ДОКТОР.

irk.ru

МОЙ РЕБЕНОК МНОГО ПЬЕТ

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ

КАК ВЫБРАТЬ ХРУСТАЛИК

12+

НОВОСТИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

СПОРТ-КЛУБ

МЫ В ЦЕНТРЕ! 735-000

Иркутск, ул. Свердлова, 36, ТЦ «СЕЗОН», 3 этаж

не является публичной офертой *Сроки проведения акции с 1.03.2018 до 31.05.2018

Информацию об организаторе акции, о правилах ее проведения, количестве призов или выигрышей по результатам такой акции, сроках, месте и порядке их получения вы можете узнать по тел.:735-000

Мне даже самой трудно поверить, что прошло двадцать лет с того дня, как мы открыли свою первую в области ПЦР лабораторию. О ПЦР-диагностике тогда не все врачи знали, что уж говорить о пациентах. И даже в самых смелых мечтах мы не могли представить, что пройдет время, и «молекулярка» станет целой сетью медицинских учреждений нового поколения. Своя Клиника, филиалы во всех районах Иркутска, в Ангарске и Братске. Мы строили новые здания, привлекали лучших дизайнеров, приобретали современное диагностическое оборудование: маммограф, магнитно-резонансный томограф, лучшие анализаторы для лаборатории, внедряли и внедряем новые методы диагностики и лечения. Правду говорят – когда много работаешь, время летит незаметно.

Мы подошли к своему двадцатилетнему юбилею с полной уверенностью, что нам по плечу самые сложные задачи, и что мы все делаем правильно. Ведь все эти двадцать лет вы доверяете нам свое здоровье, здоровье своих детей.

А еще у нас есть хорошая традиция: к юбилею мы всегда делаем подарок своим пациентам. Буквально через месяц откроет свои двери новый филиал для жителей района Ново-Ленино. Сдать анализы, показать ребенка педиатру, сделать УЗИ или ЭКГ, посетить кардиолога, гинеколога, терапевта, гастроэнтеролога, уролога и многих других специалистов жители Ново-Ленино, а также ближних к Иркутску поселков смогут без очереди в удобное для себя время, потому что никуда далеко ехать теперь не нужно.

И конечно, у нас есть далеко идущие планы на ближайшее будущее. Ведь вместе с Центром Молекулярной Диагностики уже выросло новое поколение молодых людей, мыслящее другими категориями, живущее в цифровом веке. И мы должны соответствовать их требованиям и оправдать их ожидания.

Прокофьева Тамара Дмитриевна,
генеральный директор Центра
Молекулярной Диагностики

СОДЕРЖАНИЕ

НАШИМ ДЕТЯМ

Инфекционный дерматит 6

Мой ребенок много пьет 8

Детский церебральный паралич 10

ПРИЕМ ВЕДЕТ

Ботулинотерапия 14

Как выбрать хрусталик при катаракте? 18

Гиперактивный мочевой пузырь 20

Гормоны в дерматологии: за и против 24

Грипп 26

ГЭБР и изжога 28

Серьезная проблема – запор 32

Щитовидная железа 34

НОВОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами 16

«Доктор.irk.ru», №40 / дата выхода 29.03.2018 г.
Учредитель и издатель:
ООО «Клиника Центра молекулярной диагностики»
Журнал зарегистрирован
Восточно-Сибирским Управлением Федеральной службы
по надзору за соблюдением законодательства в сфере
массовых коммуникаций и охране культурного наследия.
(Свидетельство ПИ № ФС13-0182 от 16.11.2007 г.)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКО

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Что такое онкомаркеры и для чего они нужны? 30
Анализы высшего качества 38

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Мужское бесплодие, его современное состояние.....42

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

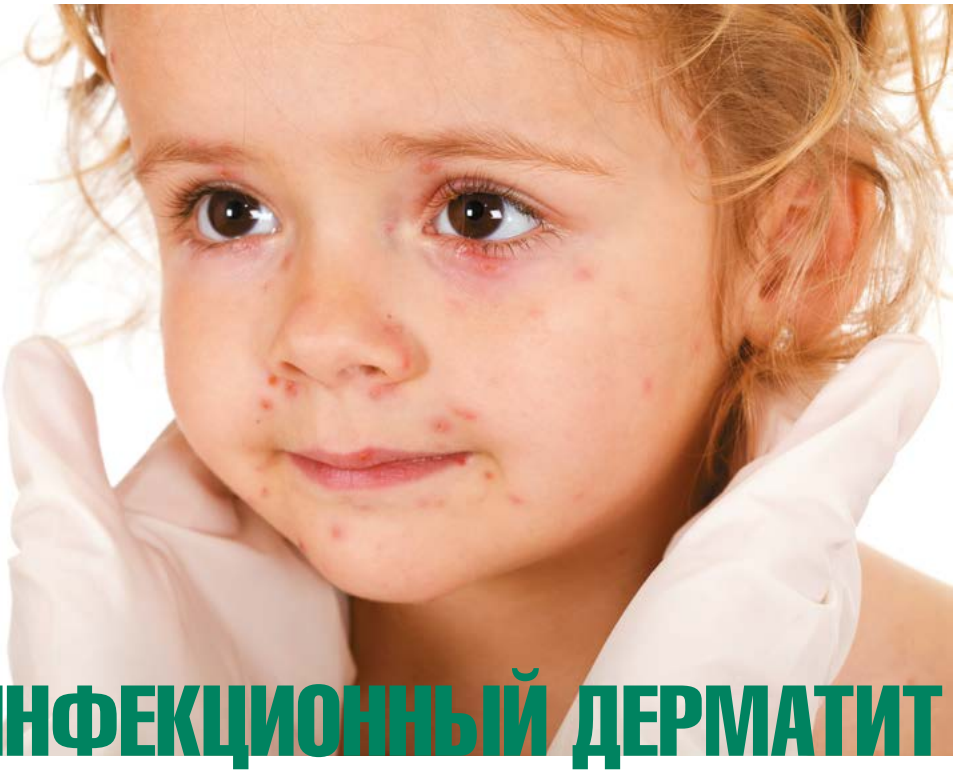
Дисменорея 46
Когда эндометриоз – больной вопрос…....50

УСЛУГИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Перечень услуг Центра Молекулярной Диагностики 53

Главный редактор: Злобина И.В.
Адрес редакции, издателя: 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»,
Адрес типографии: 664043, г. Иркутск, ул. Сергеева, 3/4
Телефон: (3952) 48-66-00
Распространяется бесплатно
Тираж: 3 000 экз.

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



ИНФЕКЦИОННЫЙ ДЕРМАТИТ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НА КОЖЕ У ДЕТЕЙ, КОТОРЫЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЛИЧИИ В ОРГАНИЗМЕ ИНФЕКЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ ИНФЕКЦИОННЫМ ДЕРМАТИТОМ.

Основные причины дерматита у малышей – это болезни, вызванные вирусами, бактериями, грибами, другими патогенными микроорганизмами:

- корь;
- краснуха;
- ветряная оспа;
- энтеровирусная инфекция;
- скарлатина;
- чесотка.

Также заболевание может развиться после операционного вмешательства, осложненного стафилококковой или стрептококковой инфекцией. К предрасполагающим факторам относятся:

- микротрещины кожных покровов;
- ненадлежащий гигиенический уход за кожей грудничка;
- дефицит иммунитета;
- длительная медикаментозная терапия.

Проявления дерматита разнообразны и зависят от причины (возбудителя болезни). Симптомы в детском возрасте более выражены, чем у взрослых. Их характер и интенсивность зависят от первичного заболевания.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Но существуют обобщенные признаки данной формы дерматита:

1. Наружная сыпь. Ее размер, характер, место локализации зависят от вида возбудителя.
2. Зуд кожных покровов. У детей часто наблюдаются сильное жжение и зуд. Ребенок расчесывает кожу, что может повлечь присоединение вторичной инфекции, образование шрамов.
3. Покраснение зараженных мест в связи с переполнением мелких сосудов и капилляров.
4. Шелушение кожи.

Высыпания локализуются на руках, лице, шее. При тяжелых формах сыпь покрывает все тело малыша. Заболевание сопровождается повышением температуры от 37° до 39-40°. Оно влияет на нервную систему и общее физическое состояние: ребенок плохо спит, часто плачет, ведет себя беспокойно..

Особенности кожных высыпаний при разной инфекции:

1. **Краснуха.** Покраснение, мелкие высыпания овальной формы. Постепенно бледнеют и проходят через 48 часов.
2. **Корь.** Розовые папулы, которые могут сливаться, в пик обострения становятся ярко-красными. В процессе выздоровления папулы багровеют, высыхают, оставляя на коже незначительную пигментацию.
3. **Скарлатина.** Сыпь густая, красно-синего цвета. Появляется в складках, затем распространяется на конечности. На фото четко видны кожные изменения на ногах. Кожа шелушится, появляются мокнущие эрозии и трещины. В последствии ноги покрываются пигментными пятнами и подкожными кровоизлияниями.

4. **Ветряная оспа.** Сначала появляются единичные элементы в виде пузырьков с жидкостью. За короткое время распространяются по всему тему, включая волосяную часть головы.
5. **Энтеровирусная инфекция.** Сыпи нет, только покраснение и сильное шелушение.

Дифференциация инфекционного заболевания не составляет особого труда. Диагностика направлена на выявление возбудителя. Педиатры и инфекционисты уже при осмотре могут распознать болезнь. Если недуг трудно диагностировать, проводят лабораторное исследование крови, содержимого высыпаний, бактериологические посевы.

Лечение направлено на устранение основного очага: применяются противогрибковые и противовирусные препараты, антибиотики, специфические сыворотки.

Не стоит самостоятельно назначать ребенку антигистаминные препараты для уменьшения зуда, антисептические растворы и мази для устранения сыпи. В крайнем случае вы можете дать жаропонижающие при высокой температуре. Остальные назначения делает только врач.

Автор статьи Сенотрусова Анна Сергеевна, врач педиатр

МОЙ РЕБЕНОК МНОГО ПЬЕТ

А ЕЩЕ ВАШ РЕБЕНОК НЕ РАСТЕТ ИЛИ СЛИШКОМ МНОГО НАБРАЛ ВЕСА. ЭТО ЗНАЧИТ, ЧТО НАДО НЕМЕДЛЕННО ПОСЕТИТЬ ЭНДОКРИНОЛОГА.

И вообще, эндокринологу желательно показывать ребенка регулярно. Ведь многие нарушения поначалу протекают незаметно, но именно в детстве начинается большинство заболеваний, имеющих эндокринную природу.

ИТАК, В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВЫ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО ОБРАЩАЕТЕСЬ К ВРАЧУ ЭНДОКРИНОЛОГУ

Первая причина: есть симптомы, указывающие на диабет.

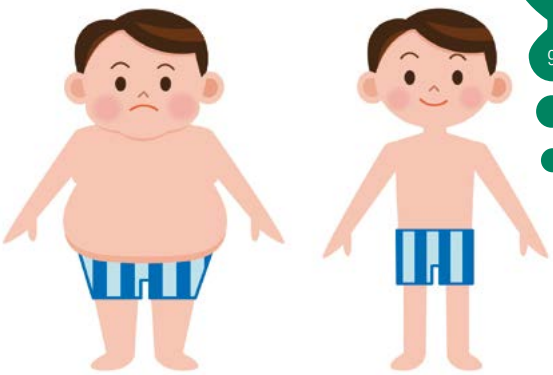
Сахарный диабет 1 типа развивается быстро, чаще всего имеет генетическую природу и может, если затягивать с посещением врача, привести к серьезным последствиям, вплоть до комы.

Поэтому, если у ребенка появились симптомы диабета, вам нельзя медлить с визитом к эндокринологу.

СИМПТОМЫ:

- слишком много пьет
- частые мочеиспускания
- страсть к сладкому
- плохо переносит длительные перерывы между приемами пищи
- без видимой причины снижается масса тела
- выраженная слабость, явное снижение активности.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК



Вторая причина: проблемы роста – ребенок слишком низкий или слишком высокий.

Разумеется, многое зависит от генетики. Если вы все в семье высокие, то и ребенок будет выше среднего. Если он пошел в бабушку по маминой линии, а она невысока, то есть шанс, что малыш просто таким и родился – низкорослым. Но все же, если, по сравнению с большинством одноклассников, ребенок серьезно отстает в росте или, наоборот, он слишком высокий, то есть необходимость консультации с эндокринологом. Конечно, в задержке роста виноваты не только сбои в эндокринной системе. Есть другие причины. Но показаться врачу нужно.

Третья причина вести ребенка к эндокринологу: он слишком полный или слишком худой.

Признаком того, что в эндокринной системе может быть сбой, являются проблемы с весом. Разумеется, сам по себе факт наличия лишнего веса или нехватки нормального – не повод паниковать, но свериться с нормами Всемирной организации здравоохранения нужно, как и показать ребенка сначала педиатру, а потом, если врач увидит в этом необходимость, и эндокринологу.

Помимо этого, эндокринолог должен обследовать ребенка, родственники которого страдают сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, перенесли инфаркт или инсульт в молодом возрасте. А также детям, живущим в местах с повышенной радиацией.

Прием ведет Селиверстова Татьяна Геннадьевна,
врач детский эндокринолог,
кандидат медицинских наук

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Детский церебральный ПАРАЛИЧ

– ЭТО ПОЛИЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПРИЧИНАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ НЕДОРАЗВИТИЕ ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

Проявления ДЦП разнообразны – это двигательные расстройства, психико-речевые нарушения, судороги. Основные причины ДЦП – повреждение клеток головного мозга, вызванное гипоксией, асфиксией или травмой, полученными в дородовый или послеродовый период. Развитие ДЦП также могут спровоцировать инфекционные и эндокринные болезни матери во время беременности, преждевременная отслойка плаценты. Статистика также показывает, что примерно 50% детей с ДЦП рождаются недоношенными. Признаки и ранние симптомы ДЦП в некоторых случаях можно заметить сразу после рождения ребенка, иногда они проявляются постепенно, и важно вовремя распознать их. К основным признакам ДЦП относятся нарушения двигательной активности: такие дети позже начинают держать голову, переворачиваться, сидеть, ползать и ходить. При этом рефлексы, характерные для новорожденных детей, у них сохраняются дольше. Мышцы таких детей могут быть чрезмерно расслабленными или, наоборот, слишком напряженными, и можно заметить, что конечности принимают неестественные положения. Примерно у трети детей с ДЦП случаются судороги. Помимо этого встречаются такие симптомы ДЦП, как нарушения зрения, речи и слуха, изменение восприятия и способности ориентироваться в пространстве, задержка психического, речевого и эмоционального развития, проблемы с обучением, функциональные нарушения работы желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

В раннем возрасте диагностировать ДЦП бывает непросто. Но родители должны обратиться за консультацией к неврологу, если:

- в возрасте 1 месяца ребенок не моргает глазами в ответ на громкий звук;
- в возрасте 2 месяцев ребенок не поворачивает голову на звук;
- в возрасте 3–5 месяцев ребенок совершает все действия только одной рукой, у ребенка косоглазие;
- в возрасте 4 месяцев ребенок не переворачивается и не тянется за игрушкой;
- в возрасте 7–8 месяцев ребенок не может сидеть без поддержки и не ползает,
- движения ребенка слишком резкие или слишком медленные;

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

- в возрасте 12–14 месяцев ребенок самостоятельно не ходит.

