***«Приоритетные направления развития науки, технологий и техники», Италия (Рим), 9–16 апреля 2016 г.***

***Медицинские науки***

## СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

[1,2]Базанов С.В., [1,2]Потапенко Л.В., [3]Шарабанова И.Ю.

*[1]Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области, Иваново, e-mail: tcmkio@rambler.ru;*
*[2]Ивановская государственная медицинская академия, Иваново;*
*[3]Ивановская пожарно-спасательная академия ГПС МЧС России, Иваново*

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) продолжают оставаться одной из основных причин предотвратимых смертей населения [1]. Социально-экономический ущерб от гибели пострадавших в ДТП в Ивановской области за пять лет сопоставим с региональными затратами на развитие здравоохранения [2]. С целью снижения числа погибших и пострадавших в ДТП проведено ряд организационных мероприятий [3], в том числе, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи [4]. Своевременно и правильно оказанная первая помощь (ПП) является высокоэффективным способом спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших в ДТП [5]. Несмотря на это, ПП оказывается крайне редко, что возможно связано с низкой готовностью населения к оказанию ПП [6]. В соответствии с Федеральным законодательством водители и иные лица вправе оказывать ПП при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков. Нами проведена оценка степени готовности населения к оказанию ПП пострадавшим в ДТП с помощью специально разработанной анкеты, включавшей 3 вопроса (1. Готовы ли Вы оказывать ПП пострадавшему в ДТП? 2. Имеете ли Вы соответствующую подготовку по ПП? 3. Имеете ли Вы навыки по оказанию ПП?). Ответы на вопросы оценивались от 1 до 5 баллов (определенно нет – 1, скорее всего, нет – 2, возможно, да – 3, скорее всего, да – 4, определенно, да – 5). Сумма баллов по отдельным вопросам определяла степень готовности граждан к оказанию ПП. При сумме баллов больше 13, имеется высокая степень готовности, от 10 до 12 баллов – готовность выше среднего, 9 баллов – средняя степень готовности, от 6 до 8 баллов – готовность ниже среднего, 4–5 баллов – слабая готовность и 3 балла – полное отсутствие готовности. В опросе приняло участие 250 человек в возрасте от 18 до 45 лет, из опроса были исключены медицинские работники, а также лица, обязанные оказывать ПП в силу Федерального закона или специального правила (спасатели, сотрудники специальных служб и др.). Высокая готовность к оказанию ПП пострадавшим в ДТП отмечена лишь у 2 (0,8%), готовность выше среднего у 9 (3,6%), средняя готовность у 17 (6,8%), готовность ниже среднего у 48 (19,2%), низкая готовность у 137 (54,8%), отсутствие готовности у 37 (14,8%) респондентов. Таким образом, у преобладающего числа респондентов (88,8%) имеется недопустимо низкая степень готовности к оказанию ПП пострадавшим в ДТП, что, прежде всего, связано с отсутствием соответствующей подготовки и навыков.

**Список литературы**

1. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Динамика основных показателей дорожно-транспортных происшествий с пострадавшими в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 12–5. – С. 643–644.

2. Базанов С.В. Социально-экономический ущерб от гибели пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 649.

3. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Участие территориального центра медицины катастроф Ивановской области в выполнении мероприятий подпрограммы «Повышение безопасности дорожного движения в Ивановской области на 2014–2017 годы» // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 11. – С.47.

4. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 696.

5. Практическое руководство по оказанию первой помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях // С.В. Базанов, И.Ю. Шарабанова, Л.В. Потапенко. – Иваново, ГКУЗ ИО «ТЦМК ИО», 2016. – 152 с.

6. Базанов С.В. Роль первой помощи в снижении смертности от дорожно-транспортных происшествий // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11–5. – С. 707.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА БАЗЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

[1,2]Базанов С.В., [1,2]Потапенко Л.В.

