при его разработке определяются совокупностью теоретических знаний и практических навыков, которые обучающийся должен продемонстрировать по окончании изучения модуля. Критерии компетентности могут быть разделены на две группы – объективные и субъективные (внешние и внутренние). Объективными параметрами оценки проявления компетентности являются процессуальные особенности деятельности (темп, скорость, интенсивность, объем); разнообразие приемов и действий при выполнении предлагаемых заданий; результативные характеристики деятельности – уровень и качество результатов. К субъективным критериям компетентного поведения можно отнести содержательные характеристики деятельности (внутренние побуждения, установки, мотивы поведения); степень выраженности побуждений, потребности деятельности [4].

Следует особо подчеркнуть важность тщательного планирования и организации при модульно-компетентном подходе производственной практики, чтобы она на самом деле была связана с целями и задачами обучения, для чего необходимы тесные контакты с работодателями. Обучающимся должны предоставляться широкие возможности обучаться на рабочем месте или в ситуации, максимально имитирующей трудовую среду. Такое обучение позволяет адаптироваться к реальности трудовой деятельности во всем ее многообразии и применять на практике не только профессиональные, но и сквозные и ключевые компетенции в различных трудовых ситуациях. Модульно-компетентный подход находится в русле концепции непрерывного образования, так как его целью является подготовка высококвалифицированных специалистов, способных работать в постоянно изменяющейся ситуации в сфере труда, с одной стороны, и готовых к продолжению профессионального роста и образования – с другой.

Литература

1. Вербицкий А.А. Компетентный подход в теории контекстного обучения. – М., 2004.
2. Гузеев В.В. Современные технологии профессионального образования: интегрированное проектное обучение. – М., 2006.
3. Митяева А.М. Содержание многоуровневого высшего образования в условиях реализации компетентной модели // Педагогика. – 2008. – № 8.

4. Погоньшева Д.А. Моделирование как метод реализации компетентного подхода в профессиональном образовании // Педагогика. – 2009. – № 10.

О ВАЖНОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЛИЦ, ПОСЕЩАЮЩИХ ФИТНЕС ЦЕНТРЫ

¹Кунделеков А.Г., ¹Нефедов П.В., ²Кривцов В.Н., ³Куликова Я.Д.,
⁴Пягай В.О., ⁵Рогожников Е.А.,
⁵Фетищев А.Н.

¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия;

²ОГБУ «Кожно-венерологический диспансер», Белгород, Россия;

³Областной кожно-венерологический диспансер, Тверь, Россия

⁴ГБУЗ СК «Новоалександровская ЦРБ», Новоалександровск, Россия

⁵ГБУЗ КО «Кемеровский областной ККВД», Кемерово, Россия

Стратегия обеспечения здорового образа жизни (ЗОЖ), направленная на улучшение качества жизни и состояния здоровья граждан – приоритетное направление в предотвращении и уменьшении заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) [1, 9]. Повышение уровня здоровьесберегающих знаний среди населения посредством проведения санитарно-просветительской работы в свою очередь должно позволить довести основные идеи профилактики НИЗ и сориентировать население на повышение мотивации к ЗОЖ.

Важнейшей составляющей ЗОЖ является физическая активность. В настоящее время значительно увеличилось число коммерческих оздоровительных центров – так называемых фитнесцентров, призванных решать проблему гипокинезии жителей городов. В состав таких оздоровительных центров входят спортивные и тренажерные залы.

Наряду с направленностью на ЗОЖ важно не забывать и о возможных факторах риска, прежде всего микробной природы. Это в особенности касается лиц, регулярно занимающихся физическими упражнениями, в том числе при посещении фитнес центров. Так, микоз стоп у физкультурников и спортсменов-профессионалов встречается в 2 и более раз чаще, чем у людей, не занимающихся спортом [4, 6].

