ДОКТОР

irk.ru

НОВЫЙ ФИЛИАЛ В НОВО-ЛЕНИНО

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

АКНЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

12+

новости центра молекулярной диагностики

Анализы
УЗИ диагностика
Эндоскопия
Электрокардиограмма
Вакцино-профилактика

ПРИЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ:

Педиатр
Терапевт
Гинеколог
Уролог
Дерматовенеролог
Гастроэнтеролог
Кардиолог
Невролог
Офтальмолог
Оториноларинголог (лор-врач)
Ревматолог
Эндокринолог

20 лет

ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

НОВЫЙ ФИЛИАЛ В НОВО-ЛЕНИНО!

Иркутск, 18 Советский переулок, строение 2

✆ **480-199**
(многоканальный)

20 лет
ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Я всегда была убеждена, что хорошее здоровье – ключ к стабильной и качественной жизни. И меня радует, что с каждым годом людей, разделяющих это убеждение, становится все больше.

Многие пары очень серьезно подходят к планированию будущей беременности, молодые родители совсем «по-взрослому» относятся к здоровью своих детей буквально с первого дня рождения, а желание жить бодро и продуктивно в старости приводит сегодня сорокалетних мужчин и женщин на профилактические осмотры. А значит основная задача современного медицинского центра – сделать заботу пациента о своем здоровье приятным и необременительным занятием.

В нашем Центре созданы все условия, чтобы человек мог пройти полноценное обследование, потратив немного времени (от трех–четырех до семи дней). Лабораторная диагностика, эндоскопическое обследование, ультразвуковое сканирование, маммография, цифровая флюорография, МРТ-диагностика… Весь этот арсенал современной медицины позволяет врачу поставить максимально точный диагноз, назначить правильное лечение, контролировать ход этого лечения и в результате достигнуть главного-вернуть человеку утраченное здоровье.

Конечно, экономить на здоровье не стоит. Но сэкономить время на заботу о здоровье можно. Наши филиалы открыты во всех районах Иркутска. На нашем сайте можно за пару минут оставить заявку на прием к врачу, задать вопрос любому специалисту, вызвать медсестру или врача на дом. Чтобы быть постоянно на связи с нашими пациентами, мы разработали мобильное приложение для смартфонов. Уже более тысячи иркутян высоко оценили удобство его использования.

Современный человек предъявляет высокие требования к медицине. Оправдать эти ожидания нелегко. Но если ЦМД для многих своих пациентов стал настоящей семейной клиникой – значит у нас это получается!!

Прокофьева Тамара Дмитриевна,
генеральный директор Центра
Молекулярной Диагностики

НАШИМ ДЕТЯМ

Акне у новорожденнных....6

Железодефицитная анемия у детей....10

Ранний детский аутизм....14

ВНИМАНИЕ, ПРИВИВКА

Поставь прививку против кори!....18

От чего защищает Адасель?....19

ПРИЕМ ВЕДЕТ

Бронхит....20

Пробки в миндалинах....24

Гастроэнтерит....26

Зрение при сахарном диабете....30

Болезнь паркинсона....32

Сколиоз....38

Гирудотерапия – это лечение пиявками в целях улучшения состояния здоровья....42

«Доктор.irk.ru», №42 / дата выхода 18.09.2018 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.)

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Эрозия шейки матки 46

Гирудотерапия в лечении
гинекологических заболеваний 50

НОВОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Анализы на дому. Почему это удобно? 53

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Рак предстательной железы 54

УСЛУГИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Перечень услуг Центра Молекулярной Диагностики 57

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.

ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

АКНЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

КАК ТОЛЬКО РОДИТЕЛИ ЗАМЕЧАЮТ ПРИЗНАКИ АКНЕ У ГРУДНИЧКОВ, ТО ОНИ СВЯЗЫВАЮТ ЭТО С НЕПРАВИЛЬНЫМ УХОДОМ ЗА КОЖЕЙ, НЕДОСТАТОЧНЫМ СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВИЛ ГИГИЕНЫ ИЛИ С ПРОЯВЛЕНИЕМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ.

Такие предположения являются в корне неверными. Для того, чтобы снизить чрезмерную и необоснованную тревожность, врачи подчеркивают: родители должны знать, как выглядит акне.

Визуально акне у новорожденных напоминает подростковые высыпания в пубертатный период (время полового созревания). При этом прыщи часто локализуются на щеках, в области лба, носа, волосистой части головы, гораздо реже они наблюдаются на спине и шее. Характер таких красных кожных дефектов – папулы (воспалительные элементы ярко-розового цвета) или гнойнички. Врачи диагностируют акне у 25–30% новорожденных.

Данная форма высыпаний не доставляет дискомфорта младенцам и не сопровождается кожным зудом. Крайне важно знать, как отличить акне новорожденных от аллергии. Связано это с тем, что кожные высыпания могут иметь несколько схожие признаки.

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДЕТСКОЕ АКНЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ:

1. Прыщи локализуются в разных местах и не сливаются в единое пятно.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

2. Первые признаки угрей появляются в первые дни и недели жизни ребенка.
3. Присутствует умеренная интенсивность и обширность кожных дефектов.
4. Как правило, отсутствуют комедоны (закупорка пор).

Врачи отмечают, что акне у детей может проходить бесследно через 3 месяца. Гораздо реже наблюдаются случаи в медицинской практике, когда кожные дефекты сохраняются до одного года.

Причины появления кожной сыпи

Кожные высыпания у младенцев врачи объясняют чрезмерным содержанием в организме гормонов, передавшихся от матери. Ввиду того, что у 30% новорожденных диагностируются признаки угрей, эта проблема продолжает оставаться актуальной.

На фоне гормонального дисбаланса в организме грудничка нарушается естественная работа сальных желез, не успевающих справиться с увеличенной нагрузкой. В результате наблюдаются активная выработка кожного сала и высыпания на верхних слоях эпидермиса.

Дерматологи и врачи педиатры подчеркивают, что младенческое акне не является инфекционным недугом. Не во всех случаях требуется медикаментозное вмешательство. Ввиду того, что такие кожные дефекты не считаются даже дерматологическим заболеванием, врачи их относят к характерному состоянию организма младенца, наблюдаемому в период адаптации к новым условиям.

Есть ситуации, когда клиническая картина сопровождается тяжелой формой кожных высыпаний. Связано это с превышением нормального уровня гормонов, вырабатываемых в коре надпочечников. Кроме того, существует медицинское предположение, что если кто-то из родителей перенес осложненную форму угревых высыпаний, то существует потенциальный риск развития аналогичных кожных дефектов и у ребенка в период от рождения до одного года.

Угри новорожденных полностью проходят по завершению гормонального дисбаланса. Категорически запрещено самостоятельно выдавливать прыщики.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Такими действиями можно занести бактерии, спровоцировав обширное инфицирование и здоровых участков кожи.

У большинства родителей распространено мнение, что высыпания на кожных покровах появляются в результате реакции организма младенца на неправильное питание матери в период грудного вскармливания. Поэтому, чтобы понять: акне у новорожденного или аллергия, следует обратиться к квалифицированному специалисту.

Акне у младенцев не представляет никакой угрозы здоровью и не требует специального лечения. При нормализации гормонального баланса в крови прыщи проходят самостоятельно. В ситуациях, когда угревая сыпь сохраняется больше трех месяцев и разрастается по лицу, требуется медикаментозное лечение, которое назначается исключительно врачом дерматологом или педиатром после проведенной диагностики.

Терапия кожных высыпаний базируется на применении препаратов с бактерицидным и/или противовоспалительным действием. Залогом успешного лечения является контроль врача за динамикой регенерации поврежденных участков эпидермиса у малышей. Родители должны понимать, что организм младенцев является менее устойчивым, с более низким иммунитетом и не готов к принятию ударных доз медикаментов. Поэтому только квалифицированный врач может назначить и корректировать курс терапии.

Общие рекомендации по уходу за кожей младенцев

Категорически запрещено самостоятельно заниматься лечением, выдавливать прыщи, применять гормональные мази. Такие действия усугубляют состояние кожи младенца, которая еще не обладает ввиду возраста достаточной степенью защиты. На месте удаленных угрей могут образовываться ранки, которые впоследствии инфицируются. А самостоятельное лечение гормональными мазями может привести к атрофии кожи.

Очень часто родители спрашивают, когда проходит акне. Желание побыстрее решить проблему кожных высыпаний у маленьких детей вполне объяснимо. Однако не стоит излишне торопить события. Не во всех ситуациях требуется медикаментозное лечение.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Иногда достаточно будет просто соблюдать гигиенический режим:

- **кожа должна быть всегда сухой и чистой**. Врачи рекомендуют участки пораженного эпидермиса через день умывать детским мылом;
- **полотенце должно быть индивидуальным** и часто меняться;
- требуется **избегать длительного прямого воздействия солнечных лучей.**

При этом следует не переусердствовать с уходом за кожей с угревыми высыпаниями. Ведь истинной причиной их появления выступает не плохая гигиена, а гормональная перестройка в организме. Поэтому стоит набраться терпения родителям и не пытаться достичь абсолютной стерильности. При соблюдении врачебных рекомендаций угри у новорожденных бесследно проходят через несколько месяцев.

Заключение

Акне, в отличие от аллергического высыпания, грудничку не доставляет дискомфорта. В большинстве случаев не требуется проводить специальную терапию, поскольку при надлежащем уходе за пораженными участками кожи угри подсушиваются и проходят. При этом краснота уменьшается, а эпидермис восстанавливается самостоятельно. Важно знать, как отличить акне от аллергии у новорожденного. Основным признаком того, что у малыша кожные дефекты возникли в результате реакции на еду или внешний раздражитель, является место локации. Аллергические высыпания появляются преимущественно на теле и именно их нужно обязательно лечить. Следует помнить, что любые проблемы, связанные с кожей, должен решать лишь квалифицированный врач.

Автор статьи Козлова Юлия Викторовна,
врач дерматовенеролог

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

Железодефицитная анемия (ЖДА) регистрируется у 20 процентов жителей нашей планеты. Заболеваемость ЖДА существенно различается по странам (разные социально экономические условия, характер питания), по региональной и религиозной принадлежности, возрасту и полу. Меньше всего дефицит железа наблюдается у детей до двух лет в Германии (12 процентов), больше всего в Индии (76 процентов) и в Африке (44 процента). В России, по данным разных авторов, от 24 до 42 процентов.

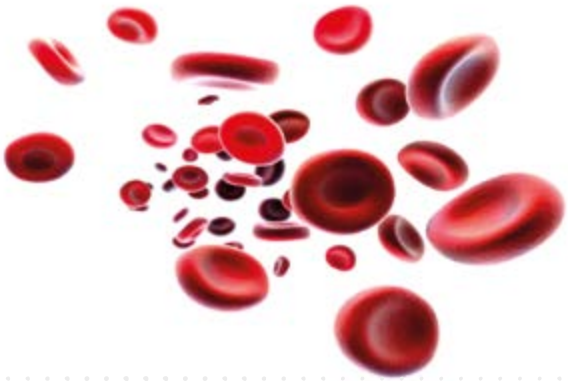
На период детства приходится пик ЖДА: первый-от 6 месяцев до двух лет, второй -у подростков.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖДА У ДЕТЕЙ ДО ДВУХ ЛЕТ

- повышенные потребности в железе в силу быстрых темпов роста (к 6 месяцам ребенок удваивает вес, к году утраивает)
- несбалансированное питание (нерациональное молочно-мучное вскармливание)
- нарушения всасывания в кишечнике (например, при диарее)
- инфекционные заболевания (ОРВИ, кишечные инфекции)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЖДА

- бледность кожи и слизистых
- снижение аппетита (накормить такого ребенка трудно, а кормление насильно приводит к рвоте)
- физическая и умственная утомляемость, снижение работоспособности
- сердечно сосудистые нарушения (одышка, учащение пульса)



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ТОЛЬКО ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА)

- дистрофические изменения кожи – сухость, дряблость, шелушение, гиперкератоз, трещины в углах рта
- ломкость и выпадение волос
- расслаивание и поперечная исчерченность ногтей
- атрофия слизистой носа, пищевода и желудка
- стоматит, атрофия сосочков языка, его болезненность
- у детей старшего возраста может быть нарушение глотания ввиду сужения гортанной части глотки за счет перерождения эпителиальной части хряща
- дистрофия роговицы приводит к синдрому голубых склер
- извращение вкуса и обоняния – тяга к сырому мясу, тесту. Дети едят несъедобные вещества – мел, глину, землю, зубную пасту, песок, уголь.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

- пристрастие к запахам краски, бензина, резины, лака, ацетона, выхлопным газам
- мышечные боли
- мышечная слабость, в том числе мочевого пузыря (ночное недержание мочи, дневные императивные позывы на мочеиспускание при смехе и кашле).