СУЩЕСТВУЕТ НЕСКОЛЬКО ФОРМ ДЦП:

Спастическая диплегия встречается в 40% случаев. При этом виде ДЦП поражается прецентральная извилина, ответственная за двигательную активность конечностей. В результате этого наступает полный или частичный паралич рук и ног.

Двойная гемиплегия – самая тяжелая форма ДЦП, при которой поражаются большие полушария мозга. Это приводит к спастичности и ригидности мышц. Дети с двойной гемиплегией не способны держать голову, стоять, сидеть и нормально двигаться. Гемипаретическая форма, которая характеризуется поражением одного из полушарий мозга, приводит к гемипарезу (ограниченному движению мышц) конечностей на одной стороне.

Гиперкинетическая форма, при которой страдают подкорковые структуры, чаще при гемолитической болезни новорожденных, выражается в гиперкинезах – непроизвольных движениях.

Атонически-астатическая форма возникает при поражении мозжечка. Более всего страдает координация движений и чувство баланса, наблюдается также атония мышц.

Лечение и реабилитация при ДЦП держится на двух главных принципах – комплексном подходе и непрерывности. Кроме того, при ДЦП нужна коррекция не только двигательных, но и речевых, коммуникативных, интеллектуальных навыков. В детстве мозг развивается очень активно. Он обладает гораздо большими компенсаторными возможностями, чем мозг взрослого. Поэтому лечение ДЦП, которое началось в ранние сроки, будет наиболее эффективным. Для реабилитации детей с ДЦП используют различные виды массажа, динамической гимнастики, ЛФК, занятия на специальных тренажерах-локоматах. При отсутствии судорог показана и физиотерапия – миостимуляция и электрофорез, амплипульс, лазер, электрорефлексотерапия – для восстановления активности нейронов коры головного мозга . Это помогает снизить мышечной тонус, увеличить объем движений, улучшить координацию, глотание, речь и произношение.

Во многих случаях показано медикаментозное лечение метаболическими, ноотропными, сосудистыми средствами, улучшающими деятельность мозга.

А также лечение ботулотоксином, одним из современных и эффективных методов. Есть уникальное свойство препаратов ботулотоксина типа А – способность снижать спастичность мышц. Ботулотоксин А действует на уровне нервно-мышечной передачи, блокируя высвобождение одного из нейрохимических медиаторов – ацетилхолина, препятствуя переходу электрического импульса с нервного окончания на мышцу. Это ведет к ослаблению патологического гипертонуса и уменьшению напряжения мышцы. В России ботулотоксин типа А включен в стандарт лечения ДЦП.

Терапевтическая эффективность ботулотоксина типа А доказана, однако она зависит от ряда факторов: тщательного отбора пациентов с учетом показаний и противопоказаний, подготовки к проведению процедуры, правильной тактики и техники введения препарата и, самое главное, от систематической и четко спланированной работы реабилитационной «команды» в период после введения препарата.

КАК ЭТО РАБОТАЕТ?

Все мышцы нашего организма связаны с центральной нервной системой с помощью большого количества нервных волокон, по которым постоянно происходит передача различных сигналов. Под действием этих сигналов мышцы в нужный момент сокращаются или расслабляются. При повреждении этого механизма головной мозг начинает посылать мышцам «неправильные команды», в результате чего может возникнуть чрезмерное напряжение – повышение мышечного тонуса. В этом случае для облегчения состояния возникает необходимость временно отключить спазмированную мышцу от потока «неправильных импульсов». Ботулинический токсин типа А способен на молекулярном уровне блокировать передачу таких сигналов от нерва к мышце, благодаря чему спастика снижается.

Эффект от введения препарата в мышцу начинает проявляться через некоторое время после инъекции (от нескольких часов до нескольких дней, чаще всего через 5–7 суток). Продолжительность действия индивидуальна и составляет от нескольких месяцев до одного года, после чего патологический мышечный тонус частично возвращается. Весь период действия препарата должен быть максимально использован для проведения активной реабилитации. В это время происходит увеличение подвижности в суставах, укрепляются соседние ослабленные мышцы, в результате чего ребенок может обучиться новым двигательным навыкам.

В случае тяжелого поражения двигательной сферы периодическое введение препарата приведет к снижению мышечного тонуса, уменьшению боли и облегчению ухода за ребенком.

Важно понимать, что снижение спастики после введения препарата – не самоцель, а начало длительной работы по освоению новых и более совершенных функций, которые ребенку со спастикой были раньше недоступны.

Чему учить ребенка, подскажут невролог, специалист по лечебной физкультуре, логопед и психолог. Они подробно объяснят, на каком уровне находится двигательное, психическое и речевое развитие ребенка.

Активизация мышц – это не только гимнастика, но и развитие той нужной и полезной деятельности, которую ребенок не мог осуществить из-за наличия спастики. Очень важно, чтобы ребенок овладел социально-бытовыми навыками, игрой.

КАК ВВОДЯТ БОТУЛОТОКСИН?

В случае если специалист считает, что ребенку необходимо проведение ботулинотерапии, он должен подробно разъяснить родителям все обстоятель-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ства введения препарата, ожидаемый результат и возможные побочные эффекты от лечения.

Для правильного расчета дозы необходимо знать точный вес ребенка. Перед введением препарата родителям предложат подписать информированное согласие на лечение.

Далее в запечатанном виде при определенном температурном режиме препарат будет доставлен специалисту и непосредственно перед введением, в присутствии родителей, распечатан и определенным образом подготовлен.

Введение препарата осуществляется инъекционно в определенные точки выбранных мышц.

После введения препарата в течение часа маленький пациент должен находиться под наблюдением специалиста. В этот день у него может немного повыситься температура тела (до 37–37,5°). Это в большинстве случаев не требует специального лечения.

Но следует воздержаться от проведения тепловых процедур (горячие ванны, сауна, аппликации парафина) на протяжении 2 недель после проведения инъекции.

ЧТО БУДЕТ ПОТОМ?

В первые дни после введения препарата вы, скорее всего, не заметите никаких изменений. Однако через пять-семь дней могут проявиться первые признаки снижения мышечного тонуса. Если ботулотоксин А вводился в мышцы голеней, ребенок начнет чаще опускаться на полную стопу в вертикальном положении, если в мышцы бедер – ему станет легче разводить их и разгибать колени. Полностью оценить эффект от инъекций можно будет только через три-четыре недели после проведения процедуры.

Необходимо использовать этот эффект для того, чтобы ребенок освоил эти же и новые движения, но уже правильным образом. Поэтому так важно в первые дни после инъекции проводить ребенку комплексную двигательную реабилитацию– активную гимнастику, массаж, электростимуляцию ослабленных мышц, кинезиотерапию, БОС терапию.

Для того чтобы на фоне непривычной нагрузки поддержать суставы и закрепить правильное положение конечностей, крайне важно использовать правильно подобранные ортопедические изделия (ортопедическая обувь, тутора, функциональные аппараты).

КАК ЧАСТО ТРЕБУЕТСЯ ВВОДИТЬ БОТУЛОТОКСИНА?

В настоящее время в России ботулинотерапия разрешена к применению с двух лет.

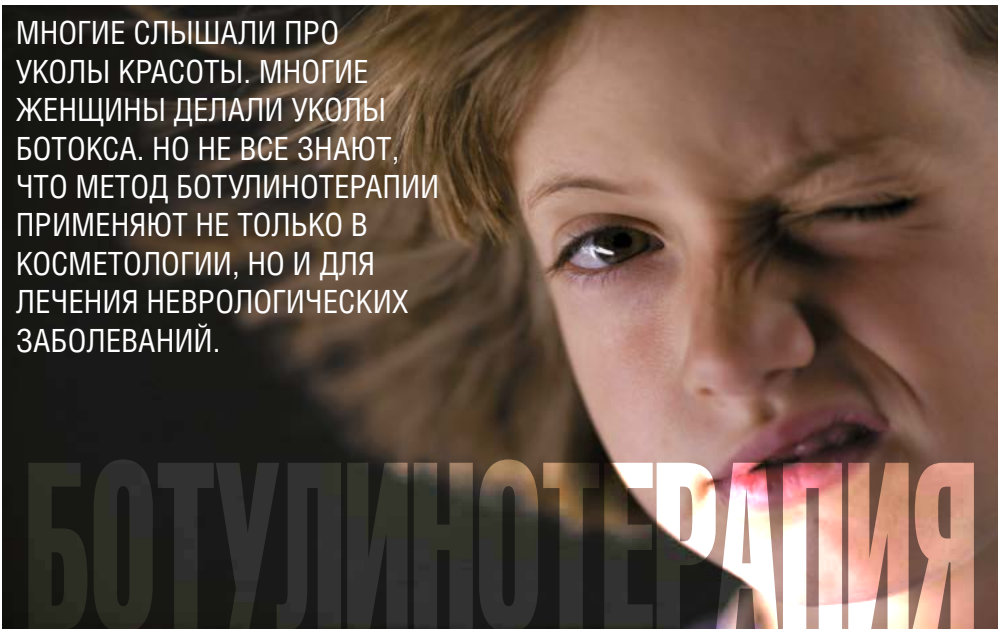
Примерно через 4–6 месяцев после инъекции ботулотоксина обычно отмечается «затухание» эффекта препарата. На протяжении всего этого периода вам необходимо периодически совершать контрольные визиты к специалисту, проводившему лечение. Регулярность посещения устанавливается индивидуально (например, через неделю, месяц, три или четыре месяца после инъекции).

Чтобы врач смог адекватно оценить индивидуальную восприимчивость вашего ребенка к проведенному лечению, постарайтесь фиксировать все изменения, которые происходят с сыном или дочерью в период между консультациями.

Объединение усилий семьи и команды специалистов является одним из необходимых условий эффективности лечения и приводит к улучшению качества жизни ребенка и его близких.

Автор статьи Яшина Виктория Валерьевна,
детский невролог, психолог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



МНОГИЕ СЛЫШАЛИ ПРО УКОЛЫ КРАСОТЫ. МНОГИЕ ЖЕНЩИНЫ ДЕЛАЛИ УКОЛЫ БОТОКСА. НО НЕ ВСЕ ЗНАЮТ, ЧТО МЕТОД БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ НЕ ТОЛЬКО В КОСМЕТОЛОГИИ, НО И ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ

Бактерия Clostridium botulinum выделяет сильнейший ядовитый пищевой токсин, который нам известен под названием ботулотоксин. Заболевание ботулизм может привести даже к летальному исходу человека. Возбудителем болезни как раз и является та самая бактерия, только в очень больших дозах. **Зато в малых дозах этот токсин способен облегчить страдания миллионам людей!** Для применения в терапевтических целях его подвергают максимальной очистке и соединяют со специальными белками-носителями.

Как лекарственное средство ботулотоксин признан в XX веке (1979 г.). Это средство разрешили использовать при косоглазии, гемифациальном спазме и блефароспазме. Сейчас ботулотоксин разрешён и применяется более чем по 150 различным показаниям в совершенно различных областях медицины.

ЛЕЧЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНОМ ПРОВОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

фокальные дистонии и другие двигательные нарушения:

- гемифациальный спазм
- блефароспазм
- спастическая кривошея
- оро-мандибулярная дистония (ОМД)
- дистония точных движений (писчий спазм)
- дистония стопы
- тики
- спастичность конечности при ДЦП, последствии инсульта

вегетативные нарушения:

- гиперфункция экзокринных желез – слюнотечение (гиперсаливация)

в эстетической медицине:

- мимические морщины
- потливость ладоней
- потливость стоп
- потливость подмышечной области
- потливость лба и волосистой части головы

в лечении болевых синдромов:

- миофасциальные и мышечно-тонические синдромы (шейно-грудной отдел позвоночника)
- миофасциальные и мышечно-тонические синдромы (пояснично-крестцовый отдел позвоночника)
- синдром верхней апертуры грудной клетки
- синдром грушевидной мышцы
- нейропатическая боль
- латеральный эпикондилит
- головная боль напряжения
- мигрень
- лицевые боли
- фантомные боли

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

Официальную регистрацию на мировом уровне имеют 3 препарата ботулотоксина типа А (БТА). Различия между ними заключаются в выделенных штампах: onabotulinum («Ботокс»); abobotulinum («Диспорт»); incobotulinum («Ксеомин»).

Ботулинотерапия в неврологии используется благодаря полезным свойствам ботулотоксина, которые способны прерывать болевую и нервную проводимость. Токсин действует на импульсацию из очага поражения и вызывает обратимое снижение гиперактивности мышц. Раньше снять после инсульта спастичность мышц было крайне трудно, а порой невозможно. Это затрудняло жизнь огромному числу людей. Теперь, после ботулинотерапии, во многих случаях пациент способен к самостоятельному перемещению и самообслуживанию. Эффективен метод и при лечении болезни Паркинсона, когда качество жизни больного значительно снижено из-за постоянного спазма мышц скелета. Высокую эффективность показала ботулинотерапия мигрени, даже в тяжелой хронической форме, когда больной принимает очень большое число болеутоляющих лекарств, не дающих никакого эффекта. Есть такая форма мигрени, как абузусная, когда бессистемная передозировка лекарствами приводит к их бесполезности. Несколько процедур ботулинотерапии раз в 2–3 месяца значительно сокращает количество принимаемых лекарств и даже полностью купирует болевой синдром. Для многих людей это панацея, возможность разорвать порочный круг болезни и улучшить качество жизни.

Перед проведением процедуры обязательно проводится полное неврологическое обследование.

Препарат сегодня применяют более чем в 60 государствах по всему миру. Он прошел очень большое число клинических испытаний, которые подтверждают эффективность и безопасность его применения.

Противопоказания все же существуют, и с ними пациент должен быть обязательно хорошо знаком.

Противопоказания:

- аллергия к компонентам препарата;
- нарушения нервно-мышечной передачи (миастения гравис, синдром Ламберта-Итона, с осторожностью – боковой амиотрофический склероз, неврологические заболевания в результате дегенерации двигательных нейронов и другие заболевания с нарушениями нервно-мышечной передачи);
- повышенная температура;
- острые инфекционные или неинфекционные заболевания;
- беременность;
- лактация.

В заключение хотелось бы сказать, что инъекции ботулотоксина назначает только врач после установления диагноза. Эффект от лечения есть у всех пациентов, однако его выраженность и длительность индивидуальна. Терапия ботулотоксином – прекрасный метод лечения, позволяющий значительно улучшить качество жизни.

