

Таблица 1 — Показатели доверительного интервала

Простой 95 % ДИ	Сцепленный 95 % ДИ	Заднестабилизированный 95 % ДИ	Ротационный 95% ДИ
22 (27 %) (17,64; 37,76)	41 (50 %) (38,75; 61,25)	9 (11 %) (5,14; 19,82)	10 (12 %) (6,01; 21,29)

С вероятностью 0,95 можно утверждать, что среднее значение при выборке большего объема не выйдет за пределы найденного интервала.

Выводы

В рамках проведенной работы было определено, что наиболее часто используемым типом импланта при варусном гонартрозе коленного сустава 3 степени является сцепленный тип импланта. Следующим по частоте использования являлся простой несвязанный тип импланта. Наиболее редко использовались ротационные и заднестабилизированные импланты.

Современные типы эндопротезирования коленного сустава учитывают всю сложность биомеханического процесса движения в колене и обеспечивают возможность движений, которые близки к движению в нормальном коленном суставе. Устойчивость неизмененного коленного сустава обеспечивается формой суставных поверхностей и связками коленного сустава. В случае изменения анатомической структуры коленного сустава при варусном гонартрозе некоторые типы имплантов могут сохранить собственные связки пациента, в то время как другие типы замещают и их функции тоже [3].

Полученные результаты свидетельствуют о достаточном разнообразии используемых типов имплантов коленных суставов и необходимости четкого определения критериев их применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов: показания к операции / А. А. Вороков [и др.] // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2020. Т. 8, Вып. 3. С. 355–364. Режим доступа: <https://doi.org/10.17816/PTORS3416>. Дата доступа: 20.03.2022.
2. Дубровин, Г. М. Система комплексного лечения и реабилитации больных деформирующим остеоартрозом коленных суставов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.22 / Г. М. Дубровин. Курск, 2003. 40 с.
3. Загородний, Н. В. Эндопротезирование коленного сустава на современном этапе / Н. В. Загородний // Симпозиум с международным участием «Эндопротезирование крупных суставов», М.: ЦИТО, 2000. С. 33–34.
4. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030 / S. Kurtz [et al.] // J Bone Joint Surg Am. 2007. Vol. 89(4). P. 780–785. Режим доступа: <https://doi.org/10.2106/JBJS.F.00222>. Дата доступа: 18.03.2022.

УДК [616-099:547.566.3]-036.882-08

КЛИНИКА ИНТОКСИКАЦИИ МИРИСТИЦИНОМ В ХОДЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ МУСКАТНОГО ОРЕХА, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Мельник Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Коньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мускатный орех — это сердцевина костистой части плодов мускатного дерева. В малых дозах он крайне положительно воздействует на здоровье, оказывая сильное стимулирующее и тонизирующее воздействие на сердечно-сосудистую, нервную системы. Токсические эффекты мускатного ореха в основном связаны с миристицином в масле.

Миристицин обладает слабым действием ингибитора моноаминоксидазы и вместе с элемецином может метаболизироваться до амфетаминоподобного со-

единения с галлюциногенными эффектами, аналогичными диэтиламиду лизергиновой кислоты. Другие компоненты миристицина (линалоол, сафрол, изоэвгенол и эвгенол) структурно сходны с агонистами серотонина, которые могут объяснять сердечно-сосудистый ответ. Имеет серотонинергическую и ГАМК-ергическую активность, вызывая анксиогенный эффект.

Исследования в медицинской литературе сообщают о злоупотреблении им как психоактивным агентом, в первую очередь из-за его предполагаемых галлюциногенных эффектов. Попытки вызвать эйфорию были обычным делом в «культуре хиппи» 1960-х и 1970-х гг. О нем также сообщается по сегодняшний день от наркоманов, заключенных, подростков и студентов колледжей, где он рассматривается как доступная альтернатива этанолу и рекреационным наркотикам.

Цели и задачи

Провести анализ осведомленности токсических эффектов мускатного ореха населения г. Гомеля, г. Бреста данной в 2021 г., определить нарочно употребивших с целью получения психоактивных эффектов. Ретроспективно разобрать структуру клиники отравления и структуру лечения. Проанализировать возрастную-половую состав выявленных пациентов, выявить возможность смертельных случаев.