*[1]Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области, Иваново, e-mail: tcmkio@rambler.ru;*
*[2]Ивановская государственная медицинская академия, Иваново*

С июля 2012 года на базе оперативно-диспетчерского отдела ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской

области» (ТЦМК ИО) в круглосуточном режиме, в т.ч. в выходные и праздничные дни, организована работа телефона «горячей линии» (ТГЛ) Департамента здравоохранения Ивановской области (ДЗО). Информация о работе телефона «горячей линии» размещена на официальных сайтах ДЗО и учреждений здравоохранения Ивановской области. Деятельность работы регламентирована Распоряжением ДЗО от 16.07.2012 № 291 «О создании дежурно-диспетчерской службы и «горячей линии» Департамента здравоохранения Ивановской области на базе государственного казенного учреждения здравоохранения Ивановской области «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области». Звонки на ТЛГ принимаются в круглосуточном режиме оперативными дежурными, врачами-специалистами ТЦМК ИО, которые в нерабочее время являются ответственными дежурными по ДЗО. Дежурство организовано в соответствии с графиком сменности. В качестве оперативных дежурных работает 12 квалифицированных врачей-специалистов, имеющих стаж работы в учреждениях здравоохранения, в т.ч. на руководящих должностях, более 10 лет. Из 12 оперативных дежурных ТЦМК ИО 11 имеют высшую квалификационную категорию. Входящие звонки, поступающие на ТЛГ, записываются в специальный журнал «Обращения граждан на ТЛГ». Кроме того, в автоматическом режиме производится запись всех входящих звонков, поступивших на ТЛГ, на персональный компьютер при помощи специальной программы, что позволяет вести не только их учет, но и при необходимости прослушать поступившие сообщения за необходимый промежуток времени. Рабочее место оперативного дежурного обеспечено оргтехникой и средствами связи, нормативной и справочной документацией, в т.ч. в электронном виде, и базой данных всех учреждений здравоохранения Ивановской области, включающей в себя рабочие и мобильные телефоны руководителей, ответственных лиц и заведующих структурными подразделениями. В среднем в месяц на ТЛГ ДЗО поступает около 250 обращений граждан. Основное количество обращений около 66,5 % в рабочее время, остальные – в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни. Более половины обращений граждан носят информационно-справочный характер относительно организации работы лечебно-профилактических учреждений и качества оказания медицинской помощи населению Ивановской области. Периодически поступают устные жалобы на организацию работы учреждений амбулаторно-поликлинического звена, узких специалистов в поликлиниках, а также по поводу лекарственного обеспечения отдельных категорий населения (в основном – по лекарственному обеспечению больных сахарным диабетом и бесплатном лекарственном обеспечении детей до 3-х лет). Все обращения граждан, связанные с недостатками организации медицинской помощи, включая очереди в поликлиники, вопросы срочной или первоочередной госпитализации пациентов, были приняты к рассмотрению и решались в оперативном порядке в максимально короткое время. Во всех случаях поступивших жалоб гражданам были даны соответствующие разъяснения или рекомендации. Оставленных без внимания и нерешенных вопросов по обращениям граждан на «горячую линию» не было. Опыт организации ТЛГ на базе ТЦМК ИО может быть использован в других регионах.

## МОКСОНИДИН ПРИ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Ивашев М.Н.

*Ставропольский медицинский университет, Ставрополь, e-mail: ivashev@bk.ru*

Применение препаратов должно соответствовать терапии болезни с наименьшим количеством отрицательных побочных эффектов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

**Цель исследования.** Возможность использования моксонидина у беременных.

**Материал и методы исследования.** Анализ литературных данных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Механизм действия моксонидина связывают главным образом с его влиянием на центральные звенья регуляции артериального давления. Моксонидин является агонистом преимущественно имидазолиновых рецепторов.

Моксонидин отличается от других симпатолитических гипотензивных средств более низким сродством к α-2-адренорецепторам, что объясняет меньшую вероятность развития побочных отрицательных эффектов по сравнению с метилдопой. Метилдопа (допегит) рекомендован Европейской ассоциацией кардиологов для терапии гипертонии у беременных. Показано, что моксонидин способен улучшать ослабленные когнитивные функции у пациентов. Моксонидин повышает индекс чувствительности к инсулину. Абсолютная биодоступность составляет в среднем 90 %. Время достижения Cmax – около 1 часа. Прием пищи не оказывает влияние на фармакокинетику моксонидина. Связывание с белками плазмы крови составляет около 8 %. Основной метаболит моксонидина – дегидрированный моксонидин и производные гуанидина. Фармакодинамическая активность дегидрированного моксонидина – около 10 % по сравнению с моксонидином. T1/2 моксонидина и метаболита составляет 2,5 и 5 часа соответственно. В течение 24 часов более 90 % моксонидина выводится почками, около 78 % в неизмененном виде. По сравнению со здоровыми добровольцами у пациентов с артериальной гипертензией