ДОКТОР

irk.ru

ПРИВИВКИ ПЕРВОКЛАССНИКАМ

ЙОД И IQ ВАШЕГО РЕБЕНКА

КИСТА ЯИЧНИКА

НОВОСТИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

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

Лето – пора путешествий. Так здорово вместе с близкими людьми и друзьями открывать новые страны, знакомиться с другой культурой, пробовать блюда национальной кухни. И, конечно, я, в силу своей профессии, обращаю внимание также на то, как организована система здравоохранения. В Европе не только уровень медицины отличается от нашей, но и отношение европейцев к своему здоровью другое. Это выражается в обязательном прохождении различных профилактических осмотров, в наличии так называемых программ check-up, в раннем обращении к врачу и, соответственно, ранней диагностике многих, в том числе, онкологических заболеваний. А отсюда и высокая эффективность лечения. Новый закон о защите здоровья граждан, принятый в нашей стране, также обязал россиян нести ответственность за своевременное прохождение профилактических осмотров. Наш Центр активно включился в работу, связанную с проведением таковых. Грамотно выстроенная последовательность врачебных консультаций, лабораторных исследований, инструментальных приемов диагностики позволяет нашим пациентам в кратчайшие сроки получить информацию о состоянии своего здоровья. Эту услугу уже оценили несколько крупнейших организаций города Иркутска.

Мы стараемся не стоять на месте и внедрять в практику что-то новое. Недавно в помощь нашим взрослым и детским неврологам мы приобрели электро – и реоэнцефалографический комплекс для углубленного исследования функций мозга и мозгового кровообращения. Реоэнцефалограмма позволяет определять тонус и эластичность сосудов головного мозга и диагностирует различные заболевания, как у детей, так и у взрослых. Более подробно о возможностях реоэнцефалографии вы можете прочитать на страницах нашего журнала.

Еще у пациенток нашей Клиники с различными гинекологическими заболеваниями и особенно с проблемами бесплодия, появился дополнительный и очень эффективный метод лечения – гинекологический массаж. Ваш лечащий врач определит потребность и сделает соответственное назначение, а специалисты центра реабилитации проведут курс такого массажа.

И в странах Востока, и в индустриальной Европе, и у нас в России люди искренне верят, что здоровье – этот дар свыше. Но он дан нам изначально. А всю оставшуюся жизнь мы обязаны заботиться о своем здоровье сами. И в этой заботе Вы всегда можете рассчитывать на нашу помощь.

Прокофьева Тамара Дмитриевна,
генеральный директор Клиники
Центра молекулярной диагностики

СОДЕРЖАНИЕ

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Функциональная киста яичника 22

Гинекологический массаж 28

Менопауза и перелом запястья 30

Мастопатия 32

ПРИЁМ ВЕДЕТ

Мочекаменная болезнь 38

Щитовидная железа 42

Холецистит 47

НАШИМ ДЕТЯМ

Мой счастливый первоклассник 7

Лактазная недостаточность 14

Фимоз у мальчиков 21

НОВОСТИ

Заметки с конференции 27

Реоэнцефалография 37

ВНИМНИЕ, ПРИВИВКА

Первый раз в первый класс 11

ВО ИМЯ ДУШИ И ТЕЛА

Гидроколонотерапия 49

СЕКРЕТЫ КРАСОТЫ

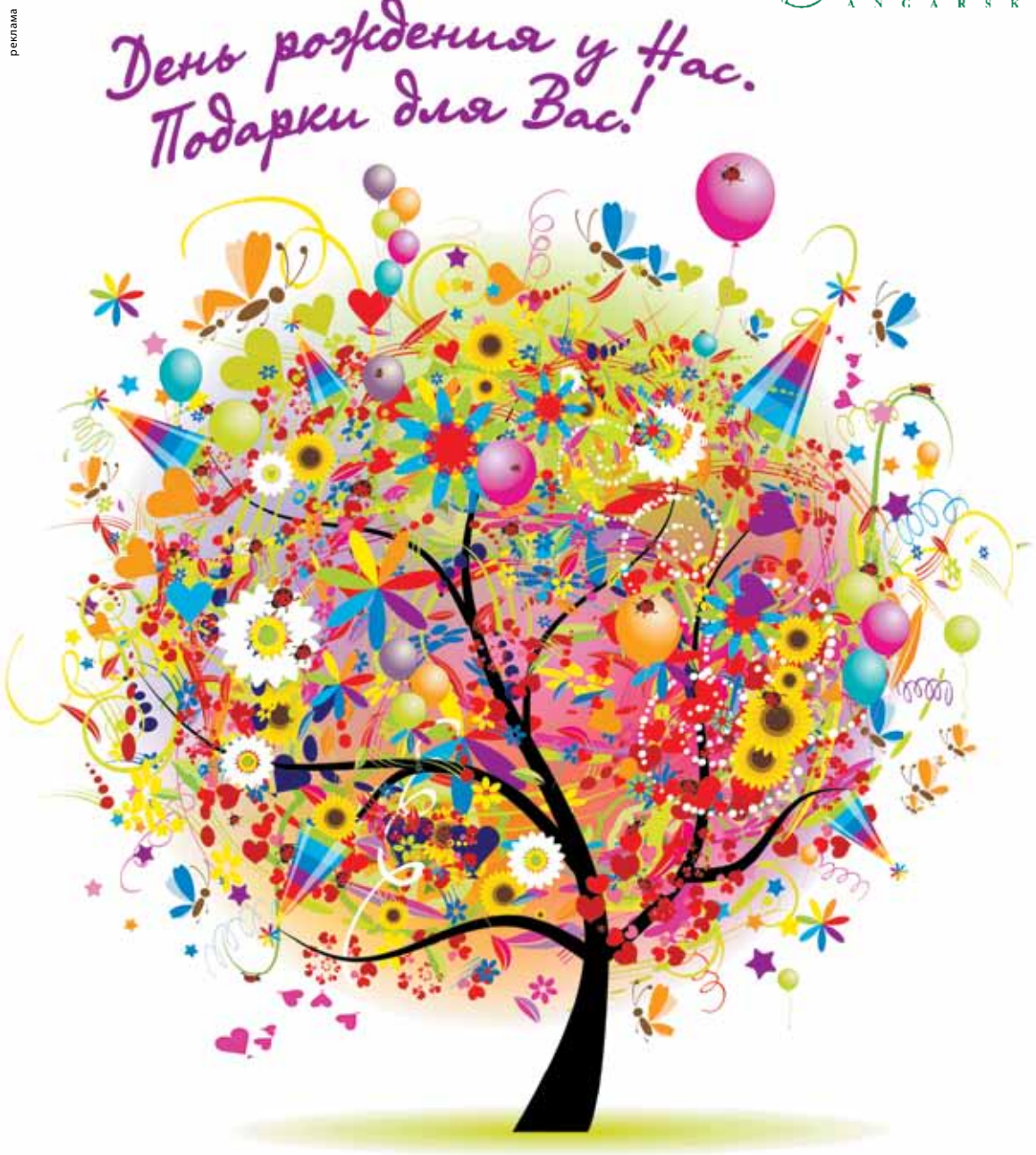
Лазерные процедуры 50

УСЛУГИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

«Доктор irk.ru», №18 /сентябрь 2012 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»,
ул. Баррикад, 53, оф. 307, тел.: (3952) 29-29-05.
Тираж: 3000 экз.

реклама

ювелирная фирма ИЗУМРУД ANGARSK



Акция «День рождения у Нас. Подарки для Вас!» проходит во всех магазинах
ЮФ «Изумруд Angarsk» с 01.09.2012 - 20.10.2012 года. В знак признательности и верности
ЮФ «Изумруд Angarsk» при покупке ювелирных изделий, подарочного сертификата или парфюмерии на любую сумму,
каждому покупателю вручается фирменный подарок.

г. Иркутск, ул. Грязнова, дом 1 (вход с ул. К. Маркса) **тел.: (3952) 500-986**

г. Ангарск: ул. К. Маркса, дом 26 **тел.: (3955) 524-080**

квартал А , дом 4 **тел.: (3955) 592-934**

www.ufizumrud.ru

МОЙ СЧАСТЛИВЫЙ ПЕРВОКЛАССНИК

ПЕРВОЕ СЕНТЯБРЯ. НАЧАЛО НЕИЗВЕСТНОГО И ДОЛГОЖДАННОГО ЭТАПА В ЖИЗНИ ЛЮБИМОГО ВАМИ РЕБЕНКА И, В КОНЕЧНОМ ИТОГЕ, ВСЕЙ СЕМЬИ. ВАШИМИ ЭМОЦИЯМИ, ИНОГДА СИЛЬНЕЕ И ОСТРЕЕ, ЖИВЕТ РЯДОМ БУДУЩИЙ ПЕРВОКЛАССНИК. РАДОСТИ, ПЕРЕЖИВАНИЯ, ТРЕВОГИ, ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА, НАДЕЖДЫ, ОПАСЕНИЯ, ОЖИДАНИЕ НОВОГО – ЦЕЛАЯ ГАММА ЧУВСТВ, ЭМОЦИЙ, ВПЕЧАТЛЕНИЙ…

Законы природы просты. Взрослый человек, приложив определенные усилия, всегда может осознать причины своих тревог, границы страхов, пути выхода из возможных ситуаций…. Но ребенку в 6-7 лет жизни это неподвластно. Он живет нашими чувствами. Читает нас, как открытую книгу. Всегда ли мы осознаем, как наши опасения, неосторожные слова, предположения могут отразиться на будущих успехах малыша?

Незнание законов не освобождает от ответственности, в том числе и родительской. Как бы индивидуальны не были наши переживания и жизненный опыт, существуют простые правила, которые следует знать.

1. ОБОГРЕТЫЙ СОЛНЫШКОМ

На пороге школы в 6-7 лет у маленького человека основной мотивацией является не покорение вершин знаний (как хотелось бы нам, родителям), а исполнение новой и более «взрослой» роли первоклассника. Конечно, можно пытаться объяснять малышу прямую связь между «что посеешь – то и пожнешь», или «терпение и труд все перетрут». Родителю вообще очень многое «можно», но куда эффективней в этом возрасте сделать акцент на приятные атрибуты новой роли: внимание и уважение окружающих, красивую форму, классный ранец, новых друзей, интересную школьную жизнь. Большой могучий дуб уже живет даже в самом маленьком желуде. Будет лучше, если проклюнувшийся росток обогреет солнышко, а не испытает «на прочность» шквал жизненных откровений. Стоит помнить об этом.

2. ХОРОШЕЕ НАЧАЛО – ПОЛОВИНА УСПЕХА

Ритуалы создают ощущение стабильности, защищенности, порядка в жизни любого человека. Уделите особое внимание созданию атмосферы семейного праздника, продуманности с первой минуты пробуждения Вашего ученика до приятного завершения первого учебного дня. Фиксируйте внимание малыша на каждом ярком моменте. Сведите к минимуму возможность возникновения любых срывов в Ваших планах, исключите волнение и раздражение из любых источников.

3. ВНИМАНИЕ! ПЕРВЫЙ УЧИТЕЛЬ

Ревнивому родительскому сердцу придется свыкнуться с мыслью, что на ближайшие годы важным человеком в жизни любимого чада станет первая учительница. Вам необходимо включить в семейный и личный сценарий еще одного человека, чей авторитет очень важно поддерживать, с кем придется считаться, от кого станет зависеть благополучие ребенка, его успехи, настроение в семье… Обратите внимание, что личность педагога, которого Вы выбираете, должна вызывать одобрение у Вас и восхищение у Вашего ребенка. Фактор эмоционального совпадения и комфорта при общении очень важен, в принципе, при любой ситуации, так как мы, взрослые люди, конечно, знаем, что путь достижений не часто выстлан лепестками роз. Помните, что любое наше язвительное или неодобрительное замечание в адрес педагога, сказанное при ребенке, заставляет маленькую личность сделать пересмотр своего отношения не только к учителю. Если «взаимной любви» не случится, придется выбирать наименее травматичный для ребенка выход – перемену мест… В битвах взрослых малыши, как правило, только проигрывают.

4. ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ПОБЕДИТЕЛЯ

Конечно мы уже давно (еще до 4-х лет) сумели доказать нашему чаду, что оно безусловно любимо, важно, ценно, всегда понимаемо и поддерживаемо нами, родителями. Мы прошли тернистый путь отстаивания независимости, порядка, самостоятельности и дозированного подчинения с обеих сторон. Конечно, мы лучше всех понимаем сферу «будущих успехов» и «интересов сегодняшнего дня» нашего ребенка и давно не путаем их с собственными целями и амбициями. Теперь приближается время, когда окружающие должны по собственной воле «признать и подтвердить» малышу его исключительность и только за его личные успехи. Помогите ему реализовать то, что он делает лучше всех: участие в соревнованиях, личная мини-выставка вышивки крестиком в родном классе, неожиданное выступление на сцене… Вы лучше всех знаете его сильные стороны, а он еще не знает, как показать их миру и получить личный опыт победителя. Иначе восторги родителей так и останутся восторгами родителей... И помним, что легко достигаются только свои собственные цели и трудно выполняются задачи, поставленные извне.

5. УЧИТ ТО, ЧТО ОКРУЖАЕТ

Стакан воды всегда либо наполовину пуст, либо наполовину полон. Имеет значение не событие, а тот урок, который мы из него извлекаем. Научив своего первоклассника позитивному взгляду на происходящее, Вы навсегда застрахуете его от депрессивных мыслей и неуверенности в собственных силах. Одно маленькое уточнение: ребенок учится не тому, что мы ему говорим, а тому, что он сам видит в нашем исполнении… Стоит помнить и об этом.

6. ГЛАВНОЕ «ТАБУ» ДЛЯ РОДИТЕЛЯ

Теперь про самое трудное для родителей, что необходимо проявлять в общении с маленьким и даже очень взрослым учеником – быть не судьей, а другом и советчиком. Создать и сохранять отношения, в которых можно все обсуждать, вместе думать, принимать решения, что-то доказывать друг другу и слушать, и слышать. Необходимо внести строгое табу в свой родительский лексикон на любые сравнения Вашего ребенка с кем бы то ни было в любых ситуациях. Нет большего оскорбления для личности и большего доказательства, что нас не любят и не ценят, если придется услышать подобную фразу в исполнении самого важного взрослого. Благие намерения и время нисколько не смягчают нанесенного ущерба отношениям.

7. С ЛЮБОВЬЮ ЖИЗНЬ МЕНЯЕТСЯ ЛЕГКО

Любой новый стереотип поведения превращается в привычку в течение сорока дней. Если существует необходимость в изменениях, коррекции режимных мероприятий или навыков стоит запастись ангельским терпением как минимум на этот срок и, конечно, совместно выработанные правила соблюдать мягко и требовательно. Как показывает практика «самым слабым звеном» в таких преодолениях всегда бывают взрослые члены семьи. Поэтому есть смысл не брать на себя «обязательства» более чем по 1-2 пунктам. Не все сразу. В том числе и для Вас.

8. НАШИ ДЕТИ ЛУЧШЕ ОБХОДЯТСЯ БЕЗ НАС...

Активный, эффективный, гиперактивный, усидчивый – все это понятия разные и неоднозначные на разных этапах развития. Любую особенность личности можно сделать конкурентным преимуществом. И Ваш ребенок имеет право расти «человеком последней минуты». Малыши только начинают учиться подчиняться чужим требованиям с 7 лет. Этим, в первую очередь, и определен возраст начала обучения в общеобразовательных школах во всем мире. Часовое сидение рядом за домашними уроками ответственной мамы или любящей бабушки в этом случае сродни приговору. Давайте сходим с ребенком в магазин и выберем вместе большие красивые настенные часы. Научимся спрашивать: «скажи, когда ты это сделаешь? Покажи, где будет стрелочка?». И наберемся неиссякаемого родительского терпения не вмешиваться в то, что происходит в назначенное время, если к нам не обратились за помощью. Сделать что-то самостоятельно, пусть неправильно – это большое удовольствие и радость ответственности. «Штрафные санкции» и поощрения и веселые дальнейшие планы оговариваем заранее и безоговорочно воплощаем в жизнь с комплиментами или печальной безысходностью: «Мы ведь договаривались». Учеба дома должна стать интересными приключениями, чередованием занятий, счастьем личных достижений и опытом собственноручно невыполненных «домашек» с вытекающими последствиями. Самая страшная правда для взрослых это то, что, на самом деле, дети в любом возрасте лучше обходятся без нас, чем мы без них. И об этом стоит помнить.

