

сегмента процент применения остеосинтеза колеблется от 20 до 46%. Установка металлофиксаторов производится под контролем рентгеноскопии. В качестве вариантов фиксации рассматриваются спицы, эластичные титановые стержни, реконструктивные пластины. На этапах лечения проводится рентгенография, ультразвуковые исследования для прогнозирования процесса консолидации.

Выводы: метод интрамедуллярного остеосинтеза для лечения переломов костей предплечья у детей можно считать универсальным; применение спиц возможно в возрасте от 3 до 17 лет, функционально стабильный остеосинтез применим в старшей возрастной группе от 10 до 17 лет. Выбор фиксатора в перекрестных возрастных группах остается за хирургом. На основании ультразвукового исследования возможно прогнозирование консолидации различных вариантов переломов, выявление групп риска и разработка лечебно-профилактических мероприятий в индивидуальном порядке. На данном этапе исследования нарушение формирования регенерата в группах исследования выявлено у 2 детей.

Организация гериатрической службы в г. Москва

Ткачева О.Н.,
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

В течение последних десятилетий в мире происходит глобальное старение населения. Демографическая ситуация в г. Москве, как и в Российской Федерации в целом, не является исключением. В период с 1998 по 2010 г. доля жителей г. Москвы старше 65 лет составляла около 14%. В 2015 г. численность населения г. Москвы старше трудоспособного возраста составила 3122 тыс. человек (25,6%). Доля жителей г. Москвы 80 лет и старше среди населения 60 лет и старше за последние 4 года выросла с 17,1 до 17,6%. В столице средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении выше, чем по стране в целом — в 2014 г. этот показатель составил 76,7 года (72,77 года для мужчин и 80,38 года для женщин). Увеличение в г. Москве числа лиц старших возрастных групп приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым. В г. Москве 5 городских поликлиник и 5 стационарных учреждений на 3707 коек, ориентированных преимущественно на оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. Обеспеченность населения г. Москвы геронтологическими койками более чем в 5 раз превышает аналогичный показатель по стране и составляет 3,41 на 10 тыс. соответствующего населения. В 2014 г. в шести медицинских учреждениях г. Москвы функционировали 1210 геронтологические койки. Из числа людей, проходящих диспансеризацию в г. Москве, доля лиц старше 60 лет составляет около 23%. Однако обеспеченность врачами-гериатрами, гериатрическими кабинетами и отделениями в поликлиниках и многопрофильных стационарах в г. Москве, как и по стране в целом, является недостаточной. Отсутствует система гериатрического патронажа, в которой нуждаются ограниченные в передвижении пациенты с синдромом старческой астении или так называемым синдромом хрупкости. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия», утвержденном в 2016 году, гериатрическая служба должна быть организована как единая система долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. Модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и организационно-методические и научные гериатрические центры. Важную роль для развития гериатрической службы играет создание единой системы профессиональной подготовки специалистов по гериатрии. Происходящие демографические сдвиги требуют укрепления гериатрической службы, развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений

первичной медико-санитарной помощи, а также развития надомных форм обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста, в частности, системы гериатрического патронажа.

Когнитивные функции у амбулаторных пожилых пациентов: реальное положение дел

Ткачева О.Н., Яхно Н.Н., Рунихина Н.К., Мхитарян Э.А., Савушкина И.Ю., Остапенко В.С.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно к увеличению числа пожилых лиц в популяции делает проблему когнитивных нарушений крайне актуальной для неврологов, психиатров, гериатров и врачей других специальностей. Учитывая высокую распространенность когнитивных расстройств (КР) среди пожилых неврологических пациентов, было решено исследовать их распространенность в общем амбулаторном звене.

Целью данного исследования являлось изучение распространенности и выраженности КР среди пожилых пациентов первичного поликлинического звена.

Материал и методы. В настоящее исследование вошли пациенты старше 65 лет, обратившиеся в поликлиники г. Москвы к любому специалисту. Все пациенты были проконсультированы гериатром и неврологом. Им проводилась комплексная гериатрическая оценка, а также детальное нейропсихологическое обследование. Проводился детальный опрос и анализ медицинской документации на предмет наличия патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем.

Результаты. Было обследовано 258 пациентов, из них 59 мужчин (23%) и 199 женщин (77%). Средний возраст больных составил 75,63±5,94 года. 57% имели высшее образование, 27% средне-специальное и 16% среднее. Артериальная гипертензия выявлялась у 84% пациентов, ишемическая болезнь сердца у 52,3%, инфаркт миокарда у 17%, инсульт в анамнезе у 11%, сахарный диабет у 23%. Наиболее часто КР были следствием цереброваскулярных заболеваний (66,7%) и чаще выявлялись в группе пациентов с недементными когнитивными расстройствами. Из 258 обследованных нами пациентов жалобы на нарушения памяти отсутствовали всего лишь у 49 (19%) пациентов. При этом всего лишь у 17 (35%) из них отсутствовали КР. При сравнении анамнестических данных на наличие соматической патологии, объективных показателей депрессии и когнитивных тестов пациентов с жалобами на нарушения памяти и без, было выявлено, что они не отличались достоверно по возрасту, образованию, наличию сердечно-сосудистых факторов риска. Показатель хрупкости и балл по гериатрической шкале депрессии был больше у пациентов с наличием жалоб. Все исследованные пациенты в зависимости от выраженности КР были распределены на 3 группы (отсутствие когнитивных расстройств — норма, недементные КР и деменция). КР отсутствовали всего лишь у 17% пациентов. Основную группу (75%) составили пациенты с недементными КР. Деменция была выявлена у 8%. Деменция в 95% была представлена сосудистой деменцией, болезнью Альцгеймера и их сочетанием. При сравнении группы пациентов с деменцией со всеми остальными группами выявлялись достоверные различия только в результатах нейропсихологического тестирования. По результатам указанного исследования мы получили данные об очень большой распространенности КР среди пожилых пациентов. Фактически, они отсутствовали только у 17% пациентов. Выводы. Основной причиной недементных КР в нашем исследовании являлись цереброваскулярные заболевания (80%). Соматические заболевания во всех представленных группах были представлены в одинаковой степени выраженности. Полученные данные представляются важными для анализа причин развития КР в нашей стране. В нашем исследовании мы получили более высокую распространенность недементных КР (76%) по сравнению с данными международных исследований и со специализированным приемом в кабинете памяти, где превалирует деменция. Вероятнее всего, пациенты с деменцией чаще обращаются к узким специалистам (неврологам, психиатрам,

гериатрам). Анализируя исследования распространенности когнитивных нарушений среди пожилых людей, необходимо также учитывать применяемые методики тестирования. Чем детальнее обследование, тем больше их представленность. При анализе методов выявления распространенности КР, по данным литературы, при применении только одной шкалы процент намного ниже (3–6%) по сравнению с более детальным исследованием, например, при добавлении Монреальской шкалы процент резко увеличивается от 6 до 32–44% соответственно. В нашем исследовании мы проводили детальное нейропсихологическое тестирование с применением множественных шкал. Вероятнее всего, в результате этого мы и получили более высокую распространённость когнитивных нарушений. Необходимы дальнейшие исследования распространенности и нозологической структуры КР в российской популяции с применением детального нейропсихологического обследования. Желательно проведение сплошных популяционных исследований.

Клинико-эпидемиологическая характеристика миелодиспластических синдромов у взрослых

Толстыг Т.Н., Семочкин С.В., Мисюрина Е.Н.
Городская клиническая больница № 52, Москва

Клинико-эпидемиологическая характеристика миелодиспластических синдромов у взрослых. Актуальность. Миелодиспластические синдромы (МДС) — гетерогенная группа патологии кроветворения, манифестирующая цитопениями. Данные по эпидемиологии МДС в России отсутствуют.

Цели и задачи — оценить заболеваемость, методологию диагностики и терапии МДС у взрослых в условиях городского здравоохранения Москвы за один год.

Материалы и методы / пациенты. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Диагноз МДС в 2010 г. впервые был установлен 201 пациенту, являвшемуся постоянным жителем Москвы. Для определения прогностических групп использовали систему IPSS 1997. Эффективность лечения оценивали по частоте и глубине ответа, показателю 4-летней ОВ. Ответ на терапию оценивали в соответствии с критериями IWG 2006. Анализ результатов лечения выполнен по состоянию на 01.09.2014 г.

Результаты и обсуждение. В 2010 г. диагноз МДС впервые был установлен в общей сложности 201 (муж. — 92, жен. — 109) пациенту с медианой возраста на момент верификации — 71,5 (разброс 23,9–93,7) года. Регистрируемая заболеваемость МДС в 2010 г. в муниципальных учреждениях г. Москвы составила 2,0 случая на 100 тыс. населения. Чаще МДС диагностировался у лиц старшей возрастной группы. Цитогенетический вариант МДС оценен у 38 (18,9%) пациентов. В качестве 1-й линии получали препараты эритропозтина 69 пациентов, малые дозы цитарабина — 20, гипометилирующие агенты — 12, леналидомид — 2, симптоматическую — 60 и паллиативную терапию — 38. При медиане наблюдения за выжившими пациентами 46 мес. 4-летняя общая выживаемость (ОВ) по всей группе составила 34,8±3,4%, медиана ОВ — 24,3 мес. В конечном счете заболеваемость МДС в Москве оказалась в 1,5–2,0 раза ниже аналогичных показателей Европы и США. Текущие стандарты обследования в рамках ОМС не предусматривают молекулярных и цитогенетических исследований, что является одним из факторов, ограничивающих диагностический потенциал.

Заключение. Регистрируемая заболеваемость МДС в учреждениях городского здравоохранения Москвы за 2010 г. составила 2,0 случая на 100 тыс. населения соответственно, что 1,5–2,0 раза ниже, чем в США и странах Евросоюза. Причинами низкой выявляемости МДС являются ограниченные возможности использования молекулярных и генетических исследований. Текущие стандарты диагностики и оказания медицинской помощи, финансируемые в рамках ОМС, не предусматривают их выполнения. Проведение стандартного кариологического исследования и FISH к наиболее частым хромосомным aberrациям, характерным для МДС, всем пациентам с необъяснимыми цитопениями позволит существенно повысить качество диагностики.

Лапароскопические операции на трансплантированной почке

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель. Улучшить результаты оперативного лечения больных с трансплантированной почкой.

Методы исследования. Оценены результаты 6 лапароскопических трансплантатэктомий, одной лапароскопической резекции трансплантированной почки по поводу почечно-клеточного рака T1aN0M0, одной лапароскопической операции формирования уретероуретероаномоза трансплантированной почки с ипсилатеральным собственным мочеточником по поводу протяженной стриктуры н/З мочеточника пересаженной почки.

Результаты. Средняя продолжительность лапароскопической трансплантатэктомии была 210 мин, интраоперационная кровопотеря в каждом случае не превышала 100 мл, осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено, пациенты не требовали анальгезии наркотическими препаратами, выписаны в среднем на 4 сутки после вмешательства. Продолжительность лапароскопической резекции трансплантата составила 115 мин, интраоперационная кровопотеря — 50 мл. Пациент экстубирован на операционном столе, активизирован через сутки, выписан из стационара на 7 день после операции в удовлетворительном состоянии. Длительность лапароскопического формирования уретероуретероаномоза трансплантированной почки с ипсилатеральным собственным мочеточником составила 240 мин, кровопотеря минимальная, ранний послеоперационный период протекал без особенностей, выписана пациентка на амбулаторное лечение на 6 сутки.

Выводы. Несмотря на то, что лапароскопические оперативные вмешательства на трансплантированной почке на сегодняшний день не нашли широкого применения ввиду технических сложностей из-за выраженного спаечно-рубцового процесса в зоне вмешательства, данный вид хирургического доступа вполне осуществим и обладает массой преимуществ в отношении реабилитации больного, особенно у иммунокомпрометированных пациентов, коими являются больные с пересаженной почкой.

Результаты хирургического лечения пациенток с пролапсом тазовых органов III–IV стадии (цистоцеле) в зависимости от типа сетчатого импланта

Трушкин Р.Н., Лубенников А.Е.
Городская клиническая больница №52, Москва

Цель. Сравнить результаты оперативного лечения больных с цистоцеле III и IV стадии (по классификации Baden—Walker) с использованием синтетического сетчатого импланта.

Методы исследования. За период с декабря 2014 года по январь 2016 года выполнена влагалищная экстраперитонеальная кольпопексия по поводу клинически значимого цистоцеле 6 пациенткам (I группа) с применением импланта американского производства и 6 пациенткам (II группа) с использованием отечественного медицдела. Оценены результаты операции через 6 месяцев. Комплекс обследования включал: влагалищное исследование, определение объема остаточной мочи, оценку субъективных симптомов и качества жизни по анкете SEAPI-QMM.

Результаты. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 45 мин. в обеих группах. Интраоперационных осложнений не отмечено ни в одном случае. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером в течение 24 часов, тампон из влагалища удален на 1 сутки. После удаления катетера мочеиспускание восстановилось у всех пациенток. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 4 суток. Цистоцеле коррегировано во всех случаях. У одной больной из I группы спустя 2 недели после операции отмечена эрозия слизистой передней стенки влагалища, консервативное лечение с эффектом. При осмотре через 6 мес. все пациентки были удовлетворены результатом операции, жалоб на наличие инородного