

ность боли оценивалась по 7 характеристикам, которым соответствовали баллы от 0 до 6. Мы использовали следующую выраженность интенсивности боли в баллах: боли нет — 0 баллов; боль очень слабая — 1 балл; боль слабая — 2 балла; боль средней силы — 3 балла; боль сильная — 4 балла; боль очень сильная — 5 баллов; боль невыносимая — 6 баллов.

Сенсорное восприятие боли оценивалось по 46 характеристикам, которым соответствовали баллы от 0 до 6.

В исследовании участвовало 52 человека, которые были разделены на 2 группы по 26 человек. В 1-ю группу (ГР1) были включены пациенты, которым выполнялась наружная методика лечения гипертрофического ринита, а во 2-ю (ГР2) — пациенты, которым проводилась подслизистая лазерная фотокоагуляция нижней носовой раковины. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил — $32,9 \pm 9,4$ года, во 2-й — $31,5 \pm 12,8$ года. Достоверных различий по возрасту между группами не было.

Результаты исследования

Оценка различий интенсивности боли между пациентами ГР1 и ГР2 показала, что на первый день после операции в 1-й группе средняя интенсивность боли составила $1,67 \pm 0,88$ балла, что достоверно выше, чем у пациентов во 2-й группе — $0,42 \pm 0,85$ балла (p Стьюдента $< 0,05$). Как показали наши исследования, на третий день после операции средняя интенсивность боли достоверно не отличалась в группах (в ГР1 составила $0,083 \pm 0,28$ балла, а в ГР2 — $0,071 \pm 0,26$ балла, $p < 0,05$). Пациенты обеих групп на седьмой день после операции болевых ощущений не отмечали.

Средний коэффициент сенсорного восприятия боли на первый день после операции у мужчин из ГР2 — $2,067 \pm 2,05$ балла, что достоверно ниже, чем у пациентов из ГР1 — $5,069 \pm 2,45$ балла (p Стьюдента $< 0,05$). Женщинам из ГР2 болевые ощущения приносили меньший дискомфорт ($2,045 \pm 2,17$ балла), чем пациенткам из ГР1 ($3,87 \pm 0,47$ балла) (p Стьюдента $< 0,05$). Достоверных различий между сенсорным восприятием боли на третий день после операции у мужчин из 1 и 2-й групп не было ($1,939 \pm 1,97$ и $1,399 \pm 1,48$ балла соответственно, $p > 0,05$).

У женщин из обеих групп на третий и седьмой день после операции боль отсутствовала. На седьмой день после операции мужчины также не испытывали боли.

Достоверных различий между интенсивностью и сенсорным восприятием боли у мужчин и женщин на первый день после операции не было. На третий и седьмой день после операции у женщин боль отсутствовала, в то время как у мужчин на третий день еще имелись болевые ощущения.

Выводы

1. Пациенты обеих групп испытывали чувство боли в основном только в первые сутки после операции, причем ее выраженность у пациентов после подслизистой лазерной фотокоагуляции была меньшей.

2. Болевые ощущения в послеоперационном периоде были менее выражены у женщин, чем у мужчин в обеих группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашинская, Г. А. Способ оценки боли / Г. А. Адашинская, Е. Е. Мейзеров, А. А. Фадеев. — <http://www.freepatent.ru/>.
2. Бабияк, В. И. Клиническая оториноларингология: рук-во для врачей / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 800 с.
3. Морозова, О. В. Современные аспекты хирургического лечения хронического гипертрофического ринита / О. В. Морозова // Российская ринология. — 2005. — № 1. — С. 26–27.

УДК 616.89-008.441.13-099-036.88:614.86

СМЕРТЕЛЬНАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЕ

Титова Г. В., Нимер С. Н.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Нимер
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одна из основных причин дорожно-транспортных происшествий (ДТП) — управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Ежегодно в Беларуси 18 % ДТП происходят по вине нетрезвых водителей [1].

Вождение в нетрезвом виде является причиной 1/3 всех смертей на дорогах во всем мире.

В подавляющем большинстве европейских стран введена норма алкоголя в крови водителя, которая может составлять до 0,8 промилле. Лишь в 9 европейских государствах действует так называемый «сухой закон». Это Россия, Азербайджан, Армения, Грузия, Венгрия, Молдавия, Украина, Румыния, Словакия и Чехия. А вот в таких странах, как Франция, Испания, Италия, Греция, Германия, Финляндия, Турция и других, пьяным считается водитель, который имеет более 0,5 промилле в крови [3].