9. ЗОЛОТЫЕ СЕКРЕТЫ

Конечно, мы уже точно знаем: какая познавательная система является ведущей у нашего ребенка. Как необходимо к нему обратиться, чтобы наши взывания, тонущие в буре ребячьих эмоций и событий, дошли до адресата. «Послушай меня, пожалуйста» или «Ты же видишь, как это просто?», или «Чувствуешь, как эта задачка хочет от нас улизнуть?». Вы знаете эти золотые секреты? А какой из видов памяти наиболее развит у вашего малыша? На что делать упор в достижении результата? Как лучше хвалить именно Вашего ребенка? За что и как ругать? Каковы его личные конкурентные преимущества при построении отношений с группой? А уязвимые стороны? Вы готовы открыть эти подсказки Вашему учителю с первых дней обучения, когда педагог еще не успел разглядеть всех каждого в классе? Нет? Не беда. Никогда не поздно пройти диагностику у детского психолога. Уверяю, Вас ждет много открытий, и не только в отношении ребенка.

10. ДЕНЬ НАЧИНАЕТСЯ С УТРА

Настроение на весь день формируется в течение первых 30 минут после пробуждения. Задайтесь целью сделать эти минуты самыми приятными для всей семьи. Пусть утро сопровождается вкусными запахами, приятными звуками, ласковыми словами, красивыми семейными ритуалами, детским смехом. Так просто, так приятно и так важно для каждого из нас… Так много по-человечески простых акцентов в сложных переплетениях человеческих путей.

Любая дорога начинается с первого шага. И хорошее начало – всегда половина успеха. Эти важные и нужные первые успешные шаги маленькому ученику должны помочь сделать именно мы, родители. Нам это просто. Мы уже взрослые, сильные и умеем любить.

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

Первый раз в первый класс

ПОСТУПЛЕНИЕ В ШКОЛУ – ПЕРЕЛОМНЫЙ МОМЕНТ В ЖИЗНИ КАЖДОГО РЕБЕНКА. НАЧАЛО ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ КАРДИНАЛЬНЫМ ОБРАЗОМ МЕНЯЕТ ВЕСЬ ЕГО ОБРАЗ ЖИЗНИ. СВОЙСТВЕННАЯ ДОШКОЛЬНИКАМ БЕСПЕЧНОСТЬ, БЕЗЗАБОТНОСТЬ, ПОГРУЖЕННОСТЬ В ИГРУ СМЕНЯЮТСЯ ЖИЗНЬЮ, НАПОЛНЕННОЙ МНОЖЕСТВОМ ТРЕБОВАНИЙ, ОБЯЗАННОСТЕЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ.

Теперь ребенок должен каждый день ходить в школу, систематически и напряженно трудиться, соблюдать режим дня, подчиняться разнообразным нормам и правилам школьной жизни, выполнять требования учителя, заниматься на уроке тем, что определено школьной программой, добиваться хороших результатов в учебной работе. Многие родители волнуются, переживают по этому поводу и задают вопросы: сможет ли ребёнок успешно учиться? Справится ли он со школьной программой? Как адаптируется в новых условиях?

Во многом, успех обучения и благоприятная адаптация зависят от того, насколько регулярно ребенок посещает школу. К сожалению, дети, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте, часто болеют. Частые заболевания выбивают первоклашку из привычного ритма школьной жизни, ему приходится догонять одноклассников. Поэтому, исключительно большое значение для обеспечения готовности ребенка к школе имеет состояние его здоровья.

Особенно сложно в младших классах придется тем детям, которые воспитывались дома и не посещали детский сад, в том числе с той позиции, что они не встречались должным образом с возбудителями инфекционных заболеваний, не тренировали иммунную систему. Они впервые попадают в коллектив, где сталкиваются с носителями болезнетворных микроорганизмов, и каждый из них является источником заболевания для других.

Многие родители жалуются – пошел в школу и начал постоянно болеть. Необходимо помнить, что ребенок попадает в огромный коллектив, это не только класс, это вся школа – переменки, столовая, гардероб, туалет, где сталкиваются и пересекаются сотни детей разного возраста. Длительность пребывания в помещении, коллективные игры, совместный отдых на внешкольных мероприятиях. Да и как бы школу не убирали, конечно, пыли и грязи не в пример больше, чем в детском саду – все эти факторы способствуют высокой инфицированности детей разными микробами и поддерживают высокий уровень заболеваемости.

Самой частой инфекционной патологией у детей являются острые респираторные заболевания (ОРЗ). Особенно высока заболеваемость во вновь сформированных коллективах. В течение первых 2-3 месяцев до 80% детей переносят инфекции верхних дыхательных путей.

Вне эпидемического подъема вирусных инфекций, более 50% острых респираторных заболеваний в организованных детских коллективах вызваны таким патогенным микроорганизмом как пневмококк (Streptococcus pneumoniae). Пневмококки – это бактерии, в норме населяющие верхние дыхательные пути человека, способны приводить к многообразным заболеваниям в случае ослабления защитных сил организма. Они, в большинстве случаев, являются основной причиной частых ОРЗ, бронхитов, отитов (воспаления среднего уха), гайморита и воспаления легких (пневмония). Наиболее подвержены пневмококковым инфекциям дети с хроническими заболеваниями носоглотки, дыхательных путей, почек и сердечно-сосудистой системы. Чтобы защитить ребенка от инфекции, можно по желанию родителей сделать прививку вакциной **«Пневмо 23»**.

В период подъема заболеваний вирусными инфекциями наиболее грозным является грипп – тяжелая вирусная инфекция, передается воздушно-капельным путем, вспышки эпидемии гриппа наблюдаются ежегодно. При гриппе возможно развитие бактериальной пневмонии, воспаление сердечной мышцы, поражение почек и других органов. В мировой практике описаны смертельные исходы от пневмококковых пневмоний у гриппозных больных. Поэтому рекомендуется ежегодно вакцинировать школьников от сезонного гриппа. Эффективность вакцинопрофилактики гриппа составляет порядка 80%. Вакцинацию детей следует проводить в начале осеннего периода до начала эпидемии.

Нужно понимать, что школа – коллектив, где инфекция распространяется очень быстро, если дети в большинстве своем не защищены от инфекций, т.е. не привиты. Поэтому, в школе особенно опасны инфекции с высокой заразностью, такие, как корь, краснуха, свинка (паротит), ветряная оспа, менингит. Но, если от первых трех дети в большинстве своем привиты планово до школы в 1 год и в 6 лет, то прививки от ветряной оспы, менингита не входят в календарь прививок и сделать их можно только самостоятельно, за свой счет. Ветряная оспа чаще встречается у детей, вызывается вирусом простого герпеса, передается воздушно-капельным и контактным путем. Обычно ветряная оспа расценивается, как легкая инфекция, но, к сожалению, тяжесть этого заболевания увеличивается с возрастом. Мало кто знает, что после даже легко перенесенной в детстве ветряной оспы примерно у 20% пациентов с возрастом развивается другое заболевание – опоясывающий герпес (опоясывающий лишай или герпес зостер). Самой безопасной альтернативой и мерой профилактики является вакцинация. Иммунитет, который создается после прививки, абсолютно такой же, как и после перенесенной ветрянки, но без возможных негативных последствий.

Менингит – воспаление мягкой оболочки мозга. Заболевание характеризуется высокой летальностью. Бытующее мнение о том, что причиной менингита является переохлаждение головы, ошибочно. Заболевание носит инфекционную, в основном бактериальную природу. Наиболее частые причины менингита у детей – менингококковая, гемофильная (ХИБ) и уже упомянутая пневмококковая инфекции. Ваш ребенок может заразиться, находясь возле других детей и взрослых, которые могут быть носителями этих микроорганизмов в носу или глотке. Однако если микробы попадают в легкие или кровь, то могут стать причиной менингита и пневмонии. Предотвратить заболевание можно с помощью вакцинации. Вакцинация против менингококковой инфекции проводится однократно, она защищает ребенка на срок не менее 3 лет, после чего прививку можно повторить.

Есть еще одна инфекция, от которой целесообразно защитить своего ребенка, идущего в школу, – это гепатит А. В народе его называют желтуха, или болезнь грязных рук. Гепатит А – кишечная инфекция, заражение которой связано с низкими стандартами санитарии и гигиены. Очень устойчивый во внешней среде вирус передается с водой, пищей, через предметы быта. Все дети имеют разные гигиенические навыки, в школе они впервые самостоятельно начинают пользоваться общественной столовой и общественными туалетами, и это определяет повышение риска развития кишечных инфекций, к которым относится гепатит А. Полный курс вакцинации состоит из введения 2-х доз с интервалом 6-12 мес. Защита сохраняется долгие годы, ревакцинация по последним данным рекомендуется через 10 лет.

Таким образом, перед поступлением в школу, нужно обязательно проверить сделаны ли все необходимые возрастные прививки, ревакцинация в 6 лет против кори, свинки (эпидемического паротита), краснухи, в 7 лет против дифтерии и столбняка. Провести реакцию Манту, чтобы удостовериться, что малыш защищен от туберкулеза, а также дополнительно защитить его от пневмококковых инфекций, гепатита А, ветряной оспы, гриппа, менингита.

С того момента, когда ваш ребенок впервые переступит порог школы, начнется новый этап его жизни. Постарайтесь, чтобы этот этап начался с радостью, и чтобы так продолжалось на протяжении всего его обучения в школе.

Защитите здоровье своего ребенка, и он Вам будет благодарен!

Автор статьи Королева Марина Анатольевна, помощник врача-эпидемиолога

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Лактазная недостаточность

ВСЕ МЫ ЗНАЕМ, ЧТО ЛУЧШЕЙ ПИЩЕЙ ДЛЯ МЛАДЕНЦА ЯВЛЯЕТСЯ ГРУДНОЕ МОЛОКО. ОНО СОДЕРЖИТ МНОЖЕСТВО РАЗЛИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ПО ПОСЛЕДНИМ ПОДСЧЕТАМ УЧЕНЫХ, БОЛЕЕ 400), НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА. ЭТО, В ТОМ ЧИСЛЕ, И ОСОБЫЕ ЖИРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РОСТУ МОЗГА, И БЕЛКИ, КОТОРЫЕ ГОРАЗДО ЛЕГЧЕ УСВАИВАЮТСЯ, ЧЕМ БЕЛКИ КОРОВЬЕГО МОЛОКА (ОБРАЗУЮЩИЕ В ЖЕЛУДКЕ ПЛОТНЫЙ СГУСТОК, В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕЖНОГО СГУСТКА МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА), ВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ В ТАКОМ ВИДЕ, ЧТО ИХ ВСАСЫВАНИЕ ИЗ МОЛОКА ВО МНОГО РАЗ ЭФФЕКТИВНЕЕ, ЧЕМ ВСАСЫВАНИЕ ИЗ СМЕСИ, ФЕРМЕНТЫ, ПОМОГАЮЩИЕ ПИЩЕВАРЕНИЮ, АНТИТЕЛА, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ИММУНИТЕТ РЕБЕНКА, И МНОГОЕ, МНОГОЕ ДРУГОЕ.

Много лет производители искусственных смесей пытаются приблизить их состав к грудному молоку, но полностью воспроизвести молоко невозможно – т.к. оно является живой жидкостью, так сказать, «белой кровью», а не растворенным в воде химико-технологическим порошком.

По мере роста младенца состав молока изменяется в соответствии с его потребностями. Сперва молозиво, которое содержит больше белков и иммунных защитных факторов и меньше сахаров; затем переходное молоко и, наконец, со второй-третьей недели после родов, зрелое молоко. Где-то с этого момента и начинаются возможные кишечные расстройства у ребенка.

ЛАКТОЗА

Одним из важнейших компонентов грудного молока является сахар грудного молока – **лактоза**. Этот сахар в природе встречается только в молоке млекопитающих, и наивысшая его концентрация присуща именно женскому молоку. Причем антропологами была найдена следующая зависимость – чем умнее животное, тем больше лактозы содержит молоко данного вида.

Кроме того, что лактоза придает грудному молоку более приятный, свежий вкус (попробуйте на вкус и сравните – грудное молоко и смесь, если они у вас есть), лактоза обеспечивает около 40% энергетических потребностей ребенка и к тому же необходима для развития мозга. В тонком кишечнике более крупная молекула лактозы расщепляется ферментом **лактазой** на две молекулы поменьше – глюкозу и галактозу. Глюкоза – важнейший источник энергии, галактоза же становится составной частью галактолипидов, необходимых для развития центральной нервной системы.

Лактоза, не расщепленная в тонком кишечнике (например, на нее не хватило лактазы), продвигается дальше и стимулирует образование кишечных колоний бактерий Lactobacillus bifidus. Эти сбраживающие бактерии обеспечивают кислую среду в желудочно-кишечном тракте, подавляют патогенных бактерий, грибков и паразитов. Побочным продуктом брожения являются газы. Обилие газов у грудных детей – это норма. Чем больше брожение, тем больше газов.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ С ЛАКТОЗОЙ

Если активность лактазы (фермента, который расщепляет лактозу) снижена или вообще отсутствует – это состояние называется «лактазной недостаточностью». Л актоза служит пищей для размножения бактерий в тонком кишечнике, а также поступает в толстый кишечник в значительных объемах. Там лактоза создает питательную среду для размножения многочисленных микроорганизмов, в результате деятельности которых возникает разжижение стула и повышенное газообразование, боли в кишечнике. Возникающий в результате чрезвычайно кислый стул сам может вызвать дальнейшее повреждение стенок кишечника.

Недостаточная активность лактазы может приводить к снижению прибавок веса, т.к., во-первых, не усваивается сам молочный сахар, являющийся важным источником энергии, и, во-вторых, повреждение кишечника приводит к ухудшению всасывания и переваривания остальных питательных веществ женского молока.

ПРИЧИНЫ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕЕ ВИДЫ

Каковы же возможные причины снижения активности лактазы в кишечнике ребенка? Лактазную недостаточность разделяют на первичную и вторичную. Можно выделить еще один вид лактазной недостаточности, при котором из-за индивидуальных особенностей лактации и организации грудного вскармливания у мамы ребенок, имеющий фермент в достаточном количестве, тем не менее испытывает похожие симптомы.

1. **Перегрузка лактозой.** Это – состояние, подобное лактазной недостаточности, которое можно скорректировать, изменив организацию грудного вскармливания. При этом фермент у малыша вырабатывается в достаточном количестве, но мама имеет большой объем «переднего резервуара» груди, поэтому между кормлениями накапливается много богатого лактозой «переднего» молока, что приводит к аналогичным симптомам.
2. **Первичная лактазная недостаточность** имеет место в том случае, если поверхностные клетки тонкого кишечника (энтероциты) не повреждены, но активность лактазы снижена или вовсе отсутствует.

3.Вторичная лактазная недостаточность имеет место, если выработка лактазы снижена вследствие повреждения вырабатывающих ее клеток.

Перегрузка лактозой чаще встречается у «очень молочных» мам. Так как молока много, дети прикладываются редко, и в результате в каждое кормление получают много «переднего» молока, быстро продвигающегося по кишечнику и вызывающего симптомы лактазной надостаточности.

Первичная лактазная недостаточность встречается в следующих случаях:

- врожденная, вследствие генетического заболевания (встречается достаточно редко)
- транзиторная лактазная недостаточность доношенных и незрелых к моменту рождения малышей
- лактазная недостаточность взрослого типа

Врожденная лактазная недостаточность встречается экстремально редко.

Транзиторная имеет место по той причине, что кишечник недоношенных и незрелых младенцев еще не окончательно созрел, поэтому активность лактазы снижена. Например, с 28 по 34-ю неделю внутриутробного развития активность лактазы в 3 и более раз ниже, чем на сроке 39-40 недель.

Лактазная недостаточность взрослого типа встречается довольно часто. Активность лактазы начинает снижаться в конце первого года жизни и постепенно убывает, у некоторых взрослых снижаясь настолько, что неприятные ощущении возникают каждый раз при употреблении в пищу, например, цельного молока (в России до 18% взрослого населения страдают лактазной недостаточностью взрослого типа).

Вторичная лактазная недостаточность встречается гораздо чаще. Обычно она возникает вследствие какого-либо острого или хронического заболевания, например, кишечной инфекции, аллергической реакции на белок коровьего молока, при воспалительных процессах в кишечнике, атрофических изменениях (при целиакии – непереносимости глютена, после длительного периода зондового питания и т.п.).