Авторы статьи
Лисенкова Ольга Александровна, врач невролог

Данги Наталья Валерьевна,
врач рефлексотерапевт

Инфекции, передающиеся **иксодовыми клещами**

TBEV, BORELLIA BURGDORFERI SL, ANAPLASMA PHAGOCYTOPHILLUM, EHRLICHIA CHAFFEENSIS / EHRLICHIA MURIS

Клещ встречается во всех лесных районах Иркутской области. **Начало сезона активности клещей – апрель, заканчивается сезон в сентябре. Наибольшая активность клещей наблюдается в мае, июне.** Излюбленные места обитания клещей – влажные, густые, сильно захламленные беспорядочными вырубками участки леса с очень густым травяным покровом, заросшие подлеском смешанные леса. На обжитой территории (около садоводств, дорог, троп) встречается клещей больше, чем на участках не тронутой человеком тайги. Клещ не переносит прямого солнечного света и сухого воздуха. Распространено ошибочное мнение, что клещ прыгает на запах человека с деревьев. На самом деле, сидя на траве или кустарнике, растущем вдоль дорог и троп, клещи цепляются за одежду проходящего человека. Затем клещ перебирается на свободные от одежды участки тела, чаще всего на спину, шею, волосистую часть головы, подмышечные и паховые области, где более нежная кожа. Клещ пробуравливает кожу острым хоботком и пьет кровь. Редким вариантом инфицирования человека является заражение после приема сырого молока коз или коров, зараженных флавивирусом клещевого энцефалита. При приеме кипяченого молока заражение невозможно, поскольку вирус погибает в течение 2-х минут при кипячении или в течение 20 минут при температуре 60 градусов. **Болезнь проявляется обычно через 5–30 дней после присасывания клеща, но чаще через 10–14 дней.** Симптомы энцефалита у человека после укуса клеща проявляются появлением лихорадочного и интоксикационного синдромов, а также клиникой поражения центральной нервной системы. Без специализированного, своевременного и адекват-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ного лечения заболевание может стать причиной развития стойкой неврологической симптоматики и психиатрических нарушений или летального исхода.

Что делать в домашних условиях, если укусил клещ?

Чем быстрее и правильнее удален клещ, тем меньше риск инфицирования клещевым энцефалитом. Важно помнить, что клещ должен быть удален вместе с головой и хелицерами, в противном случае, риск заражения резко возрастает. Раздавливать, дергать за брюшко, тянуть, прижигать, сцарапывать, заливать маслом или горячей водой, смазывать бензином, ацетоном или вазелином клеща нельзя! Вытаскивать его следует аккуратными, плавными раскачивающе-выкручивающими движениями. Если с собой нет специального инструмента для извлечения клещей, можно использовать нить или маникюрный пинцет. Петелькой нити или пинцетом следует проводить максимально близко к хелицерам. После того, как клещ извлечен, ранку следует продезинфицировать йодом, спиртом или хлоргексидином. При отсутствии должных навыков, для извлечения лучше обратиться в травмпункт. **Самостоятельное извлечение не отменяет поход к врачу.** Выкидывать клеща нельзя, его необходимо направить на исследование в лабораторию.

В последние годы в клиническую практику внедряют метод ПЦР, который позволяет обнаружить специфические фрагменты генома возбудителя заболевания на ранних сроках болезни. Метод позволяет поставить диагноз в короткие сроки путем исследования самого клеща. В лаборатории проводится исследование клеща сразу на 4 возбудителя заболевания: клещевой энцефалит, боррелиоз, анаплазмоз, эрлихиоз (TBEV, Borellia burgdorferi sl, Anaplasma phagocytophillum, Ehrlichia chaffeensis / Ehrlichia muris). От результатов его исследования на вирус клещевого энцефалита, зависит дальнейшая тактика ведения пациента. Если клещ не инфицирован, специфическая иммуноглобулиновая серопрофилактика не требуется. Укушенный пациент наблюдается в течение 21 дня, с обязательным ежедневным контролем температуры.

После седьмого – десятого дня заболевания исследуется кровь на антитела к флавивирусу и боррелиям методом ИФА иммуноглобулины M и G. Более раннее определение иммуноглобулинов G и M нецелесообразно. Определение иммуноглобулинов класса M важно для диагностики не только острых случаев заболевания, но и обострений хронического течения. Иммуноглобулины класса G – следствие перенесённого заболевания или эффективной вакцинации. Серологические исследования проводят в парных сыворотках, взятых в начале и конце заболевания. При отсутствии антител возможно исследование 3-й пробы крови, взятой через 1,5–2 мес после начала болезни.

Наиболее эффективное средство профилактики – прививки против клещевого энцефалита, которые необходимо сделать заблаговременно, в ноябре – марте, не менее чем за 44 дня до даты выезда. Прививки не гарантируют полной защиты от заражения энцефалитом, но значительно облегчают протекание болезни. В случае отсутствия прививки необходимо вводить противоклещевой иммуноглобулин в первые три дня после укуса. При работе в лесу для защиты от клещей используется специальная одежда с капюшоном из плотных тканей. На рукава и на штанины пришиваются резинки, с помощью которых одежда плотно прилегает к кистям и лодыжкам, что мешает клещу заползти на тело. Используются также средства, отпугивающие клещей, типа «Дэта»; противоклещевой карандаш, наносящийся на ткань под коленками и вокруг грудной клетки. После посещения леса, особенно весной и в начале лета, необходимо проверить одежду и кожные покровы на наличие клещей.

Автор статьи Михайлова Елена Георгиевна,
заведующая лабораторией ЦМД

Как выбрать хрусталик ПРИ КАТАРАКТЕ?

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАТАРАКТЫ ПОРАЖЕННЫЙ ХРУСТАЛИК УДАЛЯЕТСЯ, А НА ЕГО МЕСТО УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ИСКУССТВЕННЫЙ, КОТОРЫЙ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ «РОДНОЙ» ЛИНЗЫ.

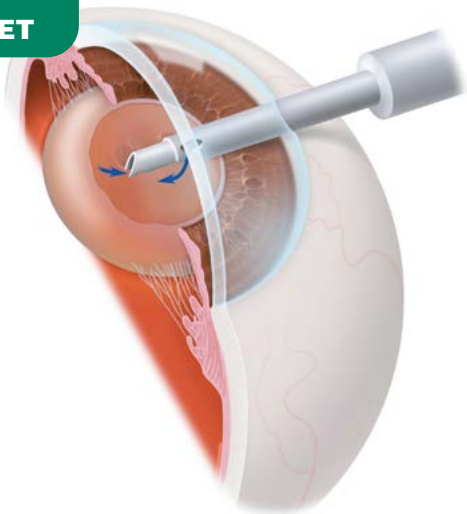
Поскольку вариантов сегодня существует немало, то при подборе линзы врач офтальмолог учитывает все нюансы: возраст пациента, его образ жизни, профессию, общее состояние организма, состояние его глазного яблока ...

Все искусственные оптические линзы (ИОЛ) делятся на две большие группы – мягкие и жесткие. Последние сегодня используются редко, так как их установка сопряжена с высокотравматичной операцией. Однако сама линза показывает неплохие характеристики и позволяет полностью восстановить зрение. Мягкие ИОЛ устанавливаются при проведении факоэмульсификации, которая сопровождается микроразрезом. Восстановление после такой операции проходит быстрее и редко приводит к осложнениям.

Среди гибких хрусталиков также предусмотрена своя классификация. По материалу они могут быть из силикона, акрила или гидрогеля. По своим характеристикам и возможностям коррекции они делятся на несколько больших групп.

1. **Монофокальные.** Имеют только один фокус. Поддерживают хорошее зрение вдали, но для чтения и просмотра телевизора придется носить очки. Самый недорогой вариант из всех мягких имплантатов.
2. **Мультифокальные** – оснащены несколькими точками фокуса, позволяя видеть на разном расстоянии без особых проблем.
3. **Асферические** – позволяют избежать возможных оптических эффектов, которые нередко появляются при имплантации ИОЛ. Например, ощущение ореолов или бликов, нечеткого изображения и др.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК



4. **Торические** – необходимы для коррекции роговичного астигматизма.
5. **С желтым фильтром** – защищают структуры глаза, особенно сетчатку, от воздействия ультрафиолета. Тем самым предотвращают множество других глазных заболеваний.
6. **Аккомодирующие** – максимально точно воспроизводят функции настоящего хрусталика, так как полностью восстанавливают зрительные возможности человека и позволяют видеть без очков и на любых расстояниях.

Часто пациенту после операции требуются очки с диоптриями. Несмотря на то, что после операции зрение значительно улучшается, искусственная линза не обладает всеми свойствами настоящего хрусталика, в частности, способностью к аккомодации. В связи с этим может потребоваться дополнительное использование очков для дали или для чтения.

Ожидание пациентов, что после операции у них будет «орлиное зрение, не оправдываются по целому ряду причин. Мы уже говорили, что искусственная линза не обладает всеми свойствами природного хрусталика, а еще нужно время после операции для адаптации. Кроме хрусталика еще масса структур и образований глаза отвечает за остроту зрения.

Но безусловно, видеть после операции Вы будете гораздо лучше, чем до!..

Автор статьи Бердникова Ольга Анатольевна,
врач офтальмолог высшей категории

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ВХОДИТ В ДЕСЯТКУ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОПЕРЕЖАЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ мочевой пузырь

Кроме того, с каждым годом отмечается не уклонный рост числа пациентов с диагнозом гиперактивный мочевой пузырь. Заболевание это характеризуется частыми позывами к испусканию мочи, которые нередко сопровождаются недержанием. Поскольку мочевой пузырь полностью состоит из мышц, это означает, что при данном недуге человек не способен самостоятельно подавить испускание урины. Мышечная ткань начинает реагировать даже на незначительное скопление жидкости, человек при этом чувствует постоянную наполненность мочевого пузыря и неоднократно посещает туалетную комнату. Несмотря на такие дискомфортные ощущения, больной за один раз выводит очень малое количество мочи, а иногда и несколько капель.

Данное расстройство наиболее характерно для женской половины населения – часто подвержены женщины старше сорокалетнего возраста. У мужской половины оно встречается намного реже и поражает обычно в пожилом возрасте, начиная с шестидесяти лет. Очень часто симптомы заболевания проявляются так резко и неожиданно, что человек не может самостоятельно удерживать мочу. В некоторых случаях это обстоятельство вынуждает больного носить подгузники для взрослых. *Но, не смотря на значительное снижение качества жизни, только 4–6 % пациентов с этим диагнозом обращаются за помощью к врачу.*

Причинами возникновения синдрома гиперактивного мочевого пузыря у мужчин и женщин могут послужить различные заболевания, среди которых:

- доброкачественное новообразование предстательной железы (это служит причиной сужения канала мочеиспускания);

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

- широкий спектр нарушений структуры головного мозга, например, черепно-мозговые травмы, кровоизлияния, онкология;
- расстройства спинного мозга – опухоли, межпозвоночные грыжи, травмы и ушибы, осложнения после хирургического вмешательства;
- сахарный диабет;
- умственная отсталость;
- инсульты;
- различные отравления организма ядовитыми химическими веществами, алкоголем, передозировка наркотиками;
- врождённые патологии в строении мочевыделительного канала; гормональные перепады у женщин, особенно в период прекращения менструации.

Беременность у женщин может вызвать данный недуг, а также недержание мочи, поскольку плод сильно сдавливает мочевой пузырь. Не последнюю роль играет возрастная категория – случаи возникновения такого нарушения у молодых людей крайне редки. Иногда гиперактивность мочевого пузыря наблюдается у детей, но причинами этого служат совершенно другие особенности: повышенная активность ребёнка, чрезмерное употребление жидкости, сильный стресс, неожиданный и сильный испуг, врождённые патологии мочеиспускательного канала. Но не нужно забывать, что для детей

младше трёх лет является вполне характерным неконтролируемое испускание мочи.

В случае, когда симптомы гиперактивного мочевого пузыря наблюдаются у подростков, необходимо немедленно обращаться за помощью к специалистам, потому что это может быть связано с нарушениями психики, которые лучше всего лечить на начальных стадиях.

Несмотря на тонкую связь мочевого пузыря с нервной системой, в большинстве случаев основания для появления расстройства недержания мочи возникают именно из-за различных инфекций и заболеваний.

Если у человека наблюдаются позывы к опорожнению более девяти раз в дневное время, и как

минимум, три раза в ночное, это служит первыми симптомами того, что он подвержен такому заболеванию, как гиперактивный мочевой пузырь. Но такое количество может изменяться в зависимости от количества употребляемой жидкости, спиртных напитков или мочегонных медикаментов. В нормальном состоянии такой процесс происходит менее десяти раз в день и вообще не наблюдается ночью.

В диагностике гиперактивного мочевого пузыря главное – исключить другие заболевания мочевыделительного тракта. **Для того, чтобы это сделать, используют комплекс диагностических мероприятий, включающих в себя:**

- сбор полной информации у пациента о возможных причинах возникновения, времени появления первых симптомов (врачи рекомендуют вести дневник посещения туалета, в котором необходимо фиксировать частоту посещений и примерное количество выделяемой жидкости);
- анализ историй заболеваний ближайших родственников и наследственного фактора;
- анализ мочи, общий и биохимический, проведение проб по Нечипоренко – укажет на патологии почек или органов, участвующих в испускании мочи, и Зимницкому – при котором проводится исследование урины, собранной за сутки;
- посев урины на обнаружение бактерий или грибков;
- УЗИ мочевого пузыря;
- МРТ;
- осмотр канала испускания мочи при помощи такого инструмента, как цистоскоп;

Кроме этого, могут понадобиться дополнительные консультации невролога, поскольку заболевание нередко связано с нарушениями нервной системы. Лечение гиперактивного мочевого пузыря состоит из нескольких мероприятий. Основная задача терапии – научится держать под контролем позывы и сдерживать их. Комплекс лечения состоит из: приёма индивидуальных лекарственных средств, в зависимости от причин возникновения расстройства; употребления специальных медикаментов, которые

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

влияют на функционирования нервной системы; выполнения специальных физических упражнений, способствующих укреплению мышц малого таза; составления правильного режима дня. Для отдыха нужно оставлять не менее восьми часов в сутки, не пить жидкость за несколько часов до сна; увеличить время пребывания на свежем воздухе. Применяются физиотерапевтические методы лечения, например, электростимуляция, лечение током и электрофорезом, иглоукалывание.

К хирургическому вмешательству прибегают только тогда, когда остальные методы терапии оказались неэффективными.

Для того, чтобы предотвратить появление данного синдрома, необходимо:

- минимум раз в год наблюдаться у уролога для мужчин, и не менее двух раз в год у гинеколога – для женщин;
- своевременно обращаться к специалисту (при первых симптомах нарушения испускания мочи);
- следить за количеством выделяемой жидкости;
- избегать стрессовых ситуаций;
- беременным женщинам регулярно посещать акушера-гинеколога;
- отводить ребёнка на консультации к детскому психологу;
- вести здоровый образ жизни, не подвергать детей пассивному курению.

При неправильном или несвоевременном лечении недуга могут возникнуть следующие последствия:

- постоянное беспокойство и, как следствие, пониженная сосредоточенность на домашних или рабочих делах;
- продолжительные депрессии, которые могут перерасти в апатию;
- появление бессонницы, как следствие нарушения сна;
- возникновение врождённых патологий у малыша, если данная болезнь была диагностирована у беременной женщины. Стоит заметить, что у детей осложнения формируются намного быстрее, чем у взрослых.

