

4. Отмечена эффективность разработанной методики с целью обучения сотрудников предприятия энергообеспечения выявлению и предупреждению рисков, препятствующих здоровому образу жизни, с учетом индивидуальных особенностей образа жизни.

Список литературы:

1. Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года : приказ М-а здравоохранения Респ. Беларусь, 31 апр. 2011 г., № 335 // Национальный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Минск, 2011. – Режим доступа : <http://www.pravo.by>. – Дата доступа : 29.05.2014.

2. Рындова, О.Н. Стресс и работоспособность/ О.Н. Рындова, Д.С. Демко // Здоровье для всех: материалы IV Международной научно-практической конференции УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 26-27 апреля 2012 г. / Национальный банк Республики Беларусь [и др.]. – Пинск: ПолесГУ, 2012. – С. 171-173.

РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В СТРАНАХ ЗАПАДА В ГОДЫ ВОЙНЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Лавцель В.С., 5 к., 32 гр., ЛФ; Якимчук П.П., 5 к., 7 гр., ЛФ

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Губарь В.В.

Цель исследования: проанализировать пути развития и становления реаниматологии как науки и медицинской дисциплины.

Методы исследования: метод сплошной выборки. Накануне второй мировой войны основными методами общей анестезии по-прежнему считались хлороформная и эфирная. Поскольку войны могли вестись не только в северных, но и южных широтах, воспламеняемость и высокая летучесть эфира побудили англичан изыскивать конструкции наркозных аппаратов, которые бы дали возможность достичь надежной стабилизации испарения и, таким образом, позволили бы применить этот анестетик в любых условиях. Он рассматривался как наиболее перспективный для военного времени еще и потому, что с методикой и клиникой эфирного наркоза были очень хорошо знакомы все анестезиологи, многие хирурги и медицинские сестры, а производство его было достаточно простым и недорогим.

Несмотря на то, что наркоз закисью азота в смеси с кислородом хорошо зарекомендовал себя еще в годы первой мировой войны, его широкому применению в полевых условиях продолжала препятствовать необходимость наркозных аппаратов, баллонов и некоторых других принадлежностей. Учитывалось также, что наркоз закисью азота требовал квалифицированного анестезиолога. Другой газовый анестетик – циклопропан, ставший к тому времени весьма популярным, также считали мало приемлемым средством для использования в военно-полевой хирургии из-за его воспламеняемости и высокой стоимости, хотя он почти всеми признавался лучшим при операциях у раненых в состоянии травматического шока. Считалось, что циклопропаном предпочтительнее работать в больших тыловых госпиталях, где условия оказывались близкими к условиям мирного времени.

Местную анестезию предусматривалось использовать на самых передовых этапах, обеспечивающих хирургическую помощь, и на кораблях, а также при операциях в условиях шока и при ранениях головы. Показания к ее применению были довольно ограничены по ряду причин: 1) отсутствию у большинства хирургов достаточного опыта; 2) необходимости значительного времени для хирургической обработки множественных ран; 3) ограничению операционного поля, сохранению активных движений раненого, развитию (хотя и редкому) некрозов кожи, возможности больших повреждений в глубоких тканях при наличии небольшой наружной раны и неизбежных болезненных ощущений во время проведения местной анестезии. Кроме того, подавляющее большинство зарубежных хирургов предпочитали проводить хирургическую обработку при выключенном сознании оперируемого.

Весьма заманчивым представлялось применение в военно-полевых условиях внутривенного барбитурового наркоза. Помимо эвипан-натрия (гексенала), зарубежные специалисты располагали пентоталом. Особенно рекомендовали применять барбитураты для индукции наркоза при непродолжительных операциях и хирургических процедурах у пораженных отравляющими веществами, обработке обожженных, для индукции и базис-наркоза при хирургической обработке ранений груди, лица и у раненых в состоянии психоза.

Столь серьезный подход в Англии и США к вопросам обезболивания в военно-полевых условиях можно объяснить наличием высококвалифицированных специалистов и анестезиологических центров, поступивших в предвоенные годы к изучению наиболее актуальных проблем обезболивания и к широкой подготовке анестезиологических кадров.

В американской армии в предвоенные годы также предпринимались определенные меры с целью создания самостоятельного анестезиологического звена в хирургических госпиталях, на которое предполагалось возложить решение следующих задач: 1) обеспечение поступления

раненого на операционный стол в оптимальном состоянии (т.е. проведение предоперационной подготовки); 2) обеспечение переливания крови и жидкости раненым, находящимся в состоянии шока и дегидратации; 3) осуществление премедикации; 4) обеспечение анестезии.

В отличие от англичан, которые проведение анестезии считали делом врачей-специалистов не только в мирное, но и в военное время, американцы к решению тех же задач широко привлекали анестезиологических сестер. Последние были достаточно хорошо подготовлены, так как призывались в армию только после специализации и какого-то периода практической работы. В их задачу входило проведение ингаляционной анестезии. Местную, спинальную и регионарную анестезию призваны были обеспечивать хирурги. Врачи анестезиологи, находившиеся в штате почти всех крупных хирургических учреждений, занимались главным образом организацией анестезиологической работы. Сами они включались в проведение анестезии лишь при наиболее ответственных операциях или в связи с угрозой каких-либо осложнений.

В армиях других государств (Франция, Италия, Германия и др.) организационные вопросы, относящиеся к обезболиванию, не привлекали сколько-нибудь серьезного внимания. По-видимому, это было обусловлено тем, что анестезия входила в сферу деятельности хирургов, которые были заняты решением многих других сложных проблем. В этих странах переход к специализированной анестезиологической помощи начался лишь в первое послевоенное десятилетие.

ВОЗМОЖНЫЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЙН И ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы»

Логунова А.В., 2 к., 1 гр., факультет биологии и экологии

Военная кафедра

Научный руководитель – старший преподаватель Полуян И.А.

Почти все военные действия всегда сопровождаются изменениями и разрушениями природной среды, история войн - это история уничтожения природы и экологических катастроф. В зависимости от масштабов применения вооружений и их видов, они могут привести к экологической катастрофе. Военные действия, разрушающие природную среду, называют экоцидом или детериорацией. Сведений об отзывчивости экосистем на воздействие факторов детериорации в локальном и региональном масштабе на данный момент довольно мало. А потому возникают