ОСОБЕННОСТИ КАРТИНЫ ЖДА У ДЕТЕЙ ДО ДВУХ ЛЕТ

- нарушение сна
- длительный суфибрилитет (повышение температуры до невысоких значений)
- нарушение обмена веществ
- низкая масса тела
- неврологические и психологические расстройства (раздражительность, плаксивость, вялость)
- отставание в психомоторном развитии, поскольку центральная нервная система наиболее чувствительна к гипоксии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЯМ ДО ГОДА

Предпочтительно грудное вскармливание. Но если по каким-то причинам грудное вскармливание невозможно, ребенка нужно кормить детскими смесями. Ни в коем случае не коровье и не козье молоко!!! Из коровьего молока усваивается 10 процентов железа, а из грудного 49.

ДИЕТА ПРИ ЖДА

Железо содержится во многих продуктах растительного происхождения. Но, не смотря на уровень железа в продуктах, гораздо большее значение имеет его всасывание: абсорбция железа из мясной пищи составляет 13–22 процента, из печени – 11 процентов, из рыбы –10 процентов, из яблок и яиц – 3 процента, из риса, хлеба, шпината-1 процент, из моркови, свеклы и капусты-1–3 процента. Поэтому отдаем предпочтение таким продуктам, как мясо – говядина, телятина, язык, печень. Так же полезно сочетать мясо с овощами, включать в диету фрукты, овощи, яйца, кисломолочные продукты, творог, каши (желательно гречневую, овсяную), можно каши из коро-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

бок, обогащенные железом. ИСКЛЮЧИТЬ МАННУЮ КАШУ!

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖДА

Медикаментозным методом лечения является назначение препаратов железа.

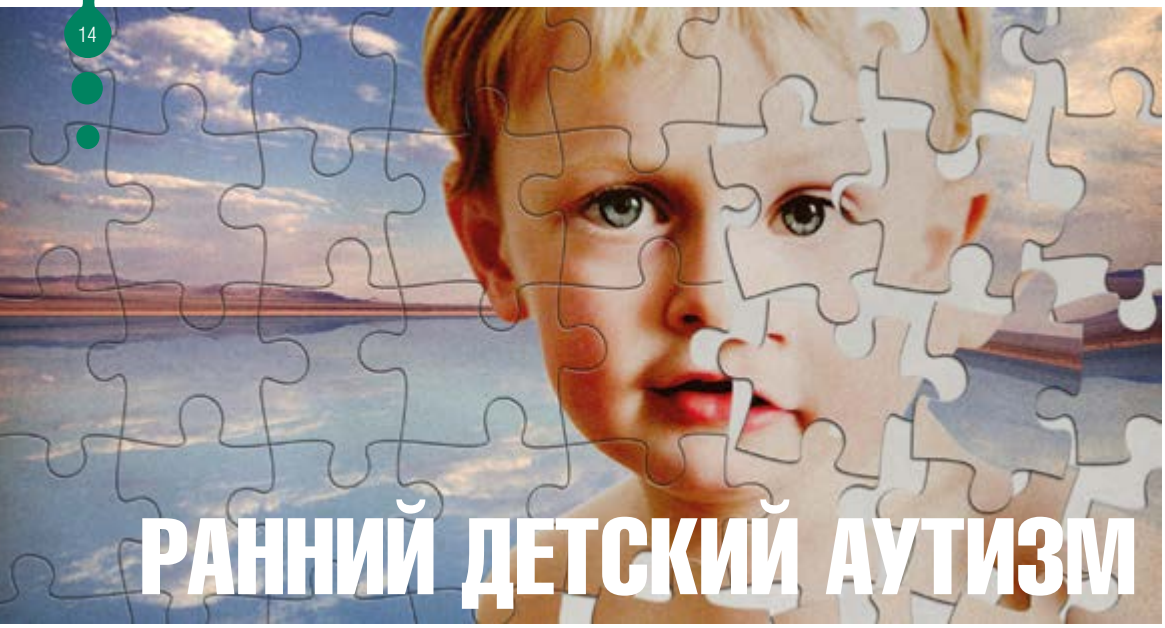
Препараты железа принимаются внутрь в виде таблеток или в виде капель, так как такая форма безопасней, чем инъекции. При этом скорость восстановления гемоглобина практически одинаковая. Инъекции допускаются в экстренных случаях: при тяжелых формах ЖДА, при непереносимости таблеток, при язвенной болезни желудка или операциях желудочно-кишечного тракта …

Прием препаратов железа рекомендован за один час до еды, предпочтительно в вечернее время, так как процесс абсорбции железа увеличен во второй половине суток. НЕ ЗАПИВАТЬ МОЛОКОМ!!!

Нежелательно использовать для лечения солевые препараты железа. Они имеют металлический привкус, окрашивают эмаль зубов, взаимодействуют с другими лекарственными препаратами и пищей. Препараты на основе трехвалентного железа, такие как мальтофер или феррумлек, приятны на вкус, не окрашивают эмаль зубов, не взаимодействуют с другими лекарствами и высоко эффективны.

Дозировка подбирается врачом. Применяются препараты длительно, до полугода, для создания депо в организме. Критерием отмены лечения является не нормализация уровня гемоглобина, а восстановление запасов железа (уровень ферритина).

Автор статьи Урсуленко Елена Владимировна,
детский гематолог,
врач высшей категории



РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

ЭТО ОБЩЕЕ РАССТРОЙСТВО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, РЕЧИ, ПОВЕДЕНИЯ, С ВЫРАЖЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ В СФЕРАХ ОБЩЕНИЯ И ЭМОЦИЙ.

Частота раннего детского аутизма составляет 2–4 случая на 10 тыс. детей за явным преобладанием данного расстройства среди мальчиков (3–4:1). Ранний детский аутизм начинает проявлять себя в первые 3 года жизни ребенка, обычно диагностируется у детей в возрасте 2–5 лет. Примерно в 0,2% случаев ранний детский аутизм сочетается с умственной отсталостью. Характерно, что ранний детский аутизм никогда не развивается у детей старше 5 лет.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Причины и механизмы раннего детского аутизма до конца неясны, что порождает множество теорий и гипотез происхождения нарушения.

1. **Генная теория происхождения** связывает ранний детский аутизм с генетическими дефектами. Известно, что 2–3% потомков аутистов также страдают этим расстройством; вероятность рождения второго ребенка-аутиста в семье составляет 8,7%, что во много раз превышает среднюю популяционную частоту. У детей с ранним детским аутизмом чаще обнаруживаются другие генетические нарушения.
2. **Дизнейроонтогенез** – теория, основанная на нарушении закладки и развития нервной системы плода.
3. **Нейрохимические гипотезы:** нарушение синтеза и переноса нейромедиаторов в головном мозге у детей с аутизмом.
4. **Аутоиммунная теория** основана на наличии в крови больных повышенного уровня антител к антигенам мозга.
5. **Аффективная и Когнитивная гипотезы** – врожденное нарушение эмоциональных контактов и повреждение в работе зеркальных нейронов у детей с ранним аутизмом.

Основные диагностические критерии раннего детского аутизма (РДА):

- Качественные нарушения социального взаимодействия: не использует взгляд в общении, нет взаимодействия со сверстниками, нарушение поведения, неспособность к переживанию радости и др. эмоций.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

- Качественные изменения коммуникаций: задержка или полная остановка в развитии речи, невозможность вступить в контакт с другими лицами, отсутствие символических игр с игрушками.
- Ограниченные и повторяющиеся шаблоны в поведении: один или несколько стереотипных интересов (чаще гаджеты), фиксация на специфических формах поведения и ритуалах, стереотипные движения в верхних конечностях или во всем теле.
- Неспецифические проблемы – страхи, нарушение сна, мочеиспускания, пищевого поведения, приступы ярости, аутоагрессии.
- Начало симптоматики до 3-х лет.

Рассмотрим ранние симптомы РДА. С одной стороны, ранних признаков аутизма довольно много. С другой – почти все они настолько трудноуловимы и субъективны, что чаще всего правильную оценку получают уже задним числом. Но есть один ключевой момент ранней диагностики аутизма. Это регресс развития, наступающий обычно в возрасте от 1-го года до 2-х лет.

Остановимся на характерных периодах развития аутичных детей от рождения до трёх лет:

1. **«Светлый» период.** От рождения до 1–1,5 лет. В это время ничего в развитии ребёнка не предвещает будущих проблем, начинают формироваться положенные навыки.

2. **Период регресса.** С 1–1,5 лет до 2–2,5 лет. В этом возрасте часто без каких-либо видимых причин ребенок теряет уже освоенные навыки. Но в некоторых случаях причины все же называются: тяжелое соматическое заболевание, психотравмирующая ситуация, пребывание в стационаре, травма, оперативное лечение, длительное пребывание без матери… эти ситуации могут иметь пусковой характер. Чаще всего родители обращают внимание на «забывание» слов. Речевая активность ребенка постепенно уменьшается. Одновременно с проблемами в речи часто отмечается потеря интереса к игрушкам, возникающая отгороженность от окружающего мира, исчезновение эмоционального контакта с близкими людьми. Также можно отметить

напряженно-застывшее положение на руках у мамы. Ребенок избегает зрительного контакта, смотрит «сквозь тебя», или «неоткликаемость» ребенка на физический контакт, перестает откликаться на обращенную речь, на имя. Свойственным для аутистического нарушения симптомом можно назвать негативную реакцию на введение прикорма. Ребёнок категорически отказывается принимать новую пищу. Впоследствии этот признак развивается в один из классических симптомов РДА – выраженную избирательность в еде и отказ от любых незнакомых продуктов. Встречается избирательность по цвету, консистенции, форме, температуре, способу приготовления. Иногда избирательность настолько выражена, что родителям легче сказать, что ребенок ест, чем перечислить отвергаемые продукты. Избирательность в еде – один из самых «упорных» симптомов аутизма, но со временем, при медикаментозной коррекции и педагогической реабилитации ребёнка, список употребляемых продуктов постепенно расширяется.

3. **Период «восстановления».** От 2–2,5 до 3 лет. Ребенок постепенно, довольно медленно выбирается из «молчаливой ямы». Выраженность симптомов регресса уменьшается, некоторые из них проходят бесследно.

Временные границы между выделенными периодами могут отличаться от указанных, но в большинстве случаев соответствуют им.

РЕЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ

Очень часто нарушение речи – симптом, который первым обращает на себя внимание и становится точкой к постановке диагноза.

1. В собственной речи ребенок присутствует в виде форм третьего, реже второго, лица, либо в неопределенной форме.

2. Своеобразие голоса. Создается впечатление, что ребенок не может управлять им, не может подстроиться к ситуации. Пользуется голосом как-то неестественно и неуместно.

3. Речь насыщена разного рода штампами. Ребенок не строит новые фразы, а предпочитает использовать цитаты из рекламы, мультфильмов, прошедших бытовых ситуаций, более-менее подходящие к настоящему моменту.

4. Речь не сформирована, полностью оторвана от реальности.

5. Довольно часто ребенок, овладев достаточным уровнем речевых навыков, не пользуется ими. Он предпочитает обходиться жестами, управлять родителями, (держать ложку, карандаш руками мамы), имея возможность объясниться при помощи слов.