Еще раз обращаем ваше внимание, что не нужно заниматься самолечением, а следует обратиться к врачу. Начать нужно с посещения уролога.

Прием ведут урологи:
кандидат медицинских наук
Попов Сергей Леонидович,
кандидат медицинских наук
Лелявин Кирилл Борисович,
врач первой категории
Луценко Виктор Анатольевич

ГОРМОНЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ: *за и против*

На приеме мне часто приходится сталкиваться со страхами и сомнениями пациентов и их родителей в необходимости применения гормонов. Некоторые опасаются привыкания, другие побочных действий, но большинство не может объяснить, чего они боятся. Давайте поговорим о гормонах и стероидофобии.

Глюкокортикостероиды (ГКС) были открыты американским исследователем Филиппом Хенчем в 1948 году, а в 1950 г. Хенч и группа исследователей были удостоены Нобелевской премии. ГКС применяются в медицине более полувека, остаются одними из самых мощных противовоспалительных препаратов, широко применяются в гематологии, нефрологии, ревматологии, аллергологии. В дерматологии ГКС используются в виде системных препаратов (перорально, инъекционно), а также в виде местных – топических – форм (лосьоны, кремы, мази). В России топические ГКС принято классифицировать по степени активности от слабой и умеренной до высокой и очень высокой.

Механизм действия ГКС

Большинство воздействий ГКС на клетки осуществляется путем связывания стероида с его специфическим рецептором, в результате активируется сложная цепочка реакций в клетке, которая регулирует воспалительный процесс. Возникают противовоспалительный и иммуносупрессивный эффекты

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

в очаге воспаления, сокращается скорость деления клеток, происходит сужение сосудов, уменьшается сосудистая проницаемость. Применение топических ГКС позволяет получить быстрое и активное действие уже в течение первых часов после начала лечения.

Побочные эффекты ГКС

В результате длительного и бесконтрольного применения топических стероидов могут проявиться их нежелательные эффекты. Тахифилаксия – ослабление или, как говорят пациенты, «привыкание» кожи к препарату, необходимость назначения более сильного ГКС. Атрофия и истончение кожи, нарушение пигментации, гипертрихоз в зоне нанесения препарата. Самым редким, но грозным осложнением воздействия ГКС является угнетение системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники», как следствие длительного применения сильнодействующих ГКС.

Абсолютными противопоказаниями для назначения топических ГКС являются поражения кожи, вызванные туберкулезом, сифилисом, грибами, вирусными инфекциями (ветряная оспа, герпес, контагиозный моллюск), а также акне, розацеа, периоральный дерматит.

Применение ГКС в педиатрической практике.

Дети, особенно грудного возраста и недоношенные, характеризуются более высоким соотношением площади кожи и массы тела, ускорением всасывания через кожу, уменьшением способности к быстрому метаболизму ГКС. Все это приводит к повышению рисков возникновения нежелательных эффектов ГКС.

Применение ГКС при беременности.

Исследования по применению ГКС у беременных женщин не проводились. Однако многочисленные обследования пациенток, которые принимали системные ГКС во время беременности по тем или иным причинам, не выявили возрастания частоты аномалий плода.

Применение ГКС в пожилом возрасте.

У пожилых людей кожа более тонкая, присутствует её атрофия вследствие старения, поэтому всасывание местных ГКС повышено, что приводит к увеличению частоты нежелательных реакций.

Во избежание осложнений при применении топических ГКС необходимо пользоваться некоторыми правилами. Применять ГКС по назначению врача, т. к. только специалист может решить вопрос о необходимости назначения таких препаратов, определить уровень стероидочувствительности вашего заболевания, выбрать степень активности стероида и срок применения. Отслеживать эффект от ГКС совместно с дерматологом 1 раз в 5–7 дней или по заранее оговоренным срокам. У детей и пожилых людей применять ГКС с невысокой фармакологической активностью в течение короткого периода; избегать нанесения препарата на кожу под подгузник или повязку, что приводит к усилению всасывания. Беременным женщинам применять ГКС только после консультации со специалистом. Кормящим мамам никогда не наносить ГКС на молочные железы перед кормлением. Избегать применения топических ГКС на изъязвленную или атрофическую кожу, а также при одновременном наличии инфекционных заболеваний кожного покрова.

Таким образом, топические ГКС являются одними из самых часто назначаемых препаратов в дерматологии. Они эффективно и быстро уменьшают воспаление, хорошо изучены, накоплена масса научных и клинических данных о возможностях их использования, побочных действиях. Полноценной альтернативы этим препаратам нет. Сегодня существует множество современных топических ГКС, которые являются высокоэффективными и практически безопасными, при условии их правильного применения.

Автор статьи Смекалина Ольга Николаевна, врач дерматовенеролог высшей категории

ГРИПП

ЭПИДЕМИИ ГРИППА ЕЖЕГОДНО СОТРЯСАЮТ ПЛАНЕТУ. НЕСМОТРЯ НА БОРЬБУ ТЫСЯЧ УЧЕНЫХ-ЭПИДЕМИОЛОГОВ, ИНФЕКЦИОНИСТОВ, ФАРМАКОЛОГОВ, ГРИПП ОСТАЕТСЯ НЕПОБЕЖДЕННЫМ.

Вирус гриппа относят к семейству ортомиксовирусов. Вирусы гриппа А, В, С имеют свои особенности. Вирус типа А считается наиболее опасной разновидностью, поскольку вызванное им заболевание чаще других протекает в тяжелой форме.

Пандемии и тяжелые эпидемии связаны именно с этим возбудителем. Вирусы гриппа очень легко передаются от человека к человеку, инфекция распространяется воздушно-капельным путем. При кашле, чихании, разговоре в воздух выбрасываются мельчайшие частички слюны и мокроты, содержащие большое количество вирусов гриппа. Капельки мокроты оседают на слизистой оболочки носа и горла. Вирусы размножаются с огромной скоростью. Далее вирусы гриппа попадают в кровь и распространяются по всему организму. Характерной особенностью гриппозной инфекции является то, что она способна повреждать внутреннюю стенку сосудов. В результате повышается проницаемость, увеличивается риск кровоизлияния во внутренние органы.

СИМПТОМЫ ГРИППА

Характерно острое начало. Появляются слабость, мышечные, суставные, головные боли, светобоязнь, общее недомогание, следом повышается температура (часто с ознобом), иногда до очень высоких значений (39 и выше). Лихорадка длится 2–4 дня. В зависимости от тяжести выделяют 5 форм заболевания: стертую, легкую, среднетяжелую, тя-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

желую, гипертоксическую. При легкой форме температура обычно не поднимается выше 38°С, при среднетяжелой до 39°, а при тяжелой до 40°. Помимо перечисленных симптомов могут появляться признаки нейротоксикоза (помрачение сознания, судороги), сосудистые расстройства (носовые кровотечения, геморрагии). После перенесенного гриппа в течение 2–3 недель могут сохраняться повышенная утомляемость, слабость, головная боль (признаки астении).

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ГРИППА, ОТЛИЧАЮЩИЕ ЕГО ОТ ДРУГИХ ОРВИ:

- острое начало
- высокая температура (повышается быстро, нередко с ознобом)
- выраженные симптомы интоксикации (головная боль, боль при движении глазных яблок, ломота в мышцах и суставах)
- отсутствие насморка, заложенности носа, чихания, боли в горле в самом начале болезни
- мучительный кашель, возникающий не ранее 2–3 суток болезни

ЛЕЧЕНИЕ

- при появлении первых признаков болезни необходимо вызвать врача на дом. Первые несколько дней желательно обеспечить постельный режим
- обильный питьевой режим и легкая диета
- жаропонижающие препараты даются только при температуре более 38,5 (не давать аспирин из-за риска серьезных осложнений)
- чаще проветривать помещение, где находится больной
- антивирусные препараты назначаются только врачом

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

- частое мытье рук с мылом
- проветривание помещения
- в период эпидемии избегать мест большого скопления людей

Самая лучшая профилактика болезни – вакцинация. Разрешено проведение вакцинации у детей, достигших возраста 6 месяцев и старше. Целесообразно вакцинировать ребенка в начале осени, чтобы к ноябрю иметь гарантию защиты организма от гриппа. Для вакцинации используются вакцины – Гриппол плюс, Ваксигрип, Инфлювак, Флюарикс.

Автор статьи Бутенкова Марина Юрьевна,
врач педиатр высшей категории

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ГЭРБ и изжога

Что же такое ГЭРБ? Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – хроническое заболевание, характеризующееся нарушением двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта – пищевода и желудка, сопровождающееся развитием характерных жалоб (изжога, отрыжка) и клинических проявлений, выявленных в ходе обследования. В основе симптомов лежит повторяющийся заброс (рефлюкс) желудочного содержимого в пищевод, что приводит к раздражению слизистой пищевода кислотой и ферментами желудочного сока. Воздействие этих агрессивных факторов может приводить к повреждению слизистой оболочки пищевода с развитием эрозий и язв, изменению её структуры (пищевод Барретта) и аденокарциномы пищевода.

Каковы причины возникновения ГЭРБ?

Нарушение двигательной функции пищевода и желудка, агрессивность компонентов желудочного содержимого. Предрасполагают к развитию этих нарушений беременность, курение, переедание, прием препаратов, снижающих тонус гладких мышц, стресс, алкоголь, ожирение, малоподвижный образ жизни.

Какие исследования проводятся для диагностики ГЭРБ?

ЭГДС – эзофагодуоденоскопия, которая позволит выявить нарушения моторики и перистальтики верхних отделов пищеварительного тракта и

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

органические изменения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. В некоторых случаях проводят рентгенологическое исследование пищевода и желудка.

Что делать если диагноз ГЭРБ поставлен?

Существует ряд мер по лечению данной патологии. Немедикаментозное лечение направлено на изменение образа жизни: нужно избегать обильных приемов пищи, ограничить потребление продуктов, богатых жирами, алкоголя, напитков, содержащих кофеин и газированных, жареных блюд, цитрусовых, острой пищи, так как они снижают моторику верхних отделов желудочно-кишечного тракта и оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода. Исключите нагрузки, повышающие давление в брюшной полости: не носите тесную одежду, тугие пояса, корсеты, не поднимайте тяжести более 8–10 кг. Откажитесь от курения, поддерживайте массу тела в норме, избегайте наклонов вперед и горизонтального положения, спать нужно с приподнятым головным концом кровати. Необходимо помнить, что подбор медикаментов для лечения данной патологии осуществляется врачом. Заниматься самолечением, лечением «у аптекарей», «по рекламе» или «по отзывам друзей и знакомых» опасно, так как у ГЭРБ имеются осложнения.

Автор статьи Изгаршева Елена Андреевна,
врач гастроэнтеролог

Что такое ОНКОМАРКЕРЫ и для чего они нужны?

ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В ОНКОЛОГИИ. НО ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ РАННЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЕТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ, ПОСКОЛЬКУ НИ ОДИН ИЗ ЭТИХ ТЕСТОВ НЕ ОБЛАДАЕТ 100% СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ.

Обнаружение онкомаркеров позволяет заподозрить наличие опухоли в организме на ранней стадии, проводить масштабные исследования и отслеживать динамику болезни в процессе лечения. При выявлении в процессе обследования повышенного уровня одного из онкомаркеров, требуется проведение дополнительных методов исследования, без которых постановка диагноза невозможна.

КОМУ И КОГДА СЛЕДУЕТ СДАВАТЬ КРОВЬ НА ОНКОМАРКЕРЫ?

1. При подозрении на наличие злокачественного образования, в т.ч. для дифференциальной диагностики.
2. Людям, у кровных близких родственников которых (у родителей, сестер, братьев, детей) были злокачественные опухоли различной локализации.
3. Людям, у которых имеются доброкачественные опухоли (например, миомы, фибромы, аденомы и т.д.) или опухолеподобные образования (например, кисты яичников, почек и других органов).
4. После перенесенных тяжелых стрессов, отравлений, нахождения в областях с неблагоприятной экологической обстановкой и других обстоятельств, способных спровоцировать рост злокачественных опухолей.
5. Перед началом лечения по поводу установленного диагноза онкологического заболевания: хирургического, химиотерапевтического, гормонотерапии, радиотерапии.
6. После начала лечения, в зависимости от начального уровня и периода полураспада через 2–14 дней, затем каждые 3 месяца, а затем каждые 6 месяцев.
7. Перед сменой схемы терапии.
8. При подозрении на рецидив.
9. При подозрении на метастазирование.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

Перед сдачей анализов на онкомаркеры настоятельно рекомендуем обратиться к врачу для того, чтобы он определил, какие именно маркеры нужны данному конкретному человеку. Весь спектр онкомаркеров сдавать не имеет смысла. Имеет смысл сдавать прицельно несколько онкомаркеров, обладающих специфичностью в отношении органа, для которого высок риск развития злокачественной опухоли.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К СДАЧЕ АНАЛИЗА НА МАРКЕРЫ РАКА СЛЕДУЮЩИЕ:

Отказаться от приема алкогольных напитков за 24 часа до сдачи анализа.

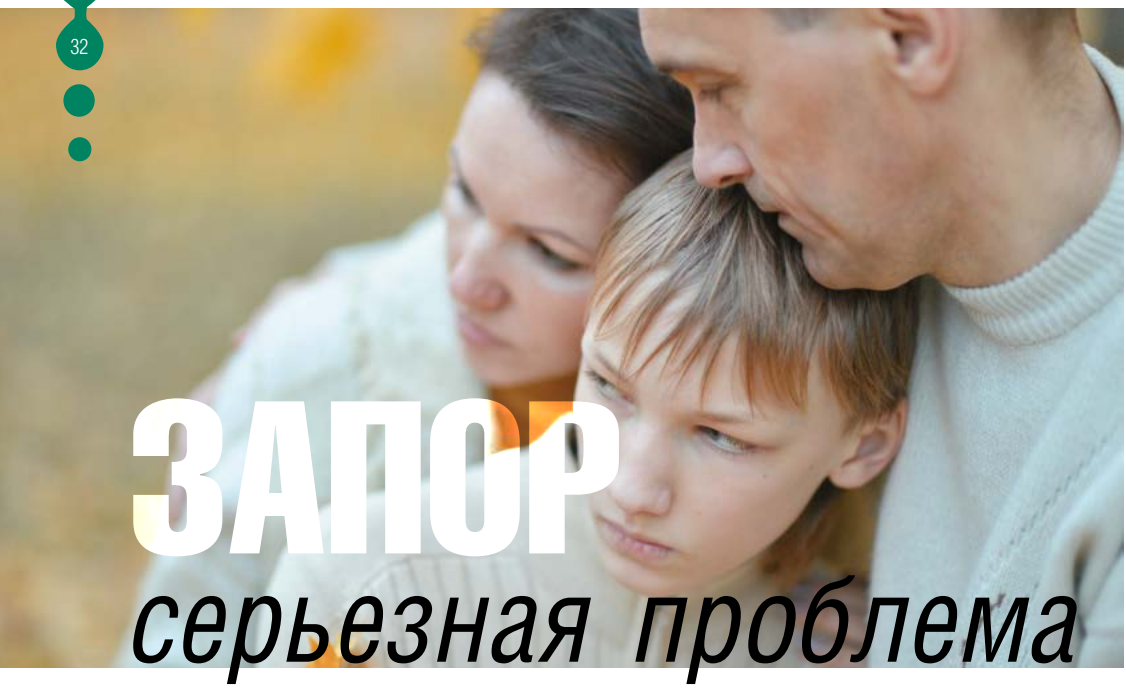
Кровь лучше сдавать в утренние часы, т. к. забор биоматериала должен выполняться натощак (после последнего приема пищи должно пройти не менее 8 часов).

