополнительных источников доходов, включая повышение деловой активности и расширение потенциала финансово-кредитной системы.

Для оценки эффективности финансовой самостоятельности и устойчивости регионов необходимо применять соответствующие критерии. На практике чаще всего используются количественные показатели, которые характеризуют доходную базу региональных бюджетов. Однако количественная оценка может быть затруднена, так как выполнение социальных и экономических задач не всегда выражается в числовых показателях.

Индикаторы финансовой самостоятельности могут включать не только налоговые сборы, но и показатели доходности предприятий, финансово-кредитных организаций и инвестиционной привлекательности региона. Снижая долю трансфертов из республиканского бюджета и увеличивая налоговую базу за счет передачи части налоговых поступлений, местные

исполнительные органы становятся более заинтересованными в повышении доходной части местных бюджетов.

Применение ст. 696-3 Налогового кодекса, позволяющей местным представительным органам снижать размер ставки розничного налога, также может сыграть важную роль в расширении финансовой самостоятельности регионов. Это нововведение позволяет регионам устанавливать налоговые льготы для поддержки местного бизнеса, что может способствовать развитию предпринимательства и повышению финансовой устойчивости местных бюджетов.

Список литературы:

1. Токаев, К.Ж. Послание Президента народу Казахстана «Экономический курс справедливого Казахстана». 2023. URL: <https://www.akorda.kz/ru/president-kassym-jomart-tokayevs-state-of-the-nation-address-economic-course-of-a-just-kazakhstan-283243> (послание: интернет-ресурс)
2. Полушкина, Т.М., Козырева, Н.Е. Обеспечение финансовой независимости региональных бюджетов // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2015. URL: <http://surl.li/olhqq> (электронный ресурс)
3. Мельничук, Ю.М., Чирва, О.Х., Четверо, Л.А., Чирва, Х.М., Бербец, В.В. Роль менеджмента в финансовой независимости региона // TEM Journal. 2019. Т. 2. С. 584-590. (журнал)
4. Хазраткулова, Л. Зарубежный опыт оценки влияния системы межбюджетных отношений на уровень межрегиональной дифференциации // AMERICAN Journal of Public Diplomacy and International Studies. 2023. Т. 1, Вып. 8. ISSN (E): 2993-2157. (журнал)
5. Оутс, В. Фискальный федерализм. Нью-Йорк: Харкорт, Брейс, Йованович, 1972. С. 1222. (книга)
6. Тибу, К.А. Чистая теория местных расходов // Журнал политической экономии. 1956. Т. 64, № 5. С. 416-424. (журнал)
7. Бретон, А., Фраскини, А. Конкурентные правительства, глобализация и выравнивающие гранты // Обзор государственных финансов. 2007. Т. 35, № 4. С. 463-479. (книга)
8. Ултургашева, О.Г., Лавренко, А.В., Профатилев, Д.А. Экономическая сущность и структура инвестиционного потенциала // Проблемы современной экономики. 2011. № 1 (37). С. 34. (журнал)
9. Артеменков, С.Б. Оценка эффективности межбюджетных отношений // Финансы. Учет. Аудит. 2012. № 7. С. 79. (журнал)
10. Завьялов, Д.Ю. Потенциал межбюджетного регулирования как инструмента бюджетной политики // Финансы. 2008. № 3. С. 12, 14. (журнал)
11. Есентугелов, А. Стратегия посткризисной модернизации экономики Казахстана. Астана, 2010. (книга)
12. Адамбекова, Г., Тулегенова, М. Изменение парадигмы межбюджетных отношений: опыт Казахстана в условиях пандемии // Государственная политика и управление. 2022. Т. 21, № 5. С. 677-689. (журнал)
13. Капитал. (2023). Проробатываються варианты передачи части крупных налогов в местные бюджеты – МНЭ. Доступно по: <https://kapital.kz/economic/113303/prorabatyvayut-sya-varianty-peredachi-chasti-krupnykh-nalogov-v-mestnyye-byudzhety-mn-e.html>. (электронный ресурс)
14. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. (2023). <https://stat.gov.kz/ru/industries/economy/national-accounts/publications/4963> (электронный ресурс)
15. Высшая аудиторская палата Республики Казахстан. (2023). Заключение к отчету Правительства Республики Казахстан об исполнении Республиканского бюджета за 2023 год. (электронный ресурс)

Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ

№ 31 (298)
Октябрь 2024 г.

Часть 1

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+