6. Эхолалии – многократное повторение одного и того же слова, вопроса, какой- либо фразы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ФОРМ АУТИЗМА:

1. **Синдром Каннера** – аутизм в тяжелой форме на протяжении жизни. Больные поздно начинают говорить. Речь – эхолалии, не является коммуникативной, недостаточно развита. Крупная моторика угловатая, отмечается неловкость. Выражены стереотипии в поведении, моторике, речи. Нарушения интеллекта с рождения.

2. **Синдром Аспергера** – аутистические черты выражены не грубо, с годами смягчаются, сохраняется социальная неуклюжесть. Раннее развитие правильной речи. Отмечается двигательная неловкость, стереотипии в поведении. Интеллект достаточно высокий, дети обучаются в общеобразовательной школе.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ДИАГНОСТИКА РДА

1. Анамнестические данные, наследственность.
2. Оценка неврологического, психологического статуса.
3. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ЭЭГ – мониторинг сна.
4. Тестирование.
5. Нейровизуализация: МРТ головного мозга, МСКТ головного мозга.

ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Излечение синдрома раннего детского аутизма сегодня невозможно.

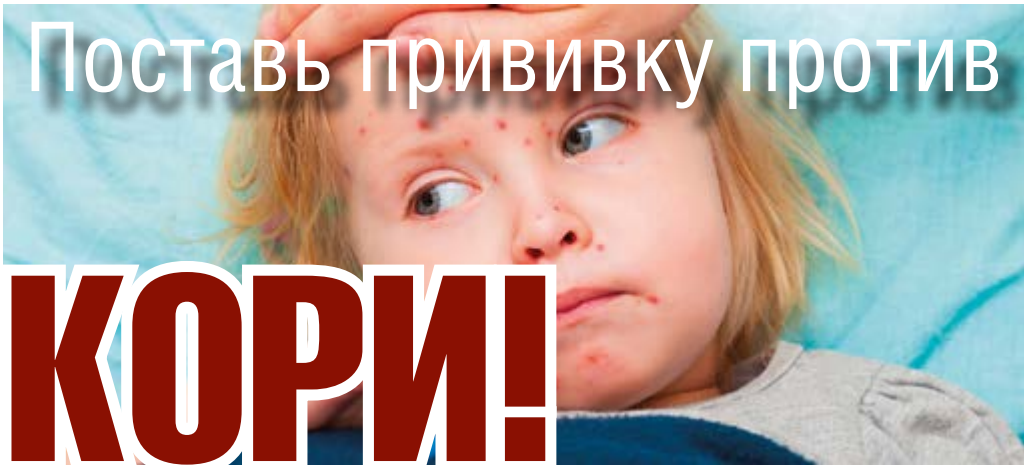
Назначается профессиональная психологическая, дефектологическая помощь, посещение коррекционных групп, обучающие занятия.

Медикаментозная коррекция включает: ноотропные, анксиолитические препараты, витамины группы В, метаболические средства, аминокислоты, традиционные нейролептики, атипичные антипсихотические препараты.

Добиться полноценного результата в лечении таких пациентов без применения лекарств невозможно. Негативный опыт применения какого-либо лекарства у других детей, не означает, что у вашего ребенка все будет так же. Уповать только на лекарства неверно. Таблетки ничему не учат, ни речи, ни правильному поведению. Но они создают тот необходимый фон, на котором развитие ребенка происходит правильнее, а работа педагогов, логопедов, дефектологов и других становится эффективнее. С помощью ранней, постоянной и комплексной лечебно-коррекционной реабилитации удается достичь приемлемой социальной адаптации у 30% детей. Без специализированной помощи и сопровождения в 70% случаев дети остаются глубокими инвалидами, не способными к социальным контактам и самообслуживанию.

Автор статьи Яшина Виктория Валерьевна,
врач детский невролог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Поставь прививку против КОРИ!

СЕГОДНЯ ВСЯ ЕВРОПА В ШОКЕ И ПАНИКЕ: НЕБЫВАЛЫЙ РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ. БОЛЕЮТ ВЗРОСЛЫЕ И ДЕТИ. Во всех СМИ бурно обсуждается причина такой вспышки. А причина одна – массовый отказ о прививок привел к столь серьезным последствиям. Корь – небезобидная болячка. Она достаточно тяжело протекает, с температурой, сыпью, осложнениями. Но самое страшное – корь часто вызывает бесплодие.

Эпидемиологическая ситуация в Иркутской области по кори тоже неблагополучна. И если у вашего ребенка нет прививки от кори, а вы ставили ее более 20 лет назад, то вам угрожает коварное и опасное заболевание.

Вирус кори распространяется с потоком воздуха из одного помещения в другое и даже между этажами. Источником инфекции является больной человек. Восприимчивость к кори очень высокая. Заражаются практически все незащищенные лица, имевшие хотя бы кратковременный контакт с заболевшим. Попадая в организм, вирус поражает слизистую верхних дыхательных путей, глаза, вызывая острый воспалительный процесс. Затем, проникнув в лимфатические узлы, возбудитель разносится кровью по всем организму. В первые дни корь легко спутать с небольшой простудой. Болезнь сопровождается головной болью, упадком сил, сильным насморком, кашлем, отеком век, слезотечением, припухлостью лица. Через небольшой промежуток времени всё тело покрывается сыпью.

Корь представляет очень серьезную опасность!!! Она может стать причиной потери слуха, ухудшения зрения, поражения печени и почек, Частыми последствиями заболевания становятся бронхит, пневмония, снижение иммунитета.

Основной и единственной мерой профилактики кори является вакцина!

В России обязательная вакцинация против кори проводится детям в возрасте 12 месяцев, ревакцинация – в возрасте 6 лет.

Учитывая неблагополучную эпидемиологическую ситуацию по кори в странах дальнего и ближнего зарубежья, рекомендуется поставить прививки всем гражданам старше 35 лет, выезжающим за пределы Иркутской области в отпуск, путешествия, командировки, не менее чем за 10 дней до отъезда.

Люди, не болевшие корью и не привитые против нее, остаются высоко восприимчивыми к кори в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте.

Поэтому врачи и специалисты нашего Центра рекомендуют как можно быстрее пройти вакцинацию против кори в наших прививочных кабинетах по адресам: **ул. Рабочего Штаба, 29/1; ул. Маршала Жукова, 13/4; микрорайон Радужный, 113; Ново-Ленино, 18-й Советский переулок, строение 2. Телефон регистратуры: 480–199.**

Жители Братска могут пройти вакцинацию в нашем филиале на ул. Подбельского, 46, тел. 46-99-46

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

От чего защищает АДАСЕЛЬ?

ЭТО ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИИ (С УМЕНЬШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИГЕНА), СТОЛБНЯКА И КОКЛЮША (БЕСКЛЕТОЧНАЯ), КОМБИНИРОВАННАЯ, АДСОРБИРОВАННАЯ, ИНАКТИВИРОВАННАЯ (УБИТАЯ). ПРОИЗВОДСТВО SANOFI PASTEUR LIMITED (КАНАДА).

Дифтерия, столбняк и коклюш – это тяжелые болезни, вызванные бактериями. Дети до 6 лет обязательно прививаются от этих болезней вакцинами, например, Пентаксим, Инфанрикс. По Национальному календарю РФ ревакцинация от дифтерии и столбняка проводится:

- перед школой в 6–7 лет,
- подросткам в 14 лет,
- взрослым в течение всей жизни ревакцинацию нужно проводить каждые 10 лет, не реже.

Все вакцины, которые раньше были на рынке для вакцинации детей с 4 лет, подростков и взрослых, защищали только от столбняка и дифтерии, т. е не содержали коклюшный компонент. Адасель – первая вакцина от коклюша, а так же дифтерии и столбняка для взрослых и детей школьного возраста. Она одна из самых современных комбинированных вакцин. В странах Европы и Северной Америки применяется больше 15 лет (в том числе у беременных женщин). Наличие ацеллюлярного коклюшного антигена является главным отличием и преимуществом вакцины Адасель от традиционно применяемой для ревакцинации вакцины АДС-М.

Вакцину Адасель можно вводить одновременно с трехвалентной инактивированной противогриппозной вакциной и вакциной против гепатита В.

Реакции после прививки

Вакцина хорошо переносится – Адасель содержит всего 2.5 мкг коклюшного анатоксина (для сравнения в АКДС входит 10 мкг коклюшного анатоксина). Возможные (нормальные!) реакции:

- боль в месте инъекции (первые 3 дня)
- эритема, отек в месте инъекции
- повышение температуры
- утомляемость у детей, головная боль у подростков и взрослых.

Напоминаем, что в день постановки вакцины осмотр педиатра или терапевта обязателен.

Автор статьи Королева Марина Анатольевна,
руководитель центра вакцинопрофилактики

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

БРОНХИТ

БРОНХИТ – ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ПРИ КОТОРОМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ БРОНХИ. БРОНХИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ ЛЮДЕЙ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ.

В подавляющем большинстве случаев причиной развития острого бронхита являются вирусы и бактерии. Чаще всего это вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, пневмококки, стрептококки, гемофильная палочка и другие. Реже бронхиты вызываются грибками или вдыханием аллергенов или токсических веществ. Иногда раздражающим фактором является соляная кислота, повреждающая слизистые дыхательных путей при гастроэзофагеальном рефлюксе.

Путь заражения чаще всего является воздушно-капельным – вдыхание инфицированных капелек слюны при контакте с инфицированным человеком. Вероятность развития острого бронхита (или перехода острого бронхита в хроническую форму) возрастает при табакокурении (в том числе и пассивном). Факторами развития бронхита также являются ослабленная иммунная система и загрязненность воздуха на рабочем месте. Согласно Международной классификации болезней, выделяют две формы бронхита:

Острый бронхит. Это острый диффузный воспалительный процесс слизистой оболочки бронхиального дерева, который характеризуется увеличением объема секреции при кашле и отделении мокроты.

Хронический бронхит. Это прогрессирующее поражение бронхов, при котором отмечаются изменения в секреторном аппарате слизистой оболочки с сопутствующим воспалительным процессом. При хроническом бронхите нарушается защитная и очистительная функция бронхов. Бронхит можно считать хроническим, если кашель продолжается минимум три месяца в году на протяжении двух лет и более. Хронический бронхит – это самая распространенная неспецифическая хроническая болезнь дыхательной системы.

СИМПТОМЫ БРОНХИТА

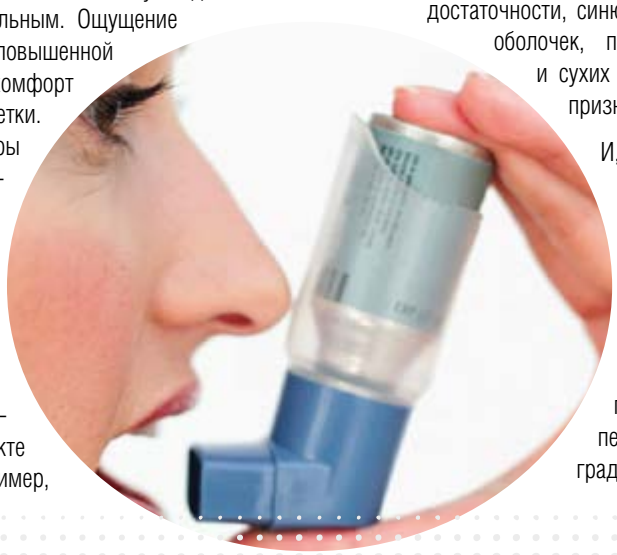
Как правило, основным симптомом бронхита является кашель. Обычно хронический бронхит развивается у лиц, работающих на производстве, вследствие курения и воздействия на организм некоторых

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

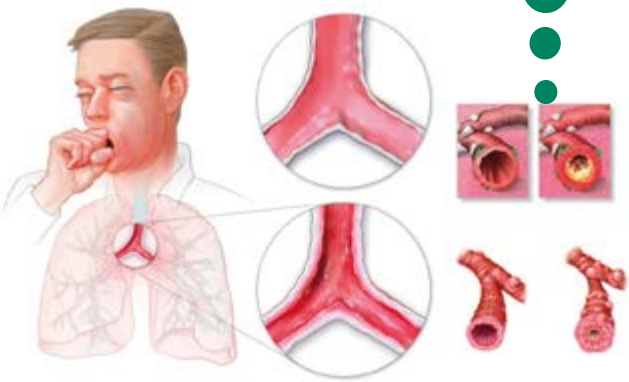
экологических факторов. Острый бронхит в подавляющем большинстве случаев является следствием инфекционного процесса. Острый бронхит может длиться несколько недель. Как правило, болезнь сопровождается сухим кашлем, насморком и повышением температуры тела (иногда до 39–40 градусов). Кашель хоть и рассматривается в качестве симптома бронхита, но это своего рода защитная реакция организма, позволяющая выводить мокроту из дыхательных путей. У детей мокрота часто приобретает зеленоватый или желтоватый оттенок, что указывает на наличие бактериальной инфекции. А если слизь обладает белым и прозрачным цветом, то это указывает на отсутствие бактериальной инфекции. Влажный кашель приносит пользу больному, поскольку позволяет за несколько дней освободиться от скопившейся мокроты. В ряде случаев кашель сопровождается кровохарканьем и даже выделением гноя. Последнее свидетельствует об ослабленном иммунитете. Во многом симптоматика бронхита зависит от его вида.