Анализы на онкомаркеры (основной принцип этого исследования заключается в сдаче серии тестов образцов крови) лучше сдавать в одной и той же лаборатории, т. к. разные реактивы для их проведения имеют различную чувствительность, и врачу будет сложно провести мониторинг результатов.

Помните о том, что правильно оценивать результаты анализов может только врач!

В настоящее время существует значительное количество онкомаркеров, используемых при диагностике новообразований различной локализации. Ниже приведены основные тесты с указанием их клинического значения.

Рак легких	РЭА, Cyfra-21-1 , NCE, ProGRP
Рак молочной железы	CA15-3 (CA27.29), uPA, PAI-1, РЭА
Рак печени	АФП, РЭА, Cyfra-21-1. CA 19-9
Рак желудка	CA72-4, РЭА, CA19-9, Cyfra-21-1, ХГТ
Рак яичника	CA 125, РЭА, HER4, ХГЧ, АФП, остеопантин
Колоректальный рак	РЭА, CA 19-9, CA242
Рак поджелудочной железы	CA 19-9, CA 72-4, РЭА, CA 242



ЗАПОР
серьезная проблема

Проблема действительно серьезная. Но отношение к ней часто бывает весьма легкомысленное. «Если каждый день никак, принимайте дюфалак». Эти рекламные стишки, наверное, уже в мозг печатались. Реклама с дюфалаком месяцами не сходит с экранов телевизоров, как впрочем и других слабительных средств. Человека убеждают, что стоит принять тот или иной препарат и проблема разрешилась. Нет, конечно. Разрешилась ситуация. А проблема осталась.

Согласно медицинской статистике, каждый второй взрослый человек имеет склонность к запорам или уже страдает от них. Причем большая часть «больных» не догадываются, что запор – это заболевание, которое нужно лечить.

В зависимости от происхождения запоры можно разделить на: связанные с патологией кишечника и другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и обусловленные внекишечными расстройствами.

Причиной запора могут быть органические заболевания спинного и головного мозга. В ряде случаев запор развивается на почве психических заболеваний и психологических расстройств (депрессия, хронический стресс нарушения в сексуальной сфере).

Склонность к запорам относится к симптомам, позволяющим заподозрить у пациента гипотиреоз, наряду с чувством зябкости, немотивированным нарастанием массы тела при сниженном аппетите, дневной сонливостью, сухостью кожи, прогрессированным снижением памяти. Запор может быть одним из проявлений сахарного диабета. Он часто появляется при заболевании паращитовидных желез.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

У женщин распространенность функционального запора в два раза выше, чем у мужчин. Эта предрасположенность объясняется анатомическими, физиологическими и гормональными факторами. Причинами запора могут быть беременность, послеродовой период, эндометриоз, миома матки, воспалительные заболевания органов малого таза, пролапс половых органов.

Запор – частое явление у пациентов с железодефицитной анемией, при хронической сердечной недостаточности, при хронических диффузных заболеваниях печени, при системной склеродермии и даже при интоксикации, например, лекарственными препаратами. В пожилом и старческом возрасте причиной запора может стать гипотония мышц.

И, безусловно, образ жизни и диета современного человека способствуют широкому распространению этой проблемы. **Гиподинамия, сидячий образ жизни, малошлаковая диета без пищевых волокон, употребление риса. кофе, крепкого чая, шоколада, много мучных и кондитерских изделий, уменьшение объема пищи или жидкости, искусственное голодание, прием слабительных и очистительные клизмы для похудения – все приводит к запорам.**

Каждому нужно понять, что лечить следует не запор, а причины, его вызывающие. Найти эту причину – задача врача, как и подобрать лечение, которое подходит именно Вам и в этом конкретном случае.

Прием ведут гастроэнтерологи
Горбунова Елена Леонидовна,
врач высшей категории,

Давыдова Анна Владиленовна, врач высшей категории, кандидат медицинских наук,

Михайлова Аюна Хабинична, врач высшей категории, кандидат медицинских наук

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА – НЕБОЛЬШОЙ ОРГАН, КОТОРЫЙ РАСПОЛОЖЕН НА ШЕЕ И ВНЕШНЕ НАПОМИНАЕТ БАБОЧКУ.

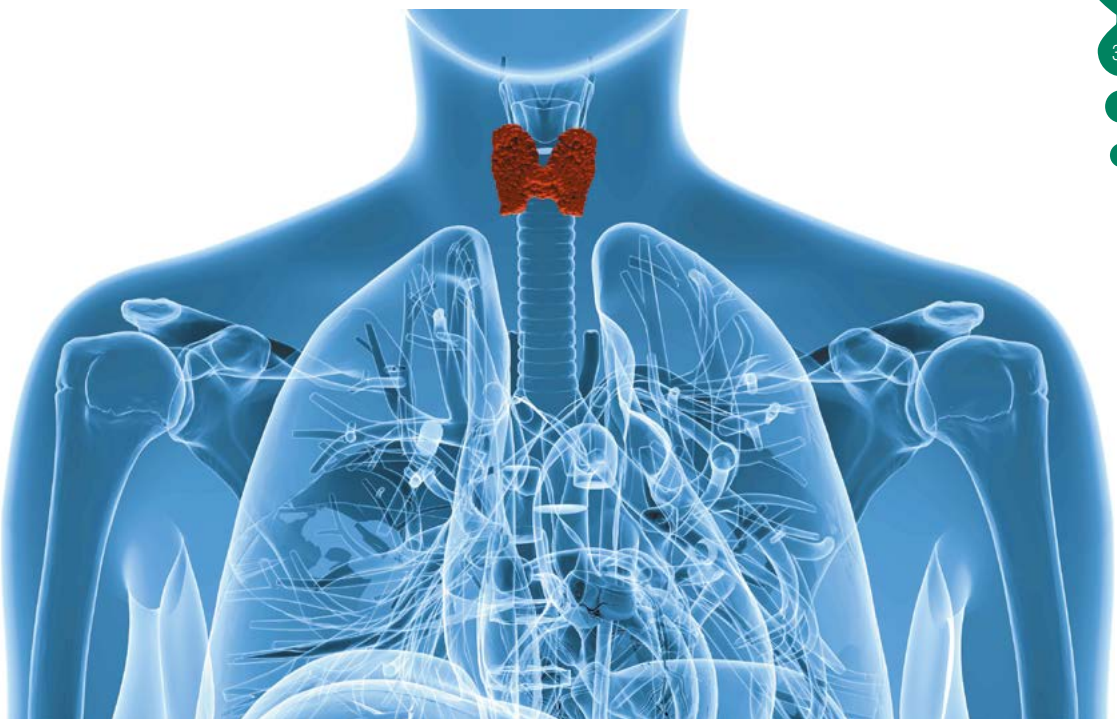
Нормальным объёмом щитовидной железы считается величина до 18 миллилитров (18 см^3) для женщин и 25 миллилитров (25 см^3) для мужчин.

У подростков в период полового созревания и у беременных женщин она может увеличиваться в размере, но обычно такие изменения не имеют клинического значения.

Щитовидная железа начинает формироваться ещё на третьей неделе внутриутробного развития, на 10–12 неделе появляется первая функциональная активность, а после 12–14 недели орган начинает уверенно вырабатывать гормоны – активность продолжает расти почти до окончания беременности. Пока щитовидная железа плода не начала самостоятельно вырабатывать гормоны, всем необходимым его обеспечивает организм женщины. Поэтому нормальная функция щитовидной железы у беременной особенно важна, именно от неё зависит формирования здорового головного и спинного мозга, а также интеллект будущего ребёнка. При нарушении функции щитовидной железы может случиться спонтанный аборт на ранних сроках или сформироваться spina bifida – порок спинного мозга – у плода: расщепление позвоночника с образованием грыжи спинного мозга.

У ребёнка щитовидная железа способствует росту и формированию здоровой костной ткани, нор-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК



мальному половому развитию. На протяжении всей жизни щитовидная железа стимулирует выработку энергии в клетках – она обеспечивает все обменные процессы. Важное место занимает участие в контроле уровня холестерина – щитовидная железа разделяет эту функцию с печенью и половыми гормонами, а также непосредственно с самим человеком, который может злоупотреблять жирными продуктами с большим содержанием холестерина. Щитовидная железа вместе с головным мозгом (гипоталамусом) и надпочечниками обеспечивает терморегуляцию. Кроме того, она стимулирует целую группу лимфоцитов, которые обеспечивают распознавание и уничтожение чужеродных нашему организму клеток, играя важную роль в формировании приобретённого иммунитета.

Одной из самых частых патологий щитовидной железы является **аутоиммунный тиреоидит**. Диагноз ставится на основании совокупности изменений, главная причина которых – агрессивная реакция собственного иммунитета на фермент щитовидной железы (тиреопероксидазу). Этот фермент занят непосредственно синтезом гормонов щитовидной железы, особенно синтезом тироксина (Т4). Цифра 4 обозначает число ионов йода в гормоне, а у трийодтиронина (Т3) их три. При этом Т3 обладает большей активностью, нежели Т4, поэтому его образуется значительно меньше. При формировании аутоиммунной атаки на тиреопероксидазу повышается количество антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) – численность армии клонов, цель которых – обезоружить «врага». Под таким напором активность фермента снижается, а за ним и число синтезируемых щитовидной железой гормонов. Развивается такое состояние, как **гипотиреоз** – недостаточность функции щитовидной железы. Оно требует лечения тироксином, а точнее – левотироксином (все молекулы в нашем организме с точки зрения химии и геометрии повернуты влево). То есть мы просто замещаем утраченную функцию, давая уже известный нам Т4 в виде утренней таблетки. Почему левотироксин принято принимать утром натощак? Всё просто – он очень «нежный» и «ранимый», любая другая таблетка или тем более завтрак помешают ему всосаться в желудочно-кишечном тракте в полном объёме.

Интересно, что аутоиммунная агрессия на щитовидную железу может протекать очень долго и так и не привести к снижению функции щитовидной железы. Если вы однажды получили положитель-

ный результат анализа на уровень АТ к ТПО (повышено число АТ к ТПО) – этого достаточно, больше их смотреть не стоит. Мы не оцениваем АТ к ТПО в динамике, колебания их уровня клинического значения не имеют, лишь свидетельствуют о протекании аутоиммунного процесса.

Гипотиреоз же обычно характеризуется наличием жалоб на **повышенную утомляемость, постоянную усталость, внезапное снижение трудоспособности и других неспецифических симптомов,** в таком случае обычно исследуется уровень ТТГ – тиреотропного гормона – в крови. Многие ошибочно думают, что он вырабатывается в щитовидной железе. Но на самом деле ТТГ – гормон гипофиза, который располагается в центре головного мозга и является начальником всех эндокринных органов, в том числе и щитовидной железы. Когда гипофиз «видит», что функция щитовидной железы снижена, он начинает её стимулировать – для этого он увеличивает количество ТТГ. Поэтому, если уровень ТТГ крови превышает 4 мМЕ/мл, мы начинаем подозревать, что функция щитовидной железы снижена.

А о чём тогда говорит пониженный уровень ТТГ? Снижением уровня ТТГ мы считаем число ниже 0,4 мМЕ/мл или ниже указанного референса лаборатории. Физиологически снижение уровня ТТГ происходит во время беременности. Потому что ХГЧ (хорионический гонадотропин человека), который вырабатывается плацентой, очень похож на ТТГ и гипофиз их просто путает. В первом триместре беременности снижение уровня ТТГ может происходить до 0,1 мМЕ/мл. А вот если уровень ТТГ настолько низок, что после запятой вы видите несколько нулей, то скорее всего это ещё одно аутоиммунное заболевание. При нём вырабатываются антитела-захватчики – к рецепторам тиреотропного гормона (АТ к рТТГ), которые не позволяют гипофизу управлять щитовидной железой. На этом фоне щитовидная железа начинает бесконтрольно вырабатывать гормоны Т4 и Т3. В крови мы видим почти не определяющийся уровень ТТГ и высокие уровни Т4 и Т3.

Для такого человека характерно учащённое сердцебиение, перепады настроения вплоть до слёз и агрессии, страх; его руки подрагивают, появляется ощущение внутренней дрожи, повышается потоотделение и часто, но не всегда, отекают и краснеют веки, глаза несколько выдаются наружу. Такое состояние называется «болезнь Грейвса» и требует немедленного обращения к эндокринологу. Дальнейшую тактику предлагает врач, исходя из сложности ситуации. Врач может рассмотреть терапию препаратами, которые снижают активность щитовидной железы и назначаются не менее, чем на 12–18 месяцев, или радикальное лечение: терапия радиоактивным йодом или хирургическое удаление щитовидной железы. К сожалению, в 30% случаев после прохождения медикаментозного лечения за-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

болевание возвращается и тогда остаются лишь радикальные меры.

Нередко встречаются **узлы щитовидной железы.** Диагноза «узловой зоб» бояться не стоит. Вся щитовидная железа состоит из бусин – фолликул. Увеличение размеров такой бусины и называется узлом. В большинстве случаев узловой зоб имеет доброкачественное течение, но после 50 лет гипофиз может потерять контроль над увеличенным фолликулом, и он начнёт самостоятельно вырабатывать огромное количество гормонов щитовидной железы. В крови мы увидим снижение уровня ТТГ, но часто менее выраженное, чем при болезни Грейвса. Симптомы при этом будут схожими – перепады настроения, ощущение сердцебиения, подрагивание рук. В этом случае лечение только радикальное и назначается оно эндокринологом после дополнительного обследования.

Наличие узлов при сохранной функции щитовидной железы (анализы ТТГ, Т4 и Т3 в референсных значениях, указанных лабораторией) требуют наблюдения в любом возрасте. Для этого достаточно ежегодно выполнять ультразвуковое обследование и контролировать уровень ТТГ. Если на УЗИ врач увидит изменение контуров узла, наличие кальцинатов, он может назначить исследование уровня кальцитонина крови и пункцию узлового образования тонкой иглой с последующим изучением полученных клеток. Все узлы более одного сантиметра должны пунктироваться. Примерно в 4% случаев при узловом зобе диагностируется рак щитовидной железы, который поддаётся успешному лечению.

Не все живут на морском побережье, а следовательно испытывают дефицит потребления йода. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) рекомендовано

ежедневное потребление только йодированной соли. В идеале йодированную соль должны использовать все пищевые производства, например, при выпечке хлеба и изготовлении колбасных изделий. Йод необходим для синтеза гормонов щитовидной железы. Поэтому, если вы замените обычную столовую соль на своей кухне йодированной, вы сможете сократить нехватку йода в рационе.

