

смоделированной кисты печени под УЗ-контролем и, в перспективе, для подведения к ней наночастиц с последующим лазерным фототермолизом.

Полученные результаты

Как показали проведенные исследования, наночастицы при внутривенном введении накапливаются в почках через $10 \pm 2,7$ мин ($M \pm m$) после введения. Спустя $58 \pm 5,3$ мин ($M \pm m$) наночастицы золота накапливаются в мочевом пузыре и далее основная их часть выводится из организма. Через $4,2 \pm 0,5$ ч ($M \pm m$) после введения наночастиц наиболее значительная концентрация их определяется в печени. Наблюдать наночастицы на рентгенограммах можно только при их введении в очень высоких концентрациях, значительно (на три порядка) превышающих дозировки используемые для фототермолиза.

При контрольном ФГС-исследовании на 3, 7, 14-е сутки после фототермолиза отмечены ранняя эпителизация и полноценное восстановление подслизистой соединительной основы и дефекта слизистой. При этом констатировано уменьшение выраженности воспалительной реакции и сроков заживления слизистой без ее деформации и образования грубого рубца. При развитии перфоративных осложнений лазерного фототермолиза подобная методика фиброгастроскопической «пломбировки» перфоративного отверстия аутопластическим материалом может быть проведена как с помощью видеолапароскопической поддержки, так и при использовании минилапаротомического доступа. Таким образом, в результате проведенных экспериментов были определены предварительные параметры лазерного излучения, изучено состояние стенки органа в зоне нагрева биоткани и способы бесшовной коррекции дефекта при развитии перфоративных осложнений.

Заключение. Проведенные эксперименты показали, что лазерное эндоскопическое воздействие на стенку желудка в ИК-диапазоне обеспечивает нагрев слизистой оболочки желудка до $50-70$ градусов за 1 минуту, что возможно использовать для проведения фототермолиза в экспериментальной наноонкологии. Предложенные способы трансгастрального эндоскопического введения наночастиц и последующего лазерного воздействия, а также транскутанной пункции паренхиматозного органа просты в техническом исполнении, экономически доступны, обеспечивают малоинвазивность манипуляции и перспективны при использовании их в клинической практике. Доказана целесообразность применения малоинвазивной транскутанной пункции печени под контролем УЗИ с последующим введением наночастиц в полость кисты

и проведением фототермолиза. При выполнении пункции предложенным нами способом, в результате лазерного воздействия на паренхиму органа, образуется коагуляционный некроз стенки пройденного канала, обеспечивающий надежный желче- и гемостаз. Предложенный способ транскутанной пункции паренхиматозного органа прост в техническом исполнении, экономически доступен, обеспечивает малоинвазивность манипуляции, надежную профилактику осложнений в ходе пункции, а также в периоде после проведения данной манипуляции. В перспективе подобный метод может быть применен и при лечении метастазов печени.

ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКОБУСЛОВЛЕННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

**Аминова А.И., Устинова О.Ю.,
Лужецкий К.П., Маклакова О.А.**
*ФГУН «Федеральный научный центр
медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью
населения Роспотребнадзора», Пермь*

Существующие методы профилактики аллергических заболеваний органов дыхания (АЗОД) не предусматривают выявления и поэтапной коррекции патогенетически значимых отклонений в состоянии здоровья, опосредованных системным воздействием химических техногенных факторов среды обитания. На основании научных исследований, проведенных в ФГУН «ФНЦ МПТ УРЗН Роспотребнадзора», разработана и апробирована модель диспансерного наблюдения и профилактики АЗОД в лечебно-профилактических учреждениях первичного амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения: участковая поликлиника, здравпункты детских дошкольных учреждений, школ, предприятий, санатории-профилактории. Контингент: дети, проживающие и/или посещающие ДДУ и школы в районах размещения и влияния выбросов промышленных предприятий, формирующих существенную техногенную нагрузку среды обитания (превышение нормативов ПДК м.р., ПДК с.с. от 1,0–1,5 и более раз); имеющие I группу здоровья и риск формирования АЗОД (ЭКД в анамнезе, отягощенная наследственность по аллергопатологии). Индекс инфекционности – 0,3–1,0. **Используемые тех-**