РАССМОТРИМ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВИДОВ БРОНХИТА

Инфекционный бронхит: сухой кашель, который со временем переходит во влажный. В случае, когда инфекционный бронхит протекает со средней тяжестью, то больного беспокоит сильный кашель, который приводит к болезненным ощущениям в грудной клетке и в области живота. В таком случае дыхание становится затруднительным. Ощущение слабости и чувство повышенной утомляемости. Дискомфорт в области грудной клетки. Повышение температуры до субфебрильных значений, иногда выше. Прослушивание жесткого дыхания и хрипов.



Что касается **аллергического бронхита**, он возникает при непосредственном контакте с аллергеном. Например,



это может быть пыльца растений, запах парфюма, шерсть, бытовая химия. В данном случае мокрота никогда не бывает гнойной, а также не отмечается повышение температуры. Самыми распространенными симптомами аллергического бронхита являются: кашель на фоне отсутствия повышения температуры тела, сухие рассеянные хрипы, появление одышки, которая возникает при вдохе. После устранения аллергена признаки обострения бронхита, как правило, проходят. Токсический (или химический) бронхит развивается в ответ на попадание в дыхательные пути некоторых химических соединений, раздражающих слизистую оболочку дыхательных путей. Наиболее распространенными симптомами токсического бронхита являются: потеря аппетита, головная боль, выраженная одышка, мучительный кашель, боль в груди, развитие признаков дыхательной недостаточности, синюшность слизистых оболочек, появление жестких и сухих хрипов, появление признаков гипоксемии.

И, наконец, самый распространенный **острый бронхит** характеризуется появлением сильного кашля (сначала сухого, затем влажного); повышением температуры до 39–40 градусов. Наблюдаются

общее недомогание и повышенная потливость; появление озноба и потеря работоспособности; при прослушивании грудной клетки слышны сухие хрипы и жесткое дыхание; выраженная одышка (в случае тяжелого течения заболевания); продолжительность заболевания – не более двух недель.

При появлении кашля с непрозрачной мокротой, дискомфорта, першения или боли в горле, повышения температуры тела следует обратиться к врачу, особенно если эти симптомы не проходят в течение 2–3 дней. При наличии таких сопутствующих заболеваний, как бронхиальная астма и сердечная недостаточность, больной должен быть особенно осторожен.

Диагноз бронхит ставится на основании предъявляемых жалоб пациента и результатов клинического обследования. Однако в ряде случаев требуется проведение лабораторных и рентгенологических исследований. Обязательно сдается общий анализ крови. Результаты данного обследования служат критерием диагностики инфекционно-воспалительного процесса в организме.

При вирусном бронхите наблюдается снижение общего числа иммунных клеток, ускорение СОЭ. При присоединении бактериальной инфекции или в случае, если бронхит изначально вызван бактериями, картина общего анализа крови иная – выявляется выраженное повышение уровня лейкоцитов за счет незрелых форм (палочкоядерных) нейтрофилов, повышения значений СОЭ.

Лечение острого бронхита производится лишь при соблюдении постельного режима. Повышенная температура тела говорит о том, что организму нужен отдых, чтобы активней бороться с инфекцией.

Обильное питье – интоксикационный синдром в первую очередь устраняется активной гидратацией организма. Обильное питье при этом является залогом профилактики обезвоживания организма (повышенная температура тела способствует обезвоживанию), так же активная работа почек позволяет в условиях избытка поступающей жидкости активнее выводить токсины. К тому же обильное теплое питье способствует разжижению мокроты и ее скорейшему выведению. Предпочтение следует отдать травяным чаям, свежим сокам и морсам.

Медикаментозная терапия заключается в назначении препаратов, облегчающих кашель и способствующих быстрому выздоровлению (отхаркивающие препараты и муколитики). При высокой температуре назначаются жаропонижающие средства. При присоединении пневмонии проводится антибиотикотерапия.

Бронхит может осложниться развитием следующих состояний: переходом острого бронхита

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

в хроническую форму заболевания; развитием пневмонии; воспалением легких с возможным началом септического процесса; появлением бронхиальной астмы или обструктивного бронхита. Особенно часто такое осложнение наблюдается у лиц, склонных к аллергическим реакциям.

ВАЖНО!!! Медикаментозное лечение назначается лишь лечащим врачом. Дело в том, что даже опытному врачу порою трудно без проведения комплексного обследования определить причинный фактор бронхита.

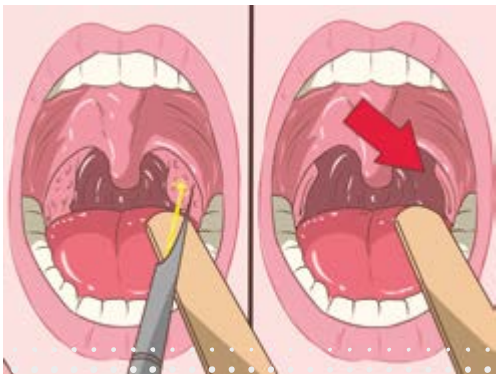
Прием ведет Миронова Ирина Витальевна,
врач пульмонолог

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Пробки в миндалинах

К лор врачу очень часто обращаются пациенты с жалобами на образование пробок в нёбных миндалинах. Одних тревожит факт, что раньше такого не было, и не является ли это проявлением какого-нибудь «опасного заболевания». Другие давно замечают пробки и особо не тревожатся, так как это явление сопровождает их «всю жизнь». Третьи удаляют пробки самостоятельно подручными средствами. Насколько опасно их появление и почему они появляются?

Начнём с того, что такое нёбные миндалины и для чего они нужны? Миндалины – это иммунный орган, цель которого – настройка адекватного иммунного ответа на агрессию внешней среды (микробов). Миндалины – составляющий компонент глоточного кольца Пирогова, куда входят еще такие органы, как, известные всем родителям аденоиды (глоточная миндалина), язычная миндалина и трубные миндалины, которые расположены у устьев слуховых труб. Всё это автономная, то есть самостоятельная, подсистема иммунитета, которая является частью мукозальной иммунной системы. Мукозальная иммунная система образует несколько этажей и является пограничником, защищающим наш организм от внешнего воздействия и первым вступающим в борьбу при агрессии. Её работа – это взаимодействие с микрофлорой, которая может быть патогенной и непатогенной, а при необходимости организация первого иммунного ответа.



Одним из факторов мукозальной иммунной системы является и так называемая сапрофитная микрофлора – это не опасные для нас микробы, живущие на всех поверхностях нашего организма, контактирующих с внешней средой (кожа, слизистые носа, рта, кишечника). Нормальная микрофлора, во-первых, способствует поддержанию иммунной системы в боевом состоянии: факторы иммунитета всегда активны в присутствии пусть дружественных, но все же генетически чужеродных микроорганизмов. Во-вторых, наличие нормальной микрофлоры затрудняет внедрение других микробов, которые могут быть причиной заболевания.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Нёбные миндалины – не монолитный орган: на поверхности миндалины имеются лакуны (попросту говоря дырки), имеющие разную форму у разных людей, и которые продолжаются ходами в толще миндалины. Ходы, как маленькие пещеры, соединяются друг с другом, образуя достаточно сложную систему, – крипты. В просветах этих лакун и живет микрофлора, там происходит её контакт с клетками иммунитета. Иммунитет постоянно контролирует количество микробов и их состав. Кроме того, миндалины покрыты ороговевающим эпителием (почти таким же, как кожа), и его верхний слой постоянно слущивается, заменяясь новым. На поверхности миндалин слущенные клетки смываются слюной, в просвете лакун накапливаются до определённого предела, а затем выходят наружу. Таким образом, пробки в миндалинах – это «лишние» микробы, слущенные клетки эпителия и клетки иммунитета.

Образование «пробок» в миндалинах происходит у всех людей в разной мере, но не у всех происходит их накопление в заметных количествах.

ПРИЧИНАМИ НАКОПЛЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- **анатомическая особенность** – лакунам проблематично опорожниться самостоятельно из-за их диаметра или длинны
- **изменение состава микрофлоры после перенесённого инфекционного заболевания** – ангина, фарингит
- **воздействие внешних факторов**, из-за которых меняется состав микрофлоры миндалин: изменение места жительства, смена места работы, пребывание в большом коллективе или общение с большим количеством людей...
- **хроническое воспаление миндалин – хронический тонзиллит**, то есть пробки могут быть следствием функциональной активности миндалин и следствием болезни.

Что же делать с пробками, если они появились? Во-первых, необходимо разобраться в причинах их появления.

Если установлено, что пробки не являются признаком заболевания, но из-за их наличия испытывается дискомфорт в горле, может быть запах изо рта, то проводится санация (промывание, отчистка) нёбных миндалин. Санация предполагает промывание лакун нёбных миндалин растворами антисептиков и технически может быть аппаратной (Тонзилор) или шприцевой. При осмотре врач определит, какой способ будет более эффективен. Но любой способ санации миндалин не гарантирует, что пробки больше не появятся, хотя возможно под воздействием антисептика сменится баланс представителей микрофлоры и пробок будет меньше, вплоть до «незаметного» количества.

Если пробки – следствие хронического заболевания, то недостаточно их просто удалить, нужно выяснить, нет ли потенциально опасного микроба, который поддерживает воспаление, запланировать ряд обследований, процедур и при необходимости консультаций других специалистов – терапевта, педиатра, ревматолога.

Санация миндалин, независимо от метода, проводится противомикробными препаратами широкого спектра, которые действуют на всех представителей микрофлоры – и бактерии, и грибки. После перенесённой острой ангины необходим полный курс санаций миндалин (8–10 процедур), так как ангина – это острый инфекционный процесс в миндалинах, после которого может произойти смена состава микрофлоры и заселение микроба – агрессора, который будет поддерживать воспаление и вызывать рецидивы.

Автор статьи Мартынов Станислав Александрович,
врач оториноларинголог

ГАСТРОЭНТЕРИТ

Не всем известно, что гастроэнтерит – это одно из самых часто диагностируемых заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. При этой патологии воспаляется слизистая желудка и тонкого кишечника. Чаще всего поражается двенадцатиперстный отдел. Заболевание в большинстве случаев имеет инфекционную природу. Основными симптомами являются боль, тошнота, наличие в кале слизи, жидкий стул, вздутие живота. Лечение заключается в соблюдении диеты, отказе от спиртного и приеме антибактериальных лекарств.

При гастроэнтерите нарушается процесс переваривания пищи. Диспепсия обусловлена воспалением желудка и тонкой кишки. Это становится причиной нарушения секреторной функции органов, замедления продвижения пищи и иммунных нарушений.

Гастроэнтерит может протекать в острой и хронической формах как у взрослых, так и детей.