Материал и методы исследования

Было опрошено 199 добровольцев с целью определения осведомленности вопросом. Отобрана научная литература с целью ретроспективного анализа симптомов передозировки пациентов, поступивших в зарубежные клиники.

Результаты исследования и их обсуждение

Было опрошено 199 человек. Из них 94 (47 %) мужчин, и 105 (53 %) женщин.

Возрастная структура

До 18 лет — 43 чел. (22 %); 19–35 лет — 151 чел. (76 %); старше 35 лет — 4 чел. (2 %). Минимальный возраст — 16 лет. Максимальный возраст — 47 лет.

Преобладающее количество получает сейчас высшее образование — 86 %. Знакомы со специей — 83 %. О симптомах передозировки знакомы — 122 чел. (61 %) из 199 опрошенных (рисунок 1).

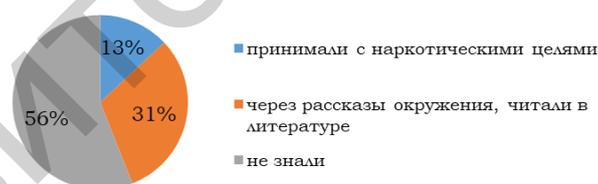


Рисунок 1 — Источник знания о клинике передозировки

Исходя из опроса 16 чел. (13 %) из 122 чел., знающих о мускатном орехе нарочно принимали с целью психоактивного эффекта.

Исследование данных Иллинойского токсикологического центра (IPC) относительно воздействия мускатного ореха с января 2001 г. по декабрь 2011 г. Сообщалось о 32 случаях употребления мускатного ореха в пищу. 15 (46,9 %) были преднамеренными. Из этих преднамеренных воздействий у пяти (33,3 %) было зарегистрировано комбинированное наркотическое опьянение. Все они были в возрасте от 15 до 20 лет. При преднамеренной полипрагмазии были отмечены смертельные случаи.

В исследовании Forrester, Mathias В. описываются звонки о приеме мускатного ореха в токсикологические центры Техаса с 1998 по 2004 гг. Было получено 17 звонков, связанных с употреблением мускатного ореха, из которых 64,7 % умышленно принимающих мускатный орех.

Ретроспективный обзор базы данных Калифорнийской системы контроля над отравлениями за 1997–2008 гг. S. D. Carstairs и F. L. Cantrell выявили 119 случаев воздействия мускатного ореха. 86 (72,3 %) отравлений были преднамеренными. Пациенты чаще были в возрасте от 13 до 20 лет, чем пациенты с непреднамеренным приемом специи. Преднамеренные отравления значительно чаще нуждались в медицинской помощи и интенсивной терапии. Пациенты, злоупотребляющие мускатным орехом, значительно чаще испытывали тахикардию и возбуждение, чем те, чье воздействие было непреднамеренным.

Другое исследование основывалось на опросах, составленных Марсельским центром по борьбе с отравлениями (CAP) в период с июня 2008 г. по июнь 2018 г. Прием внутрь мускатного ореха был в граммах. Отмечено 22 случая. 11 чел. (50 %) были разоблачены намеренно и 11 чел. (50 %) случайно. Большинство людей, подвергшихся преднамеренному отравлению, были мужчинами (72 %) и молодыми (72 % моложе 20 лет). Клинические эффекты были желудочно-кишечные у 56 %, нервно-психические расстройства у 54 % и тахикардия у 36 %. Случаев смерти и сочетанной лекарственной интоксикации не сообщалось.

Симптомы включают беспокойство, страх и чувство надвигающейся гибели. Могут возникать острые психотические эпизоды, отрыв от реальности, а также зрительные галлюцинации, принимающие форму искажений времени, цвета или пространства. Пациенты могут быть враждебными, агрессивными и возбужденными. Сообщалось о хронических психозах при длительном применении. Сердечно-сосудистые проявления включают тахикардию, сердцебиение, гипертензию и, в редких случаях, гипотензию и шок.

Дополнительные симптомы включают сухость во рту, покраснение лица, тошноту, неустойчивость, боль в эпигастрии, задержку мочи и нечеткость зрения. Четкой связи с миозом и мидриазом нет. Состояние зрачка может меняться или не затрагиваться. Попытки на кошках не дали локального мидриатического действия. Следовательно, зрачковые признаки не надежны при диагностике отравления мускатным орехом. Симптомы обычно появляются через три-восемь часов после приема внутрь и проходят в течение дня или двух.