Применение препаратов йода показано беременным, кормящим женщинам и детям. Однако лечение может назначить только врач. И не стоит обманывать себя существующими биологически активными добавками (БАД) для поддержки щитовидной железы. Скорее всего, они просто содержат йод (или вообще ничего). Если вы хотите сохранить своё здоровье, о приёме любых препаратов, витаминов и БАД стоит советоваться со специалистом.

Прием ведут Токарева Наталья Петровна,
врач эндокринолог,

Охремчук Людмила Васильевна,
врач детский эндокринолог,
кандидат медицинских наук

АНАЛИЗЫ *высшего качества*

ЛЮДИ СДАЮТ АНАЛИЗЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМЕЮТ ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ.

В преддверии Научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и клиники социально-значимых заболеваний» журнал «Доктор.lrk.ru» узнал, как правильно сдавать анализы, по каким критериям выбирать лабораторию и что влияет на достоверность результатов, **у ведущего эксперта Центра молекулярной диагностики (CMD) ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, врача высшей категории Елены Валерьевны Тивановой.**

Чтобы сдать анализы нужно направление от врача или можно обращаться в диагностические центры самостоятельно? В каких случаях имеет смысл это делать?

Можно обратиться в Центр диагностики, даже если нет никаких проблем, но вы хотите сделать некий общий check-up здоровья. Например, женщина перед ежегодным плановым посещением гинеколога может предварительно сдать необходимые для визита к врачу анализы: цитологические исследования шейки матки, на нормальную микрофлору, вирус папилломы человека и т.д.

Где лучше сдавать анализы – в платной лаборатории или в государственной?

В результате реализации ряда проектов по модернизации лабораторных исследований государственная медицина сейчас имеет достойное материальное оснащение и хорошую реагентную базу во многих регионах России. Но, чтобы пройти диагностику бесплатно, пациенту необходимо получить направление врача. Если он хочет сдать анализы самостоятельно, ему придется платить в любом случае.

Но не секрет, что «частные» лаборатории обычно предлагают более высокий уровень сервиса: комфортный офис, удобное время сдачи анализов, результаты исследований, которые можно получить в личном кабинете на сайте или по электронной почте.

От чего зависит стоимость того или иного анализа?

Лаборатория – это, по сути дела, производство, своего рода небольшой завод, в котором есть и люди, выполняющие исследования, и машины, на которых эти исследования выполняются, и расходные материалы, применяемые в исследовании. Поэтому все крупные лаборатории, формируя цену на анализ, считают и его себестоимость. Она зависит от множества факторов – от числа выполняемых анализов, от качества реагентов, от количества человеческого труда и т.д.

Конечно, в первую очередь себестоимость анализа определяется ценой реагентов, используемых для его выполнения. Кроме того, на стоимость влияет трудоемкость – временные затраты, применение или не применение ручного труда. Исследования на автоматическом анализаторе (автоматический метод исследования) требуют достаточно дорогих

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

реагентов, но они делаются быстро и при этом стоимость человеческого труда, затраченного на этот анализ, будет невысокая.

Если же мы выберем дешевые реагенты и ручной труд, то в стоимости анализа доля оплаты труда персонала за выполнение исследования будет существенно выше, чем при автоматизированном исследовании. И, соответственно, цена на такой анализ может быть выше.

Результатам какой лаборатории можно больше доверять – частной или государственной?

Работа медицинской лаборатории относится к лицензируемым видам деятельности. Поэтому:

1. Лаборатория обязательно должна иметь лицензию. (Обычно номер лицензии указан на бланке результата, если нет – его можно найти на сайте.)

2. Лаборатория должна соответствовать всем приказам и государственным стандартам по проведению внутрилабораторного и внелабораторного контроля качества.

3. Все исследования в лаборатории должны выполняться только на оборудовании, имеющем регистрационные удостоверения Росздравнадзора. (Это касается и расходных материалов.)

4. В лаборатории должен работать квалифицированный персонал, чья компетентность подтверждена соответствующими сертификатами. (Кроме того, все специалисты обязаны раз в пять лет проходить обучение и повышать квалификацию.)

5. Лаборатория должна обладать достаточными площадями для размещения оборудования и организации рабочих мест для персонала.

6. Лаборатория должна иметь специализированное программное обеспечение – информационную систему, в которой всегда можно проследить всю «историю анализа» – от создания заказа до выдачи результата.

7. Дополнительным подтверждением качества лабораторных исследований является наличие сертификата специального лабораторного стандарта ГОСТ Р ИСО 15189 -2015. (Лаборатории медицинские: частные требования к качеству и компетентности). Информация о его наличии обычно указывается там же, где и лицензия.

Все эти требования одинаковы для частных и государственных лабораторий.

От чего зависит качество анализов?

Любой анализ, выполняемый в лаборатории, содержит в себе три фазы: преаналитическую, аналитическую и постаналитическую.

Преаналитическая фаза включает в себя подготовку к исследованию, взятие биоматериала, транспортировку в лабораторию, обработку и подготовку к исследованию.

Аналитическая фаза – выполнение исследования биологического материала на анализаторе. Для этого этапа существуют регламентированные процедуры внутреннего и внешнего контроля качества – подготовка анализаторов, проверка правильности их обслуживания и работы, калибровка и ежедневные контрольные исследования. (В лаборатории есть специальные «эталонные» образцы, по которым мы проводим проверочные тесты, и только после получения по ним достоверных результатов начинаем работу с пробирками пациентов).

Постаналитическая фаза – сравнение результатов: выбор референсных значений (норм) для данного аналита и сравнение полученного результата с нормой.

Так вот, качество лабораторного исследования зависит от того, насколько качественно был проведен каждый из этих этапов. Согласно российскому законодательству (система оценки 15189 ГОСТ), лаборатория несет ответственность за качество на всех этапах исследования.

На каком из этих этапов могут возникнуть ошибки? И почему?

На достоверность анализа влияет всё – огромное множество самых различных факторов, которые возникают на каждом этапе исследования: от правильной подготовки пациента до эффективной организации получения результатов. И, к сожалению, на каждом этапе исследования можно допустить ошибку, которая приведет к неправильному результату.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Допустим, мы хорошо провели аналитическую фазу, правильно определили концентрацию аналита в пробирке. Но если аналит был нестабильный и/или мы не соблюдали правила транспортировки – перевозили при неправильной температуре или слишком долго, результат может быть арифметически точным, но фактически он не будет правдивым. Мы не покажем, сколько действительно присутствует аналита у пациента в крови.

Итак, от чего нужно застраховаться на преаналитической фазе?

Первый важный фактор, влияющий на достоверность на преаналитическом этапе – правильная подготовка пациента. Например, холестерин и глюкозу надо сдавать натощак, если пациент накануне предавался гастрономическим излишествам, его показатели не будут отражать реальную картину состояния организма. На аналитической фазе мы правильно померяем аналит, но этот результат покажет не метаболический «родной» холестерин, а тот, который остался «после вчерашнего».

Собираясь сдавать анализ, пациент обязательно должен выяснить, какие преаналитические требования к выполнению этого исследования существуют в той конкретной лаборатории, которую он выбрал. Обычно вся информация о правилах подготовки к анализу размещена на сайте лаборатории или ее можно получить, позвонив в колл-центр.

Кроме того, на достоверность результата может повлиять даже стресс или чрезмерная физическая нагрузка непосредственно перед анализом. Не опаздывайте, не бегите по лестнице, не ссорьтесь с родными и близкими. Все это может отразиться на качестве ваших анализов.

Второе важное правило на преаналитическом этапе – соблюдение корректности транспортировки образца, время доставки, правильный температурный режим, отсутствие физических повреждений и других внешних факторов. Кроме того, некоторые аналиты требуют соблюдения специальных преаналитических процедур. Например, гастрин, который часто исследуется при диагностике заболеваний ЖКТ, – крайне нестабильная молекула, поэтому кровь следует центрифугировать и замораживать на месте, именно там, где ее взяли, а не в лаборатории через несколько часов.

А на аналитической фазе?

Качество на аналитическом этапе зависит и от качества реагентов, и от качества труда персонала, и от качества организации работы в целом. Каждая лаборатория должна обязательно принимать участие во внешнем контроле качества и обязательно следовать соответствующим правилам внутреннего контроля качества, которые регламентируют стандарты и приказы Министерства здравоохранения РФ. Например, мы (CMD) принимаем участие в международном контроле качества, сравниваем себя с лабораториями всего мира для того, чтобы получить действительно качественный результат. Внутренний контроль качества мы осуществляем каждый день, чтобы результаты можно было оценивать в динамике и понимать, насколько наши сегодняшние результаты «прослеживаются» – соответствуют нашим вчерашним результатам.

А какие же могут возникнуть проблемы в конце, когда результат уже готов?

Ошибки на постаналитическом этапе могут быть связаны с неправильно выбранными референсными значениями (интервалами). Есть такой классический пример из практики:

Две лаборатории с должным уровнем качества на преаналитическом и аналитическом этапе определили концентрацию одного и того же аналита. Результат у них получилась одинаковым, но они использует разные референсные интервалы. Поэтому у первой лаборатории этот результат попадает в категорию нормы, и врач на основании анализа делает вывод, что пациент здоров. А у второй лаборатории эти показатели выходят за референсные значения, и врач приходит к заключению, что паци-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

ент болен и назначает ему лечение. Где же правильный результат?

У нас, к сожалению, для многих аналитов нет стандартизованных методов исследования, для которых мы могли бы использовать общепопуляционные (например, всероссийские) референсные интервалы. Поэтому мы вынуждены искать их сами. Есть определенные процедуры, которые позволяют определить подходит ли наша популяция под те референсные интервалы, которые кто-то разработал до нас. Иногда они указаны в инструкции к тест-системе, иногда их можно найти в научных статьях на международных медицинских ресурсах, а иногда производители реагентов делают огромные популяционные исследования по определению референсных значений различных аналитов. Но в любом случае, если мы берем референсный интервал из какого-либо источника, его необходимо проверить на нашей популяции, в соответствии с рекомендациями Международного института стандартизации лабораторных исследований. К сожалению, сейчас в России эта процедура необязательна. Но, если мы хотим работать по международным стандартам, то она необходима.

Возвращаясь к ответу на вопрос «Где же правильный результат?», можно сказать, что правильный результат в той лаборатории, которая при выборе референсных интервалов провела собственные исследования для их подтверждения. Для всех лабораторий, имеющих аккредитацию по стандарту ГОСТ Р ИСО 15189, эта процедура обязательна.

И самая простая, но крайне неприятная для пациента ошибка на постаналитическом этапе – простая человеческая ошибка. Мы должны быть точно уверены, что выдаем результаты именно тому пациенту, биологический материал которого исследовали. Для этого в лаборатории существует система защиты от человеческого фактора, начиная от штрихкодирования образца, заканчивая специальным программным обеспечением.

Как правильно готовиться к сдаче анализа?

Эта информация обязательна должна быть на сайте каждой крупной лаборатории, которая работает с большим количеством биоматериала и выполняет много исследований. Например, на сайте CMD есть описание всех исследований, начиная от рекомендаций по подготовке к ним и заканчивая примерами готовых результатов. Пациент обязательно должен посетить сайт того центра, где он собирается сдавать анализ, поскольку подготовка к одним и тем же исследованиям может быть разная, в зависимости от используемых лабораторией оборудования и методик.

Еще один вариант – позвонить в колл-центр лаборатории и получить всю необходимую информацию от оператора.

На что следует обратить внимание при выборе «своего» диагностического центра ?

Проводя мониторинг центров диагностики, пациенты обычно в первую очередь обращают внимание на цену анализов. Я бы не советовала выбирать лабораторию с самыми низкими или самыми высокими ценами. Лаборатория должна иметь длительную историю присутствия на рынке и хорошую репутацию среди клиентов.

Очень многое может рассказать сайт компании. Здесь должны быть выложены все необходимые лицензии на деятельность и сертификаты качества. Хорошая лаборатория обязательно должна принимать участие в программах внешнего контроля качества. Но все эти документы говорят только о качественном аналитическом этапе. Преаналитический этап вы можете проверить, посмотрев соответствующую информацию для пациентов на сайте и/или сделав звонок в колл-центр. А наличие у лаборатории удобно расположенных процедурных кабинетов «в шаговой доступности», тоже может быть дополнительным плюсом для пациента.

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ
его современное состояние

Мужское бесплодие является важной проблемой урологии. В мире, в том числе и в России, нарушение фертильности у мужчин в бесплодном браке приобрело не только медицинскую, но и социальную значимость. В настоящее время, к сожалению, приходится говорить о том, что наряду с социальным и психическим довольно быстро ухудшается и репродуктивное здоровье, которое, чаще всего, у мужчин, связано с патологическими изменениями в мочеполовой системе.

Бесплодие в супружеской паре имеет большую медицинскую и социальную значимость. Вопросы демографии становятся проблемой для государства, если показатель уровня семейного бесплодия составляет 15%. **В России показатель семейного бесплодия считается одним из самых высоких и достигает 19–20%.** В общей структуре причин расторжения браков (по данным на 2011 год) бесплодие составляло около 7,5%. На 2–4-ый год семейной жизни уровень разводов среди бездетных супругов в 2–4 раза выше, чем среди пар, имеющих детей. Иными словами, расторгаются примерно 2/3 бесплодных браков.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) бесплодие – это отсутствие беременности у женщины в течение одного года и более в сексуально активной паре репродуктивного возраста, не использующей контрацептивов. Женский фактор является причиной бесплодия в браке примерно в 45% случаев, мужской – в 40%, сочетанный – в 15%.

Мужское бесплодие является не столько нозологической формой, сколько симптомом различных заболеваний. Однако это имеет особое значение из-за трудности выявления заболеваний, лежащих в основе мужского бесплодия. К сожалению, ежегодно растет и молодеет число пациентов, имеющих существенное отклонение в спермограмме и другие репродуктивные нарушения. В 30% регистрируют идиопатическое мужское бесплодие, когда точной причины нарушения созревания сперматозоидов не выявлено. Распространенность других причин

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

мужского бесплодия представлена следующим образом: варикоцеле (14,8%), гипогонадизм (10,1%), урогенитальные инфекции (9,3%), крипторхизм в анамнезе (8,4%), ранее перенесенные онкологические заболевания (7,8%), иммунные факторы (3,9%), нарушения эрекции/эякуляции (2,4%), системные заболевания (2,2%), обструкция семявыносящих путей (2,2%), опухоли яичка (1,2%) и др.

Важными прогностическими факторами мужского бесплодия являются:

- длительность периода бесплодия;
- установление формы бесплодия;
- результаты спермограммы;
- возраст и репродуктивный статус половой партнерши.

Классификация мужского бесплодия строится с учетом локализации нарушений (гипоталамус, гипофиз, яички, простата, семявыносящие пути). В зависимости от локализации все этиологические факторы делят на 3 группы: претестикулярные, тестикулярные и посттестикулярные.

Претестикулярная форма обусловлена нарушением функции гипофиза и гипоталамуса с нарушением гормональной регуляции сперматогенеза. Тестикулярная форма связана с повреждением паренхимы яичка. Посттестикулярная – это любые варианты бесплодия при сохраненном сперматогенезе, такие как– воспаление добавочных половых желез (простатит, везикулит, эпидидимит), обструкция семявыносящих путей и др.