Хроническая форма гастроэнтерита имеется практически у каждого второго школьника. В общей структуре инфекционной патологии данное заболевание занимает 2 место по распространенности среди населения, уступая только заболеваниям верхних дыхательных путей.

Что касается острого гастроэнтерита, выделяют 3 степени тяжести заболевания в зависимости от клинической картины. Легкая форма отличается чуть повышенной температурой тела, отсутствием признаков обезвоживания, тошнотой, рвотой и жидким стулом до 3 раз в день. При наличии средней степени тяжести гастроэнтерита симптомы включа-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ют выраженную лихорадку. Стул до 10 раз в день. Тяжелое течение отличается выраженными симптомами обезвоживания.

ЧЕМ ВЫЗВАН ГАСТРОЭНТЕРИТ?

В развитии гастроэнтерита наибольшую роль играют следующие факторы:

- неправильное питание;
- инфицирование желудка и тонкой кишки различными микроорганизмами;
- злоупотребление спиртными напитками;
- бесконтрольный прием медикаментов (антибиотиков, цитостатиков);
- непереносимость некоторых продуктов;
- понижение кислотности желудочного сока;
- курение.

Часто встречается острый инфекционный тип воспаления. Он связан с проникновением микробов (бактерий, вирусов). Это могут быть сальмонеллы, шигеллы, ротавирусы, аденовирусы. Факторами передачи являются предметы домашнего обихода, воздух и некачественные продукты питания.

Заболевание может быть связано с бактериями Helicobacter pylori. Эти микробы устойчивы к среде желудка. Наличие данных бактерий способствует усилению секреции соляной кислоты. Это вызывает раздражение и воспаление тонкой кишки.

Причины возникновения гастроэнтерита включают и дисбактериоз. Снижение объема полезной микрофлоры способствует активизации патогенных бактерий, что приводит к воспалению.

Острый гастроэнтерит часто имеет аллергическую природу. Обычно причиной является непереносимость некоторых пищевых продуктов. Эта форма заболевания наблюдается преимущественно у детей.

К факторам риска развития хронического гастроэнтерита относятся вредные привычки (курение), воздействие ионизирующего излучения, случайное попадание в желудок токсических веществ.

При гастроэнтерите симптомы определяются основным этиологическим фактором и видом возбудителя. **При остром воспалении наблюдаются следующие клинические признаки:**

- тошнота;
- рвота;
- боль около пупка или в эпигастральной области;
- урчание в животе;
- снижение аппетита;
- жидкий стул;
- частые позывы в туалет.

При инфекционной форме заболевания инкубационный период достигает 3–5 дней. **Гастроэнтерит эозинофильный (аллергический)** отличается более бурным началом. Сильная боль в животе и рвота – основные его симптомы. **Токсическая форма** заболевания отличается кратковременным повышением температуры тела. Острый гастроэнтерит инфекционного происхождения всегда сопровождается лихорадкой. Ее появление связано с воздействием на организм токсинов бактерий. Геморрагический гастроэнтерит может сопровождаться рвотой и жидким, учащенным стулом с примесью крови. Диарея при остром воспалении желудка и тонкого кишечника является поздним симптомом. В тяжелых случаях частота опорожнения кишечника достигает 10–15 раз в сутки. Стул жидкий и пенистый. В кале может обнаруживаться большое количество слизи. Визуально определяются непереваренные частицы пищи. В тяжелых случаях развивается дегидратация (обезвоживание). К объективным признакам острого гастроэнтерита относятся: сухость кожи, бледность, снижение артериального давления, обложенность языка налетом, снижение частоты сердечных сокращений.

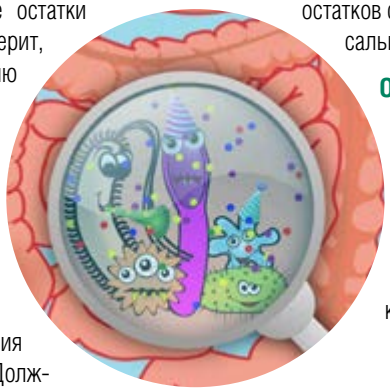
Температура тела при остром воспалении достигает 40 °С. Лихорадка сочетается с ознобом. Симптомы острого гастроэнтерита включают слабость и общее недомогание. В крайне тяжелых случаях на фоне обезвоживания развивается энцефалопатия. Она проявляется головной болью, судорогами, головокружением, нарушением сознания.

Если при остром воспалении не проводилось должного лечения, то заболевание переходит в хроническую форму. Симптомы становятся менее выраженными. Болезнь протекает годами и характеризуется периодическими обострениями. К ранним симптомам относится боль. **Она имеет следующие признаки:**

- сильная;
- ощущается вверху живота;
- усиливается при активных движениях;
- появляется через 1–2 часа после еды.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

В период обострения больные нередко принимают вынужденное положение тела. К другим симптомам данной патологии относятся: тошнота, учащенный, жидкий стул и рвота. Диарея является постоянным признаком хронического гастроэнтерита. Каловые массы имеют неприятный запах. В них обнаруживается слизь и непереваренные остатки пищи. Если не лечить гастроэнтерит, то диспепсия приводит к снижению веса.



Частым осложнением болезни является анемия. Она проявляется слабостью и бледностью кожи. При хроническом гастроэнтерите симптомы включают ломкость ногтей и сухость кожи. Причина – нарушение всасывания витаминов и микроэлементов. Должное лечение гастроэнтерита приводит к исчезновению симптомов болезни через 1–2 недели.

Обострения гастроэнтерита наиболее часто возникают весной и осенью. Причиной могут стать погрешности в питании.

Зараженный человек не представляет опасности для окружающих. Лечение гастроэнтерита проводится с учетом основного этиологического фактора и вида возбудителя. **Для постановки диагноза требуются следующие исследования:**

- ФГДС;
- пальпация живота;
- измерение АД;
- термометрия;
- общие анализы крови и мочи;
- биохимическое исследование;
- иммунологический анализ;
- pH-метрия;
- УЗИ органов брюшной полости (для исключения панкреатита и холецистита);
- бактериологический анализ кала;
- копрограмма;
- анализ на Helicobacter pylori.

Большую ценность имеет копрограмма. Это исследование выявляет присутствие в кале гноя, слизи, непереваренной пищи, волокон и других примесей. В стадии обострения в крови повышается СОЭ и наблюдается лейкоцитоз. При необходимости проводится бактериологическое исследование мочи, кала, рвотных масс или крови. В случае острого воспаления может потребоваться исследование остатков съеденной пищи для исключения сальмонеллеза и дизентерии.

Окончательный диагноз гастроэнтерита ставится после ФГДС и выявления возбудителя. Эндоскопическое исследование позволяет определить состояние слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки.

КАК ЛЕЧИТСЯ ГАСТРОЭНЕТРИТ?

При воспалении желудка и тонкого кишечника лечение направлено на устранение обезвоживания, уничтожение возбудителя и ликвидацию основных симптомов. При легкой форме гастроэнтерита госпитализация не требуется. В тяжелых случаях при инфекционной природе воспаления лечение проводится в инфекционном отделении, так как человек может быть заразен.

Легкая форма острого гастроэнтерита требует соблюдения диеты, обильного питья, приема сорбентов (активированного угля, Лактофильтрума, Полисорба, Энтеросгеля), использования ферментных препаратов. По показаниям назначаются противомикробные лекарства. Дополнительно назначают антибиотики с учетом вида возбудителя.

Всем больным нужно отказаться от алкоголя, острой, грубой и жирной пищи. Если беспокоит постоянная боль в животе, то лечение предполагает физиотерапию (электрофорез).

Профилактика гастроэнтерита заключается в употреблении только натуральных и свежих продуктов, их мытье, использовании чистой посуды, отказе от курения и алкоголя, лечении других заболеваний.

Прием ведет Горбунова Елена Леонидовна,
гастроэнтеролог высшей категории,
детский гастроэнтеролог

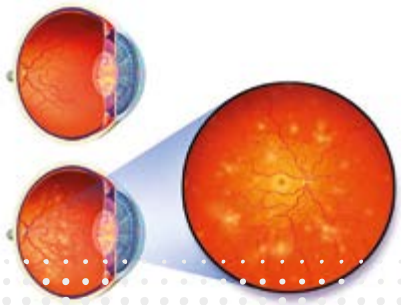
ЗРЕНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

ЗРЕНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, К СОЖАЛЕНИЮ, ПОДВЕРГАЕТСЯ ВЫСОКОМУ РИСКУ. СУЩЕСТВУЕТ ЦЕЛЫЙ РЯД ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЕТ ЭТО ЭНДОКРИННОЕ НАРУШЕНИЕ.

К ним относятся – диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек, катаракта и глаукома. Эти состояния вызывают серьезное снижение зрения вплоть до слепоты.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

Хронически высокий уровень сахара в крови влияет на состояние крошечных кровеносных сосудов в сетчатке глаза. Сетчатка – одна из внутренних оболочек глаза, она воспринимает свет и преобразует его в импульсы, посылаемые через зрительный нерв в мозг. Диабетическая ретинопатия делает сосуды настолько хрупкими, что постоянно происходят микрокровоизлияния в сетчатку и зрение при сахарном диабете неуклонно снижается.



ДИАБЕТИЧЕСКИЙ МАКУЛЯРНЫЙ ОТЕК

Это осложнение диабетической ретинопатии называют одной из самых значимых причин снижения центрального зрения. Макула важна для четкого, прямолинейного видения, которое используется для чтения, распознавания лиц. Чаще отек возникает у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и может появиться на любой стадии диабетической ретинопатии, но наиболее вероятно уже на довольно запущенном этапе.

КАТАРАКТА

Возможность помутнения хрусталика повышается с увеличением стажа заболевания диабетом. Катаракта проходит несколько стадий «созревания»,

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

на протяжении которых хрусталик уплотняется и увеличивается в размерах: начальная, незрелая, зрелая и перезрелая (молочная).

Причины катаракт при сахарном диабете – повышение содержания сахара в крови и камерах глаза, нарушение кровоснабжения и питания хрусталика, повреждение нервных волокон по причине эндокринных нарушений

ГЛАУКОМА

Повышение внутриглазного давления происходит при сочетании нескольких факторов, но в случае сахарного диабета лидирующие позиции занимают следующие моменты:

- ухудшение кровообращения вследствие диабетической ретинопатии;
- гипоксия и ишемизация тканей глаза из-за отеков и множества кровоизлияний;
- нарушение оттока водянистой влаги.

При продолжительном течении заболевания происходит атрофия зрительного нерва и пациент теряет зрение. Это происходит постепенно, сначала расширяются границы слепого пятна, затем увеличивается область дугоподобного выпадения зрения. Постепенно пропадает периферическое зрение со стороны носа, затем оно может исчезнуть полностью. Это означает полную атрофию зрительного нерва.

ДИАГНОСТИКА

В зависимости от тяжести сахарного диабета раз в полгода-год необходимо проходить офтальмологическое обследование. Основные методы изучения состояния глаза – офтальмоскопия (с помощью прибора офтальмоскопа визуально оценивается состояние зрительного нерва, сетчатки, сосудов) и флюоресцентная ангиография глазного дна (ФАГД).

КАК ЗАЩИТИТЬ СВОЕ ЗРЕНИЕ

Потеря зрения при диабете иногда необратима. Но своевременное выявление заболевания и всестороннее лечение могут снизить риск слепоты на 95%.

Поскольку заболевания глаза на ранних стадиях еще не имеют ярко выраженной симптоматики, то обследование у больных сахарным диабетом нужно проводить профилактически регулярно каждые 2–4 месяца. Обычные анализы, какие сдают люди с сахарным диабетом, – общий и биохимический крови, на гликозилированный гемоглобин, на С-пептид и анализ мочи.

Контроль над диабетом с помощью диеты, регулирования углеводного обмена и приема медицинских препаратов значительно замедляет начало и уменьшает симптомы ретинопатии.

Главной задачей терапии основного заболевания является поддержание уровня сахара в крови как можно ближе к нормальному значению, контроль над повышением артериального давления и снижением холестерина.

Сформировавшиеся диабетические патологии глаза можно лечить несколькими методами, которые используются по отдельности и в комбинации.

Разнообразие методов лечения заболеваний глаза при сахарном диабете сегодня позволяет сберечь или улучшить зрение пациентов. Наиважнейшей задачей самого больного является внимательное отношение к любым изменениям зрения и незамедлительное прохождение обследования.

Прием ведут
Шантурова Наталья Евгеньевна,
врач офтальмолог высшей категории,
заслуженный врач РФ

Бердникова Ольга Анатольевна,
врач офтальмолог высшей категории

Болезнь Паркинсона

Болезнь Паркинсона – это одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, возникающее вследствие постепенной гибели клеток (нейронов) в области, называемой «черной субстанцией» головного мозга, проявляющееся преимущественно нарушениями движения, неустойчивостью, скованностью, дрожанием конечностей, а также вегетативными и другими расстройствами.

Это заболевание впервые описал лондонский врач Джеймс Паркинсон в 1817 году в «Эссе о дрожательном параличе», и впоследствии оно было названо его именем. Средний возраст дебюта БП составляет 51 ± 10 лет.

По оценкам Европейской ассоциации этим заболеванием поражены примерно 6,3–6,5 миллионов человек в мире, при этом 1 из 10 болеющих находился в возрасте моложе 50 лет. А распространенность БП к 65-летнему возрасту составляет 1%.

Болезнь Парикинсона является вторым по частоте возникновения нейродегенеративным заболеванием после болезни Альцгеймера.

Причины возникновения БП неизвестны. Предполагается, что в основе развития заболевания лежат возрастные, генетические факторы и факторы окружающей среды. БП носит преимущественно спорадический характер, однако при наличии БП у ближайших родственников риск развития возрастает в 2 раза. С наследственными факторами связано лишь небольшое количество случаев БП (5–10%). Также изучается роль факторов окружающей среды, таких

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

как: инфекции, интоксикации, воздействия на организм металлов, пестицидов.

В зависимости от преобладания в клинической картине того или иного симптома выделяют несколько клинических форм болезни Паркинсона:

- Дрожательно-ригидная форма (37%). Типичным признаком является дрожание.
- Акинетико-ригидная форма (33%). Дрожание может отсутствовать или проявляться незначительно, например, в период волнения.
- Ригидно-дрожательная форма (21%). Главными признаками являются общая замедленность движений и повышение тонуса мышц.
- Дрожательная форма (7%). В начале развития главным симптомом является дрожание. При этом мышечный тонус не повышается, а замедленность движений или бедность мимики проявляется незначительно.
- Акинетическая форма (2%). Для нее характерно отсутствие произвольных движений.

В настоящее время диагноз БП ставится на основе характерной клинической картины заболевания.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БП

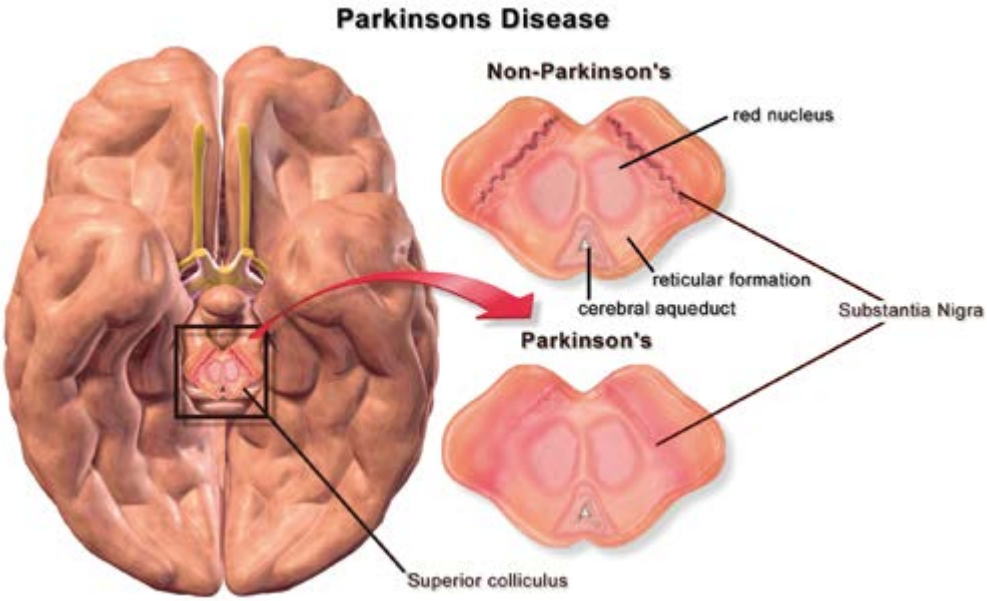
К основным направлениям лечения болезни Паркинсона относятся:

– фармакотерапия;
– медико-социальная реабилитация;
– лечебная физкультура (ЛФК);

Пока еще нет лекарства, которое способно полностью остановить развитие заболевания, но имеющиеся в распоряжении врачей препараты изменяют течение болезни, могут снизить тяжесть симптоматики, а также замедлить темпы прогрессирования заболевания, обладая при этом рядом побочных эффектов.

Основная терапия – восполнение дефицита дофамина. Но нельзя просто дать человеку дофамин, он не будет действовать. Поэтому больному назначают леводопу – предшественник дофамина. Но через 6–8 лет эффективность терапии снижается, появляются колебания состояния в зависимости от приёма таблеток.

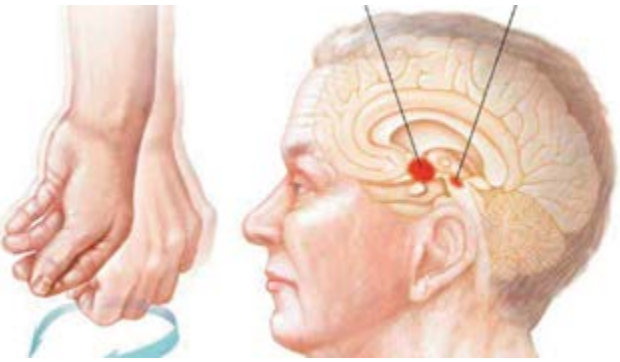
Больному нужна равномерная стимуляция дофамином, порой вместо обычного трёхкратного приёма больной должен принимать лекарство намного чаще, например каждые два часа.



ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Поэтому и нужна коррекция основного лечения и сопутствующей терапии – назначаются дополнительные лекарства, меняется дозировка прежних. В результате обеспечивается независимая жизнь пациента. Главное правило в лечении БП – индивидуальный подход к пациенту. Не существует общей схемы лечения – дозировку препаратов нужно подбирать каждому пациенту отдельно.

Этим обычно и занимаются врачи-паркинсонологи. Поэтому необходимо постоянно находиться в контакте с пациентами, своевременно корригировать дозировку препаратов и обеспечить пациентам достойное качество жизни, несмотря на болезнь. Пациенты могут получать рецепты на бесплатные препараты с действующим веществом леводопа в поликлинике. Принимать лекарства придётся до конца жизни.



Для пациентов и их родственников врачи неврологи дают актуальные рекомендации – как устроить повседневную жизнь больного, как ему вести себя с постуральной неустойчивостью, какую лечебную физкультуру и особую гимнастику может выполнять пациент.

Врач также объяснит и расскажет, каким должно быть питание у пациента с БП.

Есть подтвержденные данные, что при курении и употреблении кофе БП развивается реже. Но с другой стороны у этих привычек имеются другие серьезные побочные явления.

Существуют простые рекомендации, которые должен соблюдать каждый пациент с заболеванием, и самой главной среди них является рекомендация начинать лечение с приёма противопаркинсонических препаратов сразу после установки диагноза

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

болезни, не откладывая лекарственную терапию по потом. Существует запрет на перерывы в приёме данных лекарственных средств, так как отмена препарата при болезни Паркинсона, в отсутствие медицинских показаний, приводит к значительному ухудшению состояния и прогноза заболевания. Очень важно сформировать правильное психологическое отношение к болезни с умением спокойно реагировать на возникающие симптомы заболевания, также необходимо наладить взаимодействие с близкими дома для большей уверенности в себе, полезно и общение с людьми, страдающими этой же болезнью, у которых имеется опыт преодоления схожих затруднений.

Для достижения наибольшего эффекта от проводимой терапии, назначенной врачом, необходимо руководствоваться в жизни определёнными правилами. Их можно провозгласить как правила здорового образа жизни (ЗОЖ) при болезни Паркинсона. К таким нормам образа жизни, наряду с соблюдением режима приёма лекарств, относится и **соблюдение плана повседневной деятельности**, который разрабатывается самостоятельно с учётом реальных возможностей человека. Мелочей в этом плане не бывает! Необходимо планировать активные виды деятельности (работу, занятие спортом, прогулку и т. п.) в часы наиболее сильного действия лекарств. **Обычная дозированная физическая нагрузка, в том числе специальные упражнения, показанные врачом, являются необходимым дополнительным методом лечения болезни Паркинсона**. При проведении занятий физкультурой необходимо выполнять упражнения на растяжение мышц, что предупреждает сгибательную позу, а также на расслабление мышц, что уменьшает болевые ощущения в конечностях. Существуют комплексы дыхательных упражнений, упражнений для улучшения осанки, для мышц туловища, шеи, плечевого пояса, брюшного пресса, верхних и нижних конечностей, упражнения на тренировку мышц тазового дна. Необходимо тренировать речь с чтением вслух любимых книг, текстов, письмо с помощью клавиатуры компьютера, который сейчас есть практически в каждой семье, при ходьбе использовать различные приёмы со звуковыми и зрительными стимулами. Для каждой стадии болезни необходим свой набор упражнений, а также правила поведения, которые подскажет врач, но каждый человек сам должен определиться с темпом и ритмом выполнения данных заданий. Известен научно доказанный факт, что даже обычная ходьба улучшает нейрометаболические процессы, протекающие в головном мозге при болезни Паркинсона, а также улучшает всасывание лекарств из кишечника, что на ранних этапах заболевания снижает потребность в дозах вводимых препаратов, предупреждая различные

осложнения длительной лекарственной терапии, что значительно улучшает общее состояние. **Регулярные занятия физкультурой при болезни Паркинсона выравнивают психологическое состояние**, повышают силу и гибкость мышц, увеличивают подвижность суставов, уменьшают боли в них, улучшают ходьбу с облегчением начала движения и поддержанием равновесия, выполняют роль профилактики дыхательных нарушений. К ЗОЖ для людей с болезнью Паркинсона относится и обязательный контроль за массой тела, состоянием кожи, пищеварения.

Также очень часты **вегетативные нарушения** при болезни Паркинсона, которые очень разнообразны и встречаются в 70–100% случаев заболеваний. К ним относятся: снижение массы тела, нарушение мочеиспускания, запоры, головокружение с обмороками при низком давлении, повышенное потоотделение, плохая переносимость жары или холода. Нередко при данном заболевании снижается фон настроения, нарушается сон, появляется эмоциональная неустойчивость. Эти симптомы могут быть не просто обычными явлениями, присущими каждому человеку, но и быть проявлением болезни. Правильная коррекция перечисленных нарушений значительно улучшит качество жизни без изменения основной схемы лекарственной терапии. В первую очередь, необходимо проводить нелекарственное лечение данных состояний. Одной из рекомендаций, с целью уменьшения различных вегетативных нарушений, является отказ от курения. При исследованиях доказано, что нарушение моторики желудочно-кишечного тракта и бактериальный рост в кишечнике влияют на всасывание противопаркинсонических препаратов леводопы и, соответственно, уменьшают эффективность действия лекарств, что показывает необходимость коррекции часто возникающих при заболевании запоров. Рекомендуется заниматься специальными физическими упражнениями, выполнение которых регулярно до приёма пищи улучшит работу желудка, кишечника и всасывание препаратов. **Необходимо помнить, что всасывание основного противопаркинсонического препарата леводопы зависит от времени его**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

приёма с пищей и от структуры продуктов питания. Белковая пища уменьшает количество поступающей леводопы в мозг, жиры и повышенная кислотность желудочного сока увеличивают время всасывания леводопы. Разработка оптимального режима и структуры питания с простыми правилами, такими, как достаточный водный режим для предотвращения обезвоживания, более частое и дробное питание, сокращение употребления жиров, увеличение пищи богатой углеводами, в том числе хлебобулочных изделий из муки грубого помола с отрубями, включение в пищу достаточного количества продуктов, содержащих клетчатку, минеральных веществ и витаминов, в том числе сухофруктов, овощей, с исключением из рациона продуктов с раздражающим действием (копченостей) и овощей, богатых эфирными маслами (редис, лук, чеснок), с уменьшением количества макаронных изделий, яблочного, виноградного сока, продуктов, раздражающих мочевой пузырь, таких, как крепкий чай, кофе, шоколад, цитрусовые, является обязательным условием при болезни Паркинсона.

Необходимо знать, что болезнь приводит к ограничению двигательной активности и сидячему образу жизни, но непроизвольные движения конечностей, тела (дрожание, дискинезии) по расходу калорий примерно равны умеренной физической нагрузке, и несбалансированная диета с уменьшением количества принимаемых калорий в сутки может усугубить уже имеющуюся потерю веса при заболевании.

Для некоторых пациентов возможно применение хирургических методов лечения – это воздействие на глубинные отделы головного мозга, отвечающие за регуляцию движений и мышечный тонус. Это воздействие осуществляется высокочастотной электростимуляцией с помощью специальных вживлённых электродов. В результате частично восстанавливаются функции у двигательной системы мозга. Однако хирургическое лечение не является панацеей при этой болезни, оно не предотвращает её дальнейшего прогрессирования, приём препаратов по-прежнему необходим.

Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям, необходима консультация нейрохирурга.

Таким образом, здоровье человека, страдающего болезнью Паркинсона, находится не только в руках медицинских работников, но и самого человека, который должен вести здоровый образ жизни, принимать активное участие в процессе поддержания своего здоровья, что значительно улучшит результаты лечения и отчасти будет способствовать его выздоровлению.

Автор статьи Яжинов Александр Александрович, врач невролог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

СКОЛИОЗ

Это заболевание чаще развивается у детей и подростков, но бывают случаи, когда встречается сколиоз у взрослых. Для такой болезни характерно дугообразное искривление позвоночника в боковой плоскости, может происходить разворот некоторых позвонков, что делает плечи или бедра неровными. При данном недуге зажимаются нервные волокна, их коммуникация нарушается, внутренние органы передавливаются или смещаются, ухудшается дыхательная функция.

СКОЛИОЗ БЫВАЕТ ВРОЖДЕННЫМ И ПРИОБРЕТЕННЫМ

Врожденный сколиоз. Какие факторы провоцируют его возникновение?

В результате внутриутробных нарушений развития плода появляется врожденная недоразвитость позвонков, образуются дополнительные элементы. Патология может возникнуть из-за неправильного питания матери, вредных привычек, отсутствия физических упражнений или неправильной формы таза матери.

Приобретенный сколиоз развивается в результате:

- переломов и других травм позвоночника;
- подвывихов шейных позвонков;
- неправильного положения тела по причине физиологических отклонений (например, как следствие разной длины ног, плоскостопия, косоглазия или близорукости);
- неправильного положения тела в результате постоянного пребывания в одной позе (например, при работе за компьютером);
- нерационального питания;
- больших физических нагрузок или слишком редких занятий спортом;
- заболеваний, связанных с неправильным развитием мышц (радикулит, односторонний паралич, рахит, ревматизм), а также при наличии таких недугов, как плеврит, полиомиелит, туберкулез и другие.

СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сколиоз характеризуется целым рядом признаков. Внешне он проявляется боковым отклонением позвоночника, изменением положения торса в любой позе (лежа, стоя). Форма грудной клетки, таза, внутренних органов тоже изменяется. Выраженность симптомов зависит от стадии и вида заболевания.

СТАДИИ СКОЛИОЗА

Сколиоз 1 степени характеризуется такими признаками, как скошенный таз, сутулость, неодинаковая высота плеч, асимметрия талии. Угол искривления равен 10°.

При сколиозе 2 степени асимметричны контуры шеи и более выражена асимметрия талии. Искривление становится заметным в независимости

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

от положения тела. Угол искривления в этом случае составляет 10–20°.

3 степень сколиоза проявляется так же, как и вторая, но кроме этого наблюдаются западание ребра, выпирание реберных дуг, ослабление мышц живота. Угол искривления равен 20–30°.

При 4 степени заболевания позвоночник деформируется, мышцы в области искривления сильно растянуты, развивается реберный горб. Угол искривления может превышать 30°.

ВИДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРИЗНАКИ СКОЛИОЗА

Признаки меняются в зависимости от вида патологии:

- Для **шейно-грудного сколиоза** характерно искривление четвертого, пятого позвонков и асимметрия надплечий.
- **Грудной сколиоз** проявляется искривлением седьмого-девятого позвонков. Происходит нарушение дыхательных функций и деформация грудной клетки.
- При **пояснично-грудном сколиозе** искривления наблюдаются на уровне десятого-двенадцатого позвонков. В данном случае нарушаются функции дыхания и кровоснабжения.
- **Сколиоз поясничного отдела** проявляется искривлением первого, второго поясничных позвонков. Внешне проявления не сильно выражены, но для данного вида заболевания характерно раннее развитие болевых ощущений.

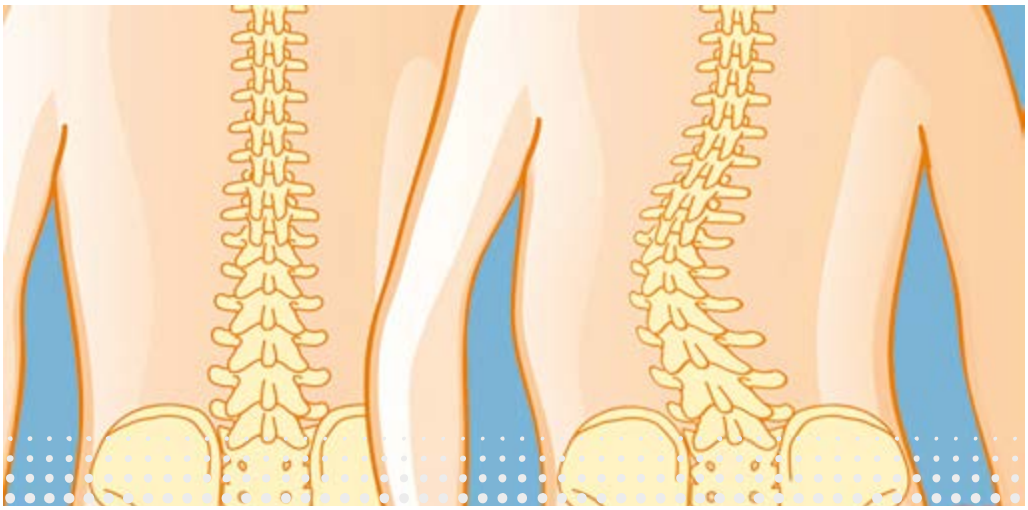
ЛЕВОСТОРОННИЙ И ПРАВОСТОРОННИЙ СКОЛИОЗ

В зависимости от того, куда направлена вершина искривления, различают правосторонний и левосторонний сколиоз. При каждом из них развивается асимметрия мышц спины, увеличиваются изгибы позвоночника, искривляются ребра. Кроме этого, могут развиться различные болезни внутренних органов. Левосторонний сколиоз встречается реже правостороннего и чаще является приобретенной патологией. Страдают данным типом заболевания, как правило, женщины. Такой недуг характеризуется нарушением функции внутренних органов с правой стороны: желчного пузыря, поджелудочной железы, печени, органов малого таза и брюшной полости.

Правосторонний сколиоз является более тяжелой патологией. Клинические проявления в этом случае быстро нарастают и диагностика особых трудностей не представляет, особенно это касается 3–4 степени заболевания. В этом случае асимметрия туловища ярко выражена, наблюдается общая астения и быстрая утомляемость. В конечном итоге болезнь может закончиться инвалидностью больного.

ДИАГНОСТИКА СКОЛИОЗА

Для подтверждения диагноза сколиоз врач ортопед проводит визуальный осмотр грудной клетки, спины, тазовой области, поясницы, живота пациента. Замеряет длину каждой ноги в положении стоя, оценивает степень подвижности поясницы и крупных суставов, определяет симметричность расположения лопаток, плеч, треугольников талии. При визуальном осмотре



ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

каркаса грудной клетки обращает внимание на тонус мышц спины, наличие или отсутствие деформации ребер, реберного горба, впалости грудной клетки и других характерных признаков сколиоза.

Основным диагностическим методом сколиоза является рентгенологическое исследование, которое при подозрении на развивающийся сколиоз проводят 1–2 раза в год.

Во время интенсивного роста ребенка для контроля за состоянием позвоночника необходимы более частые, но щадящие обследования. К ним относятся нелучевые методы визуализации – трехмерное исследование позвоночного столба при помощи контактного или ультразвукового сенсора, сколиометрия по Буннеллю, измерение профиля спины в 3D-режиме. Методики позволяют снизить лучевую нагрузку на растущий организм. Их воздействие более щадящее и безопасное, чем при рентгенограмме.

По показаниям назначаются дополнительные исследования:

- МРТ;
- спирометрию;
- рентген легких;
- УЗ-исследование внутренних органов;
- ЭКГ;
- ЭХОКГ.

ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА

Самостоятельное лечение сколиоза может только усугубить ситуацию!!!

Мониторингом состояния и лечением занимается врач ортопед. При 3 и 4 степени сколиотического деформирования позвоночного столба, когда заболевание приводит к нарушению нормального функционирования внутренних органов, подключаются другие специалисты – кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог.

Тактика лечения определяется в зависимости от причины, течения болезни и степени искривления. Врач может выбрать консервативное или хирургическое лечение, а может ограничиться наблюдением за состоянием пациента.

При искривлении 1 степени обычно достаточно только динамического наблюдения. При функциональных сколиозах, обусловленных разницей в длине ног либо последствиями травм, в первую очередь важно устранить или скорректировать первопричину болезни. К примеру, разницу длины конечностей компенсировать ношением ортопедической обуви или специальных стелек.

Для лечения искривления с углом, не превышающим 15 градусов, без торсионной деформации позвонков, достаточно специализированной антисколиозной гимнастики. Сколиотическое искривление с углом от 15 до 20 градусов требует присоединения к гимнастике корсетотерапии, которая эффективна в период роста пациента. Необходимость ношения корсета при прекращении роста отпадает.

Прогрессирующий сколиоз с углом искривления до 40 градусов лечится в стационарных условиях. Если рост не прекратился, то в качестве основного лечения используют деротирующий корсет. Его носят постоянно, желательно не меньше 16–18 часов в сутки, лучше 23 часа. Снимают только при проведении гигиенических процедур.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Лечение корсетированием длительное, только в этом случае можно получить желаемый результат. Продолжительное использование корсета неизбежно приводит к ослаблению мышц спины, поэтому корсетотерапию необходимо обязательно сочетать с интенсивной гимнастикой. Для укрепления мышц врач дополнительно может назначить курс массажа, физиотерапевтические процедуры. Выздоровлению способствует плавание в бассейне, витаминотерапия.

Сколиоз 3 и 4 степени требует оперативного лечения.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Правильная осанка очень важна для здоровья. Кроме того, люди с ровной спиной выглядят стройнее, моложе и привлекательнее. Чтобы предупредить развитие сколиоза, следует придерживаться следующих рекомендаций:

- Стоять необходимо всегда прямо, опираться на обе ноги. Плечи должны быть расправленными, живот – втянутым. При ходьбе шею следует держать ровно, а голову – слегка приподнятой.
- Эффективное упражнение для красивой осанки – ходьба с книгой на голове. Поначалу будет непривычно и достаточно трудно, ведь чтобы удержать книгу, необходимо выровнять спину. Такое упражнение следует выполнять ежедневно по 5–10 минут, и результаты будут заметны очень скоро.
- Не смотрите телевизор, лежа на боку.
- По возможности ограничьте ношение обуви на высоком каблуке.
- Рабочее место следует организовать так, чтобы бедра находились на одном уровне с коленями и параллельно полу, ступни должны касаться пола.
- Не следует длительное время сидеть в одном положении. Позу необходимо менять почаще. Обязательно надо делать перерыв для того, чтобы потянуться и пройтись.
- Занимайтесь йогой.
- Рекомендуется уделять время компенсаторным упражнениям: повиснуть на турнике и подтянуть колени к груди. Сделать максимальное количество раз.
- Очень эффективно упражнение «кошка»: следует стать на четвереньки, максимально прогнуть спину вниз, а затем выгнуть вверх.
- Плавание – еще один действенный способ профилактики сколиоза. Кроме этого, такой вид физических упражнений обеспечит стройную, подтянутую фигуру и хорошее настроение.

Прием ведут врачи ортопеды высшей категории
Яковлев Андрей Борисович и
Власов Виктор Николаевич

ГИРУДОТЕРАПИЯ

ЭТО ЛЕЧЕНИЕ ПИЯВКАМИ В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

МЕТОДИКА ДОВОЛЬНО ДРЕВНЯЯ. ОНА БЫЛА ОТКРЫТА ЕЩЕ ЗА ТЫСЯЧУ ЛЕТ ДО НАШЕЙ ЭРЫ. ДРЕВНИЕ ЕГИПТЯНЕ ИСПОЛЬЗОВАЛИ КРОВОСОСУЩИХ ЧЕРВЕЙ ДЛЯ ТЕРАПИИ ЦЕЛОГО РЯДА БОЛЕЗНЕЙ.

Пик популярности гирудотерапии приходится на XVII–XIX столетия. Гирудотерапия сегодня – это далеко не новомодная тенденция, а серьезное отношение к организму человека.

Для лечения людей от разных заболеваний используются медицинские пиявки – кольчатые черви, которые питаются кровью.

Их достать довольно проблематично, ведь они обитатели дикой природы, и с каждым годом их становится все меньше. Поэтому сейчас пиявок разводят искусственным путем. Червяк оснащен специальными присосками на теле, в передней части расположен рот. Пиявка редко пьет кровь, так как, присосавшись к млекопитающему и напившись один раз, она будет сыта на несколько месяцев. Сильно голодный червь может за раз выпить примерно 15 мл крови.

В пищеварительном тракте гируды выпитая кровь не сворачивается. Червь остается сытым в течение длительного времени и только по прошествии нескольких месяцев может вновь приступить к своему делу. Именно таких голодных пиявок и используют в лечебных целях, так как только они способны оказать позитивное воздействие на организм человека.

ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ И ПОЛЬЗА ГИРУДОТЕРАПИИ

Лечебное воздействие обусловлено целебной слюной пиявки, которая содержит множество полезных веществ в своем составе:

- **гирудин** – характеризуется выраженным противовоспалительным воздействием, препятствует свертываемости крови, снимает боль;
- **дестабилаза** предупреждает образование тромбов;
- **гиалуронидаза** увеличивает проникновение полезных веществ в ткани;
- **эглины** оказывают противовоспалительный эффект, способствуют восстановлению и заживлению тканей.

В процессе проведения процедуры червь устанавливается на специальные точки присасывания на кожном покрове и сразу вырабатывает свои полезные вещества, которые мгновенно поступают в систему кровообращения и разносятся по кровеносной системе, вызывая в организме множество ответных реакций.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИРУДОТЕРАПИИ

Суть гирудотерапии заключается в терапевтическом воздействии при наличии многих патологий, но, как правило, лечение сочетается с другими методиками. Иногда даже черви помогают предотвратить хирургические операции.

Лечение применяется при следующих диагнозах:

- **Застойные процессы** (терапия помогает лечить такие болезни, как варикоз и тромбофлебит);
- **Заболевания органов малого таза** (терапия гирудами в гинекологии широко распространена при бесплодии и эндометриозе, а также многих других женских проблемах);
- **Патологии сердечно-сосудистой системы** (методика применяется в лечении гипертонии, реабилитации после инфарктов и инсультов);
- **Болезни кожи.** Огромную роль играет гирудотерапия в дерматологии. С помощью пиявок успешно устраняются угри, язвы и прочие проблемы;
- Особую популярность имеет методика **в терапии мигреней и головных болей**, а также патологиях центральной нервной системы. Подобная лечебная мера восстанавливает спокойный сон, делает кровь жиже, активирует работоспособность, предотвращает появление сердечно-сосудистых заболеваний;
- **Болезни пищеварительного тракта.** Гастроэнтерологи назначают данную методику при многих заболеваниях: гастритах, колитах, холестазе и др.;
- **Болезни опорно-двигательной системы.** Отличных результатов удается достичь с помощью применения гирудотерапии при остеохондрозе. Важное значение терапия имеет для суставов и назначается при артритах и артрозах,

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

помогает восстановиться после травм, способствует регенерации тканей;

- Практически первое место получило применение гирудотерапии **в косметологии**. Она назначается в период реабилитации после пластических операций, заживления шрамов, устранения гематом. Доказаны омолаживающие свойства методики.

Как ни странно, но даже **стоматологи** прибегают к использованию гирудотерапии. С помощью проведения нескольких сеансов можно излечиться от кисты зуба.

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПИЯВКАМИ

Перед сеансом необходимо обязательно выявить все имеющиеся показания и противопоказания в каждой конкретной ситуации. Для каждого больного разрабатывается своя терапевтическая схема.

Гирудотерапия может проводиться только под наблюдением квалифицированного специалиста. Применение методики недопустимо в домашних условиях.

А еще надо знать, что:

- Через рану со слюной гируды в человеческий организм попадает целый комплекс биологически активных компонентов.
- Червь выпивает примерно до 15 мл крови. После его отпадения кровоизлияние еще продолжается от шести до двадцати четырех часов.
- За одно посещение может быть поставлено несколько пиявок.
- Как правило, для достижения определенной терапевтической цели хватает десяти визитов. Но в некоторых случаях хватит и двух процедур.
- Лечение пиявками нужно повторять несколько раз в год, но не меньше двух.

Как и любая терапевтическая методика, гирудотерапия имеет определенный перечень противопоказаний. Она не назначается лицам:

- страдающим заболеваниями кровеносной системы;
- с диагнозом геморрагический диатез;
- вынашивающим ребенка;
- детям до десятилетнего возраста;
- при хронической гипотонии.

Если соблюдены все правила проведения процедуры, у больного нет никаких противопоказаний, тогда и вероятность появления осложнений минимальна.

При самолечении или предоставлении услуг неквалифицированными специалистами может развиться инфекционный процесс на месте укуса.

По отзывам многих пациентов можно сказать, что эффективность гирудотерапии доказана.

ПРОФИ

ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

Лазерная эпиляция SOPRANO

ВЕЗДЕ

не больно и недорого

202 145

ул. Свердлова, 36

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Эрозия шейки матки

ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА НА ШЕЙКЕ МАТКИ. ПО СВОЕЙ СУЩНОСТИ ЭРОЗИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ РАК, НО ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ.

ЧТО ОЗНАЧАЕТ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ?

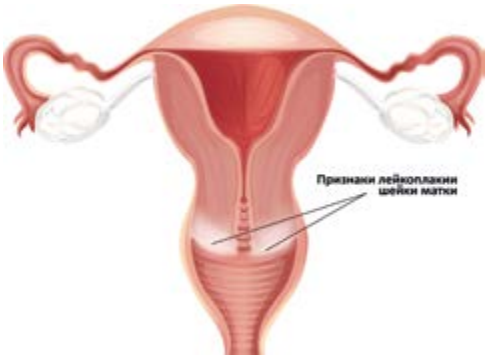
Шейка матки представляет собой цилиндрическую полость, соединяющую между собой матку и влагалище. Слизистая на шейке матки с влагалищной стороны выстелена плоским эпителием (многослойным), а цервикальный канал шейки состоит из эпителия цилиндрического типа.

Эрозии шейки матки распространены в двух основных формах:

- истинная эрозия;
- эктопия или псевдоэрозия.

Истинная эрозия – это небольшая рана (язвочка), являет собой красное пятно на оболочке шейке матки, располагающееся на здоровой слизистой, которая в нормальном состоянии светло-розового цвета.

Диагноз «псевдоэрозия шейки матки» довольно часто ставится женщинам в возрасте 21–25 лет, а также женщинам с высоким уровнем эстрогенов



в крови. Псевдоэрозия шейки матки характеризуется выходом эпителия цилиндрической формы из цервикального канала шейки матки.

Выделяют следующие типы псевдоэрозии шейки матки:

- **папиллярные** эрозии шейки матки – поверхность эрозии имеет сосочковые разростания, признаки воспалительного процесса;
- **железистые** (фолликулярные) эрозии шейки матки имеют на слизистой оболочке кисты, железистые ходы;
- **железисто-папиллярные** эрозии шейки матки (смешанные).

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Эрозия шейки матки может быть как **врожденной**, так и **приобретенной**. Врожденная эрозия представляется в виде псевдоэрозии. Приобретенная эрозия возникает вследствие травмы или инфекции, находящейся в организме женщины.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Основными причинами эрозии шейки матки являются:

- заболевания, передающиеся половым путем (среди них: урогенитальный хламидиоз, ВПЧ, гонорея, микоплазмоз, генитальный герпес);
- воспалительные болезни половых органов женщины;
- неправильное и несвоевременное лечение половых инфекций;
- воспалительные процессы во влагалище (вагинит, кольпит, молочница);
- механические повреждения слизистой оболочки шейки матки (следствие родов, проведения аборта);
- сочетание нескольких из вышеперечисленных причин.

Причиной эрозии шейки матки могут послужить различные микротравмы. Воспалительный процесс слизистой будет сопровождаться повышенной секрецией – вследствие этого появятся специфические выделения. Это приводит к дополнительному раздражению слизистой оболочки, нарушается нормальная структура эпителия шейки матки. Эпителиальная ткань исчезает, что приводит к оголению слизистой оболочки, возникает эрозия шейки матки.

Развитие эрозии шейки матки также происходит под влиянием:

- гормональных расстройств;
- нарушений в менструальном цикле;
- раннего или слишком позднего начала половой жизни;
- редких половых контактов или, наоборот, частой смены половых партнеров.

СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Чаще всего при эрозии шейки матки симптомы, свидетельствующие о заболевании, отсутствуют, какие-либо изменения в самочувствии женщины не наблюдаются. Выявить данное заболевание можно только во время гинекологического осмотра.

Заболевание может протекать длительное время, пока существует воспалительный процесс или другая патология, ставшая причиной его развития. Сама псевдоэрозия имеет способность поддерживать воспаление из-за наличия инфекции в железах эрозии. У женщин с эрозией слизистой шейки матки не возникает дискомфорт внизу живота. Заболевание не проявляется во время интимной близости. Лишь в исключительных случаях эрозия шейки матки сопровождается мажущими выделениями розового или коричневого цвета, которые могут возникать спонтанно или после полового акта. Редко при эрозии может возникать болевое ощущение во время самого полового акта.

Псевдоэрозии в ряде случаев кровоточат у женщин во время беременности, при предраковых состояниях.

ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Часто эрозия шейки матки обнаруживается при плановых гинекологических осмотрах. Для уточнения диагноза гинеколог назначает проведение кольпоскопии, а также:

- микроскопическое исследование мазка для определения состояния вагинальной флоры;
- бактериологический посев (при необходимости);
- ПАП-тест (позволяет выявить атипичные клетки) – наиболее достоверное исследование для диагностирования рака шейки матки;
- биопсию (забор фрагмента пораженной ткани для гистологического исследования);
- тестирование на гормоны;
- анализы на сифилис, ВПЧ (вирус