ДОКТОР

irk.ru

КОЖЕ НУЖНА НЕЖНОСТЬ

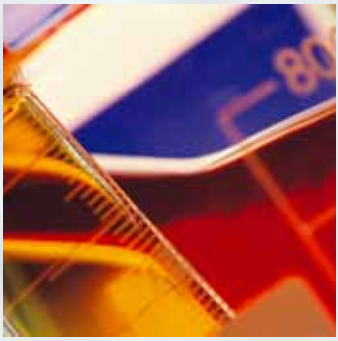
САМ СЕБЕ АСТРОЛОГ

МУЖСКОЙ ЦИСТИТ

НОВОСТИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ



ООО «Иркутский городской центр молекулярной диагностики»
Лицензия № 38-01-000260

г. Иркутск, ул. Свердлова, 36, тел. (3952) 24-30-02, 34-00-15

г. Иркутск, ул. Лермонтова, 267/2, тел. (3952) 484-384

г. Ангарск, 85-квартал, стр. 38, пом. 2, тел. (3955) 56-13-12

г. Братск, ул. Крупской, д. 21, тел. (3953) 42-70-11

ООО «Клиника Центра молекулярной диагностики»
Лицензия № 38-01-000415
г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, 29/1
тел. (3952) 480-198, 918-818

ООО «Центр молекулярной диагностики»
Лицензия № 38-01-000417
г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, 29/1
тел: (3952) 480-199

www.doctor.irk.ru

e-mail.info@igcmd.ru

В преддверии Нового года мы всегда немножко торопимся заглянуть вперед, в будущее. И листая гороскопы, пытаемся узнать, что год грядущий готовит Рыбам и Тиграм, Весам и Кроликам…

А мне каждый раз чуть-чуть жаль год уходящий. Ведь в нем было так много радостного и трудного, удивительного и незабываемого. 2011-й -особый год в истории Центра молекулярной диагностики. Мы открыли новый филиал для жителей Свердловского района Иркутска. Новое здание, современное оборудование, консультации ведущих специалистов центра – сразу сделали его очень популярным. А в Ангарском филиале наши пациенты теперь могут пройти ультразвуковое исследование внутренних органов, молочной и щитовидной желез, урологическое и гинекологическое. В Клинике, благодаря новейшему УЗИ-сканеру HITACHI с уникальной технологией соноэластографии, каждому человеку стала доступна диагностика опухолевых заболеваний на самой ранней стадии с подтвержденной клинической достоверностью 95%.

Мы заключили договор о сотрудничестве с самой лучшей, с самой «продвинутой» диагностической лабораторией страны ЦНИИ Эпидемиологии. А это значит, что иркутяне могут сдать любые, даже очень редкие анализы, не выезжая из города. Впрочем, и собственную лабораторию мы постоянно оснащаем современной техникой от мировых производителей. Новый ИФА-анализатор Architect plus (Германия) отличается не только высокой скоростью и точностью результатов. Он полностью исключает участие человека в процессе, и тем самым сводит к нулю ошибки, возникающие по причине, так называемого, «человеческого фактора». А еще в ноябре 2011 года наш компьютер в Клинике отметил стотысячного посетителя, а сто семей заключили договоры на педиатрическое обслуживание, полностью доверив здоровье своих детей нашим специалистам. И теперь таких детишек у нас почти четыреста.

Под бой курантов я обязательно поблагодарю уходящий год и загадаю мечту на следующий. Ведь мечты часто сбываются. Дорогие друзья! Поздравляю всех вас с Новым годом! И пусть Ваши мечты и Ваши желания обязательно сбудутся!

Прокофьева Тамара Дмитриевна, генеральный директор
Клиники Центра молекулярной диагностики

СОДЕРЖАНИЕ

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Первый визит к урологу 10

Мужской цистит: серьезная проблема сильного пола 12

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Маточные кровотечения у девочек 34

Заболевания шейки матки 36

НАШИМ ДЕТЯМ

Коже нужна нежность 50

Болезни пищеварительного тракта у подростков 56

Зачем нужна остеопатическая помощь? 62

ИНТЕРВЬЮ

Мне жить интересно 18

ПРИЁМ ВЕДЕТ

Грамотно получаем консультацию врача 6

Симптомы заболевания почек 14

Проктологические заболевания 39

После инфаркта 40

Зубная боль 44

Деформирующий остеоартроз 58

СОДЕРЖАНИЕ

ВО ИМЯ ДУШИ И ТЕЛА

Эффект Барнума или сам себе астролог 57

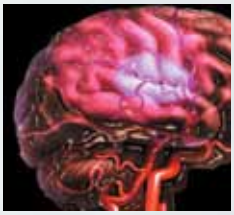
Иглорефлексотерапия 60

Криодеструкция 63

ВНИМАНИЕ, ПРИВИВКА

Защитите своего малыша от
пневмококковой инфекции 46

НОВОСТИ ДИАГНОСТИКИ



Онкомаркеры..... 20

Соноэластография..... 26

Ультразвуковая доплерография сосудов 28

Что такое «Гастропанель»? 31

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ

«Профи»7 лет дарит молодость и красоту 66

УСЛУГИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

«Доктор irk.ru», №15 /декабрь 2011 г.
Учредитель и издатель ООО «Клиника Центра молекулярной диагностики»
Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия по Иркутской области и Усть-Ордынскому Бурятскому автономному округу.
(Свидетельство ПИ № ФС13-0182 от 16.11.2007 г.)
Адрес редакции: 664035, г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, 29/1,
телефон/факс: (3952) 480–194, e-mail: info@igcmd.ru
Сайт: www.doctor.irk.ru
Периодичность: 1 раз в квартал
Отпечатано: ООО «Типография Принт Лайн», тел.: (3952) 29-29-05, ул. Баррикад, 53, оф. 307
Тираж: 3000 экз.

ГРАМОТНО ПОЛУЧАЕМ КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА

МИР ИЗМЕНИЛСЯ НЕОЖИДАННО. ВЫ ЗАБОЛЕЛИ. ЕЩЕ ВЧЕРА КРАСКИ БЫЛИ ЯРКИМИ, ЭМОЦИИ СИЛЬНЫМИ, ПЛАНЫ НА БУДУЩЕЕ ОГРОМНЫМИ. А СЕГОДНЯ… СЕГОДНЯ ВЫ ОБРАЩАЛИСЬ К ДОКТОРУ, И, ВЫЙДЯ ИЗ КАБИНЕТА ВРАЧА, НЕ МОЖЕТЕ ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ЧУВСТВА НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ.

ДОКТОР НЕ ДАЛ ВАМ ВЫСКАЗАТЬСЯ, ЕДВА СМОТРЕЛ НА ВАС, БЫЛ ПОГЛОЩЕН ИЗУЧЕНИЕМ И ЗАПОЛНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, НА ОБЪЯСНЕНИЯ СВОИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ И РЕКОМЕНДАЦИЙ БЫЛ СКУП. ОСТАЛИСЬ СОМНЕНИЯ, ЧТО ОН ВАС ПОНЯЛ, УСЛЫШАЛ, СУМЕЕТ ПРАВИЛЬНО ПОМОЧЬ. ОБИДНО. ТРЕВОЖНО. ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ СЕБЯ РАЗОЧАРОВАННЫМИ И ОДИНОКИМИ В СВОЕЙ БОЛЕЗНИ. А ВЕДЬ ВРАЧ ДОЛЖЕН, ОН ПРОСТО ОБЯЗАН!

Давайте остановимся и посмотрим на ситуацию с другой позиции – позиции взрослого человека и полноправного участника произошедших событий.

Общеизвестно, что последние годы авторитет профессии врача значительно снизился. Есть объективные причины и печальные примеры, которые широко освещаются. При этом статистика свидетельствует, что эффективность лечения в нашей стране на 36 % зависит от степени доверия к доктору, а назначения врача выполняют не более чем 56% пациентов.

Так на примере проведенных совместных исследований взаимоотношений пациент-доктор при анкетировании матерей младенцев, получающих лечение в стационаре Ивано-Матренинской больницы, было выявлено, что:

- 32% мам не знают имени и отчества лечащего врача своего ребенка даже после проведенной операции и 3-х суток совместного пребывания в стационаре (психология всегда расценивает это как проявление скрытой агрессии);

- 87% из них указывают на недостаток внимания со стороны доктора и абсолютно все уверены, что «хороший доктор должен быть хорошим человеком».

Не правда ли интересная статистика? Зачастую мы к доктору не проявляем внимания, отказываем в уважении, «выставляем оценки», не стремимся сформировать взаимоотношения сотрудничества, но уверены, что он нам должен... Вы верите в эффективность такого взаимодействия? Вы верите, что искреннюю помощь и доброе отношение можно «купить» или «достать» с помощью силы. Примерьте на себя и давайте обсудим.

Например, вспомним, что врач учился минимум 7 лет и 2 года специализировался, а может и значительно больше, если он имеет ученую степень или высокую квалификацию специалиста. Давайте вспомним, что доктор очень много работает и вынужден выработать у себя определенную психологическую защиту, наблюдая ежедневно чужую боль, страдания, обиды, агрессию. Комплекс таких психологических изменений называется профессиональной деформацией и без этого врач просто не может быть эффективным в своей работе. А ведь, в первую очередь, Вы ждете от него быстрых и грамотных решений, на которые не в состоянии повлиять ничьи эмоции.

Давайте вспомним, что изначально «конфликтных пациентов» по официальной статистике психиатрических служб в нашей стране около 30% и ежедневно каждый врач вынужден вступать в подобные контакты. Именно эта категория людей наиболее социально активна и токсична. Обратите внимание, как сдержаны и лаконичны проявления благодарности в адрес врачей на этом фоне.

Наше государство уверено, что доктор должен оказывать ежедневную помощь 20-30 пациентам, не может отказать никому и имеет единственное закрепленное законом право: «постоянно повышать свою квалификацию и использовать помощь коллег для более полной диагностики и выбора тактики лечения». Количество документов отчетности врача растет в геометрической прогрессии и определяется скорее интересами контролирующих организаций, нежели интересами пациента.

Исключения из правил всегда есть, но давайте вспомним, что доктор просто человек, психологические особенности которого определяют его личную потребность помогать людям. За всю историю существования человечества этот путь никогда не был усыпан розами… Это значит, что и у него бывают «белые» и «черные дни», обиды и радости.

Итак. Будем надеяться на «авось» или внесем свой вклад в формирование отношений сотрудничества, которые приведут нас к желаемому результату? Если Вы настроены влиять на все, что происходит в Вашей жизни, особенно в сложных ситуациях, **давайте учиться получать врачебную помощь и для этого сделаем то простое, что всегда гениально**.

- Заранее хорошо продумайте свои жалобы на момент обращения к врачу и, если надо, запишите. Это должны быть не чьи-то заключения, ранее выставленные диагнозы, а Ваши личные субъективные ощущения недуга, изложенные коротко и максимально точно. Запи-

шите свои вопросы. Возьмите на прием все результаты предыдущих обследований.

- Оформляясь на консультацию узнайте имя и отчество врача, по возможности получите в лечебном учреждении информацию об его опыте и сильных сторонах в профессии. Трудно представить, что Вы пойдете покупать продукты в магазин бытовой химии и станете активно проявлять недовольство достигнутыми результатами. Именно Вы осуществляете выбор врача и доверяете ему самое главное.

- Постарайтесь не опаздывать на прием и запастись терпением. Доктор не всегда может точно соблюдать расписание. Возможно, перед Вами к нему обращался очень больной человек.

- Границы личности врача строго ограничены: он не дает личной информации и всегда одет в белый халат. Вы же вынуждены быть максимально откровенны и отвечать на «неудобные вопросы». Для взрослого человека это всегда психологически некомфортно, даже если доктор исключительно тактичен.

- Согласитесь заранее с тем, что Вас будут перебивать, контролировать разговор, находиться в «родительской позиции». Неуверенный в себе, неспособный на быстрые четкие самосто-

В нашей стране стандарты диагностики и лечения многих заболеваний часто меняются. Одну и ту же проблему можно обозначить разными терминами. Сравнивать тактику лечения разных специалистов нет смысла: к одной цели каждый пойдет своим путем, с учетом набранного опыта и знаний. Разночтения вселяют панику в пациента.

ятельные решения человек обычно не может быть врачом. Если Вы по природе лидер, Вам захочется «большего уважения к себе». Помните, что Вы обращаетесь за помощью, умейте отличить цели от амбиций.

- Не забывайте, что состояние боли и болезни в любом человеке снижает самоконтроль, формирует позицию исключительности «я же болею». При этом всегда повышается чувствительность, требовательность, обидчивость, в том числе в отношении не близких Вам людей. Самая простая для многих психологическая реакция защиты в этом случае – агрессия, которая может быть явной и скрытой. Эти законы распространяются на людей любого уровня образования и толерантности, в том числе и на медицинских работников, когда они болеют.

- Агрессивная реакция защиты наиболее часто свойственна родителям. При этом она обратно пропорциональна возрасту ребенка. Родительский инстинкт на уровне подсознания «зачисляет» в разряд врага каждого, кто сказал о ребенке «плохо». Если не разделять родительские амбиции и интересы ребенка, можно на многое закрыть глаза в детской практике. Малыши растут и быстро меняются. Но пропущенные «мелочи» сегодня могут стать источником больших сожалений в будущем. Стоит позволять педиатрам быть с Вами откровенными. Фразы типа: «Ой! Какой хорошенький!» беспроигрышны в отношении родительского самолюбия, но мало помогут Вашему малышу.

- Читая аннотации к препаратам, помните, что они написаны в момент первого запуска производства и вряд ли изменятся даже через 50 лет. Это дорого во всем мире. И чем больше побочных эффектов перечислено, тем меньше вероятность фармакологической компании участвовать в судебных процессах. Доктор, а не провизор в аптеке, знает Вашу историю, необходимость применения именно этого лекарства, особенности его работы за годы применения и отвечает за назначение.

- Оглянитесь вокруг. Рядом очень много доброжелательных и позитивных людей, в том числе среди Ваших знакомых. Наверняка Вы замечали, что конфликтных ситуаций в их жизни гораздо меньше, выздоравливают они легко и на их жизненном пути всегда встречаются «хорошие» врачи и «нужные» люди. Задумайтесь об этом. Успех случайным не бывает.

Выберите одного врача, доверяйте ему и с этого доктора Вы сможете «спросить» результаты. Не заставляйте врача отвечать на вопрос: «Почему тогда мне там сказали?». В этом нет смысла. И никогда не лгите, если не выполняли назначений. Это может привести к трагическим последствиям.

- В европейских странах и США каждый взрослый человек знает, что его здоровье – это его ответственность и результат его действий. Конфликта быть не может: цель одна – вылечить и вылечиться. Может быть конфликт позиций, демонстраций. Хороший доктор для всех имеет право быть «плохим» человеком для Вас. Это уже вне плоскости медицины. Поэтому «там» врачи всегда называют вещи своими именами и предоставляют пациенту выбор. Это во многом определяет и результат.

Но даже в предлагаемых условиях можно зайти в кабинет врача с доброжелательным приветствием, обратиться по имени, выразить готовность к сотрудничеству, искренне поблагодарить за внимание и помощь. В принципе именно для этого доктор и трудится. Трудно себе представить, что даже самый уставший и обиженный врач не ответит вниманием на уважительное и искреннее обращение. В любом случае стоит попробовать и начать с себя. Улыбнитесь миру – мир улыбнется Вам в ответ и, конечно, все станет лучше.

Автор статьи Юрлова Ольга Владимировна,
кандидат медицинских наук, невролог, психолог

Первый визит к урологу

СПЕЦИАЛИСТЫ УВЕРЕНЫ, ЧТО ПРОБЛЕМЫ БОЛЬШИНСТВА МУЖЧИН, ОЖИДАЮЩИХ СВОЕЙ ОЧЕРЕДИ В КАБИНЕТ УРОЛОГА, НАЧИНАЮТСЯ В ДЕТСТВЕ. К СОЖАЛЕНИЮ, НЕМНОГИЕ РОДИТЕЛИ РЕГУЛЯРНО ПОКАЗЫВАЮТ СВОЕГО СЫНА УРОЛОГУ. В РЕЗУЛЬТАТЕ, НА ПЕРВОМ ЖЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ У МНОГИХ МАЛЬЧИКОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТЕ ИЛИ ИНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ.

Как подготовить ребенка к осмотру уролога? Это зависит от возраста мальчика. Малышам до 3 лет, например, никакой особой подготовки и не требуется. Тщательно мыть «предмет» урологического осмотра тоже в этом возрасте мальчику пока не обязательно. Если вы идете к доктору с подозрением на водянку, то лучше постарайтесь назначить встречу не сразу после сна: мальчик должен побыть в вертикальном положении, иначе осмотр будет не особо информативен.

Детям старше 3 лет, когда малыш уже понимает, что он идет к «особому» доктору, стоит доступно объяснить, на чем специализируется именно этот врач. Обязательно надо сказать сыну, что все мальчики и мужчины должны ходить к этому доктору хотя бы раз в год – и не потому, что у них что-то болит, а как раз для того, чтобы не болело.

Мальчику младшего школьного возраста можно уже объяснить подробнее, зачем ходят к

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

урологу, и чем конкретно он занимается, акцентируя внимание на том, что от здорового состояния половых органов мальчика зависит, сможет ли он потом сам стать отцом.

Ваш сын уже подросток? Если вы ходили до этого к детскому урологу каждый год, то родителям не придется уговаривать мальчика сходить к доктору, это само собой разумеется. Если же сын должен посетить врача первый раз в жизни, то тут от родителей зачастую требуется немалая подготовительная работа.

Подростки часто предпочитают молчать о своих интимных проблемах и терпеть до последнего. В этом возрасте мальчики уже знают, насколько важно репродуктивное здоровье, но любое подозрение родителей, что у них «там что-то не так», может вызвать шквал негативных эмоций. Поэтому, предлагая сыну посетить врача, родители обязаны убедить его, что они не сомневаются, что все в порядке, но лишняя уверенность не помешает.

Объясните сыну, что доктору следует откровенно рассказать обо всем, что его беспокоит, а если мальчик не хочет, чтобы вы при этом присутствовали, не надо настаивать. Пусть осмотр и беседа с урологом проходит один на один. И не забудьте перед визитом к врачу напомнить мальчику о необходимости принять душ и сменить белье.

Как обычно проходит первый визит? Врач составит анамнез пациента. При этом очень часто требуется помощь со стороны родителей, особенно мамы, поскольку она может в деталях рассказать о протекании беременности, родах, о развитии маленького сына и его болезнях. Затем мама должна оставить сына наедине с врачом.

Получив необходимую информацию, уролог переходит к вопросам о возможных болях в брюшной полости, повышении температуры, отсутствии аппетита, тошноте, рвоте, бледности, может спросить и о цвете мочи.

Потом уролог проведет пальпацию брюшной области, половых органов. В обследование входит также общий анализ мочи, УЗИ мочевыводящих путей, рентгенография.

Все составляющие первого визита к доктору-урологу дают возможность получить данные, на которых основываются постановка окончательного диагноза и назначение при необходимости адекватного лечения.

Автор статьи
Чемезов Александр Петрович,
врач уролог-андролог

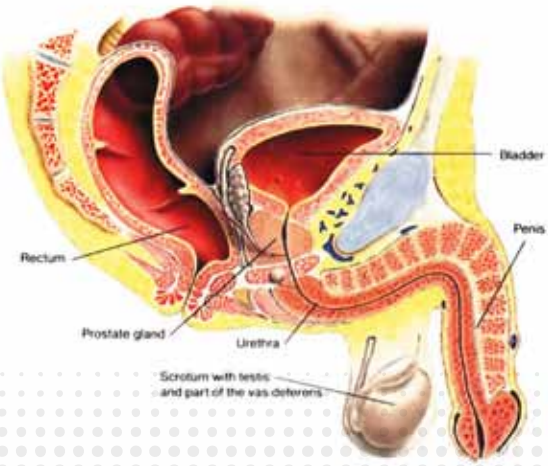
мужской цистит
серьезная проблема сильного пола

ХОТЯ ЦИСТИТ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ МЕНЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЧЕМ У ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ СЛАБОГО ПОЛА, НО ОТМАХИВАТЬСЯ ОТ ПРОБЛЕМЫ НЕ СТОИТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ЦИСТИТ У МУЖЧИН РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ-ЗА ИНФЕКЦИЙ ПРОСТАТЫ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

Запущенное заболевание может стать серьезной проблемой в организме. Поэтому, получив первый сигнал, стоит заглянуть к врачу. Задуматься о визите к доктору стоит, если:

- **вы отмечаете частые позывы к мочеиспусканию, они особенно беспокоят вас в ночное время**
- **в моче замечаете кровяные примеси**
- **отмечаете боли внизу живота**
- **при мочеиспускании имеются болезненные ощущения.**

Цистит у мужчин может быть вызван не только аденомой простаты или простатитом. Причины появления заболевания кроются в снижении иммунитета, переохлаждении, недолеченных половых инфекциях. Увеличение предстательной железы или опухоль вызывают болезненные ощущения, поэтому важно диагностировать болезнь, а также выявить причины ее развития и появления. Мужчины реже обращаются к врачу по ряду причин, но результат всегда один и тот же: запущенное заболевание, которое перешло из острой формы в хроническую. Острый цистит у мужчин становится причиной постоянных бессониц, тревог и сомнений, которые можно развеять, придя на прием к доктору.



Первичный острый цистит у мужчин нередко проявляется в здоровом организме. Уже через несколько часов после переохлаждения мужчина начинает замечать, что стал чаще ходить в туалет. В ночное время постоянное хождение может стать причиной стресса. Боль и дискомфорт примешиваются к остальным неудобствам. Многие пытаются самостоятельно вылечить цистит у мужчин с помощью тех лекарств, которые находят в домашней аптечке. Но даже если вам повезет, вы подберете препараты, то лишь на некоторое время избавитесь от внешних проявлений болезни, вскоре она даст о себе знать. Цистит у мужчин должен лечиться только после того, как будут установлены причины его появления. Если не ликвидировать соседние очаги воспаления, то лечение будет бесполезным и безрезультатным.

Лечение будет эффективным при условии, что осуществляется комплексный подход к обследованию больного. Ведь вторичный цистит у мужчин иногда бывает следствием уже перенесенного заболевания. При определенных условиях под действием конкретных факторов болезнь обостряется. Своевременное обследование и точная диагностика позволят выявить причины цистита у мужчин и быстро приступить к лечению.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

Банковские карты

Скидки. Привилегии. Комфорт.

Круглосуточный контакт-центр
8 800 555 20 20
звонок по России бесплатный
(3952) 28 18 17
www.psbank.ru

Промсвязьбанк

ОАО «Промсвязьбанк». Генеральная лицензия Банка России № 3251.

Владельцам золотых и платиновых карт предоставляется скидка 10% на услуги Центра молекулярной диагностики

СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Следует отметить, что ряд заболеваний почек в течение длительного времени может протекать без симптомов (пиелонефрит, гломерулонефрит, почечнокаменная болезнь).

Болевой симптом при заболеваниях почек обусловлен растяжением почечной капсулы или лоханки. Боли в пояснице могут быть острыми (приступы почечной колики) или постоянными, ноющими (хронический воспалительный процесс). Резкие, остро возникающие односторонние боли в пояснице наблюдаются при инфаркте почки. Они продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и постепенно стихают. Острый пиелонефрит сопровождается сильными постоянными болями, обусловленными растяжением почечной лоханки из-за затрудненного оттока мочи по мочеточнику вследствие его воспалительного отека. Чрезвычайно резкие приступообразные боли в пояснице или ниже по ходу мочеточника наблюдаются при почечной колике, причиной которой служит перегиб мочеточника (при подвижной почке) или его закупорка камнем. При почечной колике боли обычно односторонние, иррадиируют

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

СУЩЕСТВУЮТ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РЯДА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ. БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ЧАСТО ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, НАЛИЧИЕ ПРИМЕСЕЙ В МОЧЕ – КРОВЬ И ДР., ОТЕКИ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. БОЛЬНЫХ МОГУТ БЕСПОКОИТЬ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, ОДЫШКА, БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ТОШНОТА, РВОТА, ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА.

в соответствующее подреберье, а чаще – вниз, по ходу мочеточника, к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал и половые органы. После инъекции атропина, горячей ванны или грелки боли при почечной колике ослабевают. Если почечная колика обусловлена нарушением оттока мочи из подвижной почки, боли могут утихать при перемене положения тела больного.

При паранефрите облегчения болей можно достичь приемом анальгетиков и применением пузыря со льдом на область поясницы.

Тупые, ноющие боли в пояснице наблюдаются при остром и хроническом пиелонефрите, абсцессе околопочечпой клетчатки, «застойной почке» (при сердечной декомпенсации). Эти боли обусловлены растяжением почечной капсулы вследствие воспалительного процесса и застойным набуханием почечной ткани.

Следующим симптомом, характерным для заболеваний почек и мочевых путей, является нарушение мочеотделения, касающееся изменения количества выделяемой за сутки мочи, а также изменения суточного ритма мочевыведения. У больных может наблюдаться дизурия (расстройство мочеиспускания), полиурия (увеличение суточного количества мочи – более 2 литров), олигурия (уменьшение объема выделяемой за сутки мочи), анурия (полное прекращение выделения мочи почками), поллакиурия (учащенное мочеиспускание), никтурия (преобладание ночного диуреза над дневным), гипостенурия (низкая относительная плотность мочи), изурия (выделение мочи в течение суток приблизительно через равные интервалы времени одинаковыми порциями).

Стойкая полиурия в сочетании с гипостенурией является симптомом серьезных почечных заболеваний (хронический нефрит, хронический пиелонефрит и др.), свидетельствующим о развитии почечной недостаточности и снижении реабсорбции в почечных канальцах. Олигурия почечного происхождения наблюдается при остром гломерулонефрите, острой дистрофии почек в результате отравления нефротоксичными ядами и др. Анурия может наблюдаться при тяжелой форме острого гломерулонефрита, нефронекрозе (отравлении сулемой и др.) При этом в основе анурии лежит нарушение отделения мочи почками (секреторная анурия). Кроме того, анурия может быть вызвана препятствием (опухоль, камень, воспалительный отек) в мочеточнике или мочеиспускательном канале (экскреторная анурия). Экскреторная анурия часто сопровождается почечной коликой. От анурии следует отличать ишурию – невозможность опорожнить мочевой пузырь вследствие бессознательного состояния, повреждения спинного мозга и др.

У здорового человека в течение дня в среднем происходит 4-7 мочеиспусканий. При этом разовая порция мочи составляет 200-300 мл, а суточное количество выделяемой мочи колеблется от 1000 до 2000 мл. У здоровых людей при сухоядении, употребления очень соленой пищи, лихорадке, усиленном потоотделении частота мочеиспусканий и количество суточной мочи уменьшается. При обильном питье, охлаждении наблюдается учащенное мочеиспускание в течение дня, ночью потребность в мочеиспускании наблюдается не чаще одного раза. Дизурия, то есть учащенное, болезненное, затрудненное мочеиспускание малыми порциями характерно для воспаления мочевого пузыря и др.

Изурия является характерным симптомом хронической почечной недостаточности. Она обусловлена нарушением способности почек регулировать количество и концентрацию мочи в зависимости от действия факторов, влияющих на водный баланс организма (количество

принятой жидкости, температура окружающего воздуха и др.).

Важный симптом почечных заболеваний – отеки. Они наблюдаются при остром и хроническом гломерулонефрите, анурии, некротическом синдроме, амилоидозе почек; отеки не характерны для пиелонефрита. При отеках почечного происхождения наблюдается пастозность или отечность всего тела, особенно лица. Оно становится одутловатым, с набрякшими веками и суженной глазной щелью. Почечные отеки бледные, рыхлые, легко подвижные, могут развиться очень быстро, всего за несколько часов и прежде всего на лице.

Артериальная гипертония относится к числу наиболее часто встречающихся симптомов заболеваний почек, сопровождающихся нарушением почечного кровообращения. Почечная гипертония может наблюдаться при всех заболеваниях почек сосудистого воспалительного характера: остром и хроническом гломерулонефрите, сосудистом нефросклерозе, амилоидозе и гломерулосклерозе. Кроме того, почечная гипертония характерна для пиелонефрита, окклюзионных поражений главных почечных артерий, аномалий развития почек, туберкулеза и опухолей почек.

Хронические дистрофические поражения почек (амилоидный нефроз и др.) и очаговые нефриты не сопровождаются повышением артериального кровяного давления.

Почечная артериальная гипертония характеризуется повышением систолического (до 200 мл рт.ст.) и особенно диастолического давления (до 120 мл рт.ст.); отличается стабильностью, хотя может значительно снижаться под влиянием современных гипотензивных средств. Почечная гипертония сопровождается сужением артерий и расширением вен глазного дна. Иногда почечная гипертония приобретает злокачественное течение, при котором артериальное давление достигает крайне высоких цифр (особенно диастолическое давление, которое повышается до 140 мл рт.ст. и выше) и наблюдаются тяжелые изменения глазного дна (кровоизлияния и дистрофические изменения в сетчатке). Злокачественная гипертония особенно часто наблюдается при окклюзионных поражениях почек.

Если заболевание почек осложняется развитием почечной недостаточности, то в организме накапливаются продукты белкового распада, в результате чего появляются симптомы общего характера: слабость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, нарушение сна. У таких больных может наблюдаться потеря аппетита, тошнота, рвота, понос, сухость и непри-

ятный вкус во рту, ухудшение зрения, кожный зуд, запах изо рта.

Кроме того, имеются мочевые симптомы, характерные для поражения почек или мочевых путей. К ним относятся: протеинурия (появление белка в моче), гематурия (выделение с мочой эритроцитов), цилиндрурия (появление в осадке мочи цилиндров), холестеринурия (появление холестерина в осадке мочи), снижение суточного диуреза (менее 500 мл) и повышение (более 2000 мл), появление в мочевом осадке большого количества клеток переходного и почечного эпителия.

Моча здорового человека практически не содержит белка. При заболеваниях почек возникают сосудистые нарушения воспалительного характера. Характерным симптомом заболеваний почек и мочевых путей является гематурия. У больных может выявляться микрогематурия и макрогематурия, выявляемая макроскопически. Примесь эритроцитов в большом количестве придает моче вид «мясных помоев». Гематурия может иметь гломерулярное и негломерулярное происхождение. В дифференциальной диагностике происхождения гематурии помогает определить проба трех сосудов: больной выделяет мочу последовательно в три сосуда. При кровотечении из мочеиспускательного канала наибольшая гематурия наблюдается в первой порции; при кровотечении из мочевого пузыря – в последней порции мочи. При иных источниках гематурии эритроциты равномерно распределяются во всех трех порциях.

Для заболеваний почек и мочевых путей характерна лейкоцитурия. В моче здорового человека могут содержаться нейтрофильные лейкоциты. Лейкоцитурия свидетельствует о воспалительных процессах в почках или мочевыводящих путях (уретриты, простатиты, циститы, пиелонефриты).

Заболеваниям почек подвержены около 3,5 % жителей России. Чаще страдают женщины, что объясняется физиологическими особенностями строения их организма. Однако у мужчин заболевание почек чаще оказывается более запущенным и сложным в лечении. Поэтому стоит напомнить о необходимости своевременного обращения к врачу-урологу.

Автор статьи Луценко Виктор Анатольевич,
врач-уролог

МНЕ ЖИТЬ ИНТЕРЕСНО!

КОГДА МОЛОДЫЕ РОДИТЕЛИ НА ВРЕМЯ «СБАГРИЛИ» МАЛЕНЬКУЮ МАРИШКУ БАБУШКЕ, ОНИ ДАЖЕ НЕ ПРЕДПОЛАГАЛИ, ЧТО ТЕМ САМЫМ ОПРЕДЕЛИЛИ ДАЛЬНЕЙШУЮ СУДЬБУ СВОЕЙ ДОЧЕРИ.

Бабушка работала фельдшером в поселковой больнице. Причем, работала с утра до вечера. Так что Маришка практически жила в этой больнице. А когда у ребенка в детстве любимые игрушки – это шприцы, бинты, вымазанные зеленкой куклы-пациентки, то стоит ли удивляться, что после школы Марина отправилась «покорять» Иркутский мединститут. С первого раза ВУЗ оказался недоступным. Зато поступить в медучилище для Марины труда не составило, как и окончить его с красным дипломом. После чего настырная девушка опять отправилась поступать в мединститут и на сей раз успешно. К четвертому курсу лечебного факультета, обзаведясь мужем -стоматологом и дочкой, Марина Михайловна Голикова, ранее мечтавшая стать гинекологом, решила, что педиатрия куда как интереснее.

Молодая семья Голиковых уехала работать в Усть-Илимск. Участкового педиатра Марину Михайловну там помнят до сих пор. Просто осмотреть ребенка, поставить диагноз, выписать лекарство педиатру Голиковой было недостаточно. Она изучала методики восстановления иммунитета часто болеющих детей, делала им массажи, занималась закаливанием, но прежде испробовав все на собственных детях (к этому времени у Марины Михайловны было уже две дочери). А потом организовала отделение восстановительной медицины в детской поликлинике. И оно стало лучшим в области. Ребятишек обливали водой прямо на улице, ввели занятии лечебной физкультурой, грудничков учили плавать. Дети болели меньше, а неугомонной Голиковой все было мало.

Отдав свое сердце и душу восстановительной медицине, Марина Михайловна пошла учиться иглорефлексотерапии, гирудотерапии, криотерапии. Даже когда сидела в декретном отпуске, прошла специализацию по ЛФК. У нее две высших категории, пять сертификатов, она владеет множеством методик массажа. Работала на курорте, читала лекции студентам, обеспечивала медицинское сопровождение водолазных работ на Усть-Илимской ГЭС.

Сегодня Голикова Марина Михайловна, врач с богатейшим опытом, возглавляет Центр реабилитации Клиники. Центр по всем меркам отвечает самым современным требованиям – криосауна, инфракрасная сауна, кедровая бочка, галокамера, бассейны для детей, десятки видов массажей, гирудотерапия, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, стационар одного дня, сенсорная комната, ведут прием гомеопаты, остеопат, психотерапевт, психологи… Кажется, что еще нужно? А Марине Михайловне все мало.

– Нельзя стоять на месте, надо постоянно развиваться. Надо ездить, смотреть, перенимать опыт...

Она и ездит, и смотрит… Москва. Ганновер, Санкт-Петербург, Новосибирск. Красноярск. Все самое лучшее, самое интересное должно быть у нее в Центре. Она учится постоянно и обязательно обо всем, что узнает, расскажет коллегам, обучит персонал, организует научную конференцию, чтобы поделиться знаниями с врачами других больниц и клиник.

– Конечно, всего в жизни не узнаешь, но стремиться к этому надо. Когда мир крутится вокруг тебя, жить интересно!

ОНКОМАРКЕРЫ

ОНКОМАРКЕРЫ (ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ) – ЭТО АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОПУХОЛЬЮ АНТИГЕНЫ ИЛИ АНТИТЕЛА, ГОРМОНЫ, ФЕРМЕНТЫ, ПРОДУКТЫ ОБМЕНА – КРЕАТИН, ГИДРОКСИПРОЛИН, ПОЛИАМИНЫ, БЕЛКИ ПЛАЗМЫ – ФЕРРИТИН, ЦЕРУЛОПЛАЗМИН, БЕЛКОВЫЕ ПРОДУКТЫ РАСПАДА ОПУХОЛЕЙ.

Часть онкомаркеров секретируется в кровь, благодаря чему их концентрацию можно определить с помощью иммуноферментного анализа. В настоящее время измерение уровня опухолевых маркеров широко используется в диагностике, лечении и при наблюдении за состоянием онкологических больных.

Известно около 200 соединений, относящихся к опухолевым маркерам, при различных локализациях рака, однако диагностическую значимость имеют около двух десятков белков.

Основное применение онкомаркеров в клинической диагностике – мониторинг течения заболевания и эффективности проводимого лечения, радио-, химио – и гормонотерапии, хирургического лечения, назначение, при необходимости, иной схемы терапии, получение прогностической информации. Уровни опухолевых маркеров учитывают также при решении вопроса о прекращении или продолжении консервативной терапии больных.

Лабораторная диагностика опухолей основана на использовании чувствительных опухолеспецифических (ассоциированных с опухолью) онкомаркеров в целях диагностики и мониторинга течения заболевания. К таким онкомаркерам относится большая группа факторов, обнаруживаемых в злокачественных и ассоциированных со злокачественным ростом клетках. Они представляют собой макромолекулы, в основном белки с углеводным или липидным компонентом. От соединений, продуцируемых нормальными клетками, они отличаются или качественно (опухолеспецифичные) или количественно (ассоциированные с опухолью, но присутствующие также и в нормальных клетках). Они формируются внутри или на поверх-

ности опухолевых клеток, или же в результате индукции образуются в других клетках. Часть онкомаркеров секретируется в кровь, благодаря чему их концентрацию можно определить с помощью иммуноферментного анализа.

К сожалению, до сих пор не охарактеризован ни один опухолевый маркер, обладающий 100% специфичностью по отношению к какому-либо органу (исключением можно считать PSA), однако известные используемые опухолевые маркеры рассматривают как более специфические по отношению к той или иной локализации опухоли.

Иркутский центр молекулярной диагностики совместно с Центром молекулярной диагностики ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора проводит исследования на основные опухолевые маркеры.

- **Раковый эмбриональный антиген (РЭА)**
- **Раковый антиген 19–9(CA 19–9)**
- **Раковый антиген 72–4 (CA 72–4)**
- **Раковый антиген 15–3 (CA 15–3)**
- **Раковый антиген 125 (CA 125)**
- **Антиген плоскоклеточной карциномы (SCC)**
- **Нейрон-специфическая енолаза (НСЕ)**
- **Хорионический гонадотропин (ХГЧ)**
- **PSA**
- **β_2-Микроглобулин (В-2-м)**
- **UBC**

РАКОВЫЙ ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН (РЭА)

Раково-эмбриональный антиген (РЭА) – опухолевый маркер различных злокачественных новообразований (чаще рак толстого кишечника, желудка, молочной железы, легкого). РЭА является опухолевоэмбриональным антигеном, вырабатывается в тканях пищеварительного тракта эмбриона и плода и определяется в сыворотке крови плода. В сыворотке крови беременных женщин этот гликопротеин не выявлен. После рождения ребенка синтез его подавляется. Поэтому, в сыворотке здоровых взрослых людей он практически не обнаруживается, равно как и в других биологических жидкостях. В очень малых количествах РЭА обнаруживается только в некоторых тканях взрослого, таких как кишечная, печеночная, и в поджелудочной железе. При развитии опухолей концентрация РЭА в сыворотке крови повышается и достаточно точно отражает состояние злокачественного процесса, поэтому он считается одним из наиболее широко изученных человеческих антигенов, связанных с опухолями.

Показано, что измерение РЭА в сыворотке имеет существенное значение при определении прогноза и ведении пациентов со злокачественными заболеваниями, особенно при колоректальном раке.

Серийные измерения могут использоваться при мониторинге пациентов для оценки прогрессирования, регрессии или рецидива после лечения по поводу рака.

Стойкое повышение РЭА после медикаментозного или хирургического лечения свидетельствует о наличии резидуальной опухоли или рецидиве, а снижение концентраций до нормального диапазона говорит об успешном лечении. РЭА также повышается в сыворотке пациентов с незлокачественными заболеваниями и у тяжелых курильщиков, поэтому РЭА нельзя использовать для диагностики рака или скрининга бессимптомных пациентов.

РАКОВЫЙ АНТИГЕН 19-9 (CA 19-9)

Антиген CA 19-9 (муцин) является опухолевым маркером, синтезируемым в норме клетками поджелудочной железы, желчных протоков, эпителием желудка, ободочной кишки, эндометрия и слюнных желез.

Вместе с РЭА является маркером для диагностики карциномы желудка. Возможно применение для дифференциальной диагностики карциномы поджелудочной железы и панкреатита. Определяется также в некоторых РЭА-отрицательных случаях карциномы толстого кишечника. В крови здоровых людей или при доброкачественных заболеваниях обычно присутствует незначительное количество антигена CA 19-9.

К доброкачественным заболеваниям, при которых может повышаться концентрация антигена CA 19-9, относится цирроз, холангит, гепатит, панкреатит, а также незлокачественные желудочно-кишечные заболевания.

Определение концентрации антигена CA 19-9 может использоваться в качестве вспомогательного теста при оценке эффективности терапии. Постоянное увеличение концентрации антигена CA 19-9 может коррелировать с прогрессированием заболевания. Постоянно повышающаяся концентрация антигена CA 19-9 может указывать на недостаточный эффект терапии, тогда как снижение концентрации антигена CA 19-9 может указывать на положительную терапевтическую динамику.

ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН (PSA)

Это физиологический экскреторный продукт простаты, является протеазой, уменьшающей вязкость спермы. Основные формы, в виде которых PSA определяется в сыворотке крови человека – это свободная, не образующая комплексов, форма PSA и комплекс PSA с α_1-антихимотрипсином, которую чаще всего и определяют в сыворотке человека.

Значительное повышение уровня PSA в сыворотке крови обнаруживают при карциноме простаты, а также при гипертрофии и при воспалительных заболеваниях простаты, важна динамика уровня PSA, а не отдельные значения. Подъем уровня маркера наблюдается после пальцевого ректального исследования, цистоскопии, колоноскопии, лазерной терапии. Влияние этих факторов особенно выражено на следующий день после процедуры и наиболее значительно у пациентов с гипертрофией простаты. Поэтому забор крови следует проводить спустя неделю после процедур или до них.

Высокие значения содержания PSA (при норме до 4 нг/мл) характерны для рака простаты и метастазов. Содержание 4-10 нг/мл говорит о подозрении на рак предстательной железы («серая зона»), содержание 10-20 нг/мл свидетельствует о высоком риске рака предстательной железы. Повышение концентрации выше 40 нг/мл может свидетельствовать о метастазах. При дифференциальной диагностике рака простаты и других заболеваний (гипертрофия, воспаление) существенное значение имеет определение PSA в динамике. При доброкачественном процессе (аденома простаты), простатите содержание PSA в сыворотке крови также может увеличиваться. Увеличение концентрации PSA или получение устойчивых высоких показателей в процессе и после лечения рака простаты свидетельствуют о неэффективности лечения.

РАКОВЫЙ АНТИГЕН 72-4 (CA 72-4) (углеводный антиген)

CA 72-4 – высокомолекулярный гликопротеин, экспрессируется тканями желудочно-кишечного тракта в эмбриональном периоде, а также самыми разнообразными карциномами – толстого кишечника, легких, яичников, эндометрия, поджелудочной железы, желудка, молочных желез.

В норме, практически, не экспрессируется здоровыми тканями у взрослых. Увеличенная концентрация CA 72-4 отмечается в 40% случаев рака желудочно-кишечного тракта, 36% случаев рака легких, 24% случаев рака яичников. Повышение уровня CA 72-4 можно обнаружить также у пациентов с разнообразными доброкачественными заболеваниями (панкреатиты, циррозы печени, легочные заболевания, доброкачественные заболевания яичников, кисты яичников, ревматические заболевания, гинекологические болезни, доброкачественные заболевания желудочно-кишечного тракта).

РАКОВЫЙ АНТИГЕН 15-3 (CA 15–3)

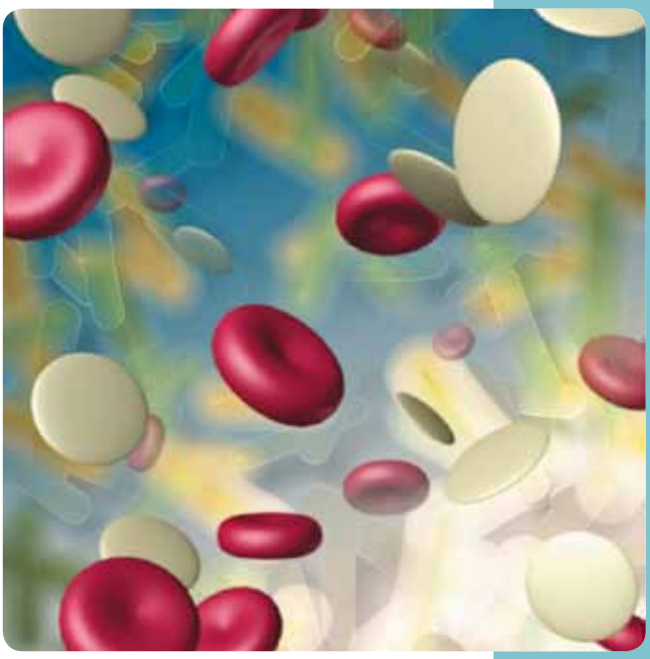
Антиген CA 15-3 – гликопротеин с высокой молекулярной массой, который является производным муцина. Муцины, присутствующие в нормальном железистом эпителии разных органов, служат для защиты и смазки окружающих клеток.

При раке молочной железы муцин MUC1 начинает вырабатываться в повышенном количестве и поступает в кровоток. После поступления в кровоток можно определить повышение концентрации. Концентрация антигена CA 15-3 повышена у многих пациентов с эпителиальной карциномой молочной железы. Повышение концентраций антигена CA 15-3 также может отмечаться у пациентов с раком легких, яичников, поджелудочной железы и колоректальным раком, а также при незлокачественных заболеваниях (доброкачественные заболевания молочных желез и печени, цирроз и гепатит).

Рак молочной железы становится одной из наиболее частых в мире форм рака. Антиген CA 15-3 является наиболее известным маркером рака молочной железы и показано, что он обладает большей чувствительностью при выявлении рецидива рака молочной железы, чем РЭА.

Повышение концентрации антигена CA 15-3 может являться показателем прогрессирования заболевания, а снижение может быть связано с регрессией заболевания. Определение CA 15-3 не рекомендуется использовать как скрининговый метод.

Значения ниже предельного порогового значения не означают отсутствия рака молочной железы. При диагностике рака молочной железы и правильном ведении пациента должны также учитываться другие тесты и процедуры, принятые в клинической практике.



РАКОВЫЙ АНТИГЕН 125 (CA-125)

Антиген CA -125 высокомолекулярный гликопротеин, который может определяться в повышенных концентрациях при некоторых злокачественных заболеваниях яичников. Рак яичников является одной из наиболее частых форм злокачественных гинекологических заболеваний.

На ранних стадиях рак яичников обычно бывает бессимптомным и к началу обследования у многих пациентов имеется распространенное заболевание.

К благоприятным прогностическим факторам относятся молодой возраст, начальная стадия, высокая дифференциация опухоли и малый объем опухоли до операции. Не доказано, что определение концентрации антигена CA 125 имеет прогностическое значение при скрининге или диагностике.

Однако концентрация антигена CA-125 коррелируют с состоянием пациента после начала лечения. Определение концентрации антигена CA-125 в сыворотке может использоваться в качестве дополнительного критерия при мониторинге реакции на терапию у пациентов с эпителиальной карциномой яичников. Постоянное увеличение концентраций антигена CA-125 может коррелировать с прогрессированием заболевания.

Постоянно повышенный уровень антигена CA-125 может указывать на недостаточный эффект терапии, тогда как снижение концентрации антигена CA-125 может указывать на положительный терапевтический эффект. Концентрация антигена CA-125 повышена у многих пациентов с эпителиальной карциномой яичников. Концентрация CA-125 повышается и при других доброкачественных или злокачественных заболеваниях, а также эндометриозе, раке легкого и при беременности.

Значения концентрации CA-125 ниже предельного порогового значения не означает отсутствия резидуального рака яичников. При мониторинге рака яичников и правильном ведении пациента должны также учитываться другие тесты и процедуры, принятые в клинической практике.

β_2-МИКРОГЛОБУЛИН (бета-2-микроглобулин)

Бета-2-микроглобулин в крови – показатель в диагностике воспаления различного генеза, злокачественных заболеваний (злокачественные лимфомы, множественная миелома). Основные показания к применению: заболевания лимфатической системы – множественная миелома, лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома, заболевания почек – почечная недостаточность, контроль при пересадке почки.

Появление этого белка в моче прежде всего, свидетельствует о нарушении почечной фильтрации. В почках он фильтруется клубочками и практически полностью реабсорбируется в канальцах. Снижение клубочковой фильтрации приводит к увеличению содержания этого белка в крови. Поражение функции канальцев сопровождается увеличением выделения β_2-микроглобулина с мочой. Одновременное определение его концентрации в крови и моче позволяет проводить дифференциальную диагностику нарушения работы почек и поражения лимфатической системы.

UBC (URINARY BLADDER CANCER)

UBC – онкомаркер рака мочевого пузыря. Относится к цитокератинам – белкам цитоскелета эпителиальных клеток. Увеличение содержания ряда цитокератинов может происходить при злокачественной трансформации клеток. Обычно появление таких маркеров свидетельствует о появлении эпителиальноклеточных карцином. Определение этого антигена в моче является высокоспецифичным тестом для ранней диагностики рака мочевого пузыря. По некоторым данным специфичность при начальных стадиях развития опухоли может составлять около 80%.

Заболеваемость раком мочевого пузыря в структуре онкологических заболеваний в РФ занимает около 8%. Чаще заболевание выявляется у мужчин, чем у женщин. Выявлена связь с табакокурением и влиянием химических канцерогенов (бензидин, толуидин). Установление окончательного диагноза складывается, как правило, после проведения ряда диагностических исследований: УЗИ, цистоскопии и цитологического или гистологического исследования. Определение содержания UBC может служить ценным дополнительным методом диагностики и оценки прогноза течения заболевания.

CYFRA 21-1

Cyfra 21-1 – опухолевый маркер немелкоклеточного рака легкого. Основные показания к применению: диагностика злокачественных опухолей легкого, мониторинг течения мышечно-инвазивной карциномы мочевого пузыря.

В настоящее время наиболее специфичный и чувствительный маркер в диагностике злокачественных опухолей легкого (немелкоклеточный рак Non-Small Cell Lung Cancer, NSCLC). Так же является эффективным маркером для мониторинга течения мышечно-инвазивной карциномы мочевого пузыря. Наиболее полезным для диагностики является его одновременное определение с раково-эмбриональным антигеном (РЭА).

NSE (НЕЙРОНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЕНОЛАЗА)

Нейронспецифическая енолаза (НСЕ, NCE) – опухолевый маркер мелкоклеточного рака легкого и нейробластомы (злокачественная опухоль, из незрелых зародышевых клеток нервной системы – нейробластов). Основные показания к применению: диагностика и мониторинг эффективности терапии мелкоклеточного рака легкого и нейробластомы.

Факторы, повышающие содержание NSE:

- Инфаркт миокарда
- Заболевания мышц
- Гепатит
- Гемолиз, так как большое количество фермента находится в эритроцитах
- Мелкоклеточный рак легкого/Мелкоклеточная бронхогенная карцинома
- Нейроэндокринные опухоли
- Лейкозы
- Инсульты, травматические поражения нервной системы
- Нейробластома
- В ряде случаев при опухолях головного мозга
- Септический шок
- Пневмония
- Эпилепсия

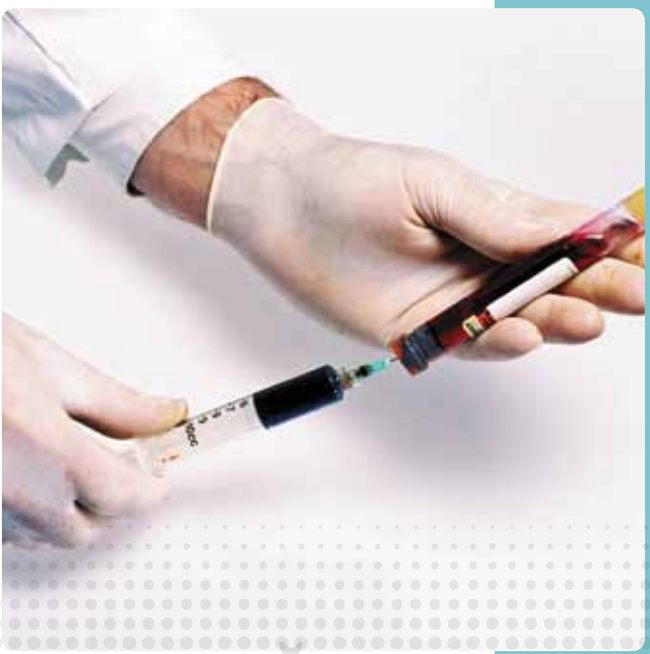
АНТИГЕН ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ (SCC)

Антиген плоскоклеточной карциномы (SCC) – в онкологической практике показатель рака шейки матки. Основные показания к применению: выявление рецидивов рака шейки матки, оценка проводимого лечения. SCC-белок, продуцируемый опухолью шейки матки, был обнаружен и при других онкологических заболеваниях (плоскоклеточные карциномы). Определение SCC применяется для мониторинга течения и эффективности терапии плоскоклеточной карциномы шейки матки.

Повышение содержания этого онкомаркера в крови после операции, а также курсов химиотерапии, радиотерапии, скорее всего, свидетельствует о неэффективности проводимого лечения.

Определение SCC является эффективным способом оценки прогноза заболевания, обнаружении рецидивов и оценки эффективности проводимого лечения. В ряде случаев повышение происходит при раке легкого (плоскоклеточная карцинома и мелкоклеточный рак легкого), опухолях носоглотки, при кожных заболеваниях (псориаз).

Автор статьи
Калюжная Ольга
Виктровна, биолог



В НОРМЕ ЛЮБАЯ ТКАНЬ ОРГАНИЗМА ОБЛАДАЕТ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ – ПЛОТНОСТЬЮ, ПРОЧНОСТЬЮ, ЭЛАСТИЧНОСТЬЮ. РАЗЛИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭТИ СВОЙСТВА ТКАНИ МЕНЯЮТ. ТАК, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ОПУХОЛИ ПРИВОДЯТ К УПЛОТНЕНИЮ ТКАНИ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО МЕНЯЕТСЯ ЕЕ ЭЛАСТИЧНОСТЬ. НА ЭТОМ ПРИНЦИПЕ ОСНОВАН НОВЕЙШИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – СОНОЭЛАСТОГРАФИЯ. МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ.

СОНОЭЛАСТОГРА

Соноэластография HI-RTE – это выдающаяся ультразвуковая диагностическая технология, которая позволяет оценить и в реальном времени отобразить эластичность тканей. Она полностью изменила возможность определения и визуализации злокачественных новообразований и обеспечила повышенную точность при анализе тканей молочной, предстательной, щитовидной, поджелудочной желез, матки, яичников и многих других органов. Таким образом, соноэластография значительно улучшает точность диагностики.

Соноэластография Hitachi в реальном времени может сократить количество необоснованных диагностических пункций, таким образом, снижая риск осложнений и уровень эмоционального стресса, связанных с инвазивным вмешательством. В случае необходимости проведения инвазивной манипуляции, соноэластография позволяет более точно показать участки патологического образования для наиболее информативного взятия биопсийных проб. Клинические исследования показали, что когда ис-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

пользуется эластография в структуре обычного ультразвукового исследования, патологические образования могут быть идентифицированы быстрее и с большей степенью достоверности. Иными словами можно обнаружить маленькую опухоль на самой ранней стадии. Что, например, весьма актуально для диагностики рака молочной железы. Это заболевание является одной из важнейших медико-социальных проблем, причем в наиболее активных возрастных группах женщин (от 25 до 55 лет) и занимает лидирующее место среди причин смертности. Существует множество диагностических методов, дающих информацию о состоянии молочной железы. Однако они не всегда позволяют дать правильное заключение, что влияет на выбор лечебной тактики. Эластография позволила не только определить наличие опухоли, но и определить злокачественное это образование или доброкачественное.

Серьезную угрозу для жизни женщины представляет внематочная беременность. Она попрежнему является основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Относительный риск летального исхода при этой патологии примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте. На сегодняшний день внематочными оказываются 1,4-1,6 % всех беременностей. Более чем в половине случаев диагноз внематочной беременности устанавливается поздно, когда уже произошел разрыв маточной трубы, и возникло профузное внутрибрюшное кровотечение.

ФИЯ

Точность трансабдоминальной эхографии при выявлении внематочной беременности очень низкая, и, как правило, не превышает 25%-30%. Использование трансвагинального ультразвука революционным образом изменило ситуацию. Широкое внедрение полостных датчиков значительно снизило процент летальных исходов и повысило процент успешного восстановления маточных труб. Несмотря на нововведения, число успешно диагностированных внематочных беременностей колеблется от 63% до 99%. по данным различных авторов. Столь широкий разброс точности связан с различным опытом работы специалистов ультразвуковой практики и множеством критериев, применяемых для диагностики данной патологии. Во многом ограничивают чувствительность УЗИ ожирение, множественные миоматозные узлы, в том числе субсерозные с локализацией «на ножке», слишком ранний срок внематочной беременности, сопутствующая патология яичников.

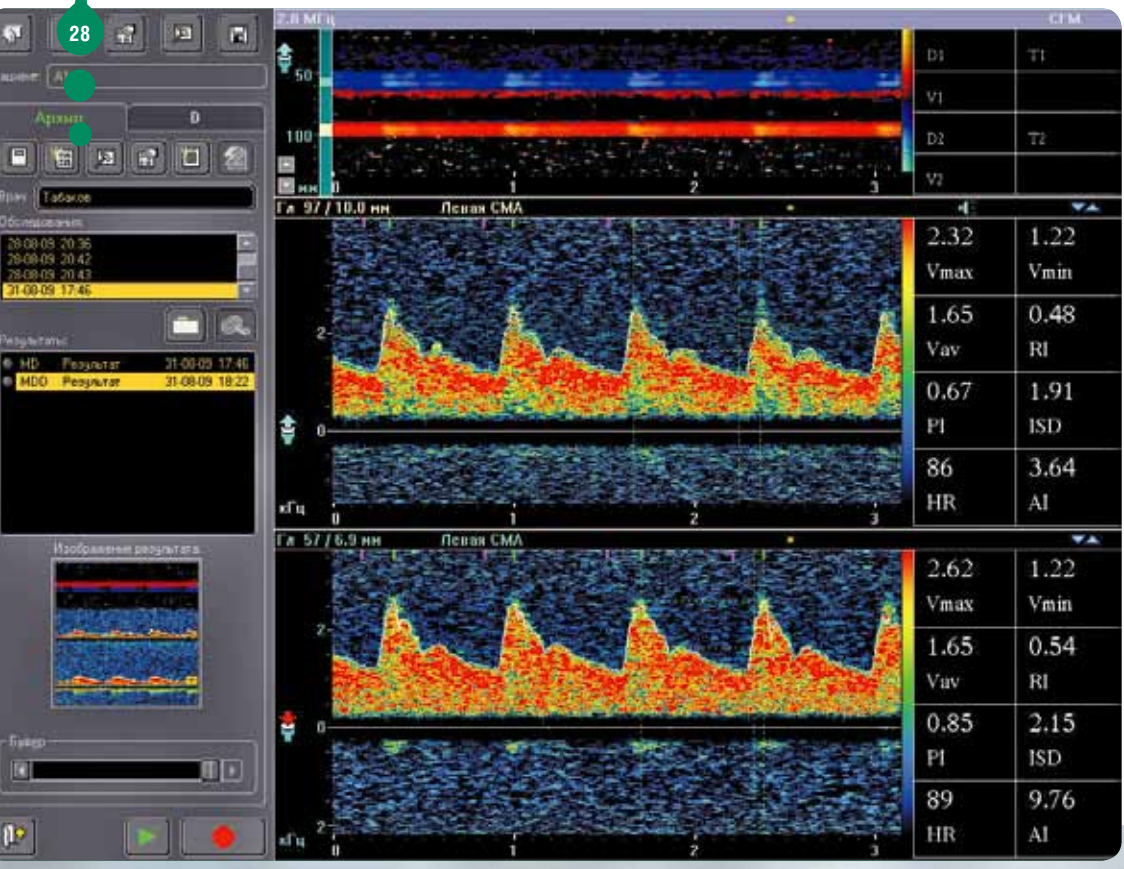
Однако до настоящего времени нет ни одного абсолютно достоверного (100%) метода диагностики внематочной беременности, этим обусловлен высокий процент диагностических ошибок. Поэтому особое значение приобретают дополнительные методы исследования. Для улучшения точности УЗ-метода разработана принципиально новая технология.

Соноэластография позволяла в 100% случаев точно диагностировать внематочную беременность при умеренном повышении β-ХГЧ, при котором визуализация плодного яйца с применением стандартных режимов была еще не доступна.

Включение соноэластографии в комплексное ультразвуковое исследование пациенток с подозрением на внематочную беременность значительно повышает диагностическую эффективность метода и помогает установить наличие и локализацию эктопической беременности, что позволяет в более ранние сроки проводить оперативное лечение.

Не менее важную роль соноэластография играет в ранней диагностике заболеваний предстательной железы. Уже на уровне первичного осмотра можно выявить возникшие патологии и начать своевременное лечение.

В наше время очень многие люди панически боятся даже слова «опухоль», не говоря уже о возможности возникновения онкологического заболевания. Сегодня все пациенты Клиники Центра молекулярной диагностики могут пройти обследование на самом современном оборудовании HITACHI (HI-RTE), что позволит исключить ненужные страхи или начать своевременное, а значит эффективное лечение.



Ультразвуковая доплерография сосудов

ЭТО УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ ПОЗВОЛЯЕТ УВИДЕТЬ СОСУД, ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ, НАРУШАЮЩИЕ НОРМАЛЬНЫЙ КРОВОТОК (БЛЯШКИ, ТРОМБЫ).

Доплерографическое исследование появилось в 1982 году. За 20 лет оно превратилось из экзотического в привычный метод оценки мозгового кровообращения. Технически простой и неинвазивный, он быстро привлек внимание специалистов. В настоящее время общепризнано, что наиболее простым, безопасным и достоверным методом неинвазивной диагностики поражений сонной и позвоночных артерий является ультразвуковая доплерография.

Ультразвуковая доплерография – метод функциональной диагностики кровотока по магистральным сосудам шеи и головного мозга, основанный на феномене изменения

частоты ультразвуковой волны при отражении от движущихся форменных элементов крови. В основе доплерографии лежит физический эффект доплера, суть которого состоит в изменении частоты посланных ультразвуковых волн при перемещении среды, от которой они отражаются, или при перемещении источника ультразвука, или при одновременном перемещении среды и источника. В нашем случае ультразвуковые волны отражаются от частиц крови, и это изменение напрямую зависит от скорости кровотока.

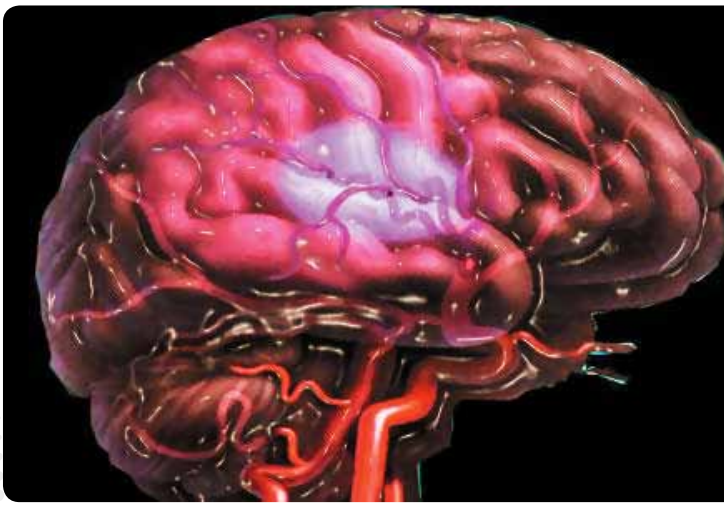
Можно выделить три основных типа изменений сосудистого русла, приводящих к нарушению мозгового кровообращения: стеноз, тромбоз, ангиоспазм, атриовенозная мальформация. Недостаточность кровоснабжения, возникает в каком-либо сосудистом бассейне, как правило, компенсируется в той или иной степени за счет включения коллатерального (по другим сосудам) кровообращения, основными путями которого являются сосуды артериального круга большого мозга.

Высокая информативность и достоверность церебральной доплерографии (ЦДГ) дает возможность оценивать нарушения кровообращения, степень морфологических нарушений, а также диапазон функциональных возможностей артериального русла головного мозга.

- **Окклюзионно-стенотические поражения экстацеребральных артерий (ЭЦА) (стенозы артерий, атеросклероз)**
- **Аневризмы ЭЦА**
- **Патологическая извитость**
- **Гипоплазия, аплазии сонных и позвоночных артерий**
- **Экстравазальная компрессия (сонных артерий – при диффузном тиреотоксическом зобе, позвоночных – при повреждениях позвоночника, остеохондрозах и т.д.)**
- **Оценка мозгового кровотока при нарушениях центральной гемодинамики (артериальная гипертензия, нарушение сердечного ритма)**
- **Оценка кровотока при черепно-мозговой травме (отек мозга)**
- **Основным бассейном, обеспечивающим кровоснабжение мозга, является каротидный, для которого типично наличие общей сонной артерии (ОСА), которая делится на внутреннюю и наружную сонные артерии. Для магистрального русла вертебро-базилярного бассейна характерно наличие двух позвоночных артерий.**

Циркуляция крови через головной мозг зависит от перфузионного давления и сопротивления кровотоку, которое определяется тремя факторами: длиной сосудов, их калибром и вязкостью крови. Наличие сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь, артериальная гипотония, атеросклероз сосудов мозга, недостаточность вегетативного обеспечения и др.), а также возраст приводят к определенным изменениям параметров церебрального кровотока. Наиболее выражены эти процессы во внутренней сонной артерии и ее ветвях.

Нарушения мозгового кровообращения являются одной из основных причин смертности населения развитых стран. Ишемическая болезнь мозга по распространенности практически соответствует ишемической болезни



ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

сердца и составляет около 36% в структуре сердечно-сосудистых заболеваний. Особое место среди причин, приводящих к нарушениям мозгового кровообращения, занимает патологическая извитость сонных артерий. С одной стороны, это связано с ее высокой распространенностью в качестве причины недостаточности мозгового кровообращения, уступающей только распространенности атеросклеротического поражения каротидных артерий. С другой стороны, до сих пор нет единого мнения о гемодинамической значимости деформации сонных артерий и целесообразности ее хирургической коррекции.

Стенозирующие поражения брахиоцефальных артерий в настоящее время занимают второе место по частоте летальных осложнений. Отмечается увеличение количества больных с атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий.

Доплерография позволяет оценить диапазон цереброваскулярной реактивности, гемодинамическую значимость патогенетических факторов, а косвенно и степень морфологических изменений артериального русла.

Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, является объективным, высокоинформативным, безвредным, неинвазивным методом исследования церебрального кровотока, позволяет врачу решать вопросы диагностики, контроля проводимого лечения и экспертизы при цереброваскулярных заболеваниях. Кроме того, метод ультразвуковой доплерографии, приближаясь по своей информативности к ангиографии, дает возможность проводить отбор пациентов для оперативного лечения при окклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий и оценивать ее эффективность.

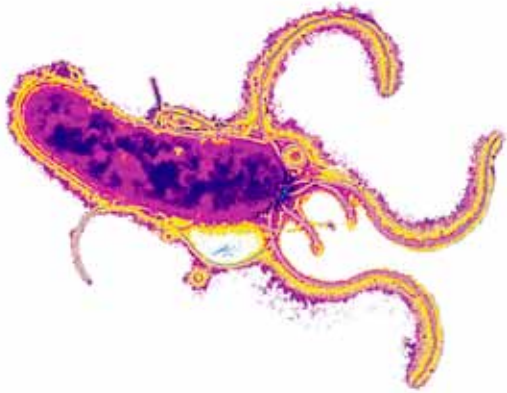
Диагностика поражений магистральных артерий головы занимает ведущее место в подходе к решению цереброваскулярных заболеваний, так как во многом определяет как стратегию лечебно-профилактических мероприятий в целом, так и тактику выбора лечения для каждого конкретного пациента.

Автор статьи Лебедева
Людмила Николаевна, врач УЗДГ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ЧТО ТАКОЕ «ГАСТРОПАНЕЛЬ»?

ГАСТРОПАНЕЛЬ – ЭТО КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЕЙ ГАСТРИНА-17, ПЕПСИНОГЕНА 1 И 2 И АНТИТЕЛ К HELICOBACTER PYLORI. ДЛЯ АНАЛИЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЫВОРОТКА КРОВИ, ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ НАТОЩАК.



Несомненно, открытие на рубеже 80-90 годов нашего столетия J.R.Warren и B.J.Marshall микроорганизма Helicobacter pylori было одним из революционных событий в гастроэнтерологии. Значение Helicobacter pylori, как одной из основных причин хронического гастрита в последнее время не подвергается сомнению. В международную классификацию гастритов хеликобактерный гастрит внесён в 1990 г. как гастрит типа «В» (активный хронический гастрит).

С одной стороны, Helicobacter pylori можно рассматривать с определёнными оговорками, как часть нормальной бактериальной флоры желудочно-кишечного тракта, которую не всегда нужно элиминировать со слизистой оболочкой желудка. Этой инфекцией заражена почти половина человечества. С другой стороны, почти у 50% лиц, инфицированных Helicobacter pylori, разовьётся атрофический гастрит, который, в большинстве случаев, приводит к раку желудка и в 90% случаев является причиной развития язвенной болезни. Удаление инфекции Helicobacter pylori приводит к излечению атрофического гастрита. Соответственно, уменьшается или полностью исчезает риск развития заболеваний, связанных с атрофическим гастритом.

Ситуация на сегодняшний день такова, что мы не имеем четких критериев диагноза Helicobacter pylori и в большом проценте случаев пациентам назначается необоснованное лечение. Это приводит к появлению устойчивости бактерий к антибиотикам и негативным последствиям для пациента от ненужного лечения.

С другой стороны, очень часто при жалобах пациентов на симптомы диспепсии (а их в течение жизни испытывает примерно треть человечества), сразу назначается гастроскопия с диагностическими целями. Метод инвазивный и несёт в себе большой риск ятрогенной передачи инфекции Helicobacter pylori во время процедуры. Примерно у 1/3 обследованных методом гастроскопии слизистая оболочка желудка оказывается в норме. То есть, у пациентов были симптомы функциональной диспепсии.

Учитывая всё вышесказанное, становится очевидным, что для правильной постановки диагноза и обоснованного назначения лечения в случае хеликобактерного гастрита, необходима разработка точных, неинвазивных методов исследования, позволяющих с большой достоверностью оценить состояние слизистой желудка и факт инфицирования Helicobacter pylori. Результатом десятилетий фундаментальных медицинских исследований, проведённых в Финляндии, стало создание тестовой панели «Гастропанель» компании «Biohit», основанной на технологии иммуноферментного

анализа (ИФА). С её помощью, по анализу крови, можно определить состояние и функциональную активность всей слизистой оболочки желудка. Этот новый метод исследования является неинвазивным, безопасным и удобным для пациента. В большинстве случаев, с помощью «Гастропанели» получают результаты исследования состояния и функциональной активности слизистой оболочки желудка, аналогичные результатам эндоскопии с биопсийным исследованием. С помощью тестовой панели «Гастропанель» в плазме крови определяются 4 показателя: наличие антител IgG к Helicobacter pylori и их количество, уровни пепсиногена I, пепсиногена II и гастрина-17. По совокупности этих параметров становится возможным выявить факт инфицирования Helicobacter pylori, наличие атрофии, оценить степень и локализацию процесса.

ГАСТРИН-17

Гастрин-17 – это гормон желудка, регулирует секрецию соляной кислоты и регенерацию слизистой желудка. Из всех изомеров гастрин-17 – самый сильнодействующий и основной, секретируется практически исключительно антральными G-клетками, потому и служит маркером патологии именно этого отдела желудка.

Как интерпретировать результат анализа?

1. У пациентов с положительным анализом на антитела к Helicobacter pylori низкие уровни тощакового гастрина-17 плазмы/сыворотки (< 2.0 пмоль/л) свидетельствуют о двух вариантах:

- умеренном или тяжелом атрофическом гастрите антрального отдела желудка
- высокой кислотности (кислотность в желудке настолько высока, что происходит ингибирование поступления гастрина-17 в кровоток из G-клеток антрального отдела желудка).

2. Если у пациента с низким уровнем тощакового гастрина-17 (< 2.0 пмоль/л) нет инфекции Helicobacter pylori, то это свидетельствует о высокой кислотности и риске развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта. Следовательно, дополнительное определение постпрандиального (стимулированного) гастрина-17 может не проводиться.

3. Низкий уровень гастрина-17 у пациентов с инфекцией Helicobacter pylori и при ее отсутствии является показанием к проведению гастроскопии с биопсийным исследованием. В упомянутых случаях высокая кислотность – повышенный риск развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. При наличии атрофического гастрита в антральном отделе увеличивается риск развития неопластических изменений в желудке (рак желудка) или возрастает риск развития язвенной болезни.

4. У пациентов с положительным анализом на антитела к Helicobacter pylori и низким уровнем стимулированного гастрина-17 характерна слизистая антрального отдела с атрофическими изменениями (средней тяжести или тяжелый атрофический гастрит антрального отдела). Несмотря на это, у этих пациентов может быть высокая кислотность, что подтверждается нормальным уровнем пепсиногена I сыворотки/плазмы (50 μg/l или более).

ПЕПСИНОГЕН 1

Пепсиноген I (PGI) является предшественником фермента пепсина и синтезируется главными и шеечными клетками слизистой оболочки тела желудка (так называемые кислотопродуцирующие железы слизистой оболочки желудка). Уровень PGI в крови достоверно коррелирует с количеством главных клеток в слизистой тела желудка. Соответственно, потеря главных клеток приводит к линейному снижению уровня PGI. С другой стороны, потеря главных клеток является результатом атрофического гастрита.

По неизвестной причине, атрофический гастрит увеличивает риск развития рака желудка, он в 5 раз больше у пациентов с прогрессирующим атрофическим гастритом тела желудка и увеличивается в 90 раз при прогрессирующем атрофическом пангастрите (поражается антральный отдел и тело желудка) по сравнению с риском у лиц с нормальной слизистой желудка.

Интерпретация результатов

Низкие значения PGI (PGI ниже 25 мкг/л) свидетельствуют о прогрессирующем (умеренном или тяжелом) атрофическом гастрите с поражением слизистой оболочки тела желудка и это

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

является показанием к эндоскопическому обследованию (гастроскопии), т.к. у таких пациентов высок риск развития предраковых повреждений и рака желудка.

ПЕПСИНОГЕН II (PGII)

Пепсиноген II вырабатывается главными и шеечными клетками слизистой оболочки желудка, а так же пилорическими железами антральной части желудка и Бруннеровыми железами проксимальной части двенадцатиперстной кишки. Соотношение концентраций пепсиногена I (PGI) и PGII в сыворотке или плазме здоровых людей составляет примерно 4:1 (1).

Интерпретация результатов

Соотношение PGI/PGII линейно уменьшается с увеличением выраженности атрофического гастрита в области тела желудка. Это соотношение составляет менее 2,5 при выраженном атрофическом гастрите (тяжелом или умеренном) тела желудка.

Установлено, что риск развития рака желудка повышается при низком соотношении PGI/PGII, поэтому этот показатель используется для выявления риска развития рака желудка.

Исследование «Гастропанель» является идеальным инструментом не только для скрининга и диагностики инфекции Helicobacter pylori, но и для отбора пациентов, которым необходимо назначение курса эрадикационной терапии. Рекомендуется проводить эрадикацию инфекции Helicobacter pylori во всех возрастных группах только в том случае, если у пациента диагностирован факт гастрита и/или язвенная болезнь наряду с высокой концентрацией антител к Helicobacter pylori.

Количественное определение уровня антител класса IgG к Helicobacter pylori в динамике – единственный точный инструмент для контроля излеченности от Helicobacter pylori. Падение уровня антител до нормальных/пограничных значений в течение 6 месяцев после окончания терапии является четким критерием эрадикации Helicobacter pylori . Ни качественные, ни полуколичественные методы определения антител не могут применяться с этой целью. Таким образом, обследование с помощью «Гастропанели» – простой, эффективный и безопасный способ наблюдения за возможным развитием атрофического гастрита и обусловленных гастритом заболеваний (рак желудка, язвенная болезнь и др.) у лиц, инфицированных Helicobacter pylori.

Тестовой панелью можно пользоваться два раза в год для наблюдения за восстановлением атрофически изменённой слизистой оболочки желудка после эрадикации Helicobacter pylori. «Гастропанель» – достаточно чувствительный количественный метод для диагностики изменений (отрицательная/положительная динамика) в состоянии слизистой желудка.

Автор статьи Съемщикова
Юлия Павловна, врач-гастроэтеролог,
кандидат медицинских наук

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК

ПРОБЛЕМА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ ВЕСЬМА АКТУАЛЬНА И ВОЛНУЕТ НЕ ТОЛЬКО ГИНЕКОЛОГОВ, НО И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ. ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ВАЖНЫ, ПОСКОЛЬКУ РЕЦИДИВЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ УХУДШАЮТ ПРОГНОЗ В ОТНОШЕНИИ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ.

Факторы, способствующие возникновению маточных кровотечений в пубертатном периоде, чрезвычайно разнообразны. И даже чаще возникновение заболевания обусловлено не одним, а сразу несколькими факторами.

- **патология антенатального и перинатального периодов (внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная инфекция, асфиксия в родах, родовая травма);**
- **инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, частые ангины, ветряная оспа, эндемический паротит);**
- **заболевания желудочно-кишечного тракта;**
- **перенесенные травмы черепа, сопровождающиеся потерей сознания;**
- **острые и хронические психотравматирующие факторы (стрессовые ситуации в семье и школе);**
- **повышенные тренировочные нагрузки;**
- **длительная работа за компьютером;**
- **патология крови;**
- **воспалительные процессы органов малого таза;**
- **сознательные ограничения приемов пищи с целью снижения массы тела.**

Основные жалобы маленьких пациенток при посещении врача на длительные и умеренные, а порой даже скудные кровянистые выделения, которые могут продолжаться свыше 7-10 дней и сопровождаться слабостью, головокружением.

Из анамнеза у таких девочек чаще всего наблюдается раннее менархе (начало менструаций) – в 9-12 лет. Причем менструации, как правило, нерегулярные и болезненные. Диагностика маточных кровотечений основывается на данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования.

При исследовании крови может выявиться патология, связанная с нарушением свертывающей системой крови. Часто у таких девочек отмечается нарушение гормонального баланса: снижение уровней прогестерона и эстрадиола, нарушение соотношения уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, что свидетельствует о недостаточности гипотоламо-гипофизарных структур мозга.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза обнаруживаются морфологические и структурные изменения в яичниках и матке (чаще всего выявляются фолликулярные кисты яичников, наличие гиперплазии эндометрия).

По показаниям проводится выскабливание стенок полости матки, которое может выявить различные формы гиперплазии эндометрия, полипы, аденомиоз, неравномерное отторжение секреторного эндометрия.

Рентгенография черепа в проекции турецкого седла. При подозрении на опухоль гипофиза применяется компьютерная томография или магниторезонансная томография.

Консультации специалистов: невролога, эндокринолога, окулиста, гематолога.

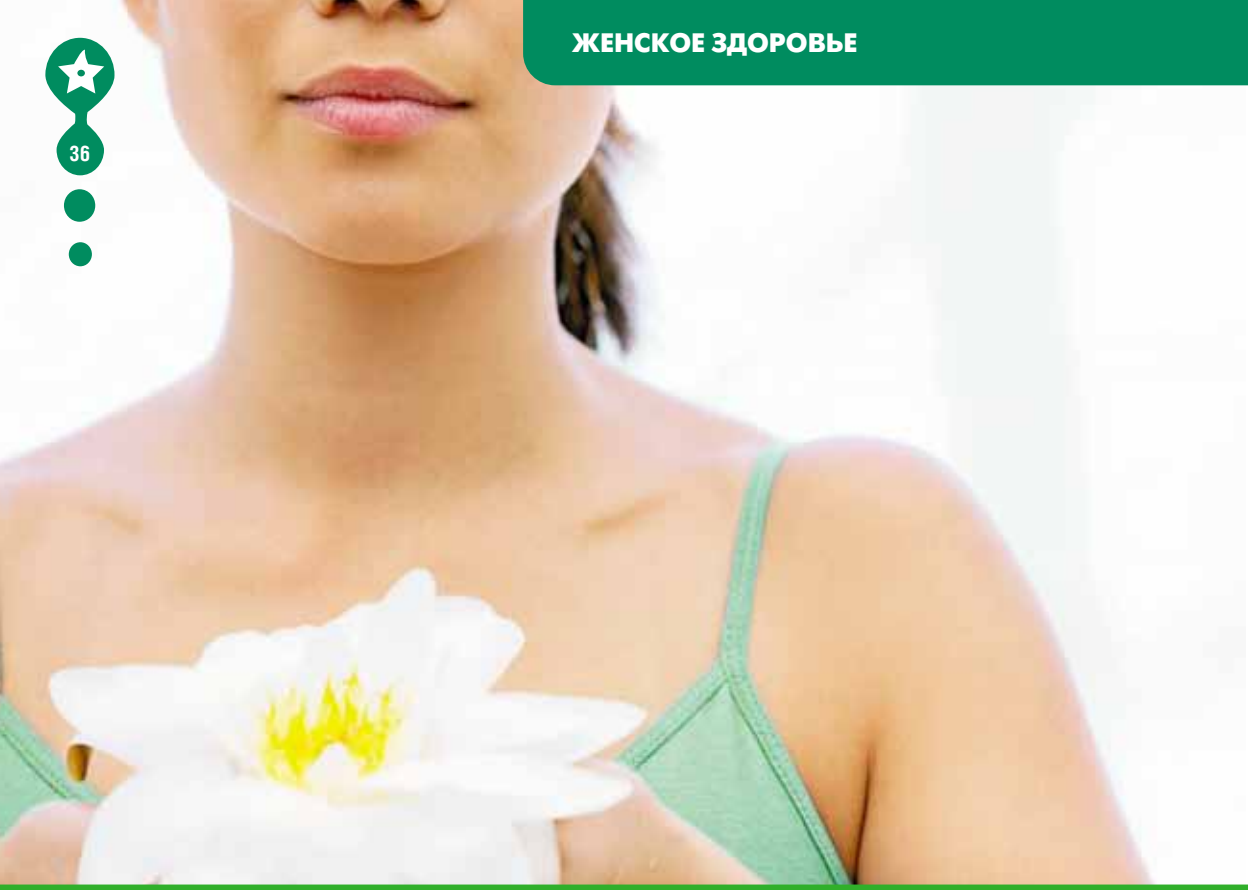
ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

При выборе метода лечения учитываются интенсивность кровотечений, степень анемии, особенности физического и полового развития, данные результатов обследования, наследственность и предполагаемая причина кровотечений. Прежде всего надо остановить кровотечение (консервативный или гормональный гемостаз).

В последующем необходимо проводить лечение, направленное на регуляцию менструального цикла и профилактику рецидивов, так как в будущем такие девочки имеют повышенные риски на возникновение миом матки, аденомиоза, дисфункции яичников и патологий течения беременности.

Автор статьи Григорьева
Вера Сергеевна, врач акушер-гинеколог,
детский гинеколог

НОСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙК

СРЕДИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПАТОЛОГИЯ ШЕЙ

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Шейка матки имеет свои клинические и морфофункциональные особенности в различные возрастные периоды жизни женщины.

Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием (очень похожим на слизистую полости рта), а цервикальный канал выстлан однорядным цилиндрическим эпителием. Граница стыка эпителиев может располагаться на разных частях шейки матки. У девочек до начала периода полового созревания – на влагалищной части шейки матки, то есть цилиндрический эпителий выходит за пределы цервикального канала.

В период полового созревания влагалищная часть шейки матки покрыта не многослойным плоским эпителием, а цилиндрическим эпителием. В 12-17 лет начинается замещение одного эпителия другим. Этот процесс постепенный, медленный и очень чувствительный к разным воздействиям. Если ему созданы помехи, то возможно развитие патологии шейки матки, вплоть до злокачественной опухоли.

В последние годы отмечается рост числа случаев заболеваний шейки матки у молодых женщин. Возраст от 15 до 24 лет является критическим в отношении воздействия вредных факторов. К ним относятся:

- **раннее начало половой жизни;**
- **большое число половых партнеров;**
- **инфицирование различными возбудителями инфекций;**
- **ранние беременности, в том числе и заканчивающиеся абортами.**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

У женщин репродуктивного возраста стык эпителиев располагается в области наружного зева шейки матки.

В климактерическом возрасте происходят физиологические изменения, характеризующиеся истончением многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки. Возрастает риск развития патологии не только на поверхности шейки матки, но и в глубине ее шеечного канала. А стык эпителия уходит в цервикальный канал.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

1. Фоновые заболевания:

- цервициты
- полипы
- папилломы
- лейкоплакия
- эндометриоз
- истинная эрозия
- эктропион
- рубцовые изменения шейки матки
- посттравматические разрывы

КИ МАТКИ

ЙКИ МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ 10-15%

2. Предраковые состояния:

- дисплазия
- аденоматоз

3. Рак шейки матки.

Цервициты – это тотальное воспаление шейки матки, включающее слизистую влагалищной части шейки матки (экзоцервицит) и слизистую оболочку цервикального канала (эндоцервицит). Цервициты могут быть вызваны неспецифическими возбудителями, т.е. условно-патогенной флорой (кишечная палочка, стрептококк, стафилококк и др.) и специфическими (хламидиоз, микоплазмоз, кандидоз, вирусные инфекции и др.) При длительном нелеченном цервиците, особенно специфической этиологии, может развиться дисплазия (предраковое состояние). Лечение цервицита направлено на устранение инфекционного процесса. В постменопаузальный период развивается атрофический цервицит, вследствие истончения слизистой.

Полипы – это доброкачественные разрастания слизистой оболочки канала шейки матки, выступающие из него в виде выростов-сосочков. Причины возникновения полипов – инфекции, реже нарушения гормонального статуса. Как правило, они имеют ножку, при удлинении которой, полипы, возникшие в средней и верхней части слизистой оболочки канала шейки, могут показываться из шеечного канала. Полипы имеют не ножку, а широкое основание. Консистенция их может быть мягкая или плотная, поверхность гладкая или неровная, цвет бледно-розовый, белесоватый или красный.

Во время беременности на шейке матки могут возникать разрастания децидуальной ткани – децидуоз, обусловленное гормональной перестройкой. В отличие от полипов децидуоз не требует лечения и исчезает через несколько недель после окончания беременности. Полипы удаляют откручиванием с последующим прижиганием основания ножки. Высоко расположенные полипы удаляют прицельно под контролем гистероскопа, позволяющего визуально оценить состояние шеечного канала.

Истинная эрозия – это дефект многослойного плоского эпителия на влагалищной порции шейки матки, то есть это ранка, царапина, существующая от 2-3 дней до 1-2 недель. Как правило, она себя никак не проявляет, специфического лечения не требует, заживает самостоятельно, однако если есть сопутствующий воспалительный процесс во влагалище, врач назначит соответствующую терапию.

ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПСЕВДОЭРОЗИЯ)

В случае замещения многослойного плоского эпителия цилиндрическим на поверхности шейки матки образуется, так называемая, псевдоэрозия, или эктопия шейки матки. Она является одним из самых распространенных заболеваний.

Когда женщине гинеколог говорит, что у нее эрозия шейки матки, обычно речь идет не об истинной эрозии, поскольку существует истинная эрозия непродолжительное время (1-3 недели) и момент ее появления уловить практически не-

возможно, а об эктопии или псевдоэрозии. Так называют патологическое поражение слизистой шейки, при котором обычный плоский многослойный эпителий наружной части шейки матки замещается цилиндрическими клетками из шеечного (цервикального) канала. Никакого дефекта эпителия при этом заболевании не возникает. Однослойный эпителий из канала шейки матки выходит на наружную часть шейки матки и попадает совершенно в другую «среду обитания». Под воздействием кислой среды влагалища и ниже перечисленных моментов клетки эпителия начинают более или менее активно разрастаться. Таким образом и происходит прогрессирование очага.

ВИДЫ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- **Врожденная.** Смещение переходной зоны между эпителиями во внутриутробном периоде считается нормальным этапом развития шейки матки и объясняется воздействием гормонов организма матери. Максимальная частота этих псевдоэрозий наблюдается до 25 лет. Как правило, они не требуют лечения. Рекомендуется только диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.
- **Приобретенная.** Возникает как следствие: заболеваний, передаваемых половым путем, многократных абортов, частой смены половых партнеров, гормональных нарушений, родов.

ПРИЧИНЫ ЭКТОПИЙ

- Половые инфекции (хламидии, вирус простого герпеса).
- Нарушения микрофлоры во влагалище.
- Травмы шейки матки (аборты, роды).
- Травмы шейки матки химическими и барьерными контрацептивами.
- Раннее начало половой жизни.
- Снижение иммунитета.
- Проблемы в гормональном фоне.

СИМПТОМЫ

Как правило, о наличии у женщины эрозии шейки матки ей сообщает врач-гинеколог во время гинекологического осмотра шейки матки «в зеркалах». Иногда эрозия проявляет себя клинически обильными слизистыми выделениями из влагалища в течение менструального цикла или болями и контактными кровяными выделениями во время или после полового акта.

Обследование при псевдоэрозии:

- мазок на флору
- кольпоскопия
- ДНК (ПЦР) анализы на хламидии, мико – и уреаплазмы, гарднерелу, трихомонаду, вирусы папилломы человека, герпес
- бактериологический посев микрофлоры влагалища
- цитологическое исследование
- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатит В, С
- биопсия

ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

В настоящее время существует несколько методов терапии эрозии шейки матки. Все эти методы имеют принципиальные различия со своими достоинствами и недостатками. Выбор способа лечения проводится врачом индивидуально, с учетом множества факторов (возраст, были ли роды, размер и форма эрозии, общее состояние пациентки).

Цель лечения – удаление патологически измененного очага.

Автор статьи Аксенова
Евгения Анатольевна, врач акушер-гинеколог

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Проктологические заболевания

ПРОКТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖЕНЫ У КАЖДОГО ЧЕТВЕРТОГО ЧЕЛОВЕКА, НО ОН ИХ МОЖЕТ НЕ ЗАМЕЧАТЬ, ПОСКОЛЬКУ БОЛЕЗНИ НАХОДЯТСЯ НА БЕССИМПТОМНОЙ СТАДИИ. ЭТОТ ЭТАП ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛАБОВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ: ВЗДУТИЕ И ТЯЖЕСТЬ В ЖИВОТЕ, НЕПОСТОЯННЫЙ СТУЛ, ДИСКОМФОРТ В КИШЕЧНИКЕ. МНОГИЕ БОЛЬНЫЕ ОПРАВДЫВАЮТ ЭТО ПРИЕМОМ ОСТРОЙ, СОЛЕНОЙ ИЛИ СЛИШКОМ ЖИРНОЙ ПИЩИ, УПОТРЕБЛЕНИЕМ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ. В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ, ЭТИ ПРИЗНАКИ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ СЕРЬЕЗНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Дальнейшее развитие болезни может проявляться следующими симптомами: затруднения при дефекации, дискомфорт в анальном канале, выделение крови или слизи из заднего прохода, болезненные ощущения в желудке, в заднем проходе. При одном заболевании признаки могут быть сильно выражены, при другом – практически не заметны. Заметив первые симптомы, лучше сразу обратиться к специалисту. Своевременный визит к врачу является первым шагом на пути к выздоровлению.

Определение диагноза проктологического заболевания невозможно без полного и тщательного обследования. Для этой цели широко используются современные методы и техники диагностики, которые проводятся безболезненно и не требуют никаких успокаивающих средств. Кроме традиционного осмотра применяют ректальную пальпацию, ректороманоскопию, аноскопию, колоноскопию, аускультацию. При диагностике врач обследует у больного не только ту область, которая беспокоит пациента, но и все состояние толстой кишки.

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧ СТАВИТ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

К болезням толстой кишки относят:

- запор
- дисбактериоз
- ректоцеле
- выпадение прямой кишки
- дивертикулез
- синдром раздраженного кишечника
- колит
- болезнь Крона
- рак толстой кишки.

Заболевания перианальной зоны и анального канала:

- геморрой
- анальная трещина
- криптит
- анальные сосочки
- папиллит
- парапроктит
- анальный зуд
- недержание кала
- кондиломы
- кокцигодиния
- киста копчикового хода.

При таком разнообразии болезней следует быть крайне внимательным, так как многие симптомы очень похожи друг на друга. Лечение проктологических заболеваний назначается в индивидуальном порядке, учитывая особенности организма и стадию болезни. Оно должно носить комплексный характер. Сочетая назначенные лекарства, диету и здоровый образ жизни, больной может быстро достичь желаемого результата. Каждый должен помнить, что проктологические болезни могут иметь очень серьезные и непоправимые последствия.

ПОСОВЕТУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ПОСЛЕ ИНФАРКТА

ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЧЕЛОВЕКУ ТРЕБУЕТСЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ИЗМЕНЕНИЕ РИТМА ЖИЗНИ. ИМЕННО ПОЭТОМУ ТАКОЕ БОЛЬШОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ РЕАБИЛИТАЦИИ. ОНА НЕОБХОДИМА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ФУНКЦИЙ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ АКТИВНОСТИ, А ТАК ЖЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПОВТОРНОГО СЕРДЕЧНОГО ПРИСТУПА.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:

- **Снижение веса, если имеется избыток массы тела.**
- **Соблюдение диеты.**
- **Физическая активность.**
- **Предупреждение стресса и хронической усталости.**
- **Постоянный контроль артериального давления, уровня глюкозы и холестерина крови.**

А теперь обо всем по порядку.

Физическая активность необходима каждому человеку, и перенесшему инфаркт в том числе. Важно понимать, что у пациента с заболеванием сердца она должна нарастать постепенно. Начинать делать упражнения следует под кон-

тролем врача в стационаре. Человеку, перенесшему инфаркт, предлагается ходить спокойно и медленно в течение 5-10 минут. При этом доктор внимательно следит за давлением и пульсом пациента. Далее такие прогулки постепенно увеличиваются и к полутора месяцам реабилитационного периода достигают уже получаса.

Затем прибавляются различные упражнения, направленные на повышение выносливости сердца и обогащения его кислородом. К ним относятся плавание, езда на велосипеде и ходьба по беговой дорожке.

Что касается диеты, то питание должно быть низкокалорийным и направленным на снижение веса, однако полноценным, чтобы обеспечить восстановление миокарда.

Требуется значительно ограничить потребление соли, жирной пищи и объемов жидкости, часто назначают прием витаминных препаратов.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДИЕТА ИМЕЕТ ТРИ РАЗНЫХ ЭТАПА:

В остром периоде (первая неделя после инфаркта) больной должен кушать 6 раз в день. В его рацион входит нежирная говядина, сухари, отварная курица или рыба, кисломолочные продукты, омлет на пару, каши, овощные протертые супы. Следует полностью отказаться от выпечки, копченостей, твердых сыров, шоколада, кофе и алкоголя.

В подостром периоде (2-3 неделя после инфаркта) разрешаются уже непротертые блюда, но без соли. Питание остается дробным, небольшими порциями 5 раз в день.

В период рубцевания, который начинается с четвертой недели, назначается низкокалорийное питание с ограничением жидкости до 1 литра и соли до 3-5 г в день. Рекомендуется употреблять курагу, изюм и чернослив, так как они насыщают организм калием, необходимым для нормальной работы сердца, а так же морепродукты, богатые йодом.

Очень важна людям, перенесшим инфаркт, и психологическая поддержка. Ведь им непросто вернуться к нормальной жизни. Иногда человеку достаточно участия, заботы и внимания близких и членов семьи. В тяжелых случаях может даже потребоваться помощь психоаналитика.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ АСПЕКТЫ:

Важно, чтобы родственники не относились к пациенту, как к тяжело больному человеку и не ограничивали его физическую активность (разумеется, если она не превышает предельно допустимые для постинфарктного состояния нормы).

Устранение постоянного страха, тревоги и переживаний перед повторным приступом. Если человек не может побороть свои страхи самостоятельно, могут быть назначены специальные успокоительные медикаментозные средства.

Так же важна и социальная реабилитация. Спустя месяц после инфаркта после прохождения специальной комиссии и получения от нее разрешения человек может возвращаться к трудовой деятельности.

Интимная жизнь – важный компонент психологической состоятельности человека. Возврат к ней возможен не ранее 1,5-2 месяцев после острого периода. Врач может рекомендовать прием нитратов за полчаса до интимной близости.

Как правило, при выписке из стационара (или после санаторно-курортного лечения) врач назначает прием различных лекарств. Обязательно уточнить, для чего предназначены все препараты. Возможно ли какая-то замена одного лекарства на другое (такую замену могут предложить в аптеке, но лучше все заранее выяснить у вашего лечащего врача). Вероятно, следует обговорить с врачом, какой эффект следует ожидать от приема лекарств и какие возможны побочные эффекты.

Скорее всего, потребуются контрольные визиты к врачу и проведение клинико-лабораторных исследований. Обязательно уточните заранее, когда вам надо придти на прием и результаты каких исследований потребуются при этом посещении.

Соблюдая несложные рекомендации по образу жизни, регулярно принимая препараты и посещая врача, человек может постепенно вернуться к привычному ритму жизни и максимально снизить риск повторного возникновения инфаркта миокарда.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Аритмии – это группа широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, характеризующихся изменением частоты или регулярности сердцебиений. Аритмии разделяют на тахикардии (учащение сердцебиений), брадикардии (замедление сердцебиений), экстрасистолии (внеочередные сокращения) и блокады сердца (в случае блокады импульс не может пройти через определенные участки сердечной мышцы и сокращения разных отделов сердца происходят не координировано).

ПРИЧИНЫ АРИТМИИ

Сердце – это один из самых удивительных органов в нашем организме. Оно обладает свойством автоматизма – способностью ритмически сокращаться под влиянием импульсов, зарождающихся в нем самом. Это означает, что

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

сердце может существовать относительно автономно и обеспечивать организм кровью даже в случаях возможных повреждений нервной системы. Однако под влиянием различных факторов даже в этой практически совершенной системе могут происходить ошибки и перебои. В основе аритмии лежит изменение условий формирования возбуждения сердечной мышцы или аномалия путей его распространения.

Аритмии могут быть вызваны как функциональными нарушениями, так и тяжелыми органическими поражениями сердца.

СИМПТОМЫ АРИТМИИ

- **ощущение сердцебиения;**
- **слабость, головокружение;**
- **боль или давление в груди;**
- **одышка или частое дыхание;**
- **обмороки и потеря сознания.**

Часто пациенты длительное время не испытывают никаких неудобств, связанных с заболеванием, и поздно обращаются за медицинской помощью.

ЧТО МОЖЕТЕ СДЕЛАТЬ ВЫ

Лечением аритмии должен заниматься квалифицированный врач-кардиолог. Если у вас или у ваших близких возникло подозрение на аритмию, следует незамедлительно обратиться к специалисту. Не занимайтесь самолечением. Важно помнить, что антиаритмические препараты может назначать только врач, поскольку почти у всех препаратов есть, так называемая, проаритмическая активность. То есть сам препарат может вызывать приступы аритмии, даже такие, которых до этого у пациента не было.

ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ ВРАЧ

Врач может заподозрить аритмию уже при аускультации сердца. В таком случае пациенту назначают ЭКГ-исследование. Электрокардиограмма (ЭКГ) – это графическое представление разности потенциалов, возникающей во время работы сердца на поверхности тела, регистрируемой аппаратом под названием электрокардиограф в процессе электрокардиографии. Является одним из основных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.

Для изучения состояния пациента в динамике разработан специальный метод, с помощью которого осуществляется суточная запись ЭКГ – холтеровское мониторирование. Запись ЭКГ проводится непрерывно в течение 24 часов. Для этого используется небольшой носимый регистратор, который производит круглосуточную запись электрокардиограммы и передачу информации о работе сердца за сутки в компьютер. Возможно также проведение ЭКГ с нагрузкой: во время исследования пациенту предлагают крутить педали велоэргометра или бежать по движущейся дорожке. Для того чтобы выявить причину возникшей аритмии, вам могут быть назначены дополнительные методы исследования.

Как правило, для лечения аритмии назначают антиаритмические препараты. В некоторых случаях это позволяет значительно снизить проявления аритмии. В тяжелых случаях может потребоваться установка кардиостимулятора (прибор, предназначенный для поддержания ритма сердца).

ПРОФИЛАКТИКА АРИТМИИ

Профилактикой аритмий является контроль и своевременное лечение хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также регулярные диспансеризации с прохождением ЭКГ-исследования.

Автор статьи Мамыкина Светлана Сергеевна, врач терапевт-кардиолог высшей категории, кандидат медицинских наук

ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСЕН – ПРОБЛЕМА, С КОТОРОЙ ВРЕМЯ ОТ ВРЕМЕНИ СТАЛКИВАЮТСЯ ОКОЛО 80% ЛЮДЕЙ. ПОКРАСНЕНИЯ, ОТЕКИ, БОЛЕЗНЕННЫЕ ОЩУЩЕНИЯ И КРОВОТОЧИВОСТЬ – ЯВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИ ЭТОМ РАЗЛИЧАЮТ РАЗНЫЕ СТЕПЕНИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСЕН.

ЗУБНАЯ БОЛЬ

ВИДЫ ВОСПАЛЕНИЯ ДЕСЕН. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕСЕН

Пародонтоз – простейшее воспаление, которое, согласно существующей классификации ВОЗ, вовсе не считается заболеванием. Пародонтоз возникает как следствие недостаточной нагрузки жевательного аппарата и не требует медикаментозного лечения, а требует дополнительной физической нагрузки на зубы и дёсны. Для того чтобы избежать появления пародонтоза необходимо включать в свой рацион твёрдую пищу, а именно цельные орехи, свежие овощи и фрукты. Это не только будет являться гимнастикой для рта, но и обеспечит организм полезными питательными веществами.

Гингивит – воспаление дёсен средней тяжести, сопровождаемое их кровоточивостью, отёчностью, лёгкой ранимостью и неприятным запахом изо рта. Воспалительный процесс при гингивите затрагивает десну, и ткань, которая окружает зубы. По сути, это начальная стадия более страшного и порой неизлечимого заболевания – пародонтита.

Пародонтит – это стремительно прогрессирующее воспаление, которое распространяется на дёсны, зубную ткань и кость. Запущенный пародонтит может стать необратимым и привести к расшатыванию и дальнейшей потере зубов.

ПОЧЕМУ ВОСПАЛЯЮТСЯ ДЕСНЫ

Главная причина возникновения воспалительного процесса десен – это бактерии, которые вследствие недостаточной или неправильной гигиены полости рта, скапливаются на зубах в виде налета, а в дальнейшем преобразуются в зубной камень.

Спровоцировать воспаление десен даже при надлежащем уходе могут и другие часто встречающиеся факторы:

- **наследственность;**
- **курение;**
- **дефицит витаминов и минералов в организме;**
- **некачественные пломбы и зубные коронки;**
- **заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта;**
- **сахарный диабет;**
- **инфекции;**
- **гормональные изменения;**
- **применение некоторых видов лекарственных препаратов, включая капли для носа и антидепрессанты.**

Кроме того, к потенциальной группе риска относятся женщины, у которых воспаление десен может произойти на фоне менструального цикла, когда десны становятся немного отечными и рыхлыми, или на фоне применения противозачаточных средств. Во время беременности, особенно в двух последних триместрах, также появляются отечность и кровоточивость десен. В подобной ситуации следует быть особо внимательной, так как прогрессирующее воспаление может стать причиной преждевременных родов и рождения ребенка с дефицитом массы тела.

Обнаружив у себя первичные симптомы воспаления десен, следует незамедлительно обратиться к стоматологу, который назначит полноценное лечение. Своевременное лечение позволит в короткий срок избавиться от неприятных ощущений и возникшего дискомфорта.

Как правило, лечение воспалительного процесса включает в себя комплекс мероприятий, подразумевающих инструментальное удаление зубного налета и камня, снятие самого воспаления, ликвидацию других первопричин заболевания и обязательное определение профилактических мер во избежание рецидива.

Первые же признаки воспаления десен проходят, если начать правильно и тщательно чистить зубы, а также взять за правило регулярное использование зубной нити.

До обращения к врачу в качестве предварительного лечения можно использовать зубную пасту с большим содержанием фтора «Сенсодин», гель для чувствительных десен «Пародиум», раствор «Полиминерол» или масляный экстракт «Витаон».

Болезненность помогут снять знакомые всем обезболивающие средства: парацетамол, темпалгин или анальгин. Обезболить и снять первичное воспаление, можно также приняв аспирин, Панадол или Эфферал ган. Одновременно следует полоскать рот фурацилином, мирамистином, хлоргексидином или раствором марганцовки.

И даже если вы считаете, что у вас нет проблем с зубами и деснами, обязательно в целях профилактики раз в полгода посещайте стоматолога.

Автор статьи Рак Вячеслав Андреевич,
врач стоматолог

ЗАЩИТИТЕ своего малыша от пневмококковой инфекции

ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ – КОМПЛЕКС ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ БАКТЕРИЕЙ ПНЕВМОКОККОМ (ЛАТ. STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE). ЭТО ПНЕВМОКОККОВАЯ ПНЕВМОНИЯ (до 70% от всех пневмоний), ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ (около 25% от всех отитов), ГНОЙНЫЙ ПНЕВМОКОККОВЫЙ МЕНИНГИТ (5-15% всех бактериальных менингитов), ЭНДОКАРДИТЫ (около 3%), ПЛЕВРИТЫ, АРТРИТЫ. ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДРУГИХ ИНФЕКЦИЙ. НАПРИМЕР, ПНЕВМОКОККОВАЯ ПНЕВМОНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГРИППА ИЛИ КОРИ, ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА (ОТИТ) У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ИЛИ НА ФОНЕ ЛЮБОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.

У детей самыми частыми клиническими формами пневмококковой инфекции являются острый средний отит (до 60%), синуситы (до 45%) и пневмония (до 65-80% случаев). Пневмококковые менингиты составляют 5-26% всех гнойных бактериальных менингитов у детей. Более 40% смертей детей в возрасте до 6 мес. вызвано пневмококковыми инфекциями. Пневмококки занимают первое место в этиологии внебольничных (65%) и госпитальных пневмоний (88%), причем в 5-20% случаев пневмонии осложняются развитием сепсиса.

Среди детей младше 5 лет пневмония убивает больше детей, чем любое другое заболевание (больше чем СПИД, малярия и корь вместе взятые). Гнойные менингиты Streptococcus pneumoniae относятся к наиболее прогностически неблагоприятным. По данным НИИ

Эпидемиологии смертность при пневмококковом менингите составляет 25-30%, до 60% – инвалидизация.

Возбудитель пневмококковой инфекции – пневмококк, микроб под названием Streptococcus pneumoniae, который является одним из главных возбудителей бактериальной инфекции в детском возрасте. Пневмококк является обычным представителем нормальной микрофлоры слизистой оболочки верхних дыхательных путей человека. Резервуаром и источником возбудителя пневмококковой инфекции является инфицированный человек (больные любой клинической формы и, в первую очередь, здоровые носители). Спектр клинических форм заболевания очень широк, но преобладают заболевания верхних и нижних дыхательных путей.

Уровень носительства Streptococcus pneumoniae, в человеческой популяции в целом варьируется в зависимости от эпидемических условий от 10% до 80%, а у детей – от 20% до 50%, но в условиях скученности и формирования новых детских коллективов может достигать 80%. Высок уровень носительства в детских садах (до 70%), интернатах (до 86%).

Дети первых лет жизни являются основными источниками пневмококковой инфекции, заражая окружающих взрослых. Так, при обычной частоте носительства у взрослых в 5-7%, среди проживающих с детьми она может достигать 30%. В норме носителями одного или нескольких типов пневмококков являются от 5 до 70 % людей.

В возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет отмечается наиболее высокая заболеваемость инфекциями, вызванными пневмококком. Болезни уха и сосцевидного отростка (до 68% пневмококковой этиологии) среди детского населения являются наиболее частой причиной амбулаторных посещений врачей-педиатров и назначений антибактериального лечения.

Новорожденные дети получают от матери антитела ко многим типам пневмококка. Однако по мере снижения уровней антител пневмококковая заболеваемость повышается, взрывоподобно – со 2–го полугодия жизни. В дальнейшем до 3–летнего возраста уровень антител к Str. pneumoniae остается низким, достигая уровня взрослых только в школьном возрасте. Это делает группу детей раннего возраста особо восприимчивой к пневмококковой инфекции.

РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ПОВЫШЕН ЕСЛИ ЭТО:

- **дети в возрасте младше 2-х лет**
- **недоношенные дети**
- **дети с хроническими заболеваниями**
- **дети на искусственном вскармливании**
- **дети из семей, где проживает больше одного ребенка**
- **дети, посещающие организованные коллективы – ясли, детские сады.**

Пневмококковая инфекция распространяется преимущественно воздушно-капельным путем, при кашле или чихании, а также при контакте с предметами (контактный путь), которые соприкасались со слюной (ложки, чашки, игрушки и т. д.). Источником инфекции может быть человек без всяких клинических проявлений. Опасность заболеть существует круглогодично. Чаще всего это случается зимой или ранней весной. Когда возбудитель попадает в лёгкие, он может вызвать пневмонию. Он также может проникать в кровеносное русло и вызывать бактериемию, попадая в ткани, окружающие головной или спинной мозг, вызывает гнойный менингит.

Причинами столь высокой этиологической значимости пневмококковых заболеваний у детей является распространенность носительства данного возбудителя в носоглотке.

Во время эпидемий гриппа, вторичная бактериальная пневмония, вызванная пневмококком (Str. pneumoniae), является основным этиологическим фактором, вызывающим ухудшение состояния больного вплоть до необратимых исходов. Так, в 2009 году в США среди всех летальных случаев гриппа у детей 50% было вызвано именно пневмококком.

ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Профилактика направлена на снижение заболеваемости пневмококковой инфекцией, предупреждение заболевания, снижение показателей инвалидности и смертности среди детей раннего возраста и взрослых.

Неспецифическая профилактика сводится к соблюдению правил личной гигиены и здорового образа жизни.

Большую часть пневмококковых заболеваний можно предупредить с помощью вакцинопрофилактики. Специфическая вакцинопрофилактика является наиболее доступным и экономичным способом влияния на заболеваемость пневмококковой инфекцией.

В первую очередь в вакцинации нуждаются дети из группы высокого риска пневмококковых инфекций. К ним относятся дети:

- недоношенные;
- имеющие врождённые пороки развития (пороки сердца, бронхо-лёгочной системы);
- перенесшие реанимационные мероприятия;
- проживающие в закрытых коллективах (дома ребёнка, интернаты);
- имеющие иммунодефицитные состояния (включая ВИЧ – инфекцию);
- на искусственном вскармливании;
- посещающие дошкольные учреждения;
- проживающие в неблагоприятных социально-бытовых условиях
- имеющие хронические заболевания (гематологические, почек, печени сердечно-сосудистой, бронхо-лёгочной систем, сахарный диабет, неврологическая патология (с нарушением ликвородинамики);
- контактные по туберкулёзу;
- оперативные вмешательства на органе слуха (пациенты с кохлеарным трансплантатом);
- имеющие пересаженные органы или костный мозг;
- с удаленной или нефункционирующей селезенкой.

В настоящее время для предупреждения заболеваний, вызванных пневмококком, в мире существуют вакцины двух типов – 23–валентная пневмококковая полисахаридная вакцина и 7–валентная пневмококковая конъюгированная вакцина (PCV–7). Полисахаридная вакцина применяется уже в течение 20 лет и главным образом предназначена для детей старшего возраста и взрослых, имеющих высокий риск заболевания пневмококковой инфекцией. Однако основным недостатком полисахаридной вакцины является ее низкая эффективность среди младенцев до 2–х лет, так как Т–независимые полисахаридные антигены трудно распознаваемы незрелой иммунной системой новорожденных и грудных детей.

Вакцина конъюгированная 7-валентная «Превенар» разработана для детей раннего возраста с 2-х месяцев до 5 лет. Выпускается в виде готовой к использованию суспензии в шприцах, содержащих 1 дозу вакцины. «Превенар» показан всем детям с 2-х мес. до 2-х лет, а так же детям с 2-х до 5 лет, часто и длительно болеющим, имеющим хроническую патологию, врождённые аномалии развития, иммунодефицитные состояния.

СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ВАКЦИНОЙ «ПРЕВЕНАР» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА МАЛЫША

Если вашему малышу от 2-х до 6 месяцев:
Трехкратная вакцинация с интервалом между дозами не менее месяца, первая доза обычно вводится в возрасте 2-х месяцев. Четвертую дозу (ревакцинация) рекомендуется вводить на втором году жизни, оптимально – в 12-15 месяцев.

От 7 до 11 месяцев:
Двукратная вакцинация с интервалом не менее месяца между введениями. Третья доза (т.е. ревакцинация) рекомендуется на втором году жизни.

От 12 до 23 месяцев:
Двукратная вакцинация с интервалом между введениями не менее 2-х месяцев.

От 2-х до 5 лет:
Однократная вакцинация.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

У детей первого года жизни, начиная с 2-х месячного возраста, при использовании различных схем вакцинации доказано формирование защитного иммунного ответа после серий первичной вакцинации (из 3 доз) и вторичного иммунного ответа на последнюю дозу, т.е. при ревакцинации. После введения трех доз при первичной вакцинации и последующей ревакцинации отмечен значительный подъем уровня антител.

У детей в возрасте от 2 до 5 лет выраженное образование антител наблюдается после однократного введения. Иммунологическая память после применения пневмококковой конъюгированной вакцины у детей в возрасте до 6 мес. со временем не снижается.

Проведение иммунопрофилактики пневмококковой инфекции детям с 2-х мес. позволит эффективно защитить вашего ребёнка от пневмококкового менингита, пневмонии, отита, сепсиса.

В группе повышенного риска также находятся родители и пожилые члены семьи, которые часто контактируют с ребенком-носителем пневмококков, которым также показана вакцинация «Пневмо 23».

Большинству детей, начиная с 2-х летнего возраста, вакцинация от пневмококковой инфекции вакциной «ПНЕВМО 23» требуется только один раз. Повторную вакцинацию проводят у лиц с удаленной селезенкой, онкогематологическими заболеваниями, хронической почечной недостаточностью, нефротическим синдромом, ВИЧ-инфекцией. Применение вакцины среди этих групп населения позволит снизить заболеваемость и смертность по причине пневмококковой инфекции.

Автор статьи Королева
Марина Анатольевна,
эпидемиолог

Вакцина 23-валентная полисахаридная «Пневмо 23» рекомендована для детей с 2-х летнего возраста и взрослых. Вакцина представляет собой бесцветную жидкость в шприцах, содержащих одну дозу вакцины. «Пневмо 23» предназначена детям группы риска, в которую входят и здоровые дети, посещающие детские дошкольные учреждения, школы.

Коже нужна не

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ: ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ЕЕ РАЗДРАЖЕНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА (ТО ЕСТЬ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ) КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.

КАКИМИ СПОСОБАМИ МОЖНО ДОСТИЧЬ ЭТОЙ ЦЕЛИ?

- необходимо исключить применение раздражающих и аллергизирующих веществ;
- устранить механические факторы (трение);
- предотвратить контакт кожи с калом, мочой;
- уменьшить воздействие физических факторов (влаги) на кожу ребенка.

Для очищения кожи новорожденного и ребенка раннего возраста используют воду, специальные сорта детского мыла (pH-нейтрального), а также моющие средства, лишенные щелочных компонентов. Нельзя применять для обработки кожи здорового ребенка грудного возраста различные косметические средства, содержащие антибиотики. Это может привести к нарушению микробиоценоза кожных покровов, а также способствовать развитию грибковой инфекции. С целью профилактики пеленочного дерматита, инфекции, мацерации кожи под воздействием фекалий и мочи, кожу после тщательного очищения необходимо припудрить, смазать маслом, специальным кремом или мазью.

Все средства должны наноситься на кожу в умеренном количестве с обязательной оценкой эффективности их действия. Дело в том, что часть детей плохо переносит любые косметические средства. В таких случаях хорошо помогают воздушные ванны в области гениталий в течение 10-15 минут несколько раз в день.

Необходимо устранить возможность значительного обезжиривания и обезвоживания кожи, которые могут наблюдаться после применения частых ванн, мыла, пены, растительных добавок у детей, предрасположенных к заболеваниям кожи, особенно таким, как себорейный или атопический дерматит. При этом кожа детей становится сухой, в роговом слое появляются трещины, усиливаются реакции раздражения, в виде покраснения, мелкоотрубевидного шелушения. В таких случаях могут применяться водные и масляные эмульсии, детское косметическое молочко.

Нельзя одновременно на одних и тех же участках тела использовать присыпку и крем (мазь). Это может привести к мацерации кожи. Для предотвращения раздражения и повреждения эпидермиса, сохранения нормального биоценоза кожи рекомендуют специальные средства ухода для детей: мыло детское, pH-нейтральное, присыпка, масла, косметическое молочко, крем, мази, влажные салфетки.

ежность

Из представленного разнообразия средств ухода за кожей нужно выбрать несколько средств, которые подойдут для вашего ребенка, и пользоваться ими. Не нужно постоянно менять средства ухода. У каждого ребенка может быть индивидуальная непереносимость каких-либо компонентов крема или мази.

Кожа ребенка первых месяцев жизни очень нежна, легко ранима. Она выполняет барьерную роль и препятствует проникновению инфекции внутрь. Только неповрежденная кожа в состоянии справиться с этой задачей.

Для профилактики пеленочного дерматита после тщательного очищения кожу необходимо припудрить, смазать кремом, мазью. Другим способом профилактики пеленочного дерматита является применение одноразовых адсорбирующих подгузников с гелевым компонентом. Подгузники впитывают влагу, концентрируют каловые массы, уменьшают повреждающее действие энзимов, которые содержатся в выделениях ребенка. По сравнению с марлевыми подгузниками, изготовленными из хлопка, подгузники, содержащие гель, достоверно чаще предупреждают раздражение и опрелость кожных покровов в области ягодиц и промежности.

Раздражающие кожу факторы можно устранить путем уменьшения повышенной кислотности фекалий, являющейся следствием диеты с избыточным содержанием белка. Уменьшение количества белка в пище ребенка до возрастной нормы, временная отмена кислых соков, кисломолочных смесей (например, кефира) снижает кислотность выделений ребенка, предупреждая развитие пеленочного дерматита.

Одними из проявлений нарушений ухода за кожей младенцев являются потница, потертость и опрелость.

Потница – мелкоточечная сыпь, локализующаяся наиболее часто в области естественных складок на коже туловища и конечностей. При возникновении потницы необходимо ребенка чаще купать, проводить воздушные ванны. Нередко «упорная» потница может быть одним из начальных проявлений рахита.

Потертость – ограниченное покраснение кожи с мокнутием или без него, локализующееся в местах контакта кожи с одеждой или пеленками, чаще на внутренней поверхности лодыжек или шее.

Потница, потертость и опрелость могут способствовать развитию инфекционных поражений кожи различной этиологии. Основное средство борьбы с этими нежелательными явлениями – это их профилактика, то есть правильный уход за кожей с использованием специальных мазей и кремов, создающих защитный барьер от проникновения инфекции.

КАК УХАЖИВАТЬ ЗА КОЖЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ РЕБЕНКА?

Область промежности ребенка находится в постоянном контакте с влагой и требует постоянного ухода. Очень важно регулярно удалять с кожи продукты жизнедеятельности организма в виде мочи и кала. Подмывать ребенка необхо-

димо регулярно водой, после каждой дефекации, тщательно промывая многочисленные складки и ягодицы. Необходимо не вытирать, а промокать нежную кожу ребенка мягким полотенцем. Девочку подмывают спереди назад водой без мыла.

Регулярное очищение кожи промежности (области вокруг анального отверстия и гениталий) поможет предупредить развитие пеленочного дерматита. Можно использовать специальные салфетки, с помощью которых можно удалить все загрязнения. Такие салфетки особенно удобны в дороге, когда нет условий для туалета ребенка.

Для купания ребенка необходимо приобрести специальную пластмассовую детскую ванну. К ней может продаваться специальная подставка для купания малыша, которая поможет поддерживать его во время купания.

КАК ЧАСТО МОЖНО КУПАТЬ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА?

Детей до 6 месяцев обычно ежедневно купают, старше 6 месяцев можно купать через день. В жаркое время года ребенка вне зависимости от возраста нужно купать ежедневно. Для купания малыша обычно используют pH-нейтральное мыло, которое применяют 1-2 раза в неделю. В конце купания ребенка нужно облить водой, температура которой на 1-2 градуса ниже, чем вода в ванне.

НЕСКОЛЬКО СОВЕТОВ ПО КУПАНИЮ МАЛЫША:

- **купать ребенка нужно в обычной воде, температура которой 36-37° С;**
- **температура в комнате во время купания должна быть не менее 21°С;**
- **перед купанием ребенка рекомендуется на несколько минут выкладывать голеньким на живот;**
- **перед купанием нужно подмыть малыша (девочку следует подмывать по направлению от половых органов к анальному отверстию);**
- **пребывание ребенка в воде должно быть 5-10 минут; волосистую часть головы ребенка следует мыть шампунем не чаще 2-х раз в неделю;**
- **купание тела ребенка с мылом должно быть не чаще 2-х раз в неделю;**
- **лицо следует мыть отдельно, чистой водой;**
- **после купания кожу ребенка следует не вытирать, а промокать мягким теплым полотенцем;**
- **после купания сухую кожу малыша следует обработать, применяя различные средства ухода.**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРОК

Кроме купания ребенку ежедневно должен проводиться туалет носа и глаз. Глаза нужно промывать от наружного края глаза ко внутреннему ватным тампоном, смоченным в кипяченой воде. Туалет носа выполняют с помощью специальных палочек, заканчивающихся ватным шариком. Левую руку кладут на лоб ребенка и таким образом фиксируют голову, а правой рукой аккуратно вкручивают палочку в каждый носовой ход поочередно.

Если вы не имеете специальных палочек для туалета носа, можно сделать самостоятельно жгутик из ваты и с его помощью проделать вышеуказанную манипуляцию. Даже если вам не удается качественно прочистить нос, вы вызовете этой манипуляцией у ребенка чихание, с помощью которого малыш сам очистит нос.

Слуховой проход малыша не чистят, обрабатывают лишь ушные раковины. Купание в травах или с использованием каких-либо других средств должно быть рекомендовано только врачом. Ногти удобнее подстричь во время сна, делать это нужно маленькими ножницами, обработанными предварительно спиртом. На ручках ногти стригут закругленно, на ножках ровно. Не нужно стричь ногти очень коротко, до самой кожи. Если вы подрезали ноготь очень коротко, лучше обработать его 1%-ным раствором бриллиантовой зелени с профилактической целью, так как в области околоногтевого ложа может развиться воспаление.

КАКИЕ ДЕТИ РАСПОЛОЖЕНЫ К РАЗВИТИЮ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА?

Чаще всего пеленочный дерматит развивается у детей в возрасте от 6 до 12 месяцев, однако возможно и более раннее его развитие (например, с 3-х месячного возраста). Девочки значительно чаще страдают пеленочным дерматитом. Нередко развитию заболевания способствует появление жидкого стула у ребенка. Пеленочный дерматит значительно чаще встречается у детей, страдающих атопическим или себорейным дерматитом. У детей, находящихся на грудном вскармливании, пеленочный дерматит также явление более редкое, чем у детей, получающих искусственные смеси. Это связано с более низкой ферментативной активностью кала при естественном вскармливании.

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА?

Пеленочный дерматит является следствием раздражения кожи в результате воздействия на кожу механических, физических, химических, микробных факторов. Грибы рода Candida считают основным «виновником» осложненного пеленочного дерматита. Клиническая картина кандидозного поражения хорошо очерчена: появляется яркая эритема кожи с четкими границами, которая располагается в области паховых складок, ягодиц, бедер, живота и наружных половых органов.

Первичные проявления в виде папул или везикул быстро распространяются, образуя обширные области поражения с возможным изъязвлением кожи. Нередко по краям пораженных участков образуются везикулы и пустулы, появление которых свидетельствует о возможном вирусном или бактериальном повреждении кожи. Часто у детей с выраженными проявлениями осложненного течения пеленочного дерматита наблюдается нарушение мочеиспускания (болезненное, учащенное) с развитием инфекции мочевой системы. Нередко дети проявляют беспокойство при дефекации. Как правило, устранение инфекции не сопровождается полным выздоровлением, излечением от пеленочного дерматита, так как кандидоз кожи при этом не единственная причина дерматита.

Возможно **сочетание пеленочного дерматита с ИМПЕТИГО** (гнойничковым поражением кожи). Чаще всего имеет место появление буллезных элементов на коже стафилококковой этиологии. Нередко после вскрытия булл образуются поверхностные язвы.

Сочетание пеленочного дерматита и ФОЛЛИКУЛИТА (инфицированной потницы). Это заболевание рассматривают как осложнение потницы на участках кожных покровов, соприкасающихся с подгузниками. При перегревании в этих местах появляются папулы и пустулы. Причиной инфицирования является микроб стафилоккок.

КАКОВА КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА?

У больных пеленочным дерматитом появляются инфильтраты в области кожных складок и ягодиц, эрозии, язвы, папулы, мокнутие. Различают первичный и вторичный пеленочный дерматит. В свою очередь, первичный пеленочный дерматит делят на:

- **неосложненный**, который является следствием неправильного ухода, конституциональных особенностей кожи ребенка (экссудативно-катаральный тип конституции), а также обменных процессов (аммиачное раздражение);
- **осложненный**, развивающийся вследствие присоединения грибковой инфекции (кандидоз), бактериальной инфекции (стафилококковой, стрептококковой, грамотрицательной этиологии), вирусной инфекции (чаще герпетической), аллергического или токсического поражения кожи.

Вторичный пеленочный дерматит наблюдается у больных с заболеваниями кожи.

Сочетание пеленочного и атопического дерматита. При этом атопия способствует развитию пеленочного дерматита. Каковы отличительные особенности атопического дерматита?

- отягощенная наследственность по атопическим заболеваниям (атопический дерматит, бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз и др.);
- типичная локализация, характерная для атопического дерматита (кожа щек, лба, сгибательной поверхности рук и ног). Поражение области промежности нехарактерно для атопического дерматита;
- последовательное появление элементов (папула, везикула, экзематозное поражение кожи, корочки, лихенизация и др.);
- нередко при атопическом дерматите имеет место одновременное поражение других органов (респираторного, желудочно-кишечного тракта и др.);
- лабораторные показатели (повышение уровня эозинофилов в крови, высокий уровень иммуноглобулина класса Е и специфических антител пищевого, грибкового, бактериального, бытового и др. спектров).

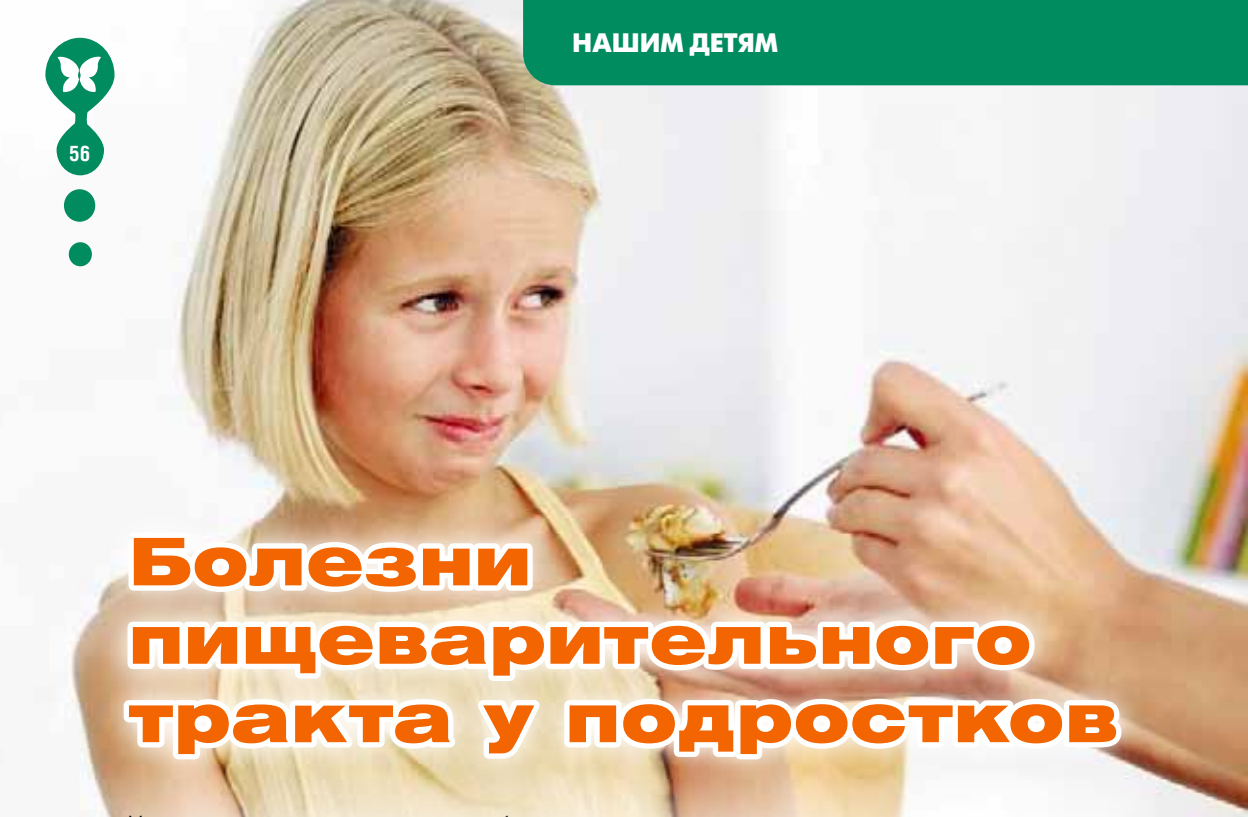
При сочетании пеленочного и атопического дерматитов улучшение состояния наблюдается только в результате комплексной терапии. Особое значение приобретает правильный уход за кожей. Для предупреждения пеленочного дерматита кожу детей с атопическим дерматитом можно периодически обрабатывать цинковой пастой, жирная фракция которой содержит вазелин. В качестве порошкового компонента паста содержит окись цинка и пшеничный крахмал. Предпочтительнее использование мягких препаратов, не содержащих потенциальных аллергенов, специальных мазей и кремов, разработанных для ухода за кожей малышей.

Сочетание пеленочного и себорейного дерматитов. Себорейное повреждение кожи локализуется на волосистой части головы (гнейс), за ушами, на лбу, щечках ребенка. Возможно появление элементов себореи на внутренней поверхности бедер, ягодиц. Себорейному дерматиту свойственно появление покраснения кожи, выраженной сухости, папул с отрубевидным шелушением, местами сливающихся бляшек, сальных корочек. Нередко себорейный дерматит сочетается с кандидозной и грибковой инфекцией, возможно сочетание с атопическим дерматитом. В результате сочетанного поражения кожи может образовываться обширная мокнущая поверхность с развитием пеленочного дерматита. В таких случаях необходимо комплексное лечение с учетом всех возможных факторов. В этих случаях необходимо проконсультироваться со своим лечащим педиатром, чтобы он назначил правильное лечение.

Мамам следует обратить внимание, что лечение осложненного пеленочного дерматита, как правило, достаточно сложное и требует комплексного подхода, поэтому если вы обнаружили у своего малыша данные симптомы вам надо обязательно обратиться за помощью к врачу.

Автор статьи Сенотрусова
Анна Сергеевна, врач-педиатр

Владельцам золотых и платиновых карт предоставляется скидка 10% на услуги Центра молекулярной диагностики



Болезни пищеварительного тракта у подростков

У подростков выявляются такие же заболевания желудочно-кишечного тракта, как у взрослых.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Истинная причина хронической язвы желудка не вполне изучена. Установлено, что язве способствуют повышенная кислотность конфликтные ситуации – стрессы, неправильное питание, длительные перерывы между приемами пищи, употребление алкоголя и курение.

Признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки похожи, но есть и различия. Для язвы двенадцатиперстной кишки характерны «голодные боли» – ночные или через 2-3 часа после еды. При язве желудка чаще бывает кровотечение (кровь попадает в пищеварительный тракт). У больных, перенесших язву двенадцатиперстной кишки в раннем возрасте, нередко развивается сужение ее просвета, что затрудняет передвижение пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Это состояние, как и кровотечение, требует хирургического лечения.

Лечение язвенной болезни включает средства, способствующие заживлению язвы в острой фазе (ранитидин, тагамет, денол), препараты, снижающие кислотность (альмагель), успокаивающие средства и диету. Диета – главный компонент лечения, направленный на уменьшение выделения желудочного сока. Исключаются острые приправы и соусы, горох, фасоль (вызывает вздутие), трудно перевариваемые продукты. Питание должно быть частым (ранний завтрак и поздний ужин), чтобы использовался желудочный сок.

ЯЗВЕННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА

Причиной принято считать «чрезмерную» защитную реакцию слизистой оболочки кишечника. Это грозное и тяжелое заболевание проявляется затяжными кровавыми поносами. Диагностика требует визуального исследования (ректороманоскопия, колоноскопия и т. д.).

Лечение длительное и сложное, должно проводиться гастроэнтерологом.

ПСИХОГЕННОЕ ОТВРАЩЕНИЕ К ПИЩЕ

Психогенное отвращение к пище (нервная анорексия) – полное отсутствие аппетита, приводящее к истощению. Заболевание возникает в основном у девочек в период полового созревания. Типичные обстоятельства: использование таблеток, снижающих массу тела, и вследствие этого исхудание, конфликты с родителями, между родителями, в школе или чувство собственной неполноценности.

Лечение требует комплексного подхода с участием родителей, психиатра, детского гастроэнтеролога. Желательно проводить его в стационаре.

ЭФФЕКТ БАРНУМА или САМ СЕБЕ АСТРОЛОГ

«ЕСЛИ ЛЮДИ ОПРЕДЕЛЯЮТ СИТУАЦИИ КАК РЕАЛЬНЫЕ, ТО ОНИ РЕАЛЬНЫ ПО СВОИМ ПОСЛЕДСТВИЯМ».

Уильям Томас

Почему многие из нас читают или слушают гороскопы? Да еще и верят этим предсказаниям и действуют в соответствии с ними?

Ответ на этот вопрос состоит в следующем: люди верят в астрологические предсказания и гороскопы, потому что они, как это не парадоксально, верны. Здесь работает известное психологам явление, названное эффектом Барнума: человек склонен принимать на свой счет утверждения, если ему говорят, что они получены в результате изучения каких-то факторов. Видимо, это связано с глубоким интересом, который каждый из нас испытывает к собственной личности и, конечно, к своей судьбе. Эффект Барнума исследуется психологами вот уже около сорока лет.

Эффект Барнума срабатывает на положительных утверждениях. Ему одинаково подвержены и мужчины, и женщины. А вот престиж и известность астролога влияют мало. Поэтому, почему бы не стать самому себе астрологом?

Инструкция для составления своего идеального гороскопа на 2012-ый год: в январе месяце составьте из предложенных в газетах, журналах или Интернете гороскопах вашего знака зодиака предсказание на год для себя. И обязательно выбирайте позитивные события!

Ведь, вы же хотите, чтобы ваша жизнь стала лучше, а желания исполнились? В гороскопе должны быть отражены ваши желания, ваши мечты и цели. Затем распечатайте этот гороскоп (лучше на очень красивом бумажном листе). И повесьте в комнате на стену, так, чтобы как можно чаще он попадался вам на глаза. И еще: в течение года несколько раз в месяц прочитывайте его полностью и вслух.

И все то хорошее, что вы написали для себя в этом гороскопе обязательно сбудется. А это уже немало!

С наилучшими пожеланиями
самого главного – психологического
здоровья, врач-психотерапевт
Скибо Елена Петровна

Деформирующий

ОСТЕОАРТРОЗ (ОСТЕОАРТРИТ) – ЭТО ХРОНИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЮТСЯ КРУПНЫЕ СУСТАВЫ, СУСТАВЫ КИСТЕЙ РУК, СТОП. В ОСНОВЕ ЛЕЖИТ РАЗРУШЕНИЕ СУСТАВНОГО ХРЯЩА. ЖЕНЩИНЫ БОЛЕЮТ ОСТЕОАРТРОЗОМ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ. ОСТЕОАРТРОЗ – САМОЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СУСТАВОВ, КОТОРЫМ СТРАДАЕТ ОТ 13% ДО 20% НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА. ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЧТО К 2020 Г. ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ, УВЕЛИЧИТСЯ ДО 57%. НЕ СТОИТ ЗАБЛУЖДАТЬСЯ, ЧТО ОСТЕОАРТРОЗ ОТНОСИТСЯ К «БОЛЕЗНЯМ СТАРОСТИ». ПРИЗНАКИ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В 30-40 ЛЕТ И ДАЖЕ В 20 ЛЕТ.

При остеоартрозе происходит истончение и размягчение суставного хряща, появляются трещины и фрагментация хрящевой ткани. Поражаются, главным образом, наиболее нагруженные суставы нижних конечностей – тазобедренные, коленные, первый плюснефаланговый сустав на стопах. При множественном поражении суставов наблюдается полиостеоартроз.

Пациентов беспокоят боли в суставах при длительной ходьбе, при спуске по лестнице, «стартовые боли», скованность в суставах, «заклинивание» сустава, крепитация в пораженных суставах (хруст), может быть увеличение сустава в объеме. Если у вас имеются подобные проявления заболевания, необходимо обратиться за консультацией к ревматологу.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА:

- **наследственность (генетическая предрасположенность)**
- **возраст (старше 40 лет)**
- **ожирение (избыточный вес увеличивает риск развития заболевания в 2 раза)**
- **повышенная нагрузка на суставы (строители, парикмахеры, продавцы, фермеры, повара и др.)**
- **дефекты развития (плоскостопие, сколиоз и кифоз позвоночника, искривление нижних конечностей и др.)**
- **синдром гипермобильности (чрезмерная подвижность в суставах)**
- **варикозная болезнь вен нижних конечностей**
- **профессиональное занятие спортом (футбол, гимнастика, штанга, большой теннис и др.)**
- **травма сустава**
- **операции на суставах**
- **сахарный диабет**
- **подагра**
- **курение (способствует разрушению хряща)**
- **воспалительные заболевания суставов.**

Диагноз деформирующий остеоартроз устанавливается врачом после осмотра и обследования пациента (анализы, УЗИ суставов, рентгенография суставов, при необходимости – магнитноядерное исследование суставов).

остеоартроз

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Лечение должно начинаться на ранних стадиях остеоартроза и быть комплексным: устранение факторов риска, если это возможно; медикаментозное лечение; разгрузка пораженных суставов; физиолечение; ЛФК, санаторно-курортное лечение.

1. Разгрузка пораженных суставов.

Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах (статическая нагрузка), ношение тяжестей, частые подъемы по лестнице (необходимо пользоваться лифтом). Ходьба должна чередоваться с отдыхом 5-10 минут. При необходимости требуется смена профессии. В период обострения пользоваться тростью или костылями.

2. Нормализация массы тела.

3. Медикаментозное лечение

Назначается лечащим врачом (противовоспалительные препараты, хондропротекторы – «защитники хряща», миорелаксанты, препараты улучшающие кровообращение (мази, гели, компрессы).

4. Лечебная физкультура.

Гимнастика для суставов проводится по облегченной методике, в положении сидя, лежа или в бассейне. Комплекс упражнений должен показать инструктор по ЛФК. Продолжительность ЛФК 15-20 минут.

5. Физиотерапия.

Ультразвук, лазер, фонофорез, криотерапия, магнитотерапия.

6. Массаж, иглорефлексотерапия.

7. Санаторно-курортное лечение.

Нилова Пустынь, Белокуриха, Бердянск, Нальчик, Одесса, Пятигорск, Саки, Светлогорск, Арчман, Балдоне, Сочи, Цхалтубо, Хмельники, Горячинск, Джалал-Абад, Мертвое море, озеро Эльтон.

Автор статьи Карлова Ольга Германовна, врач терапевт-ревматолог,
кандидат медицинских наук

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И ЕЁ ВОЗМОЖНОСТИ

Наш непростой век полон значительными психо-эмоциональными нагрузками. При затяжном течении стресса могут возникать такие заболевания как: невроз со снижением работоспособности, бессонницей; гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, атеросклероз, вазомоторный ринит, ожирение и др.

Одним из эффективных методов лечения функциональных расстройств нервной системы и психо-соматических заболеваний является древнейший, испытанный на протяжении многих веков и не потерявший актуальности в современной медицине – метод рефлексотерапии. Это воздействие на активные точки поверхности тела и уха посредством иглоукалывания, вибрации, тепла, электрических импульсов (электропунктура). Причем использование электрического тока для воздействия на биологически активные точки позволяет довольно быстро снять, например, головную боль, снизить болевой синдром при болях в позвоночнике, понизить артериальное давление и т. д. Воздействие цветом и низкочастотным импульсным током на точки акупунктуры широко применяется в детской практике. «Волшебные» точки уха мы широко используем для лечения избыточного веса, снятия табакозависимости и других болезненных состояний.

В целом, иглорефлексотерапия оказывает успокаивающее и тонизирующее действие, улучшает и стабилизирует настроение, повышает работоспособность, нормализует сон, повышает адаптационные возможности организма. Кроме лечебного эффекта, рефлексотерапия может использоваться и с профилактической целью. Аппаратные методы рефлексотерапии позволяют повысить сопротивляемость организма в период эпидемии гриппа, ОРВИ, так называемая – «электронная прививка».

Биологически активные точки могут использоваться и с диагностической целью. С помощью компьютерной программы мы проводим аурикулярную диагностику по точкам ушной раковины. Еще древние врачеватели по строению, цвету и тургору кожи уха судили о здоровье человека. Этот метод позволяет выявить нарушения функций органов еще до появления симптомов заболевания, т.е. когда нет никаких жалоб. Поистине, возможности рефлексотерапии неисчерпаемы.

Автор статьи Свистулина Людмила Вительевна,
врач-терапевт, рефлексотерапевт

КРИОДЕСТРУКЦИЯ

ИЛИ ЛОКАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ

Криодеструкция используется для удаления папиллом, кондилом, бородавок и других новообразований, широко применяется при лечении сосудистых образований. Ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению (деструкции) с помощью замораживания.

Процесс криодеструкции представляет собой следующее:

- Замораживание ткани жидким азотом. После этого ткань становится белой, холодной, плотной, нечувствительной. Пациент испытывает при этом легкое жжение, покалывание, возможны незначительные болевые ощущения.
- В течение времени от часа до трех обработанный участок подвергается покраснению и очаговому отеку.
- Далее в течение 6-ти – 24-х часов наблюдается появление влажных пузырей.
- Происходит некроз, который полностью отторгается от 2-х до 6-ти недель. В месте криодеструкции остается малозаметное пятно. Одновременно с этим происходит эпителизация дефекта и окружающей ткани.
- Восстанавливаются все элементы и структуры дермы в течение 3-х – 6-ти месяцев.
- Происходит полная органотипическая регенерация по зонам, соответствующим здоровой нормальной коже.

Механизм процесса криодеструкции заключается в следующем. Ткани мгновенно охлаждаются до сверхнизких температур. Это приводит к одновременному замерзанию межклеточной и внутриклеточной воды с образованием микрокристаллов льда и повышению концентрации клеточных веществ до токсического уровня. Жизнедеятельность клетки нарушается, повреждаются мембранные и клеточные структуры, движение протоплазмы в патологической ткани останавливается. Чем выше скорость замораживания, тем глубже и эффективнее патологическая ткань подвергается разрушению. Замораживание ткани сопровождается гемостатическим эффектом за счет нарушения микроциркуляции в капиллярах.

В среднем, процедура криодеструкции длится от 30 секунд до 2-х минут. Дальше наступает тепловое равновесие между охлажденным наконечником и тканью. Многократная схема «замораживание-оттаивание» позволяет найти компромисс между сверхнизкой температурой, требуемой для деструкции патологического очага, и необходимостью сохранить здоровые окружающие ткани. Участок, подвергнутый обледенению, носит зональный характер: зона охлаждения, переходная зона замораживания, по которой в последующем пройдет граница необратимого криоповреждения, зона гипотермии. Правильный прогноз линии некроза – одно из главных условий успешного криохирургического вмешательства. Очаг необходимо замораживать шире и глубже по сравнению с его реальными размерами.

Для разных целей используются различные наконечники, которые подбираются так, чтобы поверхность наконечника как можно лучше копировала поверхность соответствующего очага ткани, и чтобы плоскости соприкосновения были параллельными. По мере охлаждения ткани от нормальной температуры до -80°С максимально проявляется адгезивный эффект: полное, прочное прилегание, «склеивание» наконечника и ткани. При понижении температуры эффект исчезает, инструмент легко отделяется от оперируемого места.

Преимущества метода криодеструкции:

- в дальнейшем область некроза не кровоточит
- криохирургическое вмешательство не требует обезболивания, так как быстрое охлаждение приводит к обезболивающему эффекту
- после криодеструкции не остается уродливых рубцов и шрамов.

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ЗАЧЕМ НУЖНА ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ?

В РОССИИ ОСТЕОПАТИЯ ПОЯВИЛАСЬ СРАВНИТЕЛЬНО НЕДАВНО, ВСЕГО 10 ЛЕТ НАЗАД. НЕ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК ЗНАЕТ, ЧТО ЭТО ТАКОЕ. ОСТЕОПАТИЯ – ЭТО МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА УСТРАНЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАПРЯЖЕНИЙ В ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА ПУТЕМ МЕХАНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ ОРГАНИЗМА РУКАМИ.

Думаю, стоит подробнее рассказать о том, что такое патологическое напряжение или «остеопатическое поражение». Представьте, что вы подняли гирю весом 10 килограммов, все ваше тело напряглось, мышцы и связки заработали, давление в брюшной и грудной полости повысилось. А теперь представьте, что вы опустили гирю, но тело не расслабилось. В этой ситуации вы не сможете нормально двигаться из-за напряжения мышц и связок, органы не смогут нормально функционировать из-за повышения давления в брюшной и грудной полостях. Это и называется патологическим напряжением или «остеопатическим поражением».

Человек живет и накапливает патологические напряжения с самого рождения. Рождение ребенка – самый замечательный процесс в природе. Он несет в себе тайну возникновения и появления жизни на свет.

После зарождения жизни, в первую неделю первого триместра беременности, плод проходит самый главный этап развития. В это время формируются все будущие части организма. Поэтому все вредные факторы, действующие на будущую маму, отразятся на развитии плода.

Во время родов очень большое влияние на плод оказывает форма таза мамы. Поскольку у плода головка проходит

сквозь таз, то все несоответствия размеров сразу окажут влияние на нее. Плод может это компенсировать, поскольку череп у него состоит в основном из хрящевой ткани и может сжиматься. Это происходит вследствие захождения теменных костей друг на друга и на лобную кость.

Родовая деятельность тоже оказывает большое значение. После отхождения околоплодных вод головка плода встает у входа в малый таз и происходит некоторое сжатие шейного отдела позвоночника. Чем дольше будет этот период, тем большую компрессию испытает шейный отдел. Если родовая деятельность будет слабая, то скорей всего будет выполнена стимуляция. Это приведет после длительной компрессии к быстрому изгнанию плода, что перегрузит его шейный и поясничный отдел и приведет к нарушениям на уровне грудины, ребер и диафрагмы. Если проводится вакуум экстракция или наложение щипцов, то в этом случае будут нарушения в черепе, помимо всех остальных.

После появления ребенка на свет, он должен обязательно закричать. Это расправит его легкие, и заставит его череп раскрыться. Захождение костей должно полностью исчезнуть к третьему дню жизни. Если у ребенка есть асимметрия тела, шеи или головы, если он не закричал сразу, значит, во время родов он получил травму. В таких случаях ребенку необходимо выполнить остеопатическую коррекцию в течение первых трех дней его жизни.

После рождения ребенок должен хорошо спать, сосать грудь и у него не должно быть срыгивания пищи. Если есть нарушения этих процессов, значит у ребенка есть фиксации на уровне основания черепа, шеи и диафрагмы. В этом случае остеопатическая коррекция должна проводиться в течение двух недель после рождения.

Нарушения, о которых говорится, имеют функциональный характер. Структура тела в этом случае не повреждается. Происходит нарушение биомеханических взаимоотношений в теле, что приводит к соответствующим клиническим проявлениям. Такие нарушения прекрасно корректируются остеопатическими методиками. Ребенок меняется просто на глазах. К остеопату необходимо обращаться для устранения данных нарушений и не дать им возможность тормозить развитие ребенка.

В процессе дальнейшей жизни повреждения в организме накапливаются под воздействием

травм, психических перенапряжений, вредных факторов окружающей среды, к которым организм не смог адаптироваться. Остеопатическая коррекция поможет избавиться от патологических напряжений, сократить сроки восстановления после различных травм, улучшить качество жизни.

Давайте рассмотрим причины возникновения столь большого количества нарушений. Так случилось, что человек сильно изменил среду своего существования. Сейчас в его жизнь вошло много полезных, но в тоже время, оказывающих неблагоприятное влияние вещей. Разберем основные причины нарушений в теле человека.

Основной причиной является травма. Это воздействие окружающей среды за короткий промежуток времени, к которому организм не может приспособиться. Первую травму человек получает при рождении. Здесь могут влиять несоответствие размеров плода и таза мамы, затяжные и быстрые роды, родостимуляция и акушерские пособия. Эти факторы способствуют компрессии шейного отдела позвоночника, остановке дыхательных движений черепа, что приводит к неправильному развитию маленького организма. Ребенок начинает отставать в развитии, у него появляется огромное количество неврологических и гастроэнтерологических диагнозов, выставление которых не приведет к улучшению.

Так ребенок растет до школьного возраста. Когда он садится за школьную скамью, те патологические состояния, которые были скрыты или не так заметны, под действием длительных статических нагрузок начинают проявляться и усиливаться. В этом возрасте у детей есть разделение – одни успевают в учебе, но у них плохое состояние здоровья, другие не успевают, но на здоровье они не жалуются. И те и другие дети имеют повреждения, только расположены они в разных местах организма. Отчего и зависит состояние детей.

Потом приходит период полового созревания. Здесь ребенок начинает получать психологические травмы. Казалось бы, психологические и физические травмы разные, но мозг воспринимает их одинаково. Ответной реакцией в обоих случаях будет спазм, напряжение, ограничение движения.

Состояния, с которыми мы выходим в жизнь, это наши слабые места. И как только придет момент, и на организм будет воздействовать провоцирующий фактор, разовьется болезнь. Поэтому, чем раньше начать решать проблемы, тем быстрее и с меньшими потерями это можно сделать.

Остеопатия решает эти проблемы. И чем меньше возраст, тем решаются они быстрее. Остеопат работает не с диагнозом, а с состоянием. Доктор устраняет напряжения, восстанавливает функцию структуры или органа. Организм становится более устойчивым и выносливым. Состояния болезни уходят. Давайте решать проблемы вместе.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

1. Жалуется ли ваш ребенок на:

- ☐ Головную боль
- ☐ Боль в шее
- ☐ Боль в ногах
- ☐ Головокружение
- ☐ Тошноту

2. Замечали ли Вы, что ваш ребенок:

- ☐ Засыпает более 30 минут
- ☐ Просыпается ночью
- ☐ Видит страшные сновидения
- ☐ Вздрагивает во сне
- ☐ Вздрагивает во время засыпания
- ☐ Упускает мочу во сне
- ☐ Кричит, ходит, плачет, скрипит зубами во сне.

3. Обращали ли Вы внимание на то:

- ☐ Чисто ли Ваш ребенок произносит звуки
- ☐ Говорил ли он/она фразы в возрасте двух лет
- ☐ Бывает ли у Вашего ребенка заикание

4. Не замечали ли Вы, что ваш ребенок:

- ☐ Плаксив
- ☐ Агрессивен
- ☐ Невнимателен
- ☐ Легко возбудим
- ☐ Быстро утомляется

5. Замечали ли Вы у вашего ребенка:

- ☐ Уплощение стоп
- ☐ Нарушение осанки
- ☐ Нарушение формы грудной клетки
- ☐ Асимметричное положение головы
- ☐ Нарушение формы ног
- ☐ Сутулость

6. Можно ли сказать, что Ваш ребенок:

- ☐ Часто падает
- ☐ Часто ударяется головой
- ☐ Неуверенно ловит мяч
- ☐ Неуверенно ходит
- ☐ Неловко прыгает (в т. ч. на одной ноге)
- ☐ Часто роняет предметы

Первый блок симптомов указывает на то, есть ли у ребенка нарушения на уровне черепа и мембран головного мозга. Если появляются напряжения мембран, то головной мозг перестает физиологично функционировать. Что приводит к появлению симптомов такого рода и вызывает более серьезные нарушения в связи с нарушением кровоснабжения и иннервации различных регионов тела.

Второй блок говорит о повреждении структур головного мозга. При рождении ребенка, незрелым является только головной мозг. Нейроны заселяют кору к 30 дню жизни. Если до этого момента не устранить последствие напряжения, то могут возникнуть перечисленные состояния.

Третий блок говорит о повреждении на уровне основания черепа. Чаще всего это случается при родовых травмах. Однако могут быть случаи перенесения стрессовых состояний, которые могут вызвать спазм мускулатуры основания черепа и привести к нарушению функционирования черепно-мозговых нервов.

Четвертый блок выявляет нарушения деятельности организма в целом. Если у ребенка есть такие проявления, значит, в его теле находится повреждение, на которое он постоянно обращает внимание. Отсюда и возникает все перечисленное выше. Пятый блок вопросов говорит о видимых проявлениях внутренних нарушений. Если у ребенка появились такие изменения, значит, нарушения сильно выражены.

Автор статьи Мерекина Елена Федоровна,
врач-невролог I категории, доктор-остеопат

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

7 ЛЕТ
ПРОФИ
ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ
ДАРИТ МОЛОДОСТЬ
И КРАСОТУ
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

КАК ВЕРНУТЬ КОЖЕ БЫЛОЕ ОЧАРОВАНИЕ МОЛОДОСТИ И БЕЗУПРЕЧНЫЙ ОВАЛ ЛИЦА, ТОЧНО ЗНАЮТ В «ЦЕНТРЕ КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ ПРОФИ». НА ПОМОЩЬ БЛЕСТЯЩИМ ВРАЧАМ КЛИНИКИ ПРИШЛИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ НОВИНКИ ELOS И MATRIXRF, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ НАВСЕГДА РАСПРОЩАТЬСЯ С НАДОЕВШИМИ ПРОБЛЕМАМИ. ПОДРОБНО ОБ ЭТОМ НАШЕМУ ЖУРНАЛУ РАССКАЗАЛИ СПЕЦИАЛИСТЫ ЦЕНТРА, КОТОРЫЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ СЕМИ ЛЕТ ДАРИТ ЗДОРОВЬЕ И КРАСОТУ ЖИТЕЛЯМ ИРКУТСКА.

– Расскажите, пожалуйста, в чем же уникальность аппаратов ELOS и MatrixRF?

– В первую очередь, разработчиками этого действительно уникального оборудования являются израильские специалисты. А ни для кого не секрет, что медицина в этой стране достигла невероятных высот, и люди со всего мира стремятся в Израиль, чтобы получить высококвалифицированную помощь. Жителям Иркутска теперь не нужно никуда уезжать – высокие технологии активно применяются в нашем Центре. На создание этого оборудования ушли годы, и разработано оно было с применением оборонных технологий, а это значит, что сегодня мы можем говорить о высоком качестве аппаратуры и очевидном эффекте его воздействия.

– И, надо отметить, вы уже не первый год эффективно применяете его на благо своих пациентов! В чем суть технологии ELOS?

– Да, мы на протяжении четырех лет применяем высокие технологии, и все наши клиенты остаются более чем довольны результатами. Суть метода заключается в синергическом воздействии радиочастотной и световой энергий, которые, работая в тандеме, дают быстрый и видимый эффект.

Аппарат имеет несколько насадок: для омоложения и лифтинга, для эпиляции, для ликвидации акне (угревых высыпаний) и его последствий.

При ELOS-омоложении происходит стимуляция естественных восстановительных процессов, запуск собственных механизмов регенерации коллагеновых и эластиновых волокон и в итоге – эффект подтяжки, видимый после второй, максимум – третьей процедуры.

– Существуют ли возрастные ограничения для ELOS-омоложения?

– Такую малотравматичную процедуру, но при этом оказывающую ярко выраженный и заметный положительный эффект, мы рекомендуем нашим пациентам начинать с 25-28 лет. Кроме того, у ELOS-метода есть одно большое преимущество: он подходит всем тем занятым людям, которые не хотят выпадать из привычного ритма жизни и всем тем, кто хочет всегда выглядеть на 100%. Дело в том, что у ELOS-процедур нет такого видимого посттравматического эффекта. Можно практически сразу после процедуры нанести защитную косметику и отправляться по своим делам!

– Чтобы вернуть свежесть и молодость лицу по этой методике, сколько потребуется сеансов?

– Базовых сеансов по этой методике необходимо сделать пять, после чего лишь раз в полгода мы рекомендуем проводить поддерживающие разовые процедуры. Этого, поверьте, будет вполне достаточно.

– Не секрет, что многие салоны тоже предлагают фракционные методики омоложения, а в чем преимущества вашего MatrixRF?

– Фракционное омоложение с помощью нового аппликатора MatrixRF имеет два неоспоримых преимущества: максимально пролонгированный эффект и высокая степень безопасности. При помощи радиоволновой энергии мы абляционно шлифуем эпидермис и вызываем его восстановление, стягивание кожи. А прогревая дерму, запускаем процессы структуризации, организации кожного покрова, стимулируем

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

процессы подтяжки. К примеру, тот же лазер не дает такого глубокого прогрева, а, значит, и не запускает всех процессов обновления дермы.

– Кому вы рекомендуете данный вид омоложения?

– Очень хорошо MatrixRF помогает дамам с увядающей тонкой кожей, мелкоморщинистым типом старения. Уже после двух-трех процедур, которые делаются с интервалом в четыре недели, происходит заметное сглаживание структуры кожи и устранение мелких морщин. У некоторых клиентов эффект наступает сразу, через 3-5 дней после процедуры. Однако нужно помнить, что требуется 3-4 дня после процедуры, чтобы спала отечность и кожа засветилась молодостью. Только после этого вы сможете выходить на улицу, а также наносить защитную и декоративную косметику.

– Расскажите, пожалуйста, и о других возможностях аппаратуры ELOS.

– Знаете, есть такое выражение: «Нет болезни, которая вызывала бы больше психических травм, неуверенности, переживаний и страданий, чем обыкновенные угри…». С помощью другой насадки ELOS можно легко и очень действенно бороться с последствиями подростковых акне (в том числе I-IV степеней) и других видов высыпаний. Кожа становится ровной, гладкой и свежей. При этом у пациентов больше нет необходимости длительное время принимать химические препараты, имеющие побочные эффекты.

– А об эффекте ELOS-эпиляции ходят настоящие легенды!

– Большинство женщин вступают на путь борьбы за гладкую кожу с юности. В отличие от оптических фото – и лазерной эпиляций, ELOS-технологии основаны на сочетании двух видов энергии, как уже говорила ранее. Это позволяет полностью исключить недостатки оптического воздействия и устранить ростковые клетки волоса навсегда. Неоспоримое преимущество ELOS-эпиляции – это возможность избавиться и от жестких волос, и от светлых, и, что очень важно, отсутствие в последующем очень неприятной вещи – врастания волоса.

– В каких областях можно удалять волосы?

– Любые области – лицо, подмышечные впадины, ноги, спина. Даже в области глубокого бикини эта процедура эффективна. Сейчас, в преддверии лета, она пользуется особой популярностью, ведь гладкая кожа будет навсегда!

– Существуют ли рекомендации «до и после»?

– Конечно, врачи нашей клиники дают пациентам целый ряд инструкций. Для начала мы уточняем, какие препараты в данный момент принимает наш клиент, какие имеются заболевания… Перед процедурами нельзя проводить химические или лазерные пилинги. Если человек длительное время находился на солнце, стоит повременить 3-4 недели. Любителям искусственного загара нужно хотя бы на неделю прекратить посещать солярий. После процедуры также следует соблюдать некоторые требования. Нельзя несколько дней посещать бани, сауны, солярии. Более подробные рекомендации, конечно, даются в индивидуальном порядке.

– И, наконец, цена вопроса?

– Поскольку процедуры востребованы и эффективны, в этом году мы пошли навстречу нашим клиентам и снизили цены. Так, ELOS-омоложение лица стоит 7810 руб., лечение акне (щеки, скулы) – 1920 руб., а фракционное омоложение лица MatrixRF – 10 000-12 000 руб., причем в марте, мы надеемся, будет возможность на фракционное омоложение еще снизить цену.

И в заключение хотим пожелать всем читательницам журнала любви и счастья, ведь ничто так не красит женщину, как блеск в глазах и счастливая улыбка, а все остальные заботы о Вашей внешности доверьте профессионалам!

ПРОФИ
ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ
Профессиональное решение, видимый результат!
Подарочные сертификаты на любую сумму и услугу.
Иркутск, ул. Свердлова, 36, тел. 202-145

ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Перечень услуг

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ПЦР – (ДНК) – ДИАГНОСТИКИ

Урогенитальные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гонорея, трихомониаз, гарднереллез, кандидоз, герпес, ВИЧ – инфекция (определение ДНК в сыворотке – тест на врожденную ВИЧ-инфекцию и количественное определение РНК в сыворотке – вирусная нагрузка – мониторинг течения ВИЧ – инфекции)

Папилломавирусная инфекция: скрининг, полуколичественное определение и генотипирование онкогенных штаммов

Внутриутробные инфекции: токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, вирус простого герпеса, краснуха, парвовирус В19, инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейна – Барр)

Вирусные инфекции печени:

- гепатит В (определение ДНК HBV, количественное определение вируса гепатита В (вирусная нагрузка) и генотипирование вируса гепатита В)
- гепатит G (определение РНК HGV)
- гепатит С (определение РНК HCV, генотипирование вируса гепатита С и количественное определение вируса гепатита С – вирусная нагрузка)
- Гепатит D (определение РНК HDV)

Другие бактериальные и вирусные инфекции: туберкулез, респираторный хламидиоз / микоплазмоз (Chl. Pneumoniae/ M. Pneumoniae), герпес вирус 6 типа (ДНК Human herpes virus 6 типа)

Мультипраймерные исследования (определение нескольких видов инфекций в одном клиническом материале)

Генетические исследования: гемохроматоз, определение мутаций

Исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин

Комплексные программы обследования на урогенитальные и внутриутробные инфекции, гепатиты (программы со скидкой от 10% и более):

- диагностика урогенитальных инфекций у женщин
- диагностика урогенитальных инфекций у мужчин
- диагностика урогенитальных инфекций при планировании беременности
- комплекс на 4 урогенитальных инфекции и более
- комплекс на 4 внутриутробных инфекции и более
- комплекс на гепатиты: 2 и более анализа
- скидки детям до 16 лет на ПЦР исследования

2. НОВИНКА! РЕАКЦИЯ ТРАНСКРИПЦИОННОЙ АМПЛИФИКАЦИИ (РЕАКЦИЯ NASBA)

- **Хламидиоз (Chlamydia trachomatis)**
- **Гонорея (Neisseria gonorrhoeae)**
- **Микоплазмоз (Mycoplasma genitalium)**
- **Трихомоноз (Trichomonas vaginalis)**

3. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ (ИФА И ELFA) ДИАГНОСТИКА

Определение антител, антигенов, гормонов, онкомаркеров и других биологически активных веществ методами иммуноферментного анализа и ферментзависимой иммунофлюоресценции

Маркеры бактериальных и вирусных инфекций

Респираторный хламидиоз (anti-Chlamydia pneumonia – Ig G, Ig M, IgA)

Урогенитальный хламидиоз (anti-Chlamydia trachomatis Ig G, Ig M, IgA)

Вирус простого герпеса тип 2 (anti-HSV 2 типа IgG с определением титра, Ig M, Ig G с определением авидности)

Вирус простого герпеса тип 1 (anti-HSV 1 типа IgG количественный тест)

Токсоплазмоз (anti-Toxo gondii IgG количественный тест, Ig M, IgG с определением авидности)

Цитомегаловирусная инфекции (anti-CMV IgG количественный тест, Ig M, IgG с определением авидности)

Краснуха (anti-Rubella IgG количественный тест Ig M, IgG с определением авидности)

Корь (anti-Measles virus IgG, Ig M)

Паротит (anti-Mumps IgG, Ig M)

Инфекционный мононуклеоз – вирус Эпштейна-Барра (определение антител класса Ig G и Ig M к капсидному антигену anti-EBV-VCA IgG и IgM; определение антител класса Ig G и Ig M к ядерному антигену anti-EBV-EBNA IgG и Ig M; определение антител класса Ig G к раннему антигену anti-EBV-EA IgG)

Хеликобактер (anti-Helicobacter pylori IgA и IgG)

Микоплазмы (anti-Mycoplasma hominis IgG, Ig M, Ig A)

Микоплазмы (anti-Mycoplasma pneumonia IgG, Ig M, Ig A)

Вирус герпеса 6 типа (anti-HHV IgG, anti-VZV IgG, anti-VZV IgM)

Кандидоз (антитела к Candida IgG)

Аспергиллез (антитела к Aspergilius IgG)

Клещевой энцефалит (антитела к вирусу клещевого энцефалита IgG и Ig M)

Аденовирусная инфекция (антитела к Аденовирусу, IgG, Ig M, Ig A)

Антитела к вирусу гепатита А (anti-HAV IgG, Ig M)

Маркеры гепатита В: HbsAg, HbsAg количественный, анти HbcAg – Ig M, анти HbcAg суммарные, анти HbsAg, анти HbeAg – Ig G

Антитела к вирусу гепатита С (анти HCV IgG и IgM)

Антитела на гельминты лямблиоз, аскаридоз, токсокароз, описторхоз комплекс антител к гельминтозам: трихинеллез, описторхоз, токсокароз, эхинококкоз

Комплексное обследование методами ИФА и ELFA (скидки от 10% и более)

- серологическая диагностика инфекций при планировании беременности
- детям до 16 лет на любые ИФА и ELFA анализы
- комплексное обследование на гепатиты: 2 и более анализов
- комплексное обследование на 2 и более инфекции

Определение гормонов, онкомаркеров, аутоантител и др. биологически активных веществ:

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКО

Фертильность и репродукция. лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, пролактин, прогестерон, 17-ОН прогестерон, антимюллеров гормон (АМН), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) в моче

Гормональный статус женский: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, ДГЭА-сульфат

Пренатальная диагностика. альфафетопротеин, гомоцистеин, PAPP-A (ассоциированный с беременностью плазменный белок А), хорионический гонадотропин человека – ХГЧ, свободный эстриол, свободный в-ХГЧ, плацентарный лактоген

Пренатальный скрининг DELFIA-LifeCycle (расчет риска)

Пренатальный скрининг I триместра беременности (PAPP-A + свободный в-ХГЧ)

Пренатальный скрининг DELFIA-LifeCycle (расчет риска)

Пренатальный скрининг II триместра беременности (АФП + свободный в-ХГЧ + свободный эстриол)

Андрогены: тестостерон, свободный тестостерон, ГСПГ (глобулин, связывающий половой гормон), Дегидроэпиандростерона сульфат – ДГЭА, андростендион

Гормональный статус мужской: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон

Тиреоидная панель (гормоны щитовидной железы): тиреотропный гормон (ТТГ), трийодтиронин Т3, тироксин Т4, свободный трийодтиронин (T_3), свободный тироксин (T_4), ТГ (тиреоглобулин), Т-uptake (тест поглощенных тиреоидных гормонов)

Диагностика функции щитовидной железы: Т3 свободный, Т4 свободный, ТТГ, АТ-ТГ, АТ-ТПО

Гормоны гипофиза: соматотропный гормон (СТГ), соматомедин-С

Гормоны коры надпочечников: кортизол

Гормоны поджелудочной железы: инсулин, С-пептид, проинсулин

Гормоны паращитовидных желез и маркеры остеопороза: остеокальцин, паратиреоидный гормон, Cross-Laps, P1NP (маркер формирования костного матрикса), кальцитонин

Аутоантитела:

- антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ)
- антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО)
- антитела к циклическому цитрулиновому пептиду (АТ к CCP)
- антитела к фосфолипидам
- антиспермальные антитела
- антиовариальные антитела
- антитела к двухспиральной ДНК (a-dsDNA)
- антитела к односпиральной ДНК (a-ssDNA)
- антитела к ядерным антигенам (ANA)
- антитела к митохондриям (AMA)
- антитела к микросомальной фракции печени и почек
- антитела к трансглутаминазе IgA
- антитела к трансглутаминазе IgG
- антитела к β-клеткам поджелудочной железы
- антитела к инсулину
- антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD)
- антитела к рецепторам ТТГ

Минералокортикоиды: альдостерон

Метаболиты: гастрин, лептин

Онкомаркеры:

- простатспецифический антиген ПСА, свободный СА
- раково-эмбриональный антиген РЭА
- онкомаркер рака молочной железы СА-15-3
- онкомаркер рака яичников – СА 125
- онкомаркер опухолей поджелудочной железы, желудка, толстой и прямой кишки СА 19-9
- β-2-микроглобулин,
- СА 72-4(углеводный антиген),
- Cyfra 21-1(фрагмент цитокератина),
- NSE (Нейро-специфическая енолаза),
- антиген плоскоклеточной карциномы SCC

ОНКОУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

4. РЕАКЦИЯ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ

Коклюш и паракоклюш: anti-Bordetella pertussis и anti-Bordetella parapertussis

Менингококк: anti-Neisseria meningitidis

Листериоз: anti-Listeria monocytogenes

Дифтерия: anti-Corinebacterium diphtheriae

Столбняк: anti-Clostridium tetani

5. КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ на СИФИЛИС

RPR, РПГА, ИФА IgM + IgG

6. КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ на ВИЧ

Антитела к ВИЧ I, ВИЧ II, Антиген р 24 ВИЧ I (методом ELFA – БиоМерье, Франция)

Обнаружение ДНК ВИЧ (ДНК HIV) методом ПЦР

ВИЧ-мониторинг РНК HIV: количественное определение РНК вируса в крови (вирусная нагрузка) – метод ПЦР

7. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ и ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови с формулой на гематологическом анализаторе МЭК (Nikon, Япония)

Коагулограмма полная на анализаторе Sysmex CA50 (Япония): ПТИ/ ПТВ/ МНО; время рекальцификации; фибринолиз; РСК; АПТВ/ АЧТВ; фибриноген; общий анализ крови; время свертывании крови; длительность кровотечения

Коагулограмма при лечении антикоагулянтами: протромбиновое время по Квику и МНО

Определение групп крови по АВО с фенотипированием и резус-фактор

Определение антител к антигенам эритроцитов (титр)

Определение волчаночного антикоагулянта

D-димер

8. БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Холестерин, креатинин, мочевая кислота, мочевина, общий белок, триглицериды, кальций, щелочная фосфатаза, аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), гамма-глютамилтранспептидаза (ГГТП), альфа амилаза (диастаза), билирубин общий, билирубин прямой, Глюкоза, сывороточное железо, ревматоидный фактор, фосфор, натрий, калий, антистрептолизин-О, С-реактивный белок, альбумин, определение белковых фракций, кислая фосфатаза, лактатдегидрогеназа, (LDH), ЛДГ 1, 2 фракции (a-HBDH), креатинкиназа, креатинкиназа-МВ, миоглобин, липаза, холинэстераза, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (НЖСС), витамин B_{12} (цианокобаламин), фолаты, ферритин, трансферрин, магний, гликозилированный гемоглобин (HB A1C), цинк, фруктозамин, тропонин I, аполипопротеин AI (ApoAI), аполипопротеин B (ApoB), амилаза панкреатическая, эритропоэтин, гаптоглобин, церулоплазмин, альфа-2 макроглобулин, липопротеин(а)

Тест толерантности к глюкозе (пероральный) со стоимостью глюкозы

Липидограмма: Определение ЛПНП (липопротеины низкой плотности), ЛПВП (липопротеины высокой плотности), общего холестерина и коэффициента атерогенности

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКО

Биохимическая диагностика функции печени: Аланин-аминотрансфераза (ALT), Аспартат-аминотрансфераза (AST), Гамма-глутаминтрансфераза (GGT), Щелочная фосфатаза, Билирубин общий, Билирубин прямой, Определение белковых фракций

Биохимическая диагностика анемий: железо, ОЖСС, трансферрин, ферритин, витамин B_{12}, фолаты, эритропоэтин

9. ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ мочи: экспресс-метод на анализаторе BAYER (США)

Анализ мочи по Нечипоренко

Анализ мочи по Зимницкому

Микроскопия общего мазка (окраска по Грамму, метиленовой синью)

Микроскопия нативного препарата

Онкоцитологический мазок

Цитологическое исследование пунктатов

Кольпоцитологический мазок

Копрограмма

Кал на яйца глист

Риноцитограмма

Спермограмма на аппарате SQA-V(Израиль): определение 17 показателей качества спермы с определением антиспермальных антител IgG

10. КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДАГНОСТИКА

Бактериологический посев: Исследования выполняются на бактериологическом анализаторе с автоматической идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности к антибиотикам

Культуральная диагностика трихомоноза – Вагикульт (Финляндия)

Культуральная диагностика стафилококков и стрептококков с определением чувствительности к антибиотикам

Культуральная диагностика микоплазмоза (M. hominis) и уреаплазмоза с определением микробного числа и чувствительности к антибиотикам БиоМерье (Франция)

Культуральная диагностика половых микозов с определением чувствительности к антимикотическим препаратам

Бактериологическое исследование микрофлоры (нос, зев, конъюктива, влагалище, раневые поверхности и др.)

Бактериологическое исследование мочи (посев на стерильность)

Исследование кала на стафилококк

Посев на дисбактериоз

Исследование на дифтерию (мазок из зева, носа)

Исследование на шигеллы, сальмонеллы

Исследование крови на стерильность

Исследование на грибы

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

11. АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКА

Определение общего Ig E в сыворотке крови на приборе VIDAS (БиоМерье, Франция)

Определение специфических Ig E в сыворотке крови человека:

Общий анализ мочи: экспресс-метод на анализаторе BAYER (США)

Скрининг ингаляционных (респираторных) аллергенов:

- респираторная панель №2 (20 аллергенов)
- скрининг аллергенов раннецветущих трав (ежа сборная, овсяница луговая, рожь многолетняя, тимофеевка, мятлик луговой)
- скрининг аллергенов поздноцветущих трав (колосок душистый, рожь многолетняя, камыш обыкновенный, рожь, бухарник шерстистый)
- скрининг аллергенов растений (амброзия обыкновенная, полынь обыкновенная, нивяник, одуванчик лекарственный)
- скрининг аллергенов раннецветущих деревьев (ольха, лещина, вяз, ива, тополь)
- скрининг аллергенов поздноцветущих деревьев (клен, береза, дуб, бук, грецкий орех)
- скрининг бытовых аллергенов – домашняя пыль (D.Pteronyssimus, D.farinae, таракан)
- скрининг аллергенов постельного пера (перо гуся, перо утки)
- скрининг аллергенов микроскопических грибов (aspergillus fumigatus, alternaria tenuis, cladosporium herbarum, penicillium notatum)
- скрининг аллергенов смеси перьев птиц (волнистого попугайчика, канарейки, длиннохвостого попугайчика, попугая вьюрка)UNICAP Phadia

Скрининг пищевых аллергенов:

- пищевая панель № 3 (20 аллергенов);
- орехи (арахис, грецкий орех, фундук, миндаль);
- рыба (треска, креветки, мидии, тунец, лосось);
- овощи (помидоры, шпинат, кабачки, сладкий перец);
- мясо (свинина, говядина, баранина);
- мясо птицы (утка, гусь, курица, индейка);
- фрукты (банан, апельсин, яблоко, персик);
- сыры (швейцарский, с плесенью, чеддер, эдамский);
- мучная смесь (пшеничная мука, ржаная мука, овсяная мука, глютен);
- детская пищевая панель №1 (яичный белок, коровье молоко, пшеничная мука, арахис, соя);
- детская пищевая панель №2 (яичный белок, коровье молоко, арахис, сельдерей);
- сбалансированная смесь ингаляционных и пищевых аллергенов для скрининга атопии для детей старше 4 лет и взрослых;
- сбалансированная смесь ингаляционных и пищевых аллергенов для скрининга атопии для детей до 4 лет.

Аллергены животных: эпителий кошачий, шерсть собачья, эпителий собачий, оперение канарейки, оперение попугая, эпителий хомяка, шерсть верблюда, таракан, морская свинка, мотыль (личинка комара-дергунца), дафния (водяная блоха), моль, яд пчелы домашней, яд осы обыкновенной, яд шершня

Пищевые аллергены: яичный белок, яичный желток, коровье молоко, козье молоко, швейцарский сыр, сыр с плесенью, сыр чедер, сыр эдамский, пшеница, рожь, овес, глютен, соя, арахис, фундук, грецкий орех, миндаль, треска, крабы, креветки, синяя мидия, тунец, лосось, свинина, говядина, баранина, индейка, мясо утки, мясо гуся, мясо курицы, шпинат, сельдерей, кабачок, сладкий перец, морковь, картофель, томаты, апельсин, мандарин, ананас, киви, клубника, яблоко, персик, банан, шоколад, мед, молоко кипяченое, рис, гречиха, кукуруза, горох, морской язык, хек, кальмар тихоокеанский, петрушка, тыква, авокадо, грейпфрут, лимон, дыня, груша, сахарная свекла, мак, ваниль, зерна кофе, листья чая.

190 пищевых аллергенов

88 пищевых аллергенов

Специфические аллергены: латекс

Комплексные панели аллергенов:

- педиатрическая панель № 4 (20 аллергенов)
- комплексная панель №1 (20 аллергенов)
- комплексное обследование (3 панели)
- полное комплексное обследование (4 панели)

Определение специфических Ig G

- 90 пищевых аллергенов (IgG общ)
- 88 пищевых аллергенов (IgG4)
- 190 пищевых аллергенов (IgG4)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКО

12. КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Вакцинация против гепатитов А и В: anti-HAV IgG, HBsAg, anti-HBs

Первичная диагностика гепатитов: anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HCV IgG, anti-HCV IgM, Аланин – аминотрансфераза (ALT), Аспартат-аминотрансфераза (AST)

Диагностика патологии соединительной ткани: общий белок, определение белковых фракций, С-реактивный белок (высокочувствительный метод), ревматоидный фактор, Антистрептолизин-0, антитела к двухспиральной ДНК, антитела к односпиральной ДНК, а нтитела к ядерным антигенам.

13. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

ФиброМакс. Фибро/Акти тест.

14. МЕТОД АТОМНО-ЭМИССИОННОЙ И МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ С ИНДУКТИВНО СВЯЗАННОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМОЙ

Определение содержания химических элементов (микроэлементы) в сыворотке крови

Эссенциальные (жизненно нобходимые) микроэлементы (комплекс): кобальт, марганец, медь, селен

Токсичные и условно эссенциальные микроэлементы (комплекс): золото, кадмий, молибден, мышьяк, никель, таллий

токсичные и условно эссенциальные микроэлементы + эссенциальные (комплекс): золото, кадмий, кобальт, марганец, медь, молибден, мышьяк, никель, селен, таллий, ртуть

ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Отоларингология детская и взрослая:

- аудиография, акустическая импендансометрия, риноскопия, тимпанометрия
- лечение на аппарате «Тонзиллор» (1 процедура)
- физиотерапия

Проктология:

- ректороманоскопия, аноскопия
- безоперационные, малоинвазивные и операционные методы лечения геморроя, трещины прямой кишки, доброкачественной опухоли прямой кишки и др.
- латексное легирование и радиоволновая терапия на «Сургитроне»

Эндоскопия: **видеогастроскопия и видеоколоноскопия,** выполняемые на **аппаратах Pentax, Япония** с биопсией и цитоморфологической верификацией диагноза и определением хеликобактера (H. pylory)

Гинекология: детская и взрослая гинекология, гинекология-эндокринология, планирование и ведение беременности (сроковое ультразвуковое и лабораторное обследование, лечебная гимнастика и аквааэробика для беременных, массажи), коррекция гормональных нарушений, в том числе в период менопаузы, подбор индивидуальных средств контрацепции, видеокольпоскопия, лечебные ванночки и санация влагалища, радиоволновой метод лечения шейки матки, прерывание беременности, в т. ч. медикаментозное и пр.

Урология и андрология:

- лечение простатита, аденомы предстательной железы, различных инфекций урогенитального тракта у мужчин, лечение мужского бесплодия и эректильной дисфункции, лечебный массаж предстательной железы, цистоскопия и уретроскопия
- спермограмма – определение 17 показателей качества спермы на аппарате SQA-V (Израиль)

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Хирургия детская и взрослая: амбулаторные хирургические манипуляции

Офтальмология детская и взрослая: обследование на приборах, УЗИ глаза

Неврология детская и взрослая: паравертебральные и периартикулярные блокады

Терапия

Ревматология

Кардиология детская и взрослая

Эндокринология детская и взрослая

Гастроэнтерология детская и взрослая

Дерматовенерология детская и взрослая: диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем по стандартам Всемирной организации здравоохранения

Нефрология

Аллергология и иммунология

Ортопедия

Педиатрия: Годовые абонементы на полное педиатрическое обслуживание, включая индивидуальное наблюдение врачом-педиатром, консультативную помощь всех детских специалистов, лабораторное и ультразвуковое обследование, вакцинопрофилактику

Стоматология терапевтическая и ортопедическая: Все виды терапевтической стоматологии, ультразвуковая и профессиональная чистка, все виды протезирования

Проведение периодических и предварительных медосмотров, предрейсовых медосмотров и медосмотров для получения водительского удостоверения

Лечебные процедуры: Внутримышечные и внутривенные инъекции и капельницы

Функциональная диагностика:

- Электрокардиограмма ЭКГ
- Дыхательный уреазный тест на определение Helicobacter pillory
- Суточное мониторирование артериального давления АД (холтер) с расшифровкой
- Суточное мониторирование ЭКГ (холтер) с расшифровкой
- Спирография

Новое! Ультразвуковая диагностика с соноэластографией: Сроковые УЗИ беременных, органов малого таза, брюшной полости, молочных и щитовидной желез, трансректальное и трансвагинальное УЗИ, нейросонография, эхокардиография, УЗИ суставов и сосудов с доплером и др.

ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ

Иглорефлексотерапия

Мануальная терапия

Гомеопатия

Психотерапия

Психология

Групповые и индивидуальные занятия

Занятия в сенсорной комнате

Массажи: Классический, колон-массаж, аппаратный массаж позвоночника, рефлекторно-сегментарный массаж, нервно-психический биомассаж, висцеральный массаж, глубокий рефлекторно-мышечный массаж шеи (по Аксеновой), лимфодренажный массаж, аюрведический общий массаж, плантарный массаж, стоун-массаж, детский массаж

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКО

Гидромассаж и пелоидотерапия (лечебная глина)

Сибирская сауна: Кедровая бочка с различными видами массажа, солевыми и водорослевыми обертываниями

Лечебные ванны

Бассейн: грудничковое плавание, занятия плаваньем с инструктором для детей до 7 лет, аквааэробика для взрослых в мини-группах

Криотерапия (лечение холодом)

Гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками)

Галотерапия (солевая аэрозольная палата)

Фармакопунктура: Введение лекарственных веществ в биологически активные точки

Физиотерапия: электро- и фонофорез, ультразвук, термомагнитотерапия, лазеротерапия, гидроколонотерапия, лечебные ингаляции

Лечебная и оздоровительная физкультура: суставная гимнастика по Норбекову, нейройога, беби-йога, ритмическая гимнастика для детей

Оздоровительные программы на период каникул для детей

СТАЦИОНАР КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Терапевтическое отделение: курсовые программы лечения пневмонии, бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, ИБС, гипертонии, острого бронхита, хронического пиелонефрита, хронического панкреатита

Хирургическое отделение

Оперативная гинекология: гистероскопии, гистерорезектоскопии, диагностическое выскабливание, прерывание беременности, инсеминация спермой мужа

Оперативная урология: фимоз, варикоцеле, гидроцеле, реконструкция семенного канатика, циркумцизио

Общая хирургия: иссечение паховой и пупочной грыжы

Сосудистая хирургия: склеротерапия поверхностных вен, флебэктомия

ЛОР: аденотонзиллотомия, лакунотомия, вазотомия, операции с использованием радиоволны на аппарате Сургитрон, шунтирование барабанной перепонки

Оперативная проктология: геморроидэктомия с использованием радиоволны на аппарате Сургитрон, иссечение хронической анальной трещины, свищей прямой кишки, доброкачественной опухоли прямой кишки

Оперативная офтальмология: удаление новообразований века, хирургическое лечение глаукомы, удаление холязиона, птеригиума

ЦЕНТР ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Вакцинация взрослых и детей европейскими вакцинами, выездные бригады в период сезонных вакцинаций

Всегда в наличии: вакцины против гепатита В и А, против брюшного тифа, кори, краснухи, паротита, дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, пневмококковой инфекции, менингококковой инфекции, гемофильной инфекции, ветряной оспы, вируса папилломы человека, гриппа, герпетической инфекции, клещевого энцефалита

Новое! Туберкулинодиагностика и диаскин-тест

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Скибо Елена Петровна
врач психиатр высшей категории,
нарколог, психотерапевт

Сенотрусова Анна Сергеевна
врач-педиатр

Королева Марина Анатольевна
помощник врача-эпидемиолога

Луценко Виктор Анатольевич
врач-уролог

Григорьева Вера Сергеевна
врач акушер-гинеколог,
детский гинеколог

Мамыкина Светлана Сергеевна
врач-терапевт-кардиолог,
кандидат медицинских наук

Калюжная Ольга Викторовна
биолог

Рак Вячеслав Андреевич
врач-стоматолог

Свистулина Людмила Витальевна
врач-рефлексотерапевт

Карлова Ольга Германовна
врач терапевт-ревматолог,
кандидат медицинских наук

Юрлова Ольга Владимировна
врач-невролог,
кандидат медицинских наук

Чемезов Александр Петрович
врач уролог-андролог

Аксенова Евгения Анатольевна
врач акушер-гинеколог

Съемщикова Юлия Павловна
врач-гастроэнтеролог,
кандидат медицинских наук

МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»
ИРКУТСК

ЗДОРОВЫЕ ГЛАЗКИ С ЗАБОТОЙ И ЛАСКОЙ

Запись на обследование
по телефону (3952) 564-119

Адрес: г. Иркутск, ул. Лермонтова, д. 337

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