Также имеется другая классификация, согласно которой выделяются секреторное мужское бесплодие, обусловленное недостаточностью яичек, экскреторное мужское бесплодие, обусловленное нарушением транспорта сперматозоидов по семявыносящим путям, иммунологическое бесплодие и сочетанное мужское бесплодие, когда секреторная недостаточность сочетается с обструктивным, иммунологическим или воспалительным процессом.

Обследование мужчины при отсутствии беременностей должно проводиться планомерно и последовательно, чтобы не упустить ни одной потенциальной причины. На первом этапе обследования решается вопрос о наличии мужского бесплодия или его отсутствия. Важно знать о подробностях половой жизни (количество половых актов, наличие беременностей в прошлом у половой партнерши), перенесенных заболеваниях (сахарный диабет, злокачественные опухоли, инфекции, травмы, перекрут яичка), операциях (по поводу паховой грыжи, на органах малого таза, простате, орхипексия), сексуальном и семейном анамнезе, вредных привычках (употребление алкоголя, наркотиков, курения, частые тепловые процедуры, профессиональные вредности, воздействие ионизирующего

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

излучения), приеме лекарственных средств.

При функциональном обследовании оценивают рост, массу тела, артериальное давление, особенности телосложения, а также форму и степень развития половых органов. Проводят осмотр и пальпацию органов мошонки, придатков и семявыносящих протоков. Выявляют и классифицируют варикоцеле. Для оценки простаты и семенных пузырьков выполняют пальцевое и ректальное исследование. Также в стандарт исследования мужчин входит спермограмма, выявление антиспермальных антител. В задачу второго этапа обследования входит выявление причин и патогенетических механизмов развития бесплодия. Для выявления эндокринных нарушений необходимо определение уровня гормонов в крови: ФСГ, ЛГ, ТТГ, кортизол, тестостерон, эстрадиол, пролактин, глобулин, связывающий половые гормоны. Также выявление инфекций и воспалительных изменений мужских половых органов. Широко применяются методы ультразвукового исследования.

Важнейшим методом оценки функционального состояния половых желез и фертильности у мужчин является исследование спермы. При патологическом результате анализ выполняется дважды через 7–21 день. Для сдачи спермы на исследование необходимо половое воздержание не менее двух и не более семи дней, исключение из рациона питания агрессивной пищи (острое, соленое, копченое), приема алкоголя, антибиотиков, тепловых процедур. Исследование проводится в день сдачи анализа.

- Нормозооспермия – нормальный показатель спермы,
- олигозооспермия – уменьшение количества сперматозоидов.
- тератозооспермия – уменьшение сперматозоидов с нормальной морфологией,
- астенозооспермия – снижение подвижности спераматозоидов,
- олигоастенотератозооспермия – сочетание трех вариантов патоспермии,
- азооспермия – отсутствие сперматозоидов в сперме,
- аспермия – отстуствие спермы.

Наиболее частой причиной мужского бесплодия считается воспалительный процесс, что обусловлено высокой частотой инфекции гениталий в браке, а также возможностью длительного бессимптомного

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

течения поражения половых желез, которое часто носит хроническое и рецидивирующее течение. Микроорганизмы оказывают прямое и непосредственное действие на сперматозоиды, вызывая их агглютинацию (склеивание) и агрегацию, нарушение секреторной функции половых желез, что приводит к изменениям свойств эякулята; изменяют систему защищающих факторов, влияя косвенно на функциональное состояние сперматозоидов, вызывая воспаление и склероз в тканях. Инфекция создает условия для нарушения проходимости семявыносящих путей.

Лечение мужского бесплодия может быть консервативным и зависит от выявленной причины. При гормональных нарушениях применяют препараты гормонов, при воспалительных заболеваниях – антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, общеукрепляющие иммуностимуляторы, витамины, антиоксиданты и т.д. Широко используется хирургическое лечение при варикоцеле, отрицательно влияющем на качество спермы в связи с повышением температуры.

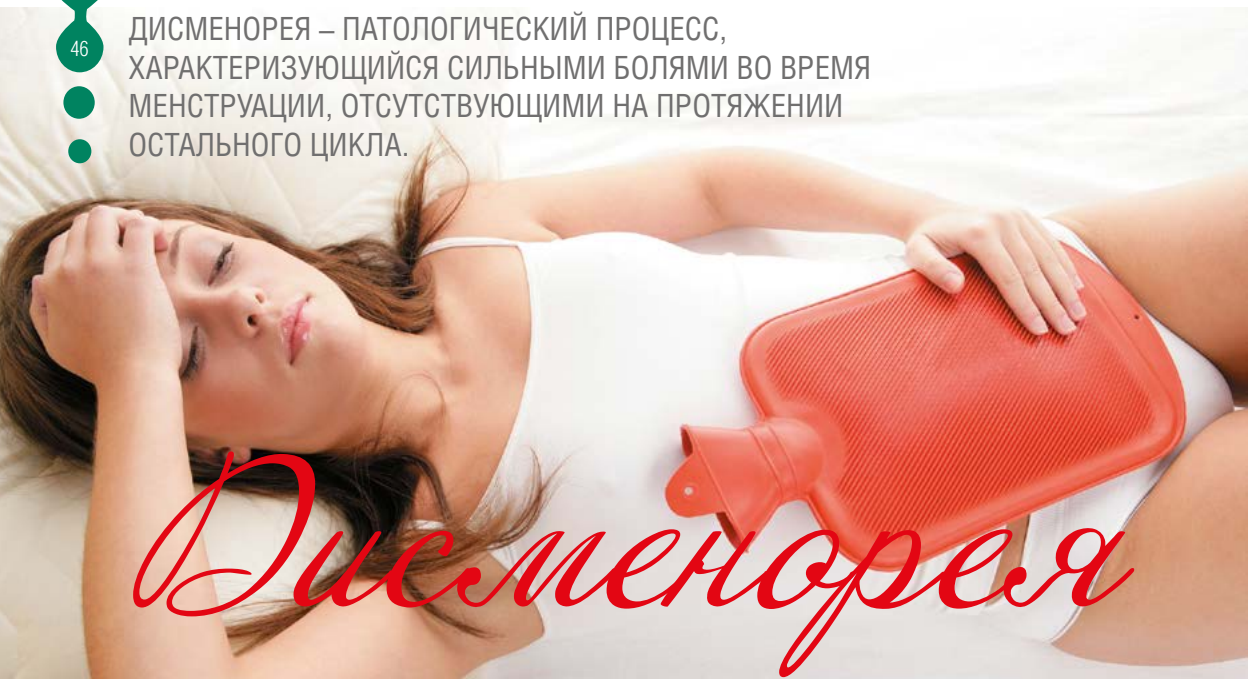
Мировые исследования показали, что существует прямая связь качества спермы с общим состоянием здоровья у мужчин. У страдающих бесплодием мужчин, по сравнению с фертильными, повышен риск развития онкологических заболеваний. Поэтому нарушение репродуктивной функции у мужчин – это тревожный сигнал, означающий возможное наличие серьезных проблем со здоровьем. Пациент должен внимательно и всесторонне обследоваться в кратчайшие сроки. Отечественные исследования говорят о высокой распространенности половых

инфекций. Не зная симптомов заболевания и причин, многие мужчины нередко предпочитают самолечение. Ошибочная диагностика и неадекватная терапия только усугубляют течение заболевания, приводят к хроническим формам, которые и нарушают фертильность в дальнейшем. Репродуктивное здоровье мужчины влияет на вынашивание ребенка. По последним данным наличие у мужа любой инфекции, передаваемой половым путем, увеличивает вероятность выкидыша на 90%. Большое количество молодых мужчин страдают хроническим простатитом, в основе которого все те же заболевания, передающиеся половым путем. Уреаплазма и микоплазма могут приводят к тяжелым нарушениям у плода, а вирус простого герпеса является причиной хронических воспалительных процессов в тканях плода, самопроизвольного аборта.

Автор статьи Гомбоев Руслан Бальжинимаевич,
врач уролог-андролог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ДИСМЕНОРЕЯ – ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ ВО ВРЕМЯ МЕНСТРУАЦИИ, ОТСУТСТВУЮЩИМИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ОСТАЛЬНОГО ЦИКЛА.



Дисменорея

Иногда боль бывает настолько выраженной, что женщины вынуждены проводить дни менструаций в постели, пропускать занятия в учебных заведениях или отсутствовать на рабочем месте. Именно поэтому дисменорея является не только врачебной, но и социальной проблемой, особенно печален тот факт, что недомогание носит достаточно массовый характер. Во всем мире от дисменореи страдают от 30% до 50% женщин.

Различают два типа нарушений: первичная дисменорея и вторичная дисменорея. Первичная дисменорея диагностируется в случаях, когда причины болезненных менструаций не выявлены. Дисменорея развивается у 45–60% женщин детородного возраста. Впервые дисменорея может проявиться в первом овуляторном менструальном цикле, существенно снижая уровень жизненной активности и работоспособности женщины. Дисменорея чаще встречается у женщин астенического телосложения, склонных к потере сознания, легковозбудимых. Заболевание также характерно для пациенток с вегетососудистой дистонией и астено-невротическим синдромом.

Первичная дисменорея развивается в юношеском возрасте и может проявляться как во время первого менструального цикла, так и спустя 1–3 года после начала менструации. Как правило, боли при такой дисменорее терпимы, с возрастом болезненные ощущения могут усиливаться. Бывает, что женщины, имеющие данную проблему до первых родов, после рождения первенца с радостью отмечают, что болезненные менструации либо совсем исчезли, либо стали менее ощутимыми. Это означает, что у них была именно первичная дисменорея, что это не вызвано каким-либо серьезным нарушением в организме. Тем не менее, основная причина возникновения такой патологии кроется в нейроэндокринной дисфункции, а также в выработке большого количества простагландинов – биоактивных веществ. Все это ведет к чрезмерным сокращениям в гладкой мускулатуре и к спазму сосудов, отсюда и возникает боль внизу живота.

В соответствии с характером и выраженностью болей при первичной дисменорее выделяют две формы: компенсированная и некомпенсированная дисменорея. Компенсированная дисменорея характеризуется неизменностью болезненных ощущений с течением времени, тогда как некомпенсированная дисменорея характеризуется усиливающимися болями с течением времени.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ПРОК

Как правило, при второй форме дисменореи пациентки не могут обойтись без квалифицированной медицинской помощи. Боль при дисменорее может появляться за 1–2 дня до предполагаемой менструации, а также сохраняться на протяжении первых дней менструального цикла. В большинстве случаев при дисменорее боли носят схваткообразный, ноющий, тянущий характер. В редких случаях наблюдаются боли распирающего характера, иррадиирующие в прямую кишку, область мочевого пузыря, придатков.

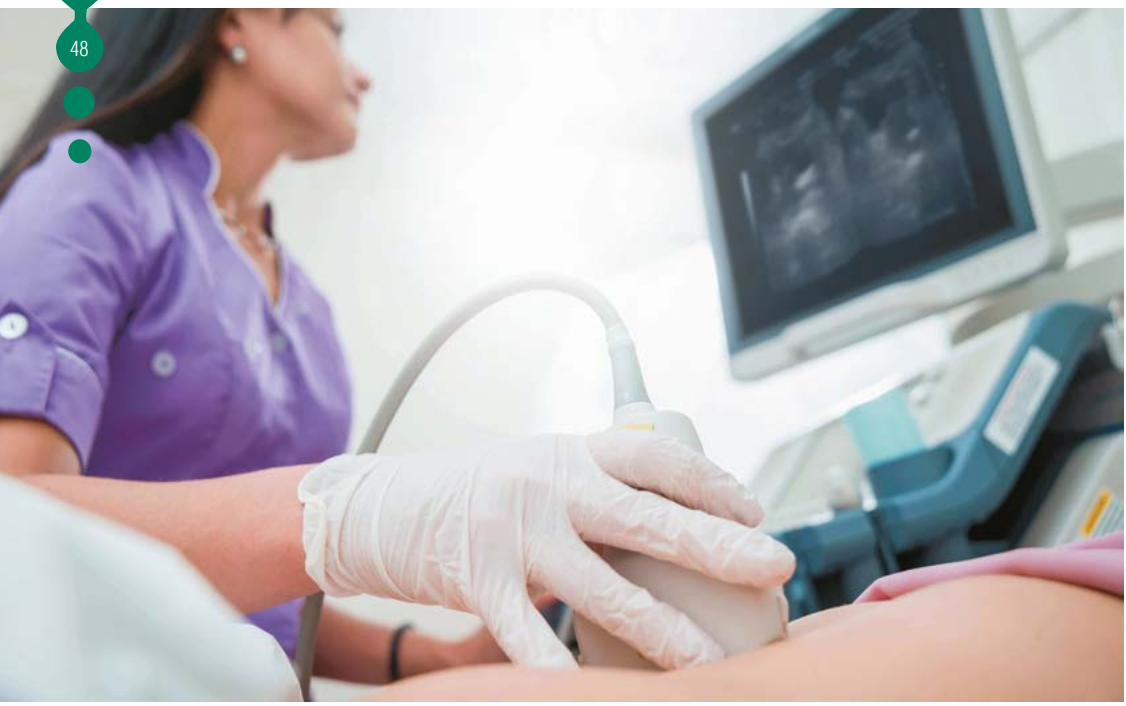
Вторичная дисменорея – патологический процесс, обусловленный нарушениями функционирования органов малого таза, воспалительными процессами, гинекологическими заболеваниями. Вторичная дисменорея, как правило, диагностируется у пациенток после 30 лет. Вторичная дисменорея встречается в 27–33% случаев общего числа диагностируемых заболеваний, имеет более сложный характер. При вторичной дисменорее период потери работоспособности пациентки значительно увеличивается. Болезненные ощущения начинаются приблизительно за день до предполагаемой менструации. Данный тип дисменореи характеризуется обильным менструальным кровотечением с наличием большого количества сгустков, сильными болями в области поясницы.

При первичной дисменорее причины развития нарушения могут быть как физиологического, так и психологического характера. При дисменорее причиной болезненных ощущений может быть выработка ПГЕ2 (простагландин Е2) и ПГЕ2-альфа (простагландин Е2-альфа), способствующих сокращению гладкой мускулатуры и усиливающих болезненные ощущения. При первичной форме дисменореи причины могут крыться в нарушении гормонального фона. Психологической причиной развития и усиления болезненных ощущений при дисменорее во время менструации является страх пациентки перед болью. Само ожидание боли обостряет ее восприятие.