Лечение поддерживающее, хотя пациенты были госпитализированы в отделения интенсивной терапии и должны включать кардиореспираторный мониторинг в течение не менее восьми часов после приема внутрь. Пациент нуждается в регулярном преодолении чувства тревоги, страха и надвигающегося бедствия. Транквилизаторы (бензодиазепины) можно использовать, чтобы успокоить пациента и уменьшить амфетаминоподобные эффекты. Энтеросорбенты могут помочь снизить системное всасывание; индукция рвоты спорна.

Выводы

Анализ возрастно-половой группы исследований показывает, что более подвержена группа 13–20 лет. Превалирует количество мужчин.

На 2021 г., из 199 человек опрошенных, 122 респондента знали о токсическом воздействии мускатного ореха. Нарочно употребивших было выявлено 16 чел. (13 %)

Частые симптомы беспокойство, страх и чувство надвигающейся гибели, тахикардия, сердцебиение, гипертензия, сухость во рту, покраснение лица, тошнота, неустойчивость, боль в эпигастрии, задержку мочи и нечеткость зрения. Менее частые: острые психотические эпизоды, отрыв от реальности, а также зрительные галлюцинации. В редких случаях, гипотензию и шок.

Лечение симптоматическое, в отделении интенсивной терапии обязательен кардиореспираторный мониторинг и, при необходимости, терапия в течение не менее 8 ч после приема. Приветствуется использование седативных средств. Протокол оказания помощи при пероральном приеме отравляющих веществ в фазу контаминации до 2 ч. В резорбтивную фазу более 2 ч возможно применение экстракорпоральных методов детоксикации.

Несмотря на редкость встречаемости отравлений мускатным орехом после добровольного употребления, определенные группы населения все еще будут в группе риска по эксперименту с недорогими альтернативами рекреационных наркотиков. Острые психотические симптомы, сопровождающиеся нейромодулирующими признаками центральной нервной системы, должны привлечь внимание врача на эту возможность. В литературе упоминаются смертельные случаи, они являются своевременным напоминанием о важности этого дифференциального диагноза, когда другие были исключены и когда пациент мог попасть в категорию воздействия. Поэтому знание проблемы может помочь свести к минимуму риск ошибочного диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лойт, А. О. Общая токсикология / А. О. Лойт. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. 224 с
2. Клиническая токсикология детей и подростков / И. В. Маркова [и др.]. СПб.: Интермедика, 1999.

УДК 616.718.4-001.5-005.6-06-036.2

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Нариманидзе М. Д., Савченко Я. В., Батт Т. А.

Научный руководитель: ассистент Г. В. Дивович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Переломы проксимального отдела бедренной кости чаще всего встречаются у людей пожилого возраста. Около 30 % этих пациентов умирают вследствие гипостатических осложнений, развивающихся из-за вынужденного обездвиживания [1]. Вследствие переломов проксимального отдела бедренной кости наиболее опасными и часто развивающимися являются тромбо-эмболические осложнения (ТЭО) на фоне имеющегося преморбидного статуса пациентов в виде нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также наличия варикозной болезни нижних конечностей (ВБН) и хронической венозной недостаточности (ХВН) [2]. В арсенале хирургической помощи пациентам имеется эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭТС) и современные методы остеосинтеза. Эти хирургические пособия позволяют улучшить качество жизни пациентов, но частота возникновения ТЭО при условии выполнения этих операций и при консервативном лечении остается неизменной и является значимой проблемой современной хирургии [3].

Цель

Изучить частоту развития ТЭО у пациентов разных возрастных групп с учетом способа лечения, оперативного вмешательства и сроков выполнения операции от момента травмы у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы исследования

На базе учреждения Гомельская областная клиническая больница (ГОКБ) был проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, проходивших лечение в травматолого-ортопедическом отделении больницы в период с 2017 по 2021 гг. Возраст пациентов ранжировался от 40 до 96 лет (средний возраст 67,4 года). Всем пациентам проводилась профилактическая антикоагулянтная терапия препаратами низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин, фрагмин, клексан) в до-