По статистике в России среди населения ежегодно выявляется в среднем 200 тысяч больных микозами стоп, при этом регистрируется около 100 тысяч пациентов с онихомикозом (микоз ногтей) [5], основным источником распространения которого является микоз стоп. Приблизительно в двух случаях из трех микоз вызывается дерматофитом *Trichophyton rubrum* [7], реже определяется *S. albicans* и другие. В общей структуре нозологических форм кожных заболеваний чаще других микозов встречаются микоз кожи стоп и онихомикоз стоп.

Заражение микозом стоп чаще происходит в местах с высоким риском заражения: в спортзалах, бассейнах, душевых, банях, особенно в весенне-летний период времени [2]. Источником возбудителя может служить деревянный пол этих помещений, решетки, подстилки и т.п. К инфекции предрасполагают как пользование общими душевыми и раздевальнями, так и ношение форменной обуви, а у спортсменов – частая травматизация (отсюда синоним заболевания – «стопа атлета») [3]. Наиболее характерными симптомами микоза стоп, значимыми для пациентов, обычно являются шелушение, зуд, гиперкератоз и покраснение кожи. Эти явления ощущаются пациентами как при подошвенной, так и при межпальцевой локализации микоза стоп [3, 6].

Болезненность и проявления «косметического дефекта» пациентами отмечаются нечасто, что, к сожалению, приводит к низкой обращаемости за медицинской помощью лиц с микозами стоп, особенно мужчин [8]. В свою очередь несвоевременная терапия этого заболевания приводит к тому, что процесс распространяется на ногти стоп и кистей рук. Учитывая длительность (терапия может составлять несколько месяцев) и высокую стоимость лечения онихомикоза, первоочередной задачей в современной борьбе с дерматофитией является профилактика, своевременное выявление и лечение микоза стоп ещё до развития онихомикоза. Кроме того, важно помнить о том, что микоз стоп является входными воротами для разных бактериальных инфекций, в частности – для рожистого воспаления [3].

Для профилактики и эффективного лечения микоза стоп, а также для профилактики развития онихомикоза, необходим удобный лекарственный препарат с хорошей переносимостью и приемлемой стоимостью. К

числу современных фунгицидных средств относится противогрибковый препарат БИ-НАФИН в форме 1% крема (тербинафин компании ШреяЛайфСаенсизПвт.Лтд., Индия), обладающего широким спектром действия на различные виды грибов, и, что немаловажно, экономически доступным препаратом среди аналогичных кремов. Крем БИ-НАФИН удобен в применении как местное средство профилактики и терапии у лиц, активно занимающихся спортом. Средняя продолжительность лечения микоза стоп кремом Бинафин составляет одну неделю при нанесении крема на пораженные участки кожи 1-2 раза в день. Для профилактики микозов после тренировок и принятия душа крем БИ-НАФИН наносится на ногтевые пластины и (слегка втирая) на сухую кожу стоп.

В числе практических рекомендаций, направленных на повышение эпидемической безопасности и снижение распространенности грибковых заболеваний среди лиц, посещающих фитнесцентры, физкультурников, спортсменов-профессионалов в процессе принятия душа после спортивных занятий целесообразно использовать косметические моющие средства с рН 5,5 для сохранения нормальной реакции среды кожи и ее антимикробной защиты.

Решающее значение в защите от факторов риска кожных заболеваний при посещении фитнесцентров, на наш взгляд, имеет санитарно-просветительская работа среди населения (лекции, беседы и пр. об основных проявлениях микозов), и ключевую роль в ней занимает врач. Осведомленность врачей и активного населения в вопросах микробиологической опасности и выполнение рекомендаций оздоровительного характера позволят сохранить и укрепить здоровье населения, придерживающегося здорового образа жизни и регулярно занимающегося физическими упражнениями.

Литература

1. Глобальная стратегия ВОЗ в области питания, физической активности и здоровья (утверждена Всемирной ассамблеей здравоохранения, резолюция 57.17 от 22.05.2004). WHA57.17. ВОЗ, 2004.

2. Гигиенические основы физкультурно-спортивной деятельности: учебник / Г.А. Макарова, П.В. Нефедов. – М.: Советский спорт, 2015. – 512 с. (С. 238).