ПРИ ВТОРИЧНОЙ ФОРМЕ ДИСМЕНОРЕИ ПРИЧИНАМИ НАРУШЕНИЯ МОГУТ СТАНОВИТЬСЯ:

- расширение тазовых вен;
- воспалительные заболевания органов малого таза;
- опухоли органов малого таза;
- спаечные процессы после оперативного вмешательства;
- эндометриоз;
- дисплазии;
- гормональные нарушения в организме;
- внутриматочная спираль;
- заболевания, передающиеся половым путем.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Каждая из форм дисменореи характеризуется комплексом симптомов, в соответствии с которыми ставится диагноз. При первичной форме дисменореи симптомы проявляются следующим образом: боли различного характера; тошнота, рвота, головокружение, общая слабость; повышение температуры тела; красные пятна на коже рук, шеи, лица; запоры; нарушение сердечных ритмов; нарушения сна, бессонница. Данные симптомы дисменореи обусловлены повышением уровня гормонов адреналина, дофамина, норадреналина и определяют адренергический тип дисменореи. Также при дисменорее симптомы могут быть обусловлены повышением уровня гормона серотонина, что приводит к понижению частоты сердцебиения, рвоте, поносам; понижению температуры тела.

При вторичной дисменорее симптомы могут быть дополнены симптоматикой основного заболевания, являющегося причиной болезненных месячных. В некоторых случаях при дисменорее симптомом является болезненный половой акт.

Основными методами диагностики дисменореи являются клиническая картина и жалобы пациентки на характерные болезненные ощущения. Также для исключения возможных причин развития дисменореи проводится УЗИ органов малого таза, мазок, анализ гормонального статуса, гистероскопия (осмотр стенок матки при помощи специального прибора, позволяет выявить любые внутриматочные отклонения), лапароскопия (осмотр органов брюшной полости при помощи специального устройства – хирургическое вмешательство, которое проводится в условиях стационара). Лечение может быть консервативного (медикаментозными препаратами) и радикального (хирургическими методами) характера. При дисменорее лечение консервативными методами имеет своей целью купирование болей, а также устранение их причин. В некоторых случаях применяется симптоматическое лечение дисменореи. Различают три типа медикаментозного лечения дисменореи:

- **Гестагены** – группа гормонов, способствующих обновлению тканей слизистой оболочки матки, расслабляющих мышцы матки, регулирующих образование эстрогенов;
- **Гормональные контрацептивы** – в большинстве случаев при дисменорее применяются комбинированные оральные контрацептивы, подавляющие овуляцию и способствующие уменьшению выработки простагландинов. В результате снижается внутриматочное давление, уменьшается амплитуда и частота сокращений мышц матки, что способствует устранению болевых ощущений;
- **Нестероидные противовоспалительные препараты** – назначаются пациенткам, которым по определенным причинам противопоказаны гестагены и гормональная терапия.

При дисменорее лечение данным типом препаратов носит временный характер (только во время менструации), в отличие от оральных контрацептивов и гестагенов, которые принимаются на постоянной основе. Хирургические методы применяются лишь при остром эндометриозе, воспалительных процессах половых органов, дефектах строения половых органов (узкий канал шейки матки).

Автор статьи Аксенова Евгения Анатольевна,
врач акушер-гинеколог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Когда эндометриоз – больной вопрос…

В НАШЕ ВРЕМЯ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ОТНОСИТСЯ К «ТРОЙКЕ» ЛИДЕРОВ СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

Эндометриóз – распространённое гинекологическое заболевание, при котором клетки эндометрия (внутреннего слоя стенки матки) разрастаются за пределами этого слоя. Эти участки подвергаются всем тем изменениям, что происходят в эндометрии в течение менструального цикла.

Существуют две формы заболевания: генитальная (связанная с поражением женских половых органов) и экстрагенитальная (поражение брюшины, прямой кишки, и пр.).

КАКОВЫ ЖЕ ПРИЧИНЫ ЭНДОМЕТРИОЗА?

И хотя до конца причины возникновения данной патологии пока не установлены, ученым удалось значительно продвинуться в данном направлении и установить причины, по которым эндометриоз атакует женский организм.

Среди возможных источников эндометриоза можно выделить:

- генетическую предрасположенность;
- нарушения менструального цикла;
- гормональный дисбаланс;
- иммунные заболевания;
- искусственные прерывания беременности.

Симптомы эндометриоза

Симптоматическая картина при эндометриозе может быть невыраженной, смазанной, соответствовать признакам иных заболеваний и дисфункций.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

У части женщин эндометриоз протекает бессимптомно. Специфических признаков, присущих только эндометриозу, не существует, однако заподозрить разрастание эндометрия в оболочке матки и репродуктивных органах можно по следующим проявлениям:

- болезненные ощущения, порой выраженные и длительные, внизу живота, отдающие в пах, в поясницу, так называемые «хронические тазовые боли»;
- усиление болезненности при половом акте, дефекации, гинекологических осмотрах;
- продолжительные болезненные менструации с обильными выделениями (вплоть до анемичных состояний), нарушения менструального цикла;
- первичное, вторичное бесплодие.

Лечение эндометриоза может быть оперативным и гормональным, но в большинстве случаев оно является комбинированным. Хирургическое лечение включает различные методы, начиная с иссечения отдельных участков эндометриоза во время лапароскопии, заканчивая полным удалением матки в осложненных случаях. В настоящее время существует широкий выбор лекарственных препаратов, направленных на излечение заболевания. У некоторых женщин эндометриоз проходит после родов, так как при беременности и кормлении грудью гормональный фон организма меняется и меняется не в пользу эндометриоза.

Осложнения и профилактика эндометриоза

Половина случаев эндометриоза сопровождается возникновением бесплодия.

Вынашивание затруднено гормональными нарушениями, а роды с эндометриозом органов репродуктивной системы, как внутренними, так и наружными генитальными, нередко проходят патологически, с осложнениями, опасными для здоровья.

К другим наиболее распространенным осложнениям эндометриоза относят анемию вследствие регулярной кровопотери, а также поражение нервных волокон в очагах эндометрия, приводящее к появлению болей в районе малого таза или поясницы.

Эндометриозом страдают до 30% женщин репродуктивного возраста. Несмотря на частично подтвержденный наследственный характер заболевания, профилактика эндометриоза способна предотвратить или замедлить развитие болезни.

Один из важнейших факторов, провоцирующих заболевание, – снижение иммунитета. Специалисты рекомендуют: чтобы не заболеть эндометриозом, необходимо правильно питаться, отказаться от вредных привычек и не пренебрегать физической активностью.

Автор статьи Губко Светлана Сергеевна,
врач акушер-гинеколог

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

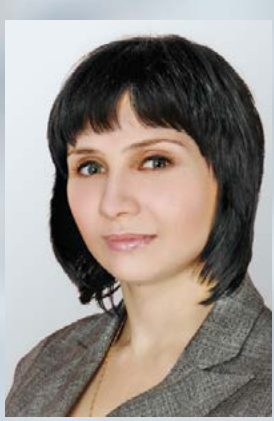
Лелявин Кирилл Борисович
уролог, онколог, хирург, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры ИГМУ

Гомбоев Руслан Бальжинимаевич
врач уролог-андролог

Аксенова
Евения Анатольевна
врач акушер-гиниколог

Сенотрусова Анна Сергеевна
врач педиатр

Яшина Виктория Валерьевна
детский невролог, психолог

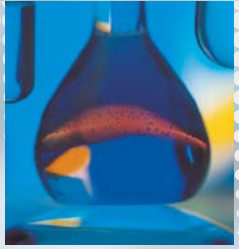


Лисенкова Ольга Александровна
врач невролог

Смекалина Ольга Николаевна
врач дерматовенеролог высшей категории

Луценко Виктор Анатольевич
уролог врач первой категории

Данги Наталья Валерьевна
врач рефлексотерапевт



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, в т.ч. количественные тесты 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 14 видов.

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)

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

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

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

Генетические исследования: гемохроматоз, определение мутаций, HLA – типирование

Интерлейкин-28 В, кардиогенетика, тромбофилия, опухоли молочной железы

Респираторное вирусные инфекции: грипп (в том числе H1N1), парагрипп, коклюш

Исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин – анализ ФЕМОФЛОР

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

2. 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:

- Корь, паротит, инфекционный мононуклеоз, аденовирусная инфекция, герпес, ветряная оспа
- Внутриутробные инфекции
- Вирусные гепатиты (A, B, C, D)
- Гельминтозы (лямблии, аскариды, токсокары, описторхи, трихинеллы, эхинококк)
- Хеликобактер
- Клещевой энцефалит
- Микоплазмозы
- Грибковые инфекции
- Бруцеллез, сальмонеллез, иерсиниоз, псевдотуберкулез

Скидочная программа при обследовании методами ПЦР, ИФА и ELFA

- при оплате 4 и более анализов на урогенитальные или внутриутробные инфекции методом ПЦР – скидка 10%
- комплекс из 9 анализов на урогенитальные инфекции методом ПЦР – скидка 20%
- комплекс из 2 и более анализов на вирусные инфекции печени методом ПЦР – скидка 10%
- комплекс из 4 и более анализов на бактериальные и вирусные инфекции методом ИФА – скидка 10%
- комплекс из 2 и более анализов на вирусные гепатиты методом ИФА – скидка 10%
- комплекс на 2 и более анализов на гельминты методом ИФА – скидка 10%

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, макропролактин

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

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), Tuptake (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, ренин

Гормоны поджелудочной железы: инсулин, С-пептид, проинсулин

Гормоны паращитовидных желез и маркеры остеопороза: остеокальцин, паратиреоидный гормон, CrossLaps, 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
- антитела к кардиолипину
- антитела к фосфатидилсерину
- антитела к глиадину
- антитела к бета2-гликопротеину
- антитела к цитруллинированному виментину
- (анти-CMV)

Минералокортикоиды: альдостерон

Метаболиты: гастрин, лептин

Онкомаркеры:

- простатспецифический антиген ПСА, свободный СА
- раковоэмбриональный 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 (Нейроспецифическая енолаза),
- антиген плоскоклеточной карциномы SCC
- Е7-ВПЧ – 16/18 онкобелок
- Белок S-100
- НЕ4 (секреторный белок 4 эпидидимидиса)

3. 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

4. КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА СИФИЛИС

RPR, РПГА, ИФА IgM + IgG

5. 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

6. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

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

Скорость клубочковой фильтрации

Протеин SиC

Ретикулоциты

Антитромбин

Тромбиновое время

Фибриноген

Определение времени свертывания крови (по Дуке)

7. 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, рев-

матоидный фактор, фосфор, натрий, калий, антистрептолизин-О, С-реактивный белок, альбумин, определение белковых фракций, кислая фосфатаза, лактатдегидрогеназа, (LDH), ЛДГ 1, 2 фракции (a-HBDH), креатинкиназа, креатинкиназаМВ, 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)

НОВОЕ: эозинофильный катионный белок; Са ++ (ионизированный), NT– proBNP, ангиотензинпревращающий фермент

Тест толерантности к глюкозе (пероральный) со стоимостью глюкозы

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

Биохимическая диагностика функции печени: Аланинаминотрансфераза (ALT), Аспартатаминотрансфераза (AST), Гаммаглутаминтрансфераза (GGT), Щелочная фосфатаза, Билирубин общий, Билирубин прямой, Определение белковых фракций

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

Электролиты крови: Na+, K+, Cl-, альфа1-кислый гликопротеин, 25-OH-вит D (25-гидроксикальциферол)

8. ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ мочи: экспрессметод на анализаторе BAYER (США)

Анализ мочи по Нечипоренко

Микроальбуминурия

Микроскопия общего мазка (окраска по Грамму, метиленовой синью)

Микроскопия нативного препарата

Онкоцитологический мазок

Цитологическое исследование пунктатов

Кольпоцитологический мазок

Жидкостная цитология

Копрограмма

Кал на яйца глист, простейшие, на скрытую кровь, определение углеводов: кальпротектин, эластаза

Риноцитограмма

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

Микроскопия для определения кожных клещей (Demodex spp.)

9. КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДАГНОСТИКА

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

Культуральная диагностика трихомоноза

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

Исследование грудного молока на стерильность

10. АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКА

- **Определение общего Ig E в сыворотке крови**
- **Определение специфических Ig E в сыворотке крови человека:**
- **Респираторная панель №2** (20 аллергенов)
- **Пищевая панель №3** (20 аллергенов)
- **Смеси ингаляционных и пищевых аллергенов для скрининга атопии у детей** до 4 лет, а также детей старше 4 лет и взрослых
- **Аллергены животных**
- **Пищевые и респираторные аллергены**
- (86 видов)
- **Специфические аллергены** (31 вид), в том числе латекс, новокаин, формалин, антибиотики и др. фарм. препараты

Комплексные панели аллергенов:

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

Определение специфических IgG:

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

11. 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), Аспарт-атаминотрансфераза (AST)

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

ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Отоларингология детская и взрослая:

- аудиография, тимпанометрия
- лечение на аппарате «Тонзиллор»
- физиотерапия
- лечебные манипуляции (пункции, полипотомии, промывания, и т.д.)

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, гинекологияэндокринология, 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.

НОВОЕ! Цифровая маммография молочных желез (микродозный маммограф последнего поколения Philips)

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)

Хирургия детская и взрослая: амбулаторные хирургические манипуляции

Офтальмология детская и взрослая: УЗИ глаза, полное обследование

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

Проведение периодических и предварительных медосмотров, предрейсовых медосмотров и медосмотров для получения водительского удостоверения, проведение профилактических осмо-тров для юридических лиц

Лечебные процедуры: Внутримышечные и внутривенные инъекции и системы, санации, блокады, лечебные ванночки

НОВОЕ! Плазмолифтинг гинекологический, неврологический

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

Ультразвуковая диагностика с соноэластографией: Сроковые УЗИ беременных, органов малого таза, брюшной полости, молочных и щитовидной желез, трансректальное и трансвагинальное УЗИ, нейросоно-графия, эхокардиография, УЗИ суставов и сосудов с доплером, УЗИ тазобедренных суставов у детей до 1 года и др.

Электроэнцефалография, реоэнцефалография, цифровая флюорография

ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ

Иглорефлексотерапия

Мануальная терапия

Гомеопатия

Остеопатия

Психотерапия

Психология (групповые и индивидуальные занятия)

Массажи: Классический, колон-массаж, аппаратный массаж позвоночника, рефлекторно-сегментарный массаж, висцеральный массаж, глубокий рефлекторно-мышечный массаж шеи (по Аксеновой), лимфо-дренажный массаж, плантарный массаж, стоун-массаж, детский массаж

Бейби-йога

Гидромассаж

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

Бассейн: грудничковое плавание, занятия плаваньем с инструктором для детей до 7 лет

Криотерапия (лечение холодом)

Гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками)

Фармакопунктура: Введение лекарственных веществ в биологически активные точки

Физиотерапия: электро– и фонофорез, ультразвук, термомагнитотерапия, лазеротерапия, гидроколоно-терапия, лечебные ингаляции

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

НОВОЕ! Кинезиотейпирование

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 и катаракты, удаление халязиона, птеригиума, зондирование слезного канала у детей, блефаропластика, дакриоцисториностомия.

НОВОЕ! Пластическая хирургия
НОВОЕ! Хирургия стопы

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

МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»
ИРКУТСК

т. 96-86-38
www.mntk.irkutsk.ru

5 лет

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза»

ЕДИНСТВЕННАЯ КЛИНИКА

в Иркутской области, Бурятии и Забайкальском крае

выполняющая ЛАЗЕРНУЮ КОРРЕКЦИЮ ЗРЕНИЯ SMILE*

*смайл.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