

ГОТОВНОСТЬ УЧАСТНИКОВ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Михно В.А., Каурина А.В., Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: mixno.vladimir@mail.ru

Ежегодно регистрируется около 200 тыс. дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в которых остаются ранеными более 200 тыс. человек из них погибают около 10%. Целью нашего исследования явилось изучение реальной готовности водителей и пешеходов к оказанию приемов первой помощи пострадавшим в ДТП. Проведено анкетирование 100 пешеходов и 100 водителей транспортных средств (ТС). Средний возраст исследуемых – 31,6 лет, 89% – мужчин. Оценка элементарных основ оказания первой помощи выявило, что определить наличие сознания могут 20% пешеходов и 29% водителей. 97% пешеходов и 91% водителей могут определить наличие дыхания. Правильно определить пульс смогут лишь 12% пешеходов и 8% водителей. Выполнение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) не смогут 97% пешеходов и 78% водителей. 15% водителей и 26% пешеходов могут правильно выполнить непрямой массаж сердца. Оценивая собственные навыки по остановке кровотечения, 22% пешеходов и 32% водителей не умеют правильно останавливать наружное кровотечение. На вопрос о правилах транспортировки пострадавшего с травмой позвоночника 94% опрошенных пешеходов и 85% водителей ответили, что транспортировка должна проводиться на спине. При спонтанной рвоте, для предупреждения аспирации, 74,4% пешеходов и 70,1 % водителей могут верно придать оптимальное положение. Наложить повязку при травме грудной клетки правильно смогут 40% пешеходов и 34% водителей. Только 22% пешеходы и 56% водителей считают, что им необходимо повысить исходный уровень знаний и навыков по оказанию первой помощи. При этом реальное желание затратить собственное время имеют лишь 9% всех опрошенных.

Выводы

Считать целесообразным, усилить роль подготовки участников дорожного движения в навыках оказания первой помощи пострадавшим, как важнейшая составляющая направления снижения смертности на дорогах.

Список литературы

1. Михно В.А., Поройский С.В. Степень готовности водителей транспортных средств к оказанию первой помощи // Вестник РГМУ. – 2014. – №2. – С. 338-339.

2. Михно В.А., Поройский С.В. Оценка готовности водителей транспортных средств к оказанию первой помощи // Сборник тезисов 88-й Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – 2014. – С. 462.

ГОТОВНОСТЬ ПЕШЕХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Михно В.А., Харитонов А.В., Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: mixno.vladimir@mail.ru

Наблюдается четкая тенденция к увеличению количества смертей на дорогах по вине пешеходов в России: 2012 год – 4998 погибших, 2013 год – 5164 погибших. Целью нашего исследования явилось изучение реальной готовности пешеходов к оказанию приемов первой помощи пострадавшим в ДТП. Средний возраст – 24,6 лет, преобладали мужчины (58%). По разработанному опроснику были выделены критерии, определяющие знания и навыки в системе оказа-

ния первой помощи. Среди 100 респондентов, обучение навыкам первой помощи прошли 52%. 49% опрошенных пешеходов ранее были участниками ДТП. Только лишь 12,2% опрошенных оказывали первую помощь на месте ДТП, тогда как остальные 87,8% оставались в роли «зрителя». Наличие сознания у пострадавшего могут 20% пешеходов. 97% могут правильно определить наличие дыхания. Указать точную точку для определения пульса смогли лишь 12%. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) могут провести 97% респондентов. 15% могут выполнить непрямой массаж сердца правильно. 22% пешеходов не умеют правильно останавливать наружное кровотечение. На вопрос о правилах транспортировки пострадавшего с травмой позвоночника 94% опрошенных ответили, что транспортировка должна проводиться на спине. При спонтанной рвоте, для предупреждения аспирации, 74,4% могут верно придать оптимальное положение. Наложить повязку при травме грудной клетки смогут правильно 40% респондентов. На фоне представленной крайне низкой грамотности в оказании первой помощи только 22% пешеходов считают, что им необходимо повысить исходный уровень знаний и навыков по оказанию первой помощи.

Выводы

Важным направлением снижения дорожного травматизма является работа в направлении обучения граждан навыкам оказания первой помощи, учитывая законодательное закрепление данной нормы (№68-ФЗ от 14.19.2014, статья 19), обязанных постоянно совершенствовать свои знания и практические навыки в указанной области.

Список литературы

1. Михно В.А., Поройский С.В. Готовность водителей транспортных средств к оказанию первой помощи в ДТП // Сборник материалов 78-ой студенческой научно-практической конференции. – 2014. – С. 428.

2. Каурина А.В., Михно В.А., Булычева О.С., Поройский С.В. Первая помощь – важнейший этап спасения жизни человека в ЧС // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 97.

СТРУКТУРА И РЕЖИМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТРАВМОЦЕНТРОВ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Мурадян А.А., Булычева О.С., Садака Д.Ю.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: aniko96@mail.ru

В соответствии с приказом Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области от 9 марта 2011 года №406 о мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, определены лечебные учреждения, на которые возложена функция травматологических центров (ТЦ). Их основная дифференцировка связана с объемом медицинской помощи и оснащением ТЦ. Травмоцентр 1-го уровня – это подразделение медицинской организации в структуре республиканской, краевой (областной) больницы, больнице скорой медицинской помощи, обеспечивающее организацию и оказание всего спектра медицинской помощи на госпитальном этапе. В его состав входят: противошоковая операционная; специализированное реанимационное отделение; травматологическое отделение; специализированные отделения. Травмоцентр 1-го уровня в регионе осуществляет организацию и оказание всего спектра медицинской помощи пострадавшим в ДТП, обеспечивает круглосуточную консультативную и лечебно-диагностическую помощь медицинским организациям, расположенным в зоне их ответственности. Травмоцентр 2-го уровня представляет собой подразделение медицинской организации в