НОЛОГИИ: элиминационные: расширенный питьевой режим, дозированная физическая нагрузка, энтеросорбенты растительного происхождения (лактофилтрум, энтегнин); технологии поддержания клеточного гомеостаза: витамины (Джунгли), адаптогены (препараты на основе элеутерококка), средства улучшающие метаболические процессы (аспаркам, рибоксин). Апробация модели проведена в условиях ДДУ: у 237 детей в катамнезе через 6 мес. после проведенных мероприятий отмечено сокращение количества обострений АЗОД с 10 до 6 раз в год у 70,3%, увеличение доли детей, болеющих менее 2-х раз в год с 13 до 38%, удлинение периода ремиссии до 7–8 мес. у 60,7%, увеличение продолжительности ремиссии в 2-6 раз, снижение частоты ОРИ в 2–4 раза. Экономическая эффективность модели медико-профилактических мероприятий составила 1,7–2,3 рубля на рубль затрат, предотвращенные потери – 16,5 млн рублей на 1000 пациентов в год. Таким образом, детскому населению, проживающему в условиях неблагоприятного воздействия химических факторов среды обитания, для программ долгосрочной профилактики экодетерминированной патологии органов дыхания предложена эффективная организационная модель медико-профилактических мероприятий, основанная на применении патогенетически обоснованных компонентов, сочетающих элиминационные и корригирующие технологии. Система может быть рекомендована для организации медико-профилактической помощи детям с АЗОД, проживающих в условиях экологического неблагополучия.

**КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ
ПОДХОД КАК ФАКТОР
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
СОЦИАЛИЗАЦИИ СРЕДНЕГО
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В СИСТЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ**

Андриянова Е.А., Порох Л.И.

*ГОУ ВПО «Саратовский
государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского»,
Саратов, e-mail: andriyanova@land.ru;
ГОУ СПО «Медицинский
колледж № 4», Камышин,
e-mail: porochludmila2008@rambler.ru*

Идеология современного этапа развития отечественного здравоохранения выражается в концепции повышения качества медицинской

помощи населению. В этой связи переосмысливаются основные цели профессиональной подготовки специалистов медицинского профиля. Среди медицинских работников самой многочисленной категорией являются медицинские сестры. Они несут свою профессиональную службу в поликлиниках, амбулаториях, больницах, родильных домах, как самостоятельные и ответственные специалисты работают и в небольших медицинских учреждениях. Профессиональное специальное образование они получают в средних заведениях.

Качество профессиональной подготовки специалистов со средним медицинским образованием, их конкурентоспособность и профессиональная мобильность в значительной степени определяются как содержанием среднего медицинского **образования, так и содержанием профессионального образования в рамках системы повышения квалификации.** Лечебно-профилактические учреждения желают получить специалистов не с определенным запасом знаний и умений, а специалистов компетентных со способностью действовать в различных проблемных ситуациях [2, с. 22-23].

Постоянное увеличение информационной составляющей современного медицинского «производства» коренным образом изменило содержание деятельности, для которой достаточным условием было получение определенной профессиональной квалификации. Как показывает практика, базовое среднее медицинское образование не может в полной мере обеспечить должного уровня профессиональной подготовки для выполнения задач в условиях узкой специализации работников среднего звена в медицине. Система постдипломного образования среднего медицинского персонала встроена в общую концепцию непрерывного образования, по нормативным требованиям и по содержанию определяется как система повышения квалификации. Повышение квалификации со стороны деятельности ее субъекта носит рефлексивный характер, отражающий содержание отношения субъекта к осуществляемой им практической активности. Деятельность, в основе которой лежит усилие, направленное на изменение, смену некоторых структур мышления и деятельности, и называется квалификацией, а изменение ее масштаба и глубины – повышением квалификации [8].

Эффективность профессиональной деятельности среднего медицинского персонала определяется потенциалом последипломной подготовки (повышения квалификации), основная задача которой состоит в подготовке современного