3. Наружная терапия микозов стоп. Пособие для врачей. (Под редакцией Сергее-

ваЮ.В.). М.: Национальная академия микологии. – 2005. – 20с.

4. Перламутров Ю.Н., Кустова И.В. Лечение и профилактика онихомикоза стоп у спортсменов. // Медицинский вестник МВД. – 2011. – №5. – С.56-60.

5. Потекаев Н.Н. Онихомикоз. – М., 2009. – 92 с.

6. Рукавишников В.М. Микозы стоп. М.: МСД. – 1999. – 320 с.

7. Сергеев А.Ю. Современные методы лечения онихомикозов // Consilium medicum. – 2001. – Том 3. – №4. – С.1-4.

8. Сергеев А.Ю., Бучинский О.И., Мокина Е.В., Жарикова Н.Е. Проект Ахиллес: эпидемиология и этиология микозов стопы и онихомикозов в конце XX века. Российский Журнал Кожных и Венерических Болезней. – 2002. – №5. – С.47-50.

9. Maher D., Ford N. Действия в отношении неинфекционных болезней – уравнивание приоритетов в области профилактики и лечения // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения, 2011;89:547-547A.

**ФОРМИРОВАНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КОМПЕТЕНЦИЙ В
ПОСТГРАДУАЛЬНОМ
ГЕНЕТИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНОГО
ПРОФИЛЯ**

Лазарев К.Ю., Голубцов В.И.,
Зайцева А.Т., Корхмазова С.А.,
Панкова Е.Е., Почешхова Э.А.
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Современные представления о генетической гетерогенности и клиническом полиморфизме наследственных (НБ) и мультифакториальных (МФЗ) болезней определяют тактику врача при выборе оптимальных методов их диагностики, профилактики и лечения. Прогресс в области изучения молекулярных механизмов патогенеза мультифакториальных заболеваний позволяет улучшить качество медицинской помощи пациентам. Все это требует при подготовке врача не только профессиональных компетенций в области специальных знаний выбранной профессии, но и знаний других современных наук, в том числе и генетики. Такой системный подход позволяет выработать четкие

критерии качества подготовки специалиста и определяет качество образования [1].

Основные знания, касающиеся генетики НБ и МФЗ, в постградуальном образовании обучающиеся могут получить только при всестороннем и глубоком изучении медицинской и клинической генетики. В Кубанском государственном медицинском университете с 2012 года в последипломное образование введена фундаментальная дисциплина «генетика» [4]. В связи с тем, что современная медицинская генетика является стремительно развивающейся наукой, а детальное освещение ее новых достижений на лекциях и практических занятиях становится все более затруднительным вследствие ограниченности учебного времени, представляется целесообразным формировать компетенции не только в аудиторное время, но и в рамках самостоятельной внеаудиторной работы. Это предполагает развитие творческих способностей обучающихся, ориентацию на активные индивидуальные формы обучения с учетом потребностей и возможностей личности [2]

Самостоятельная работа у клинических интернов и ординаторов разных специальностей значительно расширяет и углубляет знания современных достижений медицинской генетики, формирует компетенции в использовании специальных методов генетического исследования в повседневной практике врача. Для реализации внеаудиторной самостоятельной работы кафедры биологии с курсом медицинской генетики КубГМУ разработала учебно-методическое пособие для клинических интернов и ординаторов, которое оптимизирует данную форму образовательного процесса.

Основными формами самостоятельной внеаудиторной работы клинических интернов и ординаторов является проведение клинико-генеалогического исследования курируемого больного, а также изучение и анализ литературных данных по генетике НБ и МФЗ.

При формировании профессиональных компетенций проведения клинико-генеалогического исследования у обучающихся углубляются и закрепляются знания, умения и владения, направленные на профилактику НБ и МФЗ. При этом совершенствуется методология проведения клинико-генеалогического исследования: алгоритма сбора семейного анамнеза, построения родослов-