структуре краевой (областной) больницы, больнице скорой медицинской помощи или другой многопрофильной больницы. Обеспечивает и оказание всего спектра или этапа медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, их осложнениями и последствиями. В его состав входят: операционное отделение для противошоковых мероприятий; отделение хирургической реанимации и интенсивной терапии; отделение лучевой диагностики; хирургическое отделение; отделение (кабинет) переливания крови; клинико-диагностическую лабораторию и специализированные отделения. Особыми условиями его организации являются: возможность привлечения в течение 1-2 часов травматолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга, специалистов больницы или специалистов санитарной авиации; возможность развертывания на базе межрайонных многопрофильных центров или ЦРБ. Травмоцентр 3-го уровня является подразделением медицинской организации в структуре центральной районной больницы, обеспечивающим организацию и оказание всего спектра или этапа медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим. Травмоцентры 3-го уровня формируются из расчета 1 центр на каждые 100-150 км федеральной трассы. В его состав входят: отделение анестезиологии и реанимации (палаты интенсивной терапии); хирургическое отделение с травматологическими койками. Особыми условиями его организации являются: возможность привлечения в течение 1-2 часов травматолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга или специалистов санитарной авиации; возможности развертывания на базе межрайонных многопрофильных центров или центральных районных больниц. Транспортировка осуществляется в близлежащие травмоцентры.

Вывод

Созданные травмоцентры способствуют совершенствованию уровня оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

Список литературы

1. Поройский С.В., Ярмолич В.А., Михно В.А. Анализ реализации программы этапной медицинской помощи пострадавшим в ДТП на трассе М6: материалы III Международной научно-практической конференции в рамках форума «Безопасность и связь». Часть II. – Казань.
2. Семенова К.С., Чиганаева Ю.П., Полякова Д.Ю., Булычева О.С. Проблема безопасности пассажирских перевозок на территории Российской Федерации // Успехи современного естествознания. – 2013. – №9. – С. 101.
3. Михно В.А., Поройский С.В. Система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Волгоградской области // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 92.

ЭКОТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Родионова А.Е., Князев В.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Одной из наиболее острых проблем современного города являются мобильные источники загрязнения воздуха, представляющие в национальном масштабе самую большую опасность для экологии, выбрасывая в окружающую среду большое количество токсичных веществ, которые могут вызвать раковые заболевания, пагубно влияя на живую природу и окружающую среду. В выхлопных газах содержится около 200 химических соединений. Парниковые газы, такие как CO₂, способны удерживать тепло в атмосфере земли, что способствует глобальному изменению климата.

Наибольшее влияние выхлопные газы оказывают на водителей и пассажиров автотранспорта, среди пешеходов, больше всех страдают дети, так как наибольшая концентрация происходит в приземном воздушном слое, на уровне дыхательных путей ребенка. Согласно исследованию ученых Гарвардского университета, выхлопные газы автомобилей снижают интеллект и ухудшают память у детей. Результаты интеллектуальных тестов оказались ниже у тех детей, которые дышат загрязненным от автомобильных выхлопов воздухом. Исследование показывает, что из-за воздуха, загрязненного выхлопными газами, коэффициент интеллекта IQ в среднем падает на 3,4 пункта. Дышащие загрязненным воздухом дети также хуже прошли тесты по словарному запасу, памяти и эрудиции. Так же увеличение врожденных хронических заболеваний у детей, таких как астма, аллергия, бронхит, гайморит и др. врачи связывают с всё более ухудшающимися экологическими условиями и загрязненностью воздуха в городах. Безусловно, для решения этой проблемы необходимы сложные правовые инструменты. В то же время такие меры, как минимизация количества поездок на автомобиле, использование велосипеда или пешеходные прогулки для передвижения на небольшие расстояния, вполне реальны при условии формирования определенной «социальной моды» на них.

Список литературы

1. Меркешкина Р.С., Доника А.Д. Экоотоксиканты в проблемном поле токсикологии // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 91.
2. Ревина Е.А., Доника А.Д. Проблемы мотивации безопасного поведения молодежной популяции // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 100.
3. Сидельникова А.В., Князев В.С. Бытовые отравления угарным газом на основе данных по Волгоградской области // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 101.

ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Смирнова А.П., Князев В.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Экстремальные факторы профессиональной деятельности представляют интерес исследователей в междисциплинарном поле медицины катастроф, экологии, токсикологии. В этом отношении сохраняют свою актуальность экологические проблемы, связанные с добычей ископаемых, имеющей для России стратегическое значение. Любой способ добычи полезных ископаемых значительно влияет на природную среду: происходит значительная выемка пород и их перемещение, первичный рельеф заменяется техногенным; возникают усиливаются процессы эрозии почв, оврагообразования; происходит загрязнение почв тяжелыми металлами при транспортировке, ветровом и водном разное, почвы также загрязняются нефтепродуктами, строительным и промышленным мусором.

Кроме того, наблюдается фибриногенное воздействие угольной пыли, (SiO₂), что ведет к развитию специфического профессионального заболевания легких – антракосиликоза. Помимо фибриногенного действия, пыль от пород и угля действует раздражающе на верхние дыхательные пути, глаза, кожу. Одновременно с повышением в шахтном воздухе углекислоты уменьшается содержание кислорода. При наличии в воздухе 4–5% углекислоты наступает ряд патологических явлений, связанных с кислородным голоданием, а также с непосредственным действием угле-