Принято считать, что при уровне алкоголя в крови менее 0,5 промилле в поведении человека не происходит никаких заметных изменений. Собственно, именно вокруг этой цифры и устанавливаются пределы возможного в правилах вождения большинства стран. Однако научные исследования показывают, что и незначительные количества алкоголя в крови могут влиять на действия человека за рулем:

— 0,2–0,5 промилле — плохо воспринимаются движущиеся источники света и объемы объектов. Снижается самоконтроль, повышается склонность к риску.

— 0,5–0,8 промилле — затруднено определение расстояния до движущегося объекта, зрение плохо приспособляется к изменению освещенности. Хуже воспринимается красный свет. Замедляется реакция, рассеивается внимание. Нарушено равновесие.

— 0,8–1,2 промилле — человек впадает в эйфорию, повышается его самооценка, снижается критичность. Уменьшается угол зрения, исчезает боковое зрение (возникает «тоннельный взгляд»). Падает также глубина зрения, что не позволяет правильно оценить расстояние до предметов.

— 1,2–2,0 промилле — невозможно сконцентрировать внимание, значительно нарушены реакция и равновесие. Зрение не приспособляется к изменению освещенности. Эйфория, мышечная расслабленность, реальная возможность заснуть за рулем [2].

Цель

Проанализировать структуру и динамику смертельной алкогольной интоксикации при транспортной травме и провести статистический анализ полученных данных.

Материалы и методы исследования

Изучено и проанализировано 352 случая смертельной алкогольной интоксикации при транспортной травме в городе Гомеле и гомельском районе за 10 лет (в период за 2004–2013 гг.).

Результаты исследования

В результате исследования было выяснено, что аварии по вине нетрезвых водителей больше всего происходят ночью, чем днем. 41 % автомобилистов, попавших в аварию в ночное время суток, находились в состоянии алкогольного опьянения, в сравнении с тем, что днем только 11 %. Мужчины в 2 раза чаще, чем женщины садятся за руль в нетрезвом состоянии и попадают в крупные дорожно-транспортные происшествия. Аварии по вине нетрезвых водителей происходят в 2 раза чаще в выходные дни, при этом концентрация алкоголя в крови водителей составляет 1,5–2,5 промилле, что соответствует средней степени опьянения (более 30 %).

Выводы

1. Среди погибших от транспортной травмы преобладают лица мужского пола,

причем в большинстве случаев алкоголь в крови был обнаружен у молодых людей в возрасте 21–25 лет.

2. Большинство дорожно-транспортных происшествий по вине водителей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения совершаются в ночное время суток, преимущественно, в выходные дни.

3. У более 30 % погибших была зафиксирована средняя степень опьянения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овсяников, В. А. Убрать опасность с дорог / В. А. Овсяников // Медицинский вестник. — 2007. — № 16. — С. 798.
2. Аникеев, Т. А. Выпить за рулем? Пожалуйста! / Т. А. Аникеев // Известия. — 2008. — № 97. — С. 17.
3. Петров, К. Л. Дорожно-транспортный травматизм / К. Л. Петров. — Минск, 2012. — 27 с.

УДК 611.136:616-073.756.8

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ РАЗМЕРОВ БРЮШНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ (ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММ)

Толкачёва Ю. В., Шеринев А. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Жданович*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

изучение индивидуальной анатомической изменчивости аорты и ее ветвей предполагает выявление диапазона колебаний, границ анатомической нормы и выявление наиболее часто встречаемых вариантов. Сравнение полученных данных по возрастам позволяет уточнить максимальные морфологические изменения в их положении и размере диаметра сосудов.

Результаты таких исследований могут быть востребованы при проведении диагностических мероприятий при заболеваниях аорты и ее ветвей. Особенно в условиях значительных изменений в показаниях и противопоказаниях к ангиографии с использованием рентген-контрастных веществ.

Цель

Прижизненное изучение топографии и размеров брюшной аорты, ее бифуркаций на общие подвздошные артерии и вариантов отхождения почечных артерий.

Материалы и методы исследования

В группу исследования вошли мужчины в возрасте 50–60 лет. Измерения проведены согласно требованиям руководств по ангиометрии на ангиограммах в стандартной поперечной анатомической плоскости. Измерения морфометрических показателей проводились при помощи пакета прикладных программ для визуализации томограмм eFilmLast.

Результаты исследования

По данным литературы диаметр брюшной аорты составляет 2 см. Почечные артерии отходят от брюшной аорты на уровне I–II поясничных позвонков. Брюшная аорта делится на общие подвздошные артерии на уровне IV–V поясничных позвонков.

Результаты измерений приведены в таблице 1 и 2.

Таблица 1 — Диаметр сосуда на разных уровнях брюшной части аорты ($M \pm \delta$)

Позвонки	СДС, см		СПС, см	
	длина	ширина	длина	ширина
12 гр п	$2,4 \pm 0,12$	$2,47 \pm 0,13$	$2,32 \pm 0,14$	$2,43 \pm 0,14$