СИМПТОМЫ

Заподозрить лактазную недостаточность можно по следующим признакам:

1. жидкий (часто пенистый, с кислым запахом) стул, который может быть как частым (более 8–10 раз в сутки), так и редким или отсутствовать без стимуляции (это характерно для детей на искусственном вскармливании, имеющих лактазную недостаточность);
2. беспокойство ребенка во время или после кормления;
3. вздутие живота;
4. в тяжелых случаях лактазной недостаточности ребенок плохо набирает вес или теряет в весе.

Также есть упоминания в литературе, что один из возможных симптомов – обильные срыгивания.

Малыш обычно имеет хороший аппетит, жадно начинает сосать, но спустя несколько минут плачет, бросает грудь, поджимает ножки к животу. Стул частый, жидкий, желтый, с кислым запахом, пенистый (напоминает дрожжевое тесто). Если собрать стул в стеклянную емкость и дать постоять, то становится четко видно расслоение на фракции: жидкую и более плотную. Нужно иметь в виду, что при использовании одноразовых подгузников жидкая часть впитывается в них, и тогда нарушения стула можно не заметить.

Обычно симптомы первичной лактазной недостаточности нарастают с увеличением объема потребляемого молока. Сначала, в первые недели жизни новорожденного, вообще не возникает никаких признаков нарушений, затем появляется повышенное газообразование, еще позже – боли в животе, и только потом – жидкий стул.

Гораздо чаще приходится сталкиваться с вторичной лактазной недостаточностью, при которой, в добавление к перечисленным выше симптомам, в стуле много слизи, зелени и могут присутствовать непереваренные комочки пищи. Заподозрить перегрузку лактозой можно, например, в случае, когда у мамы накапливается большой объем молока в груди, и хорошие прибавки у ребенка, но ребенка беспокоят боли примерно как при первичной лактазной недостаточности. Либо зеленый кислый стул и постоянно подтекающее молоко у мамы, даже при несколько сниженных прибавках.

АНАЛИЗЫ НА ЛАКТАЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Существует несколько анализов, позволяющих в той или иной мере подтвердить лактазную недостаточность. К сожалению, среди них нет идеального анализа, который гарантировал бы правильную постановку диагноза, и при этом был несложен и нетравматичен для ребенка. Сперва перечислим возможные методы анализа.

1. Наиболее достоверный способ подтвердить лактазную недостоточность – биопсия тонкой кишки. В этом случае, взяв несколько образцов, можно по состоянию поверхности кишечника определить степень активности лактазы. Метод применяется очень редко по очевидным причинам (наркоз, проникновение прибора в кишечник ребенка и т.п.).
2. Лактозная кривая. Натощак дается порция лактозы, несколько раз делается анализ крови в течение часа. В идеале нужно сделать аналогичный тест также и с глюкозой и сравнить эти две кривые. Опять же, тест сложнее применять к грудным детям – необходимо давать лактозу натощак, при этом ничего кроме нее не есть, несколько раз брать анализ крови. К тому же лактоза вызывает неприятные симптомы, боли, газообразование, понос, что тоже говорит против данного теста.
3. Наиболее популярный метод – анализ кала на углеводы. К сожалению, он же является и наименее достоверным. Нормы углеводов в кале до сих пор не определены..
4. Анализ копрограммы. Обычно применяется в сочетании с другими методами диагностики. Кислотность стула в норме (pH) равна 5.5 и выше, при лактазной недостаточности стул более кислый, например, pH = 4. Используется также информация о содержании жирных кислот (чем их больше, тем больше вероятность лактазной недостаточности).

ЛЕЧЕНИЕ

Хочу подчеркнуть, что каждый раз необходимо лечить не анализ, а ребенка. Если вы (или ваш педиатр) нашли у ребенка один-два признака лактазной недостаточности и повышенное содержание углеводов в кале, это не значит, что ребенок болен. **Диагноз ставится лишь в том случае, если имеет место и клиническая картина, и плохой анализ.**

Также можно понять, имеет ли место лактазная недостаточность, если при начале проведения выписанного врачом лечения самочувствие ребенка существенно улучшилось. Например, когда начали давать лактазу перед кормлением, резко уменьшились боли в животе и исправился стул.

Итак, каковы возможные методы лечения лактазной недостаточности или подобного ей состояния?

1. Правильная организация грудного вскармливания. Дело в том, что для большинства женщин состав молока, выделяющегося из груди в начале и в конце кормления, разный. Количество лактозы не зависит от рациона матери и вообще не сильно изменяется, то есть в начале и в конце кормления ее содержание практически одинаковое, но жирность может сильно отличаться. Вначале вытекает более водянистое молоко. Это молоко «набегает» в грудь между кормлениями, когда грудь не стимулируется. Затем, по мере сосания груди, начинает вытекать более жирное молоко. Между кормлениями частички жира прилипают к поверхности клеток молочной железы и добавляются в молоко только на приливах, когда молоко активно двигается, выбрасывается из молочных протоков. Более жирное молоко поступает из желудка в кишечник ребенка медленнее, и поэтому лактоза успевает переработаться. Более легкое, переднее молоко быстро движется, и часть лактозы может поступить в толстый кишечник, не успев расщепиться лактазой. Там она служит причиной брожения, газообразования, частого кислого стула.

Таким образом, зная о различии переднего и заднего молока, можно понять, как бороться с данным видом лактазной недостаточности.

а) Во-первых, нельзя сцеживаться после кормления, т.к. в этом случае жирное молоко мама выливает или замораживает, а ребенку, сосущему грудь, достается как раз менее жирное молоко с высоким содержанием лактозы, что может провоцировать развитие лактазной недостаточности.

б) Во-вторых, нужно менять грудь лишь тогда, когда ребенок ее полностью опустошил, иначе ребенок опять же получит много переднего молока и, не успев высосать заднее молоко, опять перейдет на переднее молоко из второй груди. Возможно, более полному опустошению груди поможет метод сжатия.

в) В-третьих, лучше кормить той же грудью, но чаще, так как при больших перерывах в груди набегает большее количество переднего молока.

г) Также необходимо правильное прикладывание ребенка к груди (при неправильном прикладывании молоко высасывать сложно, и заднее молоко ребенок не получит). В каком случае можно заподозрить неправильное прикладывание? В случае, если у вас трещины на груди, и/или кормление причиняет боль. Многие считают, что боль при кормлении нормальна в первые месяцы, но на самом деле она часто является признаком неправильного захвата груди. Также кормление через накладки нередко приводит к неправильному захвату и неэффективному сосанию. Даже если вы считаете, что прикладывание правильное, лучше всего еще раз проверить это.

д) Желательны ночные кормления (ночью вырабатывается больше заднего молока).

е) Нежелательно отнимать ребенка от груди до того, как он насытился, пусть сосет так долго, как хочет (особенно в первые 3-4 месяца, до полного созревания лактазы).

Итак, мы имеем правильный захват, не сцеживаемся после кормления, меняем грудь раз в 2-3 часа, не стараемся кормить реже. Даем ребенку вторую грудь лишь тогда, когда он опустошил первую полностью. Ребенок сосет грудь так долго, как ему необходимо. Желательно ночное кормление. Иногда хватает всего нескольких дней такого режима, чтобы состояние ребенка нормализовалось, стул и работа кишечника наладились.

Обратите внимание, что редкое чередование груди нужно применять с осторожностью, т. к. это обычно приводит к снижению количества молока (поэтому желательно следить, чтобы ребенок писал около 12 и более раз в сутки, это означает что молока, скорее всего, достаточно). Возможно, через несколько дней такого режима количество молока уже будет недостаточным и можно будет опять перейти на кормление из двух грудей, при этом ребенок уже не будет

показывать никаких признаков лактазной недостаточности. Если у вашего малыша высокие прибавки, но имеются симптомы, похожие на лактазную недостаточность, возможно, именно урежение чередования груди раз в 3 часа с целью уменьшения общего объема молока, приведет к снижению колик. Если все это не помогает, возможно, речь идет действительно о лактазной недостаточности, а не о подобном ей состоянии, которое можно скорректировать с помощью правильной организации кормлений. Что еще можно сделать?

2. Исключение из рациона аллергенов. Чаще всего речь идет о белке коровьего молока. Дело в том, что белок коровьего молока – достаточно распространенный аллерген. Если мама потребляет много цельного молока, его белок может частично всасываться из кишечника в кровь мамы, и соответственно в молоко. В случае, если для ребенка белок коровьего молока является аллергеном (а это случается довольно часто), он нарушает деятельность кишечника ребенка, что может приводить к недостаточному расщеплению лактозы и к лактазной недостаточности. Выход – исключить из рациона мамы, в первую очередь, цельное молоко. Возможно, потребуется также исключить и все молочные продукты, включая масло, творог, сыр, кисломолочные продукты, а также говядину и все, что приготовлено с помощью сливочного масла (в т. ч. выпечку). Аллергеном может оказаться и другой белок (не обязательно коровьего молока). Изредка бывает необходимо исключить также и сладости. Когда мама исключает все аллергены, деятельность кишечника ребенка налаживается и симптомы лактазной недостаточности прекращаются.

3. Сцеживание перед кормлением. Если реже менять грудь и исключить аллергены оказывается недостаточно, можно попробовать сцеживать ПЕРЕД кормлением некоторую порцию переднего молока, богатого углеводами. Это молоко ребенку не дается, и ребенок прикладывается к груди, когда идет уже более жирное молоко. Однако данный способ нужно применять с осторожностью, чтобы не запустить гиперлактацию. Оптимально, применяя этот метод, заручиться поддержкой консультанта по грудному вскармливанию.

4. Фермент лактаза. Если приведенные выше способы не помогли, обычно врач выписывает лактазу. **Именно врач определяет, является ли поведение ребенка типичным для грудничка или все же имеет место картина лактазной недостаточности.** Важно подобрать верную дозу. При слишком маленькой дозе симптомы могут быть все еще

сильными, при слишком высокой – стул станет чрезмерно густым, похожим на пластилин; возможны запоры. Фермент обычно дается перед кормлением, растворенный в некотором количестве грудного молока. Дозу, естественно, определяет врач.

5. Ферментированное лактазой грудное молоко, низколактозная или безлактозная смесь. В самых крайних случаях ребенок переводится врачами на ферментированное лактазой сцеженное грудное молоко либо безлактозную смесь. Вполне возможно, что достаточно будет заместить лишь часть кормлений безлактозной смесью или ферментированным молоком. Если возникает необходимость в этих мерах, желательно помнить, что докорм ребенка – мера обычно временная, а использование при этом бутылочки может привести к отказу от груди. Для кормления ребенка лучше использовать другие способы, такие как ложка, чашка.

Близкие и далекие последствия от кормления здоровых детей с рождения смесями, не содержащими лактозы, неизвестны, поэтому безлактозная смесь обычно рекомендуется только как временная лечебная мера. Также всегда есть опасность развития аллергии на эту смесь, т. к. соя (если это соевая смесь) – распространенный аллерген. Аллергия может начаться не сразу, а через некоторое время, поэтому желательно максимально сохранять грудное вскармливание, которое является предпочтительным. Данный метод лечения применим, в первую очередь, при генетических заболеваниях, связанных с нерасщеплением лактозы или ее составляющих. Встречаются эти заболевания крайне редко (приблизительно 1 на 20 000 детей).

В случае вторичной лактазной недостаточности ко всем приведенным выше методам лечения может присоединиться лечение т. н. «дисбактериоза», т. е. восстановление микрофлоры и состояния кишечника. Лечение опять же назначает врач.

Автор статьи Ведмедовская
Оксана Владимировна, врач педиатр

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ФИМОЗ У МАЛЬЧИКОВ? ЧЕМ МОЖЕТ УГРОЖАТЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФИМОЗ? КАК ИЗБЕЖАТЬ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ? ПЕРВЫЕ ГОДЫ РЕБЕНОК НЕ ВОСПРИНИМАЕТ СЕБЯ В КАЧЕСТВЕ МАЛЬЧИКА ИЛИ ДЕВОЧКИ, ОН ПРОСТО «МАМИН МАЛЫШ». РОДИТЕЛИ ЖЕ ТОЧНО ЗНАЮТ, КТО У НИХ РАСТЕТ. ПЕРВОЕ ВРЕМЯ ОНИ ИСПОЛЬЗУЮТ НЕКИЕ СИМВОЛЫ, УКАЗЫВАЮЩИЕ ОКРУЖАЮЩИМ НА ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ МАЛЫША К ТОМУ ИЛИ ИНОМУ ПОЛУ: ГОЛУБОЙ БАНТИК НА ОДЕЯЛЬЦЕ – ДЛЯ МАЛЬЧИКА, РОЗОВЫЙ – ДЛЯ ДЕВОЧКИ.

Фимоз у мальчиков

Позднее особое внимание они обращает на физиологию ребенка, случается, что детки разного пола требуют неодинакового ухода. В разряд половых особенностей входят и заболевания, касающиеся половых органов. Достаточно часто родители пугаются недуга, который может возникнуть у маленького мальчика, врожденного фимоза.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФИМОЗ У МАЛЬЧИКОВ

Фимозом у мальчиков называют положение, когда головка полового члена не обнажается из-за суженного состояния крайней плоти. Формирование половых органов у мальчиков не прекращается с рождением, а продолжается до периода полового созревания, поэтому у 96% мальчиков первого года жизни наблюдаются признаки фимоза.

Закрытость препуциального мешка может мешать мочеиспусканию взрослеющих мальчиков. Ребенок 12 месяцев чаще всего не испытывает никаких проблем, связанных с таким физиологическим явлением. Однако родители должны отметить для себя эту особенность и наблюдать за ее изменениями.

Заподозрив у малыша фимоз, можно переговорить с педиатром, он осмотрит малыша и скажет, есть ли причина беспокоиться. Самостоятельно отодвигать крайнюю плоть категорически нельзя, грубое вмешательство может причинить вред. Некомпетентные действия грозят повлечь за собой защемление головки, кровотечение, кроме того, ребенок при попытках «помочь» может пугаться и испытывать сильную боль.

ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ

С точки зрения физиологии до трех лет фимоз у мальчиков абсолютно нормален и не требует лечения. Врачи по-разному оценивают скорость созревания мальчиков, поэтому сроки, когда крайняя плоть расширяется, и головка полового члена может обнажиться, медики называют разные. Одни придерживаются мнения, что это происходит до 3-4 лет, другие полагают, что до 7-8, третьи утверждают, что процесс может происходить до периода полового созревания, то есть до 14-16 лет.

Процесс нормализации происходит постепенно, половой член увеличивается в размерах, появляются эрекции, и крайняя плоть под воздействием этих явлений начинает самостоятельно отходить. У младенцев первого года жизни диагноз фимоз обычно не ставится, поскольку считается не заболеванием, а физиологической особенностью. Говорить о таком медицинском диагнозе врачи начинают, когда у ребенка с такой физиологией наблюдаются проблемы с мочеиспусканием или воспалительные процессы крайней плоти.

Автор статьи Латыпов
Вячеслав Хамзиевич,
врач детский хирург

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА:

причины возникновения, симптомы и признаки, диагностика и современные методы лечения

В редких случаях киста яичника может осложниться разрывом или кровотечением, может перекрутиться или давить на соседние органы, что требует оказания адекватной медицинской помощи (хирургическая операция по удалению кисты).

ЧТО ТАКОЕ КИСТА ЯИЧНИКА?

Киста яичника это округлое выпячивание, которое образуется на поверхности яичника. Анатомически киста яичника представляет собой тонкостенную полость, заполненную жидкостью. Размеры кисты яичников могут достигать от нескольких сантиметров до 15-20 см в диаметре.

В данной статье пойдет речь только о функциональных кистах яичника, которые формируются из созревающих фолликулов. Кроме функциональных кист, на которые приходится более 90% всех случаев кист яичников, могут существовать также дизонтогенетические кисты, которые образуются в процессе нарушения формирования и роста яичников, и кисты-опухоли.

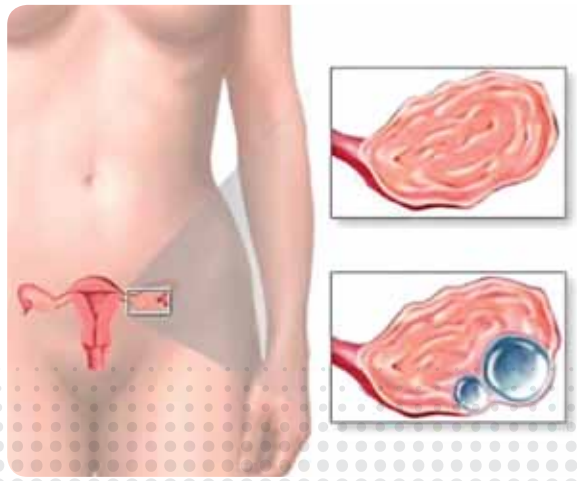
Кисты яичников также следует отличать от синдрома поликистозных яичников, при котором причины появления кист яичников и методы их лечения значительно отличаются от таковых в случае функциональных кист яичников.

КАК ПОЯВЛЯЮТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКА?

Каждая здоровая женщина имеет два яичника, в которых содержатся и постепенно созревают яйцеклетки (женские половые клетки). Яичники располагаются с двух сторон от матки и соединяются с последней при помощи маточных труб. Размеры одного яичника примерно равны размерам

КИСТА ЯИЧНИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НЕБОЛЬШОЕ ПОЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (ВЫПЯЧИВАНИЕ В ВИДЕ МЕШОЧКА), ЗАПОЛНЕННОЕ ЖИДКОСТЬЮ. ОБЫЧНО КИСТА РАЗВИВАЕТСЯ В ЯИЧНИКЕ ЖЕНЩИНЫ ИЗ СОЗРЕВАЮЩЕГО ФОЛЛИКУЛА. БОЛЬШИНСТВО КИСТ ЯИЧНИКОВ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ НИКАКОЙ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, НЕ ТРЕБУЮТ НИКАКОГО ЛЕЧЕНИЯ И САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МЕНСТРУАЛЬНЫХ ЦИКЛОВ.

грецкого ореха. Как правило, в каждом менструальном цикле созревает и высвобождается по одной яйцеклетке. До высвобождения яйцеклетка растет в специальной полости (мешочке) – фолликуле. Размеры зрелого фолликула составляют около 5-10 мм. В середине менструального цикла фолликул разрывается (разрыв фолликула носит название овуляция), и яйцеклетка высвобождается в маточные трубы, где она может быть оплодотворена сперматозоидами.



При ультразвуковом обследовании здоровых яичников, до момента овуляции, в каждом яичнике можно заметить несколько небольших кист – это созревающие фолликулы. В момент овуляции лопнут только один или два фолликула. В некоторых случаях, по неизвестным причинам, в созревающем фолликуле накапливается большое количество жидкости, за счет чего он сильно увеличивается в размерах. Такие увеличенные фолликулы называются фолликулярными (функциональными) кистами.

Если фолликул не разрывается, и яйцеклетка не высвобождается, фолликулярная киста может сохраниться и расти еще некоторое время, однако в течение нескольких циклов ее рост замедляется, она уменьшается и исчезает. После разрыва фолликула и высвобождения яйцеклетки на месте фолликула образуется «желтое тело» – участок тканей яичника, активно вырабатывающий прогестерон. В желтом теле, также как и в созревающем фолликуле может скапливаться жидкость. В таком случае формируется киста желтого тела. Кисты желтого тела, также как и фолликулярные кисты обычно проходят сами по себе, постепенно уменьшаясь в размерах. Если киста фолликула или желтого тела по какой-то причине наполняется большим количеством крови (например, разрыв кровеносного сосуда внутри кисты), тогда киста называется геморрагической.

КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ КИСТЫ ЯИЧНИКА?

Подавляющее большинство кист яичника являются доброкачественными образованиями, то есть не являются опухолями, способными к агрессивному росту.

Только в очень редких случаях кисты яичников, как уже было сказано выше, могут быть признаками рака яичника. Наиболее распространенным видом доброкачественной кисты яичника является функциональная киста. Функциональные кисты могут образоваться из фолликула, либо из желтого тела.

Фолликулярная киста: формируется от начала менструального цикла до момента овуляции и может вырасти примерно до 5 см. в диаметре. Разрыв такой кисты может вызвать резкую боль в области яичника (боль внизу живота, отдающая в поясницу).

Фолликулярные кисты проходят сами по себе, без лечения в течение нескольких месяцев. В подобных случаях роль врача ограничивается наблюдением за состоянием женщины и за развитием кисты.

Киста желтого тела: появляется после высвобождения яйцеклетки из фолликула (после овуляции). Как уже было сказано выше, после высвобождения яйцеклетки фолликул превращается в «желтое тело». В некоторых случаях желтое тело может наполниться жидкостью или кровью и сохраниться в яичнике на более длительное время. Киста желтого тела, как правило, находится только на одном яичнике и не вызывает никаких симптомов.

Геморрагическая киста: появляется вследствие кровоизлияния внутри сформировавшейся фолликулярной кисты или кисты желтого тела. Геморрагические кисты характеризуются появлением боли в животе со стороны яичника, на котором находится киста.

ДРУГИЕ ВИДЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ:

Дермоидная киста: это киста, которая обычно появляется у молодых женщин и может достичь до 15 см в диаметре. Дермоидная киста является доброкачественной опухолью. Внутри нее иногда могут находиться ткани кости, волос или хряща. Подобные кисты по-разному отображаются на УЗИ, однако они очень хорошо видны на компьютерной томографии. Дермоидная киста может осложниться воспалением или перекручиванием, что может вызвать резкую боль в животе и требует проведение срочного хирургического вмешательства.

Эндометриома: может появиться у женщин, страдающих эндометриозом, и образуется в яичнике из тканей эндометрия (внутренняя слизистая оболочка матки). Размер эндометриомы может варьироваться от 2 до 20 см. На фоне эндометриомы в период менструации может появиться сильная боль в животе.

Поликистозноподобный яичник: характеризуется увеличением размеров яичников с множественными небольшими кистами на внешней стороне яичника. Подобное явление встречается как у здоровых женщин, так и у женщин, страдающих определенными эндокринологическими заболеваниями. Необходимо отметить, что синдром поликистозоподобного яичника отличается от синдрома поликистозных яичников.

Кистозная аденома (кистаденома, цистаденома): является видом доброкачественной опухоли, которая образуется из тканей яичника. Цистаденома может достичь очень больших размеров – до 30 см в диаметре и более.

ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ КИСТЫ ЯИЧНИКА

Риск развития кист яичников выше в следующих ситуациях:

- Нерегулярные менструальные циклы
- Повышенное отложение жировых тканей в верхней части тела и общее ожирение
- Ранее наступление менструации (11 лет и раньше)
- Бесплодие
- Гипотиреоз или другие гормональные нарушения
- Лечение рака груди препаратом тамоксифен
- Киста яичника в прошлом

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ КИСТЫ ЯИЧНИКА

Как правило, кисты яичника не вызывают никаких симптомов и обнаруживаются во время обычного УЗИ обследования органов малого таза. Однако, в некоторых, случаях киста яичника может проявляться наличием одного или нескольких из следующих признаков:

- Боль внизу живота, которая может появиться и исчезнуть внезапно. Боль может быть очень сильной и острой
- Нерегулярные менструации
- Ощущение тяжести или давления в животе или в тазу
- Длительная боль внизу живота во время менструации
- Боль внизу живота после энергичной тренировки или после полового акта
- Боль или ощущение сдавливания во время мочеиспускания или опорожнения кишечника
- Периодическая тошнота и рвота
- Боль во влагалище и кровянистые выделения из влагалища
- Бесплодие

КОГДА НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ?

Если вы знаете, что у вас есть или была киста яичника, необходимо обязательно обратиться к врачу в случае, если у вас наблюдается:

- Повышенная температура тела (38,5°C и выше)
- Необычная боль в области живота или таза
- Тошнота или рвота
- Слабость, головокружение или потеря сознания
- Бледность
- Необычайно обильные или нерегулярные менструации
- Необычное увеличение объема живота по необъяснимой причине
- Боль в животе на фоне приема антикогулянтов
- Избыточный рост волос на лице (по мужскому типу)
- Повышенное или пониженное артериальное давление
- Повышенная жажда или обильное мочеиспускание
- Необъяснимая потеря веса
- Прощупываемое образование в животе

ДИАГНОСТИКА КИСТЫ ЯИЧНИКА

Для того, чтобы выявить наличие кисты яичника, можно провести следующие медицинские исследования:

1. Трансвагинальное ультразвуковое исследование. По характеру изображения кисты на УЗИ могут быть простые кисты (наполненные только жидкостью), комбинированные кисты (с содержанием как жидкости, так и твердых тканей) и твердые кисты (содержащие только твердые ткани).

2. Компьютерная томография и ЯМР: если по результатам УЗИ невозможно уточнить тип кисты, врач может назначить КТ и ЯМР обследование, которые позволяют более точно оценить структуру образования.

3. Лапароскопическая операция: при помощи лапароскопии можно не только увидеть кисту яичника, но, в некоторых случаях, и удалить ее.

4. Анализ на маркер CA-125: данный анализ крови выявляет вещество под названием CA-125 – онкомаркер, связанный с раком яичников. Подобный анализ проводится для того, чтобы определить природу обнаруженного в яичниках образования и уточнить, не является ли оно злокачественной опухолью. В некоторых случаях, с повышением уровня CA-125 в крови могут ассоциироваться и доброкачественные образования, поэтому только на основе результатов данного анализа невозможно поставить точный диагноз рака яичников.

5. Анализы на гормоны: при подозрении на гормональные нарушения, которые могли привести к формированию кисты врач может назначить анализы на гормоны ЛГ, ФСГ, эстрадиол и тестостерон.

6. Выявление беременности: лечение кисты яичника у беременных женщин и у небеременных отличается. Необходимо также исключить внематочную беременность, так как симптомы кисты яичника могут быть похожи на симптомы внематочной беременности.

7. Пункция заднего свода влагалища: данный анализ состоит из забора жидкости из заднего свода влагалища при помощи иглы, введенной через стену влагалища сзади шейки матки. Такое обследование проводится очень редко, при подозрении на разрыв или кровотечение из кисты яичника.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ЯИЧНИКА

Функциональные кисты являются самым распространенным видом кисты яичника и, как правило, не требуют никакого лечения. Хирургическому удалению подлежат только кисты размером более 10 см, или кисты, которые не проходят сами в течение 3 менструальных циклов.

КИСТЫ ЯИЧНИКА И ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Некоторые специалисты считают, что риск появления некоторых видов кист яичников (функциональных кист) можно снизить при помощи гормональных противозачаточных таблеток, так как в их механизм действия входит подавление овуляции. Если у вас существует предрасположенность к образованию кисты яичника, возможно врач предложит вам принимать

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

противозачаточные таблетки, так как они подавляют овуляцию и могут снизить риск появления кисты. Также, противозачаточные таблетки могут уменьшить размер существующей функциональной кисты.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЭВОЛЮЦИЕЙ КИСТЫ

После обнаружения кисты ведется наблюдение за ее ростом. Для наблюдения за кистой регулярно проводится ультразвуковое обследование (как правило, сразу после менструации). Если киста сохраняется на протяжении более 3-х менструальных циклов, возможно врач предложит хирургическое вмешательство для удаления кисты и уточнения ее природы.

ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ЯИЧНИКА

Прогноз для женщины с кистой яичника зависит от вида и размера кисты, а также от ее возраста. В подавляющем большинстве случаев кисты яичников являются доброкачественными образованиями и проходят без всякого лечения.

Возраст: развитие функциональной кисты яичника тесно связано с гормональной стимуляцией функции яичников. Вероятность появления кисты яичника наиболее высока у женщин детородного возраста, у которых есть менструация. У женщин после менопаузы существует малая вероятность развития функциональной кисты яичника, и повышенный риск появления злокачественных образований. Поэтому, в период постменопаузы рекомендуется удаление любой кисты размером более 2-5 см.

Размер и форма кисты: как правило, функциональные кисты имеют не более 5 см в диаметре и содержат только одну камеру (полость), заполненную жидкостью. Стенка кисты обычно тонкая, а внутренняя сторона стены гладкая. Все эти характеристики можно увидеть при помощи трансвагинального ультразвукового обследования. В подобных случаях киста считается функциональной и не требует вмешательства.

СВЯЗЬ КИСТ ЯИЧНИКА С БЕСПЛОДИЕМ И БЕРЕМЕННОСТЬЮ

В большинстве случаев функциональные кисты яичников не нарушают детородной способности женщины. Возникновение беременности у женщины с функциональной кистой яичника, как правило, приводит к быстрому уменьшению и исчезновению кисты. В период беременности функциональные кисты яичников возникают чрезвычайно редко.

Автор статьи Аксенова Евгения Анатольевна,
врач акушер-гинеколог

ЗАМЕТКИ С КОНФЕРЕНЦИИ

В МАЕ 2012 ГОДА В Г. МОСКВЕ НА БАЗЕ РУДН СОСТОЯЛАСЬ II КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ».

В рамках конференции было освещено и обсуждено большое количество различных тем, таких как: «Биоценоз влагалища», «Вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии», «Хронический эндометрит», «Болезни шейки матки», «Преждевременные роды», «Материнская смертность от инфекционных осложнений беременности и родов», «Медикаментозное прерывание беременности как действенный способ снижения материнской смертности от аборта» и др.

Хотелось бы остановиться на одной из тем, которая активно и часто звучала во многих докладах участников конференции: «Биопленки». Биопленки, или бактериальные пленки – совокупность микроорганизмов, в которой бактерии взаимодействуют между собой и с поверхностью субстрата, которым может быть вагинальный эпителий. Развитие биопленки так же называют биообрастанием.

Выделяют 5 стадий развития биопленки:

1. **Первичное прикрепление** микроорганизмов к поверхности – клетки слизистых оболочек. Эта стадия обратима.
2. **Фиксация** – окончательное прикрепление.
3. **Созревание.** Микроорганизмы, прикрепившись к поверхности, облегчают прикрепление последующих клеток. Накапливают питательные вещества, начинают делиться.
4. **Рост.** Образована зрелая биопленка, и теперь она изменяет свой размер и форму, вырабатывается слизь, которая служит микробам защитой от внешних угроз.
5. **Дисперсия** (выброс бактерий). В результате деления периодически от биопленки отрываются отдельные клетки, способные через некоторое время прикрепиться к поверхности и образовать новую колонию.

Колонии микроорганизмов окружают себя защитным слоем так, что лекарственные препараты просто не могут до них «добраться». Формирование условно- патогенными бактериями биопленок может рассматриваться как способ адаптации к неблагоприятным условиям существования, повышается их выживаемость, появляется резистентность (отсутствие чувствительности) к антимикробной терапии. Так же в составе биопленок бактерии становятся устойчивыми к действию иммунитета хозяина.

Бактериальные вагинозы чаще всего вызываются актинобактериями Гарднерелла вагиналис. Наличие бактериальных пленок Гарднерелла вагиналис – характерная особенность практически любого бактериального вагиноза. В 20-30% случаев рецидив бактериального вагиноза происходит в течении 3-5 месяцев после окончания лечения. Поэтому очень важным современным моментом в лечении бактериального вагиноза является двухэтапная терапия. 1 – антимикробная, бактериальная; 2 – обязательное восстановление кислой среды влагалища, которая является неблагоприятной для дальнейшего роста и существования условно- патогенной и патогенной флоры. Лактофлора (нормальная флора влагалища) напротив активно размножается в кислой среде, тем самым формируя местный иммунитет.

Поводя итог вышеизложенному, хочется сказать, что участие в конференциях – это важный и необходимый этап в работе врача, благодаря которому повышается качество и эффективность помощи населению.

Автор статьи Лапшина Юлия Ивановна,
врач акушер-гинеколог

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ДЛЯ НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВРАЧИ ВСЕ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ. ЧЕМ ФИЗИОЛОГИЧНЕЕ И ЕСТЕСТВЕННЕЕ ДЕЙСТВУЕТ НА ОРГАНИЗМ ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР, ТЕМ ОН БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН. К СТАРЫМ ИСПЫТАННЫМ, ПРОВЕРЕННЫМ ЖИЗНЬЮ СПОСОБАМ ЛЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ, ПРЕДЛОЖЕННЫЙ БОЛЕЕ 100 ЛЕТ НАЗАД.

Гинекологический массаж является физиологическим методом воздействия, оказывающим исключительно сильное оздоравливающее действие не только на пораженный орган, но и на весь организм женщины. Гинекологический массаж успешно сочетается с другими видами массажа, физиопроцедурами, диетотерапией, водолечением, грязе- и глинотерапией, а также лечебной физкультурой.

Механизм действия гинекологического массажа чрезвычайно разнообразен. В процессе выполнения гинекологического массажа осуществляется целый ряд воздействий непосредственно на подлежащие ткани, при этом изменения происходят не только в зоне воздействия, но и во всем организме:

- улучшаются крово- и лимфообращение;
- повышается тонус всей сосудистой системы;
- уменьшается венозный застой и повышается лимфоток, что способствует рассасыванию продуктов воспаления и улучшает тканевой обмен, при этом улучшается деятельность печени и почек, усиливается общий газообмен;
- во время массажа матки одновременно массируется и брюшная стенка, вследствие чего укрепляются мышцы брюшного пресса, и усиливается перистальтика кишечника;
- под влиянием массажа происходит укрепление связочно-мышечного аппарата матки, мышц тазового дна;
- оказывается опосредованное воздействие на функциональное состояние яичников, на менструальную и секреторную функции матки;
- массаж благотворно влияет на наружные половые органы и кожу живота;
- массаж повышает тонус всех тканей тазовой и брюшной полости. Кроме того, улучшается общее состояние больной, уменьшается раздражительность, исчезают боли, улучшается аппетит, нормализуются сон, функции кишечника и мочевого пузыря, а вместе с тем повышается работоспособность женщины.

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАССАЖА

- **Хронические воспалительные заболевания матки вне обострения** с остаточными болевыми проявлениями, нарушением менструальной функции, застойными явлениями в области таза, гиперсекреции и другими симптомами воспаления матки, околоматочной клетчатки и брюшины.
- Неправильные положения и смещения матки.
- Следует особенно обратить внимание на необходимость обязательного проведения гинекологического массажа **у женщин, страдающих загибом матки кзади** (т.к. эту патологию следует рассматривать как проявление начальной стадии выпадения матки и влагалища.)
- **Анатомическая и функциональная неполноценность матки:** недоразвитие, гипоплазия, гипотрофия, субюинвалюция матки, нарушение ее функции типа аменореи, гипоменореи, гиперсекреции при нормальном положении матки и хорошей подвижности, а также застойные явления в матке, связанные с гиподинамией, аноргазмией, отсутствием половой жизни и др.
- **Ослабление мускулатуры тазового дна и связочного аппарата матки,** сопровождающееся опущением органов малого таза разной степени тяжести, вплоть до выпадения.
- **Состояния, возникшие в связи с абортами, оперативными вмешательствами** (в т. ч. эндоскопическими), патологическими родами, а также воспалительными заболеваниями, осложнившиеся аменореей, невынашиванием беременности, бесплодием.
- **Фиброз матки и сальпингит**, являющийся следствием длительных застойных явлений в этой области, связанных с ранее существовавшими гормональными, воспалительными или другими изменениями. С этими же состояниями могут быть связаны полнокровие таза, сосудистая дистония и мышечная гипотония матки. Механическое и рефлекторное воздействие при гинекологическом массаже на сосудистую и мышечную систему половых органов и таза вызывает активную гиперемию, усиление лимфотока, и застойные явления успешно ликвидируются.

Здесь следует остановиться отдельно на проведении массажа у женщин, страдающих невынашиванием. Следует рекомендовать проведение массажа у женщин, перенесших аборт или патологические роды. Он назначается через месяц после аборта и через два-три месяца после родов у некормящих матерей с профилактической целью. Это способствует сохранению нормальной генеративной и менструальной функции, предупреждает застойные явления, а в последующем – развитие фиброза и фиброматоза матки.

Гинекологический массаж, как и любой метод лечения, может быть назначен только в том случае, если отсутствуют противопоказания к его применению.

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Острые и подострые воспалительные заболевания органов малого таза
- Гонорея
- Туберкулез
- Тромбофлебит тазовых вен
- Опухоли органов таза (злокачественные, доброкачественные, воспалительные)
- Беременность

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Хронические воспалительные заболевания половых органов, возможная скрытая инфекция
- Вагинизм
- Эрозия шейки матки
- Гидросальпинкс, ретенционные кисты яичника
- Большие варикозные расширения вен во влагалище
- Менструация
- Повышение температуры тела

Автор статьи Голикова Марина Михайловна,
заведующая Центром реабилитации

МАССАЖ ПРОВОДИТСЯ
по направлению гинеколога
в Центре реабилитации
Клиники ЦМД

У ВАС НАСТУПИЛА МЕНОПАУЗА и... произошел перелом запястья

ЧЕРЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ЭТАПОВ НАПОМИНАЕТ СМЕНУ ВРЕМЕН ГОДА. И ВОТ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ НАСТУПАЕТ ПЕРИОД ОСЕНИ – МЕНОПАУЗА. ЖИЗНЬ ЕЩЕ ПОЛНА ЯРКИМИ КРАСКАМИ, ЖЕНЩИНА ВЫРАСТИЛА ДЕТЕЙ, ОБРЕЛА МУДРОСТЬ, СОХРАНИЛА ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ. ЭТО ПРЕКРАСНЫЙ ВОЗРАСТ, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ ТРЕТЬ ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ!

И тем не менее, менопауза – это время перестройки организма. Снижение уровня эстрогенов вызывает разнообразные изменения в организме женщины, сопровождающиеся неприятными симптомами. Но опасность заключена не в них, а в возможных различных нарушениях обменных процессов. Оставленные без внимания, они могут явиться причиной таких серьезных заболеваний, как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, ОСТЕОПОРОЗ...

Качество жизни в этот период во многом зависит от самой женщины. Важно знать о своем состоянии, отказаться от вредных привычек, проконсультироваться с врачом – и сохранить красоту, здоровье и активность. О постменопаузальном остеопорозе и одном из его первых проявлений – переломе костей лучезапястного сустава – мы поговорим сегодня более подробно.

Перелом запястья или костей лучезапястного сустава (перелом Коллиса, перелом луча в «типичном месте) – это почти всегда результат попытки предотвратить падение с помощью руки.

Этот часто встречающийся у женщин старше 45-50 лет перелом в 9 случаях из 10 является следствием постменопаузального остеопороза и должен послужить поводом для установления диагноза, дальнейшего обследования и лечения остеопороза. Это важно, так как перелом запястья в последующем:

- **в 2 раза увеличивает риск перелома позвонка**
- **в 5 раз – перелома шейки бедра – самого грозного осложнения остеопороза.**

С учетом того, что систематическое обследование на предмет остеопороза всех женщин, вступивших в период менопаузы, затруднено, перелом запястья должен стать сигналом для раннего обнаружения остеопороза и назначения лечения. Сотрудничество врачей различных специальностей (травматологов-ортопедов, терапевтов, гинекологов, эндокринологов и ревматологов) помогает улучшить ситуацию в решении данной проблемы.

ЧТО ТАКОЕ ОСТЕОПОРОЗ?

Остеопороз – заболевание, характеризующееся повышенной хрупкостью костей, особенно широко распространенное среди женщин, достигших периода менопаузы. Уменьшение выработки женских половых гормонов – эстрогенов в этот период приводит к разнообразным изменениям в организме женщины, в том числе, к резкому снижению костной массы.

Самое частое осложнение остеопороза – ПЕРЕЛОМЫ.

Перелом при остеопорозе может произойти в любом месте, но наиболее часто это:

- переломы запястья
- переломы позвонков (часто остаются незамеченными самими пациентами)
- переломы шейки бедра (самый тяжелый вид переломов, требующий срочного хирургического лечения, часто приводящий к инвалидизации и смерти)

Для женщины, страдающей остеопорозом, важно начать лечение как можно раньше для того чтобы предотвратить перелом, сохранить активность и трудоспособность!

КАК ВЫЯВИТЬ ОСТЕОПОРОЗ?

Для того, чтобы диагностировать остеопороз, существует специальное исследование – денситометрия. Наиболее часто на такое обследование направляют женщин, у которых имеются:

- перелом (например, перелом запястья),
- некоторые эндокринологические заболевания (гипертиреоз, гиперпаратиреоз),
- женщин, достигших периода менопаузы, находящихся в группе риска (ранняя менопауза, низкая масса тела, перелом шейки бедра у кого-либо из членов семьи и др.).

КАК БОРОТЬСЯ С ОСТЕОПОРОЗОМ?

Остеопороз легко диагностируется и эффективно лечится. Часто именно перелом запястья становится тем ключевым моментом, когда необходимо начать лечение незамедлительно. Для этого в некоторых случаях нужно подтвердить диагноз с помощью денситометрии, провести другие необходимые исследования, исключить иные причины остеопороза, кроме менопаузы.

На сегодняшний день доступен ряд эффективных средств для лечения остеопороза. Разные виды лечения воздействуют на кость поразному:

- блокируют разрушение кости,
- стимулируют образование кости,
- наиболее перспективным направлением в лечении является использование препаратов, одновременно подавляющих разрушение кости и стимулирующих развитие новой, более прочной костной ткани, и таким образом предотвращающих новые переломы.

Полноценное питание, достаточное потребление кальция и витамина D – важная составная часть лечения и профилактики остеопороза. Откажитесь от курения, больше двигайтесь, регулярно посещайте Вашего лечащего врача – эти простые рекомендации приведут к успеху в лечении остеопороза!

Автор статьи
Ткач Лариса Леонидовна,
врач акушер-гинеколог

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

МАСТОПАТИЯ

причины возникновения, симптомы и признаки, диагностика и современные методы лечения

МАСТОПАТИЯ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕННОГО ГОРМОНАЛЬНОГО РАВНОВЕСИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ. МАСТОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗРАСТАНИЕМ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПЛОТНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ОБРАЗОВАНИЕМ ПОЛОСТЕЙ (ПУЗЫРЬКОВ), ЗАПОЛНЕННЫХ ЖИДКОСТЬЮ (КИСТЫ).

Различают следующие основные причины мастопатии: частые стрессы, аборты в прошлом, воспалительные заболевания придатков матки (аднекситы и сальпингоофориты), наследственность и некоторые другие.

Основными симптомами мастопатии являются боли в груди, выделения из сосков, наличие уплотнений в молочной железе. Диагностика мастопатии основана на непосредственном обследовании молочных желез врачом-маммологом, а также на инструментальных методах исследования: маммографии, УЗИ молочных желез и др. Лечение мастопатии зависит от формы заболевания: диффузные формы мастопатии лечатся консервативно (с помощью гомеопатических и гормональных лекарств), узловые формы мастопатии, как правило, удаляются хирургическим путем.

ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА?

Молочная железа каждой женщины состоит из железистой ткани, содержащей большое количество канальцев и клеток, способных выделять молоко. Железистая ткань каждой молочной железы разделена на 15-20 долей, которые, в период кормления грудью, выделяют молоко, открываясь протоками на вершине соска. Между долями молочной железы имеется плотная соединительная ткань, которая поддерживает доли и образует капсулу молочной железы (плотная оболочка, которая фиксирует молочную железу к окружающим тканям). Кроме того, вокруг долей молочной железы имеется жировая ткань, которая придает груди округлую форму. У здоровых женщин соотношение соединительной (поддерживающей) и железистой (рабочей ткани) в молочных железах поддерживается в определенных пределах, характерных для нормального строения и функции молочных желез.

Молочные железы подвержены циклическим изменениям, связанным с колебанием гормонального фона на протяжении менструального цикла. В первую фазу цикла и до овуляции в крови повышен уровень эстрогена (женского полового гормона), после овуляции и до начала менструации в крови повышается уровень прогестерона, а уровень эстрогена падает. Прогестерон (гормон беременности) способствует увеличению молочных желез в объеме и подготавливает их к лактации (кормлению грудью).

Под действием эстрогена железистая ткань молочной железы разбухает. Увеличение размеров молочной железы во второй половине менструального цикла не значительное, но отчетливо ощущается большинством женщин как напряженность и повышение чувствительности грудей. Если беременность не наступает, то в крови вновь повышается уровень эстрогена и молочная железа претерпевает обратные изменения (уменьшение в размерах). В случае наступления беременности в крови начинает расти уровень пролактина – гормона, который способствует выработке молока в молочных железах.

ЧТО ТАКОЕ МАСТОПАТИЯ?

Мастопатия – это болезнь молочных желез (груди). Характеризуется нарушением соотношения соединительной и железистой ткани в молочной железе. Другими словами, при мастопатии в молочных железах начинает избыточно разрастаться соединительная или железистая ткань. При мастопатии наблюдается изменение нормальной структуры молочных желез и нарушение их функции.

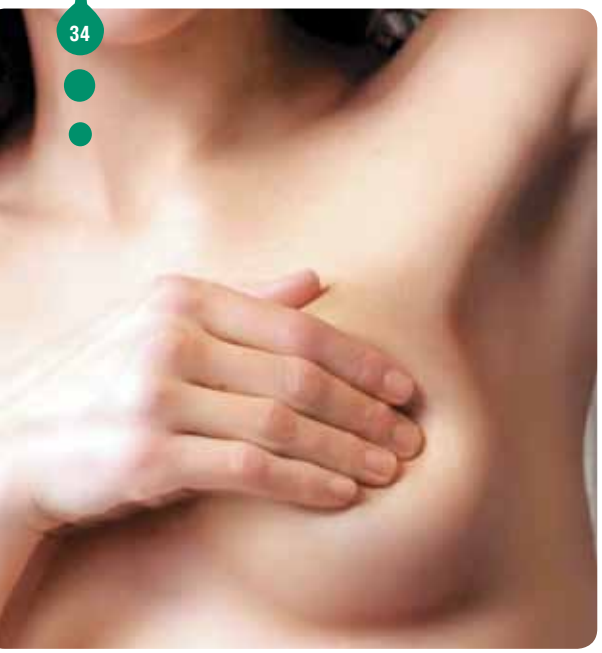
Дольки молочной железы

Поперечный срез молочной железы

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МАСТОПАТИИ?

Мастопатия – это заболевание молочных желез, которое развивается вследствие нарушения выработки женских половых гормонов (прогестерон и эстроген) и изменения их концентрации в крови. Имеется множество факторов, которые могут привести к нарушению ритма выработки половых гормонов и появлению мастопатии:

1. Частые стрессовые ситуации, конфликтные ситуации на работе и семье, неудовлетворенность половой жизнью: ведут к нарушениям регуляции выработки гормонов в



организме женщины, что способствует развитию изменений в молочной железе.

2. Аборты. С первых дней беременности организм женщины начинает функционировать в другом режиме, подготавливаясь к родам, что сказывается на состоянии молочной железы. Прерывание беременности вызывает сбой в гормональной системе женщины и нередко становится причиной развития мастопатии.

3. Воспалительные заболевания женской половой сферы (аднексит и сальпингоофорит – воспаление придатков матки), а также миома матки и эндометриоз приводят к нарушению выработки женских половых гормонов и способствуют развитию мастопатии.

4. Заболевания эндокринных желез: снижение функции щитовидной железы (гипотиреоз), сахарный диабет и др. Особое место в развитии мастопатии занимает, так называемый, метаболический синдром, который характеризуется ожирением, повышением артериального давления и наличием сахарного диабета.

5. Заболевания печени и желчевыводящих путей (гепатиты, цирроз печени, холецистит и др.) также способствуют изменению гормонального статуса организма женщины и развитию мастопатии.

6. Наследственность играет немаловажную роль в развитии мастопатии. Высокий риск развития мастопатии наблюдается у женщин, чьи ближайшие родственницы также имели подобные заболевания молочных желез.

7. Травмы молочных желез, сдавление груди тесным бюстгальтером в течение длительного времени могут стать причиной развития мастопатии.

Нарушение нормальной концентрации половых гормонов в крови женщин, постоянный стресс или травмы молочных желез приводят к изменению темпов роста железистой и соединительной ткани в молочных железах, что проявляется образованием в грудях уплотнений.

Факторами риска развития мастопатии (ситуаций, которые повышают риск развития этой болезни) являются: раннее наступление менструаций, поздние первые роды (после 25 лет), кормление грудью менее 5 месяцев после родов или полный отказ от кормления грудью, нерегулярная половая жизнь и др.

КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ МАСТОПАТИИ?

Существует несколько основных форм мастопатии. Диффузные формы мастопатии представляют собой изменения всей ткани молочных желез:

1. Диффузная мастопатия с преобладанием железистого компонента, или аденоз молочной железы – это форма мастопатии, которая характеризуется чрезмерным разрастанием железистой ткани молочной железы (увеличение желез, которые вырабатывают молоко).

2. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента – это форма мастопатии, основным проявлением которой считается образование в молочной железе небольших полостей с жидкостью (пузырьки с жидкостью), называемых кистами.

3. Диффузная кистозно-фиброзная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента (фиброзная мастопатия) – при этой форме мастопатии в молочной железе преобладает соединительная ткань.

4. Смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии характеризуется разрастанием соединительной ткани в сочетании с появлением полостей или кист в молочной железе.

Узловые формы мастопатии характеризуются локальным поражением молочных желез (страдает не вся молочная железа в целом, а только некоторые ее сегменты). Узловые формы мастопатии представляют собой ограниченные участки уплотнений в молочных железах, которые, как правило, развиваются на фоне существовавшей ранее диффузной мастопатии. Наиболее распространенная форма узловой мастопатии это фиброаденома молочной железы.

Фиброаденома – это округлое, плотное и подвижное образование в молочной железе. Фиброаденомы чаще развиваются у женщин молодого возраста. Это доброкачественное образование, которое, как правило, удаляется хирургическим путем.

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ МАСТОПАТИИ

Мастопатия – это длительно протекающее заболевание молочных желез, первые признаки которого могут быть практически незаметными. Как правило, появление и исчезновение тех или иных симптомов мастопатии связано с менструальным циклом. Различают следующие основные симптомы и признаки мастопатии:

1. Боли в грудях, которые усиливаются в конце менструального цикла, перед началом менструации (масталгия). При мастопатии боли в молочных железах в начале слабые, ноющие и, как правило, исчезают с началом менструации. На более поздних стадиях мастопатии боли в грудях становятся интенсивными, распространяются на спину, плечо, подмышечную область, шею. Прикосновение к груди болезненно. В некоторых случаях боль не исчезает с наступлением менструации. Масталгия обычно сочетается с набуханием и нагрубанием молочных желез, увеличением груди в объеме (мастодения).

2. Выделение из сосков небольшого количества прозрачной, серовато-зеленой или белесой жидкости (лакторея).

3. Появление в груди ограниченных очагов уплотнений, которые не исчезают на всем протяжении менструального цикла.

ДИАГНОСТИКА МАСТОПАТИИ

Диагностика мастопатии основана на следующих методах исследования молочных желез:

1. Пальпация молочных желез (прощупывание) – это метод исследования, который доступен каждой женщине и должен регулярно производиться в качестве самообследования для раннено выявления мастопатии. Пальпация представляет собой ощупывание молочных желез, которое позволяет определить их структуру и выявить наличие уплотнений и болезненности груди. Врач также производит пальпацию молочных желез с целью постановки предварительного диагноза и назначения дополнительных методов исследования.

2. Маммография представляет собой исследование рентгеновского снимка молочной железы. С помощью маммографии выявляются даже небольшие уплотнения в молочной железе, которые невозможно определить при пальпации. Обязательна после 35 лет при отсутствии жалоб каждые 2–3 года.

3. Ультразвуковое исследование молочной железы (УЗИ) позволяет обнаружить узловые и диффузные изменения молочных желез, что в сочетании с маммографией позволяет эффективно выявлять мастопатию. Проводить ежегодно, даже если нет жалоб на 5–9 день менструального цикла.

4. Пункция узлового образования молочной железы позволяет с высокой точностью определить структуру узла и отличить мастопатию от других заболеваний молочных желез (например, рак молочной железы). Пункция производится шприцем, с помощью которого из узла молочной железы извлекают клетки, которые в дальнейшем изучают под микроскопом.

При затруднениях в диагностике мастопатии могут быть применены другие методы исследования, такие как доплеросонография, дуктография и др. (введение в протоки молочных желез контрастного вещества с последующей рентгенографией молочной железы).

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ЛЕЧЕНИЕ МАСТОПАТИИ

Основными принципами лечения фиброзно-кистозной мастопатии являются нормализация гормонального фона (соотношения половых гормонов в крови женщины), устранение стрессов и повышение устойчивости организма к стрессовым ситуациям, а также местное лечение тканей молочной железы. Узловые формы мастопатии (фиброаденомы), как правило, удаляют хирургически. Операция при узловой мастопатии (фиброаденоме) называется секторальной резекцией молочной железы.

При выраженных болях в молочных железах женщинам рекомендуют ограничить прием кофе, шоколада, какао и чая. Также при мастопатии рекомендуется соблюдать диету: следует избегать употребления в пищу копченостей и жирных продуктов, в рацион питания рекомендуется включить больше фруктов и овощей. Важное место в лечении мастопатии занимает витаминотерапия. Больным мастопатией рекомендуется прием витаминов групп А и Е. Витамины улучшают функцию печени, которая играет важную роль в обмене гормонов. Гормональное лечение диффузной мастопатии проводится местно, чаще во второй фазе менструального цикла (16-25 день). Лечением мастопатии занимаются специалисты гинекологи или маммологи.

МАСТОПАТИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность оказывает благоприятный эффект на развитие мастопатии. Во время беременности в организме женщины повышается уровень прогестерона (гормона беременности) и пролактина (гормона, способствующего выработке молока в молочных железах). Гормональные перестройки в организме беременной женщины способствуют «рассасыванию» диффузных уплотнений молочных желез при мастопатии. Беременность и кормление грудью эффективны не только в «лечении» мастопатии, но также способствуют профилактике этого и других заболеваний молочных желез. Доказано, что женщины, впервые родившие до 25 лет, и имеющие более одного ребенка, значительно меньше подвержены риску развития мастопатии, чем женщины которые родили первого ребенка после 25 лет или вообще не имеют детей.

ПРОФИЛАКТИКА МАСТОПАТИИ

Соблюдение мер профилактики мастопатии очень важно для каждой женщины. Основными принципами профилактики мастопатии являются: ограничение стрессов, правильное питание, контроль массы тела, ограничение воздействия на грудь открытых солнечных лучей. Эффективны в профилактике мастопатии регулярная половая жизнь, первые роды до 25 лет, кормление ребенка грудью не менее 5 месяцев, повторные роды.

Каждая женщина должна самостоятельно ощупывать молочные железы на предмет наличия уплотнений. Самообследование молочных желез рекомендуется производить каждый месяц на 5-6 день менструального цикла.

Автор статьи Григорьева Вера Сергеевна,
врач акушер-гинеколог

РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (РЭГ) – МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ЭТОТ ПРОСТОЙ, БЕЗОПАСНЫЙ, БЕЗВРЕДНЫЙ МЕТОД МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ МНОГОКРАТНО ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ СОСТОЯНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Метод позволяет определять тонус и эластичность сосудов головного мозга, измеряя их сопротивление току высокой частоты при небольших значениях силы тока и напряжения. Позволяет также определить кровенаполнение разных отделов головного мозга, диагностировать характер и локализацию его поражений, даёт хороший результат при сосудистых заболеваниях, особенно при церебральном атеросклерозе. Реоэнцефалография является перспективной при определении характера головных болей, установлении ишемического характера расстройства кровообращения.

Достоинства метода – его относительная простота, возможность проведения исследований практически в любых условиях и в течение длительного времени, получение раздельной информации о состоянии артериальной и венозной систем мозга и о внутримозговых сосудах различного диаметра.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЭГ:

- Головные боли;
- Хроническая цереброваскулярная патология;
- Вегето-сосудистая дистония;
- Атеросклероз;
- Гипертония;
- Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения;
- Опухоли мозга;
- Абсцессы мозга;
- Снижение памяти и работоспособности;
- Остеохондроз шейно-грудного отдела;
- Снижение зрения;
- Снижение слуха;
- Черепно-мозговая травма;
- Другие заболевания, приводящие к изменению гемодинамики мозга;
- Объемные образования мозга.

ХОД ИССЛЕДОВАНИЯ

На поверхность головы больного накладывают электроды. Обычно используют круглые металлические электроды диаметром 10-20 мм, укрепляемые на голове с помощью резиновых лент. Для лучшего контакта с кожей и уменьшения ее сопротивления применяют специальные пасты. После начала исследования сигнал с каждой из исследуемых сосудистых областей поступает в прибор и записывается в виде реоэнцефалограммы.

При оценке реограмм учитывается регулярность кривой. Кривая считается регулярной, если каждая последующая волна похожа на предыдущую. Особой изменчивостью реограмма отличается у лиц с вегетососудистой дистонией.

При оценке состояния проходимости вертебральных артерий существенную помощь оказывают пробы с изменениями положения головы: поворотами и наклонами. У здоровых людей повороты и наклоны головы не вызывают существенных изменений на реограмме.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭТО ОДНО ИХ САМЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ В ПОЧКАХ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ КАМНЕЙ (КОНКРЕМЕНТОВ).

Камни в почках образуются за счет кристаллизации и осаждения солей из мочи. Камни в почках могут быть самых разных размеров (от нескольких миллиметров (песок в почках) до нескольких сантиметров) и форм (плоские, круглые, угловатые). Заболеваемость мочекаменной болезнью в мире, в среднем, составляет от 0,5 до 5,3% среди взрослого населения и составляет больше 1/3 от всех заболеваний мочевыводящих путей. Мужчины болеют камнями в почках несколько чаще женщин. Однако у женщин чаще наблюдается образование сложных форм камней, которые занимают всю чашечно-лоханочную систему почки (коралловый нефролитиаз).

Камни в почках могут встречаться у больных всех возрастов: у детей, у людей пожилого возраста, но чаще – у трудоспособных людей 20 – 60 лет. У детей камни в почках наблюдаются гораздо реже, чем у взрослых. Как правило, мочекаменной болезни свойственно упорное, тяжёлое течение, с частыми обострениями. В 15-30% случаев при мочекаменной болезни камни образуются в обеих почках одновременно (двусторонний уролитиаз).

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ?

Точные причины образования камней в почках на данный момент не известны. Большинство специалистов склоняются к мнению, что не существует какой-то одной определенной причины мочекаменной болезни, а есть ряд факторов и состояний, которые способствуют развитию мочекаменной болезни:

- **Хроническая мочевая инфекция** (пиелонефрит, гломерулонефрит) – инфекции органов мочевыводящей системы являются одной из основных причин образования камней в почках. Как правило, на фоне хронического пиелонефрита или гломерулонефрита (реже на фоне цистита) течение мочекаменной болезни утяжеляется и возникают частые обострения этой болезни. На фоне хронического воспаления в моче присутствует большое количество белков, на которых осаждаются кристаллы солей.
- **Наследственная предрасположенность** – риск образования камней в почках выше у людей, родственники которых (родители, братья, сестры) также страдают мочекаменной болезнью;
- **Гиподинамия** – малоподвижный образ жизни, главным образом сидячая работа, приводит к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, что, в свою очередь, вызывает образование камней в мочевыводящей системе;
- **Неправильное питание** – употребление больших количеств мяса предрасполагает к развитию мочекаменной болезни;
- **Врожденные болезни почек** – анатомические дефекты мочевыводящих путей (сужение мочеточника, аномалии развития почек, поликистоз почки и др.) приводят к нарушению оттока мочи из почки, её застою, который способствует формированию камней;
- **Нарушение обмена кальция в организме** (главным образом на фоне болезни паращитовидных желёз) порой является основой для образования камней в мочевыводящей системе;
- **Неблагоприятные условия окружающей среды;**
- **Заболевания желудочно-кишечного тракта;**
- **Переломы костей** также приводят к нарушению метаболизма кальция и к повышению концентрации камнеобразующих веществ в крови.

КАК ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ?

Образование камней в почках чаще всего занимает несколько месяцев или лет. Основным условием развития камней в почках является повышение концентрации солей и белка в моче (например, на фоне хронического пиелонефрита). Камни в почках образуются за счет осаждения солей мочи на мелких белковых частичках, которые играют роль каркаса будущего камня. В начале болезни образуются несколько мелких камней размером в несколько миллиметров. Мелкие камни чаще всего самостоятельно быстро выводятся из почек с током мочи. Те камни, которые закрепляются в почках, с течением времени продолжают обрастать новыми слоями соли и увеличиваются в размерах. За несколько лет камень в почках может «вырасти» до нескольких сантиметров.

КАКИМИ МОГУТ БЫТЬ КАМНИ В ПОЧКАХ?

Камни в почках могут различаться по химическому составу, размерам, форме, расположению. В зависимости от химического состава камни могут быть:

- кальций-оксалатные (веделлит, вевеллит)
- кальций фосфатные (апатит, брушит, витлокит)
- состоящие из мочевой кислоты (ураты натрия, ураты аммония)
- содержащие магний (ньюберит, струвит)
- цистиновые или белковые
- камни со смешанным химическим составом

Размеры камней в почках могут варьироваться от нескольких миллиметров (песок в почках) до 7-10 см. В некоторых случаях в почках больных мочекаменной болезнью образуются гигантские камни весом в несколько сотен граммов, которые полностью перекрывают ток мочи из почки.

Форма камней в почках определяется преимущественно их химическим составом. Кальциевые камни, как правило, гладкие и плоские как галька. Уратные камни, напротив, угловатые со множеством острых краев.

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОПАСНОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ?

Мочекаменная болезнь является довольно опасным заболеванием, которое может привести к потере одной или обеих почек и развитию почечной недостаточности. Камни в почках могут блокировать отток мочи из почки. Если это случится, то уже через несколько дней почка полностью разрушается. Из-за того, что мочекаменная болезнь чаще поражает одну почку, закупорка мочеточника (канал, по которому моча вытекает из почек) может остаться незамеченной (оставшаяся почка продолжает выделять мочу).

Очень часто камни в почках приводят к развитию хронического пиелонефрита, который в течение нескольких лет заканчивается разрушением почки и развитием хронической почечной недостаточности. Все больные, у которых хоть раз в жизни была почечная колика или у которых были обнаружены камни в почках, должны не реже одного раза в полгода проходить обследование у уролога.

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Симптомы мочекаменной болезни могут быть весьма разнообразными. Часто камни в почках долгое время ничем себя не проявляют и выявляются случайно во время обычного УЗИ обследования почек или после первого приступа резких болей в пояснице (приступ почечной колики). Наиболее распространенные симптомы и признаки мочекаменной болезни это:

1. Сильная режущая боль в пояснице или в боку (с одной стороны), которая возникает после длительной ходьбы, тряски в транспорте, употребления большого количества жидкости, после интенсивной физической нагрузки. Боль при мочекаменной болезни также может отдавать в сторону мочевого пузыря, в половой член и в мошонку (у мужчин), в половые губы (у женщин), в бедро.

2. Гематурия – наличие крови в моче. Появление крови в моче (эритроциты в моче) при мочекаменной болезни объясняется тем, что проходя по мочевыводящим путям камень, царапает стенки мочеточников, которые начинают кровоточить. При мочекаменной болезни кровь в моче обычно появляется вместе с болями или же может периодически появляться без болей. В случаях появления крови в моче следует как можно скорее обратиться к врачу. Кровь в моче может наблюдаться не только при мочекаменной болезни, но и при гломерулонефрите или при опухолях почек и мочевого пузыря.

3. Нарушение мочеиспускания. Чаще всего на фоне мочекаменной болезни наблюдаются учащенные позывы к мочеиспусканию. На фоне мочекаменной болезни может появиться задержка мочи. Отсутствие мочи в течение нескольких часов является грозным признаком того, что камни полностью заблокировали выход из почек. Больного с задержкой мочи нужно как можно скорее показать врачу.

4. Отхождение камней или песка во время мочеиспускания – это достоверный признак, указывающий на мочекаменную болезнь. Выход камня обычно приводит к прекращению болей и улучшению состояния больного.

5. На фоне мочекаменной болезни нередко наблюдается присоединение инфекции и развитие пиелонефрита, основными симптомами которого являются тупые длительные боли в поясничной области, повышение температуры, наличие лейкоцитов в моче.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Как уже было сказано выше, у детей камни в почках встречаются гораздо реже, чем у взрослых. Основными причинами образования камней в почках у детей являются:

- Врожденные дефекты развития почек и мочеточников
- Инфекции почек и мочевого пузыря
- Генетическая предрасположенность к образованию камней в почках

Диагностика и лечение камней в почках у детей проводится также как и у взрослых, однако для детей подбираются соответствующие дозы лекарств и мощность ударной волны для дробления камней.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Во время беременности нередко возникают обострения мочекаменной болезни. Связано это с тем, что у беременных женщин отток мочи из почек затруднен из-за давления увеличенной матки на почки. Также во время беременности чаще наблюдаются инфекции почек (пиелонефрит), которые, как известно, также способствуют развитию мочекаменной болезни. Во время беременности основным симптомом камней в почках может быть приступ почечной колики: сильные боли в боку или в пояснице с одной стороны. Приступ почечной колики во время беременности может быть похож на начало родов или выкидыш, поэтому сразу после возникновения болей в животе у беременной женщины следует вызвать врача. Лечение мочекаменной болезни во время беременности проводится, в основном, растительными препаратами. Дробление камней и операция по удалению камней во время беременности противопоказаны.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Диагностика и лечение мочекаменной болезни проводятся специалистом урологом. Основной целью лечения мочекаменной болезни является удаление камней из почек и предотвращение их повторного образования. Тактика лечения мочекаменной болезни определяется в зависимости от химического состава и размеров камней. Основные методы лечения мочекаменной болезни это: использование растительных мочегонных препаратов, дробление камней, хирургическое удаление камней.

ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Диагностика мочекаменной болезни заключается в следующем:

- Выявление симптомов болезни
- Обзорный рентген органов брюшной полости и экскреторная урография, УЗИ органов брюшной полости, которые позволяют выявить камни в почках
- Общий анализ мочи и общий анализ крови

Диагностикой мочекаменной болезни занимается врач уролог или терапевт.

ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Лечение мочекаменной болезни направлено на удаление камней из почек и на предотвращение рецидивов болезни (повторное образование камней). Сразу заметим, что мочекаменная болезнь относится к группе очень тяжелых заболеваний, которые могут дать смертельные осложнения в случае неправильного лечения. Лечением мочекаменной болезни должен заниматься врач уролог. Самолечение камней в почках недопустимо! Любые методы лечения камней в почках до их применения следует обсудить с врачом.

Выбор метода лечения мочекаменной болезни зависит от следующих обстоятельств:

- Химический состав камня
- Размеры камня (камней)
- Состояние больного, наличие хронических воспалительных болезней почек
- Наличие у больного других болезней

Общие принципы лечения мочекаменной болезни заключаются в следующем:

- Соблюдение диеты для всех пациентов
- Назначение специальных лекарств для удаления камней, если размеры самого крупного камня не превышают 0,5 см.
- Если камень в почке крупнее 0,5 см – удаление камня методом ультразвукового дробления (метод дистантной литотрипсии) или во время хирургической операции.

Автор статьи Луценко Виктор Анатольевич,
врач-уролог первой категории

Щитовидная железа

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА – НЕБОЛЬШОЙ ОРГАН ВЕСОМ 15-20 Г, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ. ВМЕСТЕ С ДРУГИМИ ЖЕЛЕЗАМИ ОНА ВХОДИТ В ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ – СИСТЕМУ ОРГАНОВ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА – ГОРМОНЫ.

На протяжении всей жизни гормоны играют важнейшую роль практически в каждом процессе, происходящем в нашем организме. Все железы эндокринной системы тесно взаимодействуют между собой, что объясняет тот факт, что даже при незначительном сдвиге в функции одного органа происходят изменения во всем организме.

В настоящее время заболевания щитовидной железы являются одними из самых распространенных в мире. Так, препараты тиреоидных гормонов входят в число 13 наиболее часто выписываемых препаратов в США. В Великобритании эти же гормоны получает более 1% населения страны. Большая распространенность болезней щитовидной железы ставит их в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы. По некоторым данным, распространенность заболеваний щитовидной железы еще выше, чем известно на сегодняшний день. Это связано с частым бессимптомным или субклиническим течением многих ее болезней.

Щитовидная железа имеет форму бабочки и располагается на шее спереди от трахеи и снизу от гортани. Она состоит из двух долей, соединенных перешейком. Нередко у молодых и худых людей щитовидную железу можно увидеть. Прощупывается щитовидная железа у большинства людей, за исключением лиц с развитой шейной мускулатурой и клетчаткой.

Несмотря на небольшой размер щитовидной железы, гормоны, вырабатываемые в ней, участвуют практически во всех процессах организма. Основной функцией ее является поддержание нормального метаболизма (обмена веществ) в клетках организма. Гормоны стимулируют обмен веществ практически во всех клетках и регулируют практически каждый процесс в организме – дыхание, прием пищи, сон, движение, а также процессы во внутренних органах – от сердцебиения до работы репродуктивной системы.

Тиреоидные гормоны необходимы для нормального умственного и физического развития. Наряду с гормоном роста, вырабатываемым в гипофизе, они отвечают за нормальное развитие костей скелета. Недостаток гормонов щитовидной железы в детском возрасте приводит к прекращению роста, а дефицит их при беременности – к недоразвитию мозга будущего ребенка.

У здоровых людей щитовидная железа принимает участие также в контроле за весом тела. При повышенном потреблении пищи активность ее увеличивается, образование Т3 усиливается, что приводит к повышению скорости метаболизма в организме. Наоборот, при недоедании активность щитовидной железы снижается, приводя к замедлению метаболизма.

Гормоны щитовидной железы принимают участие в регуляции водно-солевого баланса, в образовании некоторых витаминов (например, образовании витамина А в печени), а также в осуществлении функции других гормонов в организме. Например, без гормонов щитовидной железы невозможно воздействие гормона роста на головной мозг.

Доказанной является роль щитовидной железы в нормальном развитии молочных желез у женщин. Она так же играет важную роль в функционировании иммунной системы организма. Ее гормоны стимулируют клетки иммунной системы, называемые Т-клетками, с помощью которых организм борется с инфекцией. Предполагается, что изменение функции щитовидной железы играет важную роль в старении организма.

Болезни щитовидной железы проявляются нарушением ее работы или изменением ее структуры (например, увеличение в размерах, образование в железе узлов). Увеличение щитовидной железы называют зобом. Нарушение работы щитовидной железы проявляется или в избыточной выработке гормонов (гипертиреоз), или, наоборот, в их недостаточной продукции (гипотиреоз). Изменение структуры железы и нарушение ее функции часто не совпадают. Например, маленькая железа может выделять слишком много гормонов, а увеличенная – слишком мало.

Узловые образования на фоне нормального уровня гормонов – наиболее частые заболевания щитовидной железы в России. Довольно часто у пациентов с заболеваниями щитовидной железы имеется зоб – увеличение органа выше допустимых значений. Определить состояние щитовидной железы можно с помощью ультразвукового исследования. В норме щитовидная железа несколько увеличивается в подростковом возрасте, при беременности, а также после наступлении менопаузы. В зависимости от того, увеличивается весь орган или отдельная его часть, различают соответственно диффузный или узловой зоб. Ниже приведены некоторые заболевания, сопровождающиеся развитием зоба:

- эндемический (диффузный эутиреоидный) зоб – заболевание, вызванное недостатком йода в окружающей среде;
- диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса-Базедова) – заболевание, сопровождающееся повышением активности щитовидной железы;

- тиреоидит (зоб Хашимото) – аутоиммунное заболевание, часто приводящее к недостаточной функции щитовидной железы;
- зоб на фоне приема тиреостатических препаратов (тиамазол и др.), некоторых пищевых добавок и витаминов;
- аденома щитовидной железы – доброкачественная опухоль;
- рак щитовидной железы – злокачественная опухоль.

Американская тиреоидологическая ассоциация рекомендует скриниговое (то есть без особых показаний у лиц без каких-либо клинических проявлений) проведение определение уровня ТТГ с целью оценки функции щитовидной железы каждые 5 лет, начиная с возраста 35 лет. В первую очередь эта рекомендация относится к женщинам, распространенность нарушения функции щитовидной железы у которых встречаются почти в 10 раз чаще, чем у мужчин.

Для образования достаточного количества гормонов необходимо и достаточное поступление йода в организм. Ежедневная потребность в йоде зависит от возраста и физиологического состояния. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рекомендует следующие суточные дозы йода:

- Дети до 1 года – 50 мкг
- Дети младшего возраста от 2 до 6 лет – 90 мкг;
- Дети от 7 до 12 лет – 120 мкг;
- Молодые люди (от 12 лет и старше) и взрослые – 150 мкг;
- Беременные и в период грудного вскармливания – 200 мкг;
- Люди пожилого возраста – 100 мкг.

За всю жизнь человек потребляет всего 3–5 граммов йода. Это около одной чайной ложки этого вещества.

При недостаточном потреблении йода развиваются, так называемые, йод-дефицитные заболевания. Этот термин был введен ВОЗ, что подчеркивает тот факт, что заболевания щитовидной железы являются далеко не единственным последствием дефицита йода. К заболеваниям щитовидной железы, причиной которых является дефицит в организме йода относятся:

1. Диффузный эутиреоидный (нетоксический) зоб.
2. Узловой эутиреоидный (коллоидный) зоб.
3. Автономия щитовидной железы и тиреотоксическая аденома.
4. Йод-дефицитный гипотиреоз (при резко выраженном дефиците йода).

Практически на всей территории России имеет место той или иной выраженности эндемия по дефициту йода. Наиболее выражен дефицит йода в горных и предгорных районах (Северный Кавказ, Алтай, Сибирское плато, Дальний Восток). Потребление йода снижено в Верхнем и Среднем Поволжье, на всей территории центральной части России. В среднем потребление йода в России составляет 40 – 80 мкг в день, при рекомендуемой норме 150 мкг в день, то есть в 2–3 раза ниже физиологических потребностей. А если рекомендуемая потребность в йоде при беременности составляет 200 мкг в день, то оказывается что беременные женщины в России получают в 2,5–5 раз меньше йода, чем нужно. Для сравнения, житель США в день получает 400 – 800 мкг йода, а житель Японии порядка 1500 мкг в сутки.

Далеко не все заболевания щитовидной железы обусловлены дефицитом йода. Нередко возникает ситуация, когда «сказали, что щитовидка» и испуганный человек, почитав «периодику» и послушав «добрых советов», начинает потреблять йод в мыслимых и немыслимых формах. То есть прежде нужно разобраться, что, собственно, с этой «щитовидкой», а с ней могут случиться десятки заболеваний. И нередко назначение йода будет наоборот противопоказано.

Самым верным способом, позволяющим определить наличие зоба, является ультразвуковое исследование (УЗИ) с обязательным определением объема щитовидной железы. УЗИ позволяет определить размеры и объем органа, оценить его структуру, обнаружить и определить размеры узловых образований. Но само по себе УЗИ не является единственным и достаточным методом для постановки какого-либо диагноза. Для врача наиболее важное значение имеют данные клинической картины, то есть то, на что вы жалуетесь и то, что удается выявить при непосредственном обследовании. Принципиальную роль играют результаты гормонального исследования, которые позволяют подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

Для оценки функции щитовидной железы, в большинстве случаев, достаточно проведения лишь одного анализа – определения уровня тиреотропного гормона (ТТГ). При тиреотоксикозе происходит снижение уровня ТТГ, при гипотиреозе происходит его повышение. Почему именно ТТГ? Дело в том, что уровень ТТГ изменяется уже тогда, когда уровни Т4 и Т3, по данным гормонального исследования будут в пределах нормы. Такая ситуация, при которой тиреоидные гормоны сохраняются в пределах нормы, а уровень ТТГ понижен или повышен, обозначается, соответственно, как субклинический тиреотоксикоз или субклинический гипотиреоз. И в том, и в другом случае, несмотря на то, что эти изменения имеют субклинический характер, как правило, необходимо назначение лечения. Если, наряду с повышением уровня ТТГ, имеется снижение уровня Т4 – речь идет о явном первичном гипотиреозе, а если, наряду с понижением уровня ТТГ, еще и повышен уровень Т4 – это манифестный тиреотоксикоз.

Диагноз диффузного эутиреоидного (эндемического) зоба устанавливается при обнаружении у пациента, проживающего в регионе эндемичном по дефициту йода (как мы с Вами договорились, к таковым относится вся территория России), увеличения щитовидной железы (у женщин больше 18 мл, у мужчин больше 25 мл) при нормальном уровне ТТГ (эутиреоз). Кроме того, у этого пациента необходимо исключить другие причины диффузного увеличения щитовидной железы, в частности аутоиммунный тиреоидит. У пациента не должно выявляться высоких титров антител к щитовидной железе. Высоких – это значит в 3 – 4 раза больше, чем значение верхней границы нормы для этих антител. Само по себе умеренное повышение уровня антитиреоидных антител диагноз аутоиммунного тиреоидита поставить не позволяет.

СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся как снижением, так и повышением ее функции, часто выявляются у молодых женщин в детородном возрасте. Эти заболевания могут влиять на мать и на ее ребенка в течение беременности и после родов. Тем не менее, при своевременном их выявлении можно избежать серьезных проблем. Всегда сообщайте Вашему лечащему врачу, акушеру-гинекологу и педиатру о том, что Вы получаете лечение по поводу заболевания щитовидной железы или лечились в прошлом, или находитесь на терапии тироксином. Если Вы наблюдаетесь у эндокринолога, не забудьте сообщить ему о наступлении у Вас беременности.

В течение беременности потребность в тиреоидных гормонах для матери и плода возрастает. Если Вы получаете заместительную терапию тироксином по поводу снижения функции щитовидной железы (гипотиреоза), то Вы будете нуждаться в повышении дозы примерно на 50 мкг/сут., начиная с возможно более ранних сроков беременности. Одно из проведенных ис-

следований показало, что низкие уровни тиреоидных гормонов у матерей могут приводить в последующем к понижению IQ у их детей. Этот эффект может проявиться в течение первых нескольких недель беременности. Таким образом, если Вы планируете беременность и получаете тиреоидные гормоны, очень важно изменить дозу под контролем анализа крови до того, как беременность наступит. После родов Вы должны вернуться к той дозе, которую Вы получали до беременности.

Понятно, что беременная женщина должна получать адекватное количество йода. Особенно это важно, в том случае, если регион проживания относится к йоддефицитным территориям.

Как Вы знаете вся территория России относится к регионам, как минимум, умеренного дефицита йода, поскольку мы ежедневно употребляем всего порядка 40–60 мкг йода в день. В соответствии с рекомендацией всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), беременная женщина должна получать 200 мкг йода ежедневно. Для восполнения дефицита йода во время беременности, во-первых, необходимо использование йодированной соли. Наиболее эффективным методом йодной профилактики во время беременности считается употребление препаратов калия йодида, например, «Йодомарина-200» или «Йодида-200» по 1 таблетке ежедневно. В одной таблетке этого препарата как раз содержится 200 мкг йода.

Послеродовый тиреоидит может также развиваться у матерей со сниженной функцией щитовидной железы, особенно если было выявлено умеренное ее понижение в начале беременности и в крови обнаруживались антитиреоидные антитела. Исследование уровней тиреоидных гормонов в крови матери также должно проводиться в течение первых 9 месяцев после рождения ребенка каждые 2-3 месяца.

Холецистит

ХОЛЕЦИСТИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ВОСПАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПОЧТИ У 10% НАСЕЛЕНИЯ ПЛАНЕТЫ, ПРИЧЕМ В 3-4 РАЗА ЧАЩЕ СТРАДАЮТ ОТ ХОЛЕЦИСТИТА ЖЕНЩИНЫ. НА ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХОЛЕЦИСТИТОМ ВЛИЯЮТ ВОЗРАСТ И ВЕС (МАССА) ТЕЛА: ЧЕМ СТАРШЕ ЧЕЛОВЕК И ЧЕМ ОН БОЛЬШЕ ВЕСИТ, ТЕМ ВЫШЕ ОПАСНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ХОЛЕЦИСТИТЫ БЫВАЮТ ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ.

СИМПТОМЫ ХОЛЕЦИСТИТА

Боли или тяжесть в правом подреберье после физической нагрузки, обильного приема пищи, приема жирной или жареной пищи, волнения, переохлаждении. Боли могут быть тупыми, ноющими или интенсивными. Боли при холецистите могут отдавать в правую руку, правую лопатку. Больных также беспокоит тошнота, пустая отрыжка, чувство горечи во рту. Возможно повышение температуры тела. К развитию острого и хронического холецистита предрасполагают застой желчи и повреждение стенок желчного пузыря.

ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ СПОСОБСТВУЮТ:

- нарушение режима питания (большие перерывы между приемами пищи, еда всухомятку);
- малоподвижный образ жизни
- запоры
- беременность
- нарушения обмена веществ (сахарный диабет, ожирение, атеросклероз)
- препятствия для оттока желчи (описторхи, например)

Повреждение стенок желчного пузыря может быть вызвано:

- желчью с измененными физико-химическими свойствами;
- камнями;
- ферментами поджелудочной железы, затекающими в желчный проток
- травмами желчного пузыря

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТА

Прежде всего – обязательное обращение к врачу. Только врач может назначить правильное лечение. Постельный режим показан только во время обострения, сопровождающегося болями в животе, температурой. Длительные ограничения в движениях неблагоприятно влияют на течение холецистита, так как способствуют застою желчи. Во время приступа желчной колики важно как можно быстрее устранить болевой синдром. С этой целью можно применить но-шпу, спазмолитин. Во время приступа болей применяют умеренное тепло на область правого подреберья в виде негорячих грелок, согревающего компресса.

ДИЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТА

Одним из основных факторов лечения больных холециститом является диета. Необходимо некоторое учащение приемов пищи (до 4–6 раз), так как это улучшит отток желчи. Желательно обогащение пищи: отрубевым хлебом, творогом, белком яйца, овсяной кашей, треской, дрожжевыми напитками.

Больные холециститом плохо переносят сало, жирные сорта мяса, птицы, рыбы. Из животных жиров рекомендуется употреблять лишь сливочное масло. Очень полезны растительные масла (кукурузное, подсолнечное, оливковое). Содержащиеся в них ненасыщенные жирные кислоты (арахидоновая, линолевая, линоленовая) стимулируют желчеотделение, улучшают функциональное состояние печени. Растительные масла надо добавлять в винегреты, салаты, квашеную капусту или давать по чайной, десертной, столовой ложке 2–3 раза в день перед едой. Из углеводов ограничивают лишь продукты, содержащие много плохоусвояемой клетчатки (капуста, репа и т. д.). Количество жидкости увеличивают, так как она улучшает отток желчи. Больным при обострении рекомендуют лишь вегетарианские супы. Исключают жареные блюда (особенно в панировке), очень холодные напитки и блюда (мороженое, продукты из холодильника), приправы (уксус, перец, чеснок, лук, коренья, горчица, хрен), грибы, все колбасы, ветчину, копчености, консервы, сдобное тесто, пирожные с кремом, любые жареные пирожки, блины, кофе и какао.

Больному дают молочные, вегетарианские и фруктовые супы, из вторых блюд – отварные овощи в любом виде, каши, пудинги, отварные рыбу и мясо (за исключением свинины, баранины, мяса дичи, мозгов, почек), разрешаются напитки – некрепкий чай, компот, морс, кисель, соки (но неконсервированные), молоко, простокваша, кефир, «Снежок», ряженка, хлеб белый и черный (лучше вчерашний), плавленые (но не закусочные) сырки – «Дружба», «Янтарь», неострые сыры. Полезны продукты, содержащие много солей магния: хлеб и кондитерские изделия из отрубей (например, хлеб «Здоровье»), гречневая и овсяные каши; сырые плоды, овощи, ягоды. Полезна редиска (но не редька).

Диетическое лечение должно проводиться в домашних условиях в течение 3 лет после последнего обострения при холецистите и 1,5 лет – при дискинезиях желчных путей. При хроническом холецистите широко назначают питье минеральных вод малой и средней минерализации с преобладанием гидрокарбонатов, сульфатов, хлора, магния, натрия, кальция. Применяют воду термальной (35–42°С) или гипертермальной (42–50°С) температуры. Минеральные воды стимулируют секрецию желчи, выделение, уменьшение вязкости и разжижение ее. Воду пьют в количестве 3 мл на 1 кг массы тела маленькими глотками.

ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИЯ

МЕТОД ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИИ ОСНОВАН НА ПОЛНОМ ОЧИЩЕНИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОДЫ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ МНОГОКРАТНОЕ НАПОЛНЕНИЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ВОДОЙ И ЕГО ОПОРОЖНЕНИЕ.

В запрограммированном режиме вода подается по пластиковой трубке, распространяется по всей толстой кишке, выводя наружу содержимое через специальную трубку. При этом максимальное давление, создаваемое в кишечнике, не превышает 100 миллибар. Это позволяет за 3-5 сеансов с интервалом 1-3 дня провести полную очистку кишечника в щадящем для пациента режиме.

При промывании толстого кишечника повышается функциональная активность толстого кишечника, уменьшаются воспалительные проявления, оказывается благоприятное влияние на другие органы пищеварения (печень, желчные пути, поджелудочную железу), нормализуется кишечная микрофлора. Токсичные продукты выводятся из организма и больше не нарушают обмен веществ, кишечник вновь может нормально переваривать и усваивать пищу. Промывание кишечника производит омолаживающий эффект на тело.

Мягкое действие воды и легкого массажа во время процедуры приводит к постепенному повышению тонуса кишечника и восстановлению естественного размера брюшной стенки. В механизме очищения организма имеет значение не только восстановление функций кишечника, но и тот факт, что в результате гидроколонотерапии печень получает своеобразный отдых. В настоящее время ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИЯ относится к числу наиболее эффективных, безопасных и универсальных лечебно-профилактических и оздоровительных методов.

ПОКАЗАНИЯ К ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИИ

Заболевания кишечника: запоры – спастические или атонические, синдром раздраженного толстого кишечника – с запором или диареей, дискинезия толстого кишечника, кишечный токсикоз, дисбактериоз кишечника, глистные инвазии, хронический геморрой в начальных стадиях без осложнений и др.;

- **Заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей:** дискинезия желчевыводящих путей, хронические гепатиты, для профилактики развития желчнокаменной болезни и т. д.;
- **Заболевания кожных покровов:** угревая болезнь, экзема, аллергические дерматиты, дерматиты неизвестной этиологии, различные кожные проблемы из-за глистной инвазии;
- **Нарушение работы иммунной системы:** частые простудные заболевания, ОРВИ, артриты и т. д.;
- **Явления аутоинтоксикации:** синдром хронической усталости, снижение работоспособности, немотивированная усталость, общая слабость, постоянные головные боли, неприятный запах изо рта;
- **Борьба и излишним весом и ожирением** различной степени;
- **Гинекологические заболевания:** вагиниты, эрозии шейки матки;
- **Урологические заболевания:** снижение потенции, профилактика развития мочекаменной болезни;
- **Подготовка к обследованию толстого кишечника:** ректоскопии, колоноскопии, ирригоскопии, оперативному вмешательству.

Гидроколонотерапия делается только под наблюдением врача и после предварительной консультации специалиста.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Заболевания кишечника в стадии обострения, такие как болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дивертикулит.
- Опухоли толстого кишечника и прямой кишки.
- Осложненный геморрой, трещины анального канала, свищи.
- Желчнокаменная и мочекаменная болезнь.
- Большие грыжи живота.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Fotona
medical laser systems

ЛАЗЕРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

ЛАЗЕРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ – ОДНО ИЗ САМЫХ СОВРЕМЕННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В КОСМЕТОЛОГИИ. ЭФФЕКТ ОТ ЛАЗЕРНЫХ ПРОЦЕДУР ПО ОМОЛОЖЕНИЮ СОХРАНЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ. НУЖНО ПОНИМАТЬ, ЧТО ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИВАЮТСЯ БЫСТРЫМИ ТЕМПАМИ, И ПРОЦЕДУРЫ ЛУЧШЕ ВЫПОЛНЯТЬ НА ЛАЗЕРАХ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ. НАПРИМЕР, ТАКИХ КАК ЛАЗЕРНАЯ СИСТЕМА FOTONA.

Уникальная лазерная технология FT (Fotona Technology) – высочайший стандарт качества, эффективности и безопасности процедур, проводимых с применением лазера. Лазерная технология FT – это широчайший спектр услуг, включающий в себя: лазерную шлифовку, лазерный пилинг, лазерное smooth-омоложение, фейс-лифтинг, лазерное ремоделирование кожи, лазерное фракционное омоложение и прочее. Лазерная FT-технология не имеет аналогов и может проводиться только на лазерных системах Fotona! В «Центре красоты и здоровья ПРОФИ» все лазерные процедуры выполняются только высококвалифицированными врачами.

ФРАКЦИОННОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ КОЖИ

При воздействии лазерного луча формируется микроповреждение ткани в виде столбика, перпендикулярного поверхности кожи. Клетки, окружающие участок микроповреждения, оказываются в состоянии теплового шока, начинают активно делиться и участвуют в восстановлении микроповреждения. Обновляется весь коллагеново-эластиновый каркас кожи. Возникает эффект подтяжки кожи. Очень деликатный метод. Это единственный способ омоложения нежной кожи в области шеи, декольте, вокруг рта, кожи век. Подходит для всех типов кожи.

Процедуру можно делать в любое время года. Но не рекомендуется длительное нахождение на солнце и посещение солярия во время восстановительного периода. Во избежание пигментации, в период восстановления и в летний период, рекомендовано применение солнцезащитного средства (SP 25 – 50). Период восстановления длится от 3-х до 5-ти дней, наблюдается покраснение, возможны отеки на 2-й день, уход рекомендован косметологом.

Курс состоит из 3-4 процедур с перерывом в месяц, обеспечивается стойкий эффект омоложения на несколько лет. При устранении последствий угревой болезни, шрамов, растяжек возможно большее количество процедур.

ЭКСПРЕСС-ОМОЛОЖЕНИЕ (SMOOTH РЕЖИМ)

Технология неабляционного (без повреждения кожи) воздействия на эпидермис направлена на получение быстрого выраженного эффекта омоложения за счет активного температурного воздействия на глубину до 400 мкн. Происходит стимуляция активности фибропластов и синтеза нового коллагена. Методика относится к категории сверх эффективных процедур экспресс-омоложения.

Период восстановления: от 2-х до 4-х дней, на 3 день наблюдается шелушение кожи, что приводит к значительному улучшению цвета лица и светоотражающей способности кожи. Курс состоит из 3-4 процедур с перерывом в месяц. Ярковыраженный эффект разглаживания морщин и эффект пилинга, ощущение более плотной и гладкой кожи.

ГЛУБОКОЕ ДЕРМАЛЬНОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ

Методика трехмерного воздействия на поверхностные и глубокие слои кожи сверхмощного и короткого лазера. Отсутствует повреждение эпидермиса, наружные слои кожи не повреждаются. Процесс приводит к обновлению микрососудистой сети, стимуляции фибропластов, выработке нового коллагена.

Период восстановления: отсутствует. Необходимо исключить посещение солярия, бани, сауны в течение 3-х дней после процедуры, летом использовать крем с фотозащитой SPF от 25. Курс процедур: от 3-х до 6-ти с перерывом 1 месяц.

Эффект: Гладкая кожа, за счет улучшения плотности, тонуса и текстуры. «Процедура выходного дня» с эффектом глубокой шлифовки.

ЛАЗЕРНЫЕ ПИЛИНГИ «FOTONA»

Предназначены для борьбы с морщинами, фото и хроностарением, шлифовки рубцовой ткани, выравнивания рельефа кожи, создания оптически ровной поверхности. Являются самостоятельной процедурой омоложения. Методика может быть реализована с разным уровнем теплового воздействия на нижележащие слои кожи, что сопровождается сокращением площади кожного лоскута до 10%, выраженным эффектом подтяжки кожи, активной стимуляцией образования нового коллагена.

«Холодный» лазерный пилинг – методика послойного удаления поверхностных слоев эпидермиса на глубину до 50 мкм, без нагревания нижележащих слоев (холодная абляция). Применяется для лечения фотостарения, незаменимый этап в комплексных программах омоложения. Выполняется на любой части тела.

Период восстановления: в течение 3-х, 5-ти дней наблюдается покраснение, необходимо исключить посещение бани, сауны в течение 7-ми дней, уход согласно рекомендации косметолога.

Рекомендуемый курс процедур: в зависимости от возраста, состояния кожи необходимо выполнить от 2-х до 5-ти процедур с перерывом в месяц.

Эффект: гладкая кожа, оптически выравненная поверхность, ровное светоотражение кожи.

«Горячий» лазерный пилинг и шлифовка – методика послойного удаления поверхностных слоев эпидермиса на глубину до 50мкм с прогревом нижележащих слоев (горячая абляция) на глубину до 400 мкм для получения эффекта сокращения кожного лоскута. Применяется для шлифовки морщин, лечения фотостарения, шлифовки рубцов, в том числе пост акне, разглаживания морщин, обновления кожи с выраженным сокращением кожного лоскута.

Период восстановления: от 10–12 дней, наблюдается покраснение, возможны отеки, уход согласно рекомендации косметолога, в течение месяца наносить фотозащитный крем SPF от 30.

Курс процедур: от 2-х до 3-х процедур с перерывом в месяц. в зависимости от состояния кожи. Эффект омоложения от одной процедуры сохраняется до года и более.

ЛАЗЕРНАЯ ЭПИЛЯЦИЯ

Лазерная эпиляция – самое эффективное оружие против нежелательных волос. Сочетание различных режимов работы в рамках одной процедуры радикальным образом меняет клинический результат, позволяет существенно увеличить эффект лазерной эпиляции.

Лазерная эпиляция проводится с использованием двух типов лазеров – александритового и неодимового (подробнее в статье «Лазерная косметология»), это позволяет быстро и безболезненно удалять нежелательные волосы на любом участке лица и тела. Удалять можно волосы любого цвета на любом фототипе кожи. Лазерный луч проникает в кожу, разрушает пигмент волоса, нарушает кровоток в основе волосяного фолликула, фолликул разрушается, волос не растет. Исключено образование рубцов и пигментных пятен, вы чувствуете только легкое покалывание.

За счет использования сканера, увеличивающего площадь обрабатываемой поверхности до 42 см^2, значительно сокращается время процедуры. Многочисленные клинические исследования подтверждают, что комбинированное воздействие александритового и неодимового лазеров дает самый долгосрочный результат.

Период восстановления: легкое покраснение кожи, которое проходит через 30-40 минут.

Курс процедур: 3 процедуры с перерывом в 3-4 недели. Через 2 месяца курс повторяется. Поддерживающие процедуры – 1 раз в год или полгода, определяется индивидуально.

ЛАЗЕРНОЕ УДАЛЕНИЕ СОСУДОВ, СОСУДИСТЫХ ЗВЕЗДОЧЕК

Множество людей страдают от сосудистых патологий кожи. К ним относятся: сосудистые звездочки, гемангиомы, «винные пятна», купероз, розацея. Это сосудистые заболевания кожи и их нужно лечить. Внешне они могут выглядеть как одиночные сосуды, сосудистые звездочки, как пятна темно-красного или синего цвета. Розацея, купероз – ветвистые, переплетающиеся капиллярные расширенные сосуды ярко или темно-красного цвета. Вследствие хронического течения розацеи происходит образование воспалительных узлов, опухолевидных разрастаний и обилие стойко расширенных сосудов.

Медицинский лазерный комплекс компании «Fotona» относится к лазерам последнего поколения. Благодаря новейшим разработкам, лазерный свет с большей длиной волны способен проникать глубоко в ткани и удалять сосуды до 4мм без повреждения кожи и ожогов, так как луч лазера избирательно воздействует только на сосуды, а окружающие ткани остаются абсолютно неповрежденными. Лазерное лечение сосудов – это возможность эффективного удаления сосудистых образований и на лице, и на теле.

Период восстановления: за счет мягкого воздействия лазера процедура практически не требует реабилитации, уход согласно рекомендации косметолога.

Курс процедур: 3–5 процедур с интервалом 2–3 недели.

Эффект: косметический эффект от процедуры будет достигнут через 10-12 дней.

ПРОФИ
ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ
г. 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)

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ

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:

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), T-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 ССР)
- 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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ 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

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ 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)

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ

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)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ 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

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

www.peugeot-irk.ru

НОВЫЙ PEUGEOT 408

БОЛЬШОЙ СЕДАН ДЛЯ БОЛЬШОЙ СТРАНЫ

8 800 555 53 35

Перед Вами – самый большой седан в своём классе!*
Peugeot 408 – автомобиль для всей семьи, в котором воплощаются мечты о комфорте и уверенности! Размеры комфортного салона удивляют, объём багажника поражает воображение, усиленная подвеска и высокий клиренс 178 мм идеально подходят для российских дорог. Этот достойный представитель своего класса имеет самый низкий расход топлива – от 4,3 литров на 100 км*. Интегрированная навигационная система с подробными картами и возможностью отображения пробок позволит в любой ситуации чувствовать себя уверенно. А его элегантным дизайном можно бесконечно восхищаться! Пройдите тест-драйв и оцените все преимущества нового седана Peugeot 408!

*На основании исследований, проведенных компанией ООО Международный институт маркетинговых и социальных исследований «ГФК-Русь» в июле 2012 года. Подробности – по телефону 8 800 555 53 35 и на сайте peugeot.ru. Реклама.

НОВЫЙ PEUGEOT 408

MOTION & EMOTION

PEUGEOT

МАРСЕЛЬ АВТО

г. Иркутск, ул. Джамбула, 5 ☎ (3952) 500-025

Ткач Лариса Леонидовна
Врач акушер-гинеколог

Луценко Виктор Анатольевич
врач-уролог

Григорьева Вера Сергеевна
врач акушер-гинеколог,
детский гинеколог

Ведмедовская Оксана Владимировна
Врач-педиатр I категории

Королева Марина Анатольевна
помощник врача-эпидемиолога

Юрлова Ольга Владимировна
врач-невролог,
кандидат медицинских наук

Голикова Марина Михайловна
Врач ЛФК,
врач высшей категории

Лапшина Юлия Ивановна
врач акушер-гинеколог

Аксенова Евгения Анатольевна
врач акушер-гинеколог

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