

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-

зировках соответственно массе тела. В качестве контроля эффективности терапии всем пациентам выполнялось УЗИ вен нижних конечностей и исследование коагулограммы в динамике.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы «Statistica» 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы: 40–59 лет — трудоспособный возраст, 60–74 — пожилой возраст, 75–90 лет — преклонный возраст, старше 90 лет — старческий возраст. Распределение возникновения ТЭО с учетом сопутствующих заболеваний представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка частоты возникновения ТЭО, в зависимости от сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Возраст пациентов и осложнения								
	40–59	ТЭО	60–74	ТЭО	75–90	ТЭО	90+	ТЭО	Смерть от ТЭЛА
ИБС*	7	1	10	1	7	5	6	6	0
ФП**	5	2	5	4	1	1	1	1	2
ХВН***; ВБН****	1	0	3	1	6	4	5	5	1
Итого:	13	3	18	6	14	10	12	12	3

Примечание. *ИБС — ишемическая болезнь сердца; **ФП — фибрилляция предсердий; ***ХВН — хроническая венозная недостаточность; ****ВБН — венозная болезнь вен нижних конечностей.

Из данных таблицы видно 1, что ТЭО чаще возникают у лиц преклонного и старческого возраста в 85 % (n = 22) случаев, вследствие более частого наличия хронических заболеваний, характерных для данных возрастных групп. От ТЭО умерло 3 человека.

Частота возникновения ТЭО при различных способах лечения отражена в таблице 2.

Таблица 2 — Оценка частоты возникновения ТЭО при различных способах лечения переломов проксимального отдела бедра у пациентов разных возрастных групп

Способ лечения	Возраст и осложнения							
	40–59	ТЭО	60–74	ТЭО	75–90	ТЭО	старше 90	ТЭО
ЭТС	16	0	13	1	9	3	8	4
Остеосинтез	5	1	7	2	4	4	3	3
Консервативное лечение	4	1	2	1	3	2	1	1
Итого:	25	2	22	4	16	10	12	8

По данным таблицы 2, несмотря на выбор метода лечения и проводимую профилактику ТЭЛА, тромбоэмболические осложнения возникли в 32 % (n = 24) случаев. Имеется значительное преобладание развития ТЭО у пациентов преклонного и старческого возраста, в сравнении с остальными группами — 10 и 8 человек из 24 соответственно.

При применении хирургического лечения (эндопротезирования и остеосинтеза) тромбоэмболические осложнения возникли у 14 пациентов преклонного и старческого возраста (таблица 3).

Таблица 3 — Частота развития тромбоэмболических осложнений в зависимости от сроков выполнения операции

Сроки выполнения операции	Кол-во пациентов	ТЭО
1-е сутки	9	2 (3 %)
3-е сутки	37	14 (37,8 %)
10-е сутки	19	7 (10,7 %)

Данные таблицы отображают, что риски возникновения ТЭО соответствуют срокам выполнения операции. У пациентов, которым выполнили операцию на 3-е сутки, шанс возникновения ТЭО в 2 раза больше, чем у тех, кому операция была выполнена в 1-е сутки после получения травмы.

Выводы

1. Частота возникновения ТЭО у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости составляет 32 % случаев независимо от способа лечения перелома проксимального отдела бедренной кости.

2. Чаще ТЭО развиваются у лиц преклонного и старческого возраста (78,6 %) что вероятно связано с тяжелым преморбидным фоном и изначальной гиподинамией пациентов.

3. Вероятность развития тромбозомболических осложнений увеличивается, пропорционально времени от момента получения травмы до выполнения операции. ТЭО чаще развиваются, если операционное пособие выполнено спустя 3–10 дней после получения травмы. Это связано с патофизиологическими процессами системы гемостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тромбозомболические осложнения при лечении проксимальных переломов бедренной кости / С. В. Власов [и др.] // Политравма. 2015. № 1. С. 23–28.
2. Особенности антеградного кровотока и венозные тромботические осложнения у больных с переломами костей голени и бедра / В. В. Писарев [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2016. № 2. С. 33–38.
3. Нарушения венозной гемодинамики и тромбозомболические осложнения при остеосинтезе переломов нижних конечностей / В. В. Лукьянов [и др.] // Политравма. 2015. № 2. С. 32–38.

УДК 616.928.8:578.833.2:616.61]-053.2

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ У РЕБЕНКА

Потайчук Ю. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — это природно-очаговое вирусное заболевание, клинически проявляющееся интоксикацией, лихорадкой, явлениями геморрагического диатеза, поражением почек воспалительного характера и нарушением их функций [1].

В последние десятилетия в республике Беларусь отмечается рост числа случаев ГЛПС. Максимальное количество заболевших людей было зарегистрировано в 2013 и 2014 гг. (151 и 84 человека соответственно). В 2018 г. показатель заболеваемости ГЛПС по республике составил 0,65 случаев на 100 тыс. населения с абсолютным количеством заболевших 62 человека (2017 г. — 65 человек). Заболеваемость ГЛПС в Беларуси представлена как спорадическими случаями, так и вспышками [2].

Сложная эпидемиологическая ситуация в РБ, отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ГЛПС, течение заболевания с многочисленными и разнообразными клиническими проявлениями и трудности своевременной диагностики заболевания приводят к более поздней госпитализации больных. Тяжесть клинического течения с развитием опасных осложнений, таких как синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), острая почечная недостаточность (ОПН) и инфекционно-токсический шок (ИТШ) с до-