

качестве неотъемлемого этапа традиционной хирургии глаукомы уже более 100 лет. Основным показанием к проведению этой манипуляции всегда считали профилактику пролапса радужки во внутреннюю зону хирургически сформированного пути оттока (ХСПО). Однако при этом ПИ чревата разнообразными осложнениями и в первую очередь это воспалительная реакция, а также риск геморрагических осложнений, как интра-, так и послеоперационных. Несмотря на то, что переход к микрохирургии глаза продемонстрировал значимую минимизацию травматичности операций при глаукоме в нормализации офтальмотонуса, ПИ у большинства детских офтальмохирургов не собирается сдавать свои позиции. Целью нашей работы явилось изучение результатов АГО без выполнения ПИ у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 детей (51 глаз) с различными формами врожденной глаукомы. Возраст детей колебался от 3-х недель до 1,5 года. Внутриглазное давление (ВГД) находилось в пределах 25–32 мм рт.ст. Во всех случаях выполняли синустрабекулектомию или глубокую склерэктомию с профилактикой интраоперационного перепада ВГД. После выполнения основных этапов операции обнажили полосу трабекуло-десцеметовой мембраны (ТДМ), добиваясь фильтрации внутриглазной жидкости. Снижали ВГД, после чего иссекали глубокий склеральный лоскут, а поверхностный склеральный лоскут (ПСЛ) фиксировали за углы свободного края узловыми швами. Под ПСЛ помещали тонкий шпатель, которым разрушали ТДМ на всем протяжении. Во всех случаях непосредственно после операции и в течение 3-х первых послеоперационных дней обеспечивали медикаментозный миоз.

Результаты и их обсуждение. Операции протекали без осложнений. Оporожнение передней камеры, массивное истечение внутрикамерной влаги и выпадение в операционную рану радужки не зафиксированы. Ранний послеоперационный период характеризовался гладким течением: некоторое изменение передней камеры до 2-х мм с сопутствующей легкой гипотонией отмечено на 3-х глазах (6%). Зрачок сохранял круглую форму и центральное положение. Геморрагические проблемы и клинические признаки послеоперационного воспаления отсутствовали на всех глазах. При этом и кровоизлияния, и воспалительный ответ на АГО фильтрующего типа многие авторы связывают именно с проведением в ходе операции ПИ. Что касается реакции заднего отрезка, оцениваемой методом В-скан, отслойка сосудистой оболочки (ОСО) не зафиксирована ни у одного пациента. Нельзя обойти стороной факт, что наиболее распространенными послеоперационными осложнениями АГО фильтрующего типа являются именно отек и ОСО, выявляемые с помощью ультразвукового исследования с частотой до 100% (Месяниченко Н.Б., 1988). Негативное влияние послеоперационной патологии сосудистой оболочки, сохраняющейся в раннем послеоперационном периоде АГО, хорошо известно — это риск прекращения фильтрации по ХСПО и развитие гиперпластического процесса в зоне операции. У наших пациентов реакция сосудистой оболочки ограничилась небольшим отеком с максимальной толщиной комплекса сетчатка-сосудистая оболочка 1,35 мм, что на 0,4 мм превысило значение аналогичного параметра на интактном глазу. Измельчение передней камеры, как и отек сосудистой оболочки, купировались самостоятельно и не потребовали дополнительного лечения. При выписке (на 4–5 день после операции) ВГД, измеренное пальпаторно, соответствовало либо средней, либо низкой норме. Пневмотонометрия оказалась малодостоверной ввиду отсутствия необходимого контакта с детьми.

Заключение. На наш взгляд, неосложненное течение операции и раннего послеоперационного периода у наших пациентов носит многофакторный характер. Прежде всего это отсутствие выраженного перепада ВГД в ходе операции, что в свою очередь возможно лишь при отказе от ПИ, выполнение которой предполагает манипуляцию с самой реактивной структурой — радужкой в разгерметизированном глазу. Таким образом, отказ от иридэктомии позволил минимизировать интраоперационный перепад ВГД, и связанные с ним проблемы в виде реакции заднего отрезка — отека сосудистой

оболочки и ОСО. Кроме того, сохранение радужки в интактном состоянии снизило риск воспалительного ответа и вероятность геморрагических осложнений.

Лицензирование фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Орихивская Е.Н.
Департамент здравоохранения города Москвы, Москва

1. Информация о лицензировании фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории города Москвы.
2. Контроль за соблюдением лицензиатами лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений: плановые, внеплановые проверки; основные нарушения лицензионных требований, выявляемые при проведении контрольно-надзорных мероприятий.
3. Изменения в действующем законодательстве в сфере лицензирования и контроля за соблюдением лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Гериатрические проблемы амбулаторных пациентов: гендерно-возрастные особенности

Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Ткачева О.Н.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва

Введение: в настоящее время в России ощущается недостаток информации о распространенности гериатрических синдромов. Цель нашей работы — сравнить распространенность гериатрических синдромов у мужчин и женщин разных возрастных категорий.

Материалы и методы: в опросе приняли участие 1220 пациентов 65 лет и старше, которые обращались в поликлиники г. Москвы. Средний возраст пациентов составил 74,76±6,07 года, 75,5% — женщины. Опрос проводился по шкале, включающей 7 вопросов. Результаты: наибольшее число положительных ответов было получено на вопросы о снижении зрения или слуха, памяти и настроения (58,3, 58,2 и 46% соответственно). Наличие трудностей при ходьбе отметили 42%, недержание мочи — 28,3%, травмы, связанные с падением в течение последнего года, — 21,3%, снижение веса — 12,2% пациентов. Около 7% пациентов ответили отрицательно на все вопросы. Более половины пациентов (53,2%) ответили положительно на 3 и более вопроса. На вопрос о недержании мочи женщины по сравнению с мужчинами достоверно чаще ($P < 0,05$) давали положительные ответы как в возрастной группе 65–74 года (26,9 и 12,7% соответственно), так и в возрастной группе 75 лет и старше (36,3 и 20,4% соответственно). Наличие трудностей при ходьбе женщины также отмечали достоверно чаще как в возрастной группе 65–74 года (36,9 и 26,1% соответственно), так и в возрастной группе 75 лет и старше (51,5 и 40,1% соответственно). Распространенность травм, связанных с падениями в течение последнего года, среди женщин достоверно выше была в возрастной группе 75 лет и старше (19,3 и 26,1% соответственно). На снижение зрения или слуха, вызывающих ограничения в повседневной жизни, достоверно чаще предъявляли жалобы в возрастной группе 75 лет и старше как женщины (66,1% и 50,9%), так и мужчины (63,1 и 47,2%). На вопрос о наличии проблем с памятью, вниманием и другими когнитивными функциями, так же как и на вопрос о плохом настроении, женщины достоверно чаще давали положительные ответы только в возрастной группе 75 лет и старше. В ответах на

вопрос о снижении веса не было получено достоверных различий ни среди разных полов, ни среди разных возрастных категорий. Выводы: наиболее распространенными гериатрическими синдромами по данным опроса среди амбулаторных пациентов г. Москвы 65 лет и старше являются снижение зрения или слуха, когнитивные и аффективные нарушения. В целом распространенность гериатрических синдромов у женщин выше, чем у мужчин, и увеличивается с возрастом. Таким образом, женщины 65 лет и старше, представляют собой уязвимую группу населения, что требует проведения дополнительных профилактических и лечебных мероприятий среди данной категории пациентов.

Алгоритмы оказания медицинской помощи пострадавшим при отравлениях химической этиологии бригадами службы скорой медицинской помощи: трудности диагностики

Остапенко Ю.Н.
Научно-практический токсикологический центр ФМБА России,
Научно-исследовательский институт скорой помощи
им. Н.В.Склифосовского, Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Актуальность: лечение острых отравлений на этапе скорой медицинской помощи (СМП) является актуальным разделом работы выездных бригад СМП, имеет свои особенности, связанные с условиями оказания экстренной медицинской помощи вне медицинских организаций, от качества которой во многом зависит исход этих заболеваний.

Цель: провести анализ соответствия алгоритмов оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи города Москвы (алгоритмы) при острых отравлениях химической этиологии на этапе СМП с качеством диагностики и лечения этой патологии.

Материалы и методы: сравнительный анализ содержания алгоритмов с поводами обращений медицинских работников Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова города Москвы (станция) в информационно-консультативное токсикологическое отделение Научно-практического токсикологического центра ФМБА РФ (НПТЦ) и замечаниями врачей-токсикологов приемного отделения Центра отравлений НИИ им. Н.В. Склифосовского (центр) к выездным бригадам СМП. Алгоритмы построены в соответствии с классификатором отравлений по МКБ-10 (коды T36 — T65) с выделением наиболее значимых видов отравлений. Содержание включает основные действия при отравлении: промывание желудка с рекомендациями, касающимися особенности отравления (интубация трахеи в случае комы, введение обезболивающих препаратов и спазмолитиков при химическом ожоге пищевода и желудка); введение антидотов, коррекция нарушений дыхания и сердечно-сосудистой системы; симптоматическая терапия и некоторые диагностические исследования (ЭКГ-диагностика, ЭхоЭГ, глюкометрия, пульсоксиметрия), а также указания по медицинской эвакуации и динамическому медицинскому наблюдению пациента. В разделах диагностики и терапии имеются специальные указания, касающиеся особенностей клинической картины того или иного отравления (купирование судорог, кардиотоксического эффекта и др.) для общепрофильных и специализированных выездных бригад СМП.

Результаты: проанализировано 9032 обращения медицинских работников выездных бригад станции за период с 01.01.2015 г. по 30.06.2016 г., в том числе от врачей — 4380 (48,5%), фельдшеров — 4498 (49,8%). В 52,5% обращения касались дифференциальной диагностики отравления, в 29,0% — определения лечебной тактики, в 1,7% — информации о свойствах токсичного вещества, в 16,8% — прочие. В случаях отказов пациентов от медицинской эвакуации причиной обращения в НПТЦ (45%) было уточнение степени потенциальной опасности токсичного вещества с учетом характера и тяжести отравления, а также выбор профиля стационара в случаях медицинской эвакуации.

Также были проанализированы 169 замечаний врачей-токсикологов приемного отделения центра к лечебно-диагностической тактике бригад СМП при медицинской эвакуации 10 060 пострадавших пациентов в центр за период с 01.01.2015 г. по 30.06.2016 г. В 102 (1%) случаях замечания касались диагностики, определения тяжести отравления и связанной с этим ошибки при выборе профиля стационара при медицинской эвакуации. Замечания к качеству проведенного лечения составили 0,6% и 0,02% иные замечания. В 4 случаях (0,04%) промывание желудка было сделано с нарушениями методики проведения данной манипуляции, что привело к развитию у пациентов аспирационного синдрома.

Заключение: качество диагностики и лечения острых отравлений на этапе скорой медицинской помощи соответствует алгоритмам. В то же время основными причинами обращений бригад СМП за консультациями токсиколога были трудности в дифференциальной диагностике и определения тяжести отравления (52,5%), а в 29,0% — определение лечебной тактики. В связи с этим целесообразно продолжить перманентное обучение выездного медицинского персонала станции по вопросам оказания скорой медицинской помощи при острых химических отравлениях с использованием форм обучения, проводимых кафедрой клинической токсикологии Российской медицинской академии последипломного образования.

Результаты лечения пациентов с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом, в условиях регионального сосудистого центра

Островская Ю.И., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г., Саликов А.В.
Городская клиническая больница им. В.М. Буянова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: определить оптимальную тактику гипотензивной терапии у пациентов с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом.

Задачи: 1. Определить оптимальный уровень артериального давления (АД), обеспечивающий лучший прогноз. 2. Определить оптимальную скорость снижения АД. 3. Оценить отдаленную выживаемость выписанных больных спустя 1 и 3 года после выписки из стационара.

Материалы и методы: в исследование вошло 86 пациентов в возрасте 61 (52–72) лет, госпитализированных в региональный сосудистый центр с гипертоническим кризом, осложненным геморрагическим инсультом. Нами была произведена оценка выживаемости пациентов в зависимости от темпов снижения АД. Оказалось, что пациенты, которым к 20-й минуте удалось снизить систолическое АД (САД) < 162 мм рт.ст. (147 (145–149) мм рт.ст. n=49), имеют статистически значимо лучшую выживаемость, чем с САД выше 162 мм рт.ст. (187(179–198) мм рт.ст., n=37). Для определения целевого уровня АД пациенты были разделены на терцили по уровню САД на 20-й минуте. Оказалось, что достоверно лучшую выживаемость имеют пациенты с САД 136–147 мм рт.ст. Нами была определена оптимальная скорость снижения АД. Статистически значимо лучшую выживаемость имели пациенты с более быстрым снижением САД. При разделении на две группы в зависимости от объема гематомы в соответствии с медианой этого показателя (медиана объема гематомы составила 24 мл; 1-я группа с объемом гематомы 12,0 (8,0-19,0) мл, 2-я - 45,0 (38,0-60,0) мл) оказалось, что выживаемость больных с большим объемом гематомы была несколько хуже. Расхождение кривых выживаемости в зависимости от объема гематомы было явным, но с низкой статистической значимостью. При оценке отдаленной (1 год и 3 года) выживаемости выписанных больных оказалось, что пациенты, которым в начале лечения удавалось достичь более низкого уровня АД, выживали статистически значимо лучше. При этом уровень САД, достигнутый к 220-й минуте, не влиял на отдаленную выживаемость. Отдаленная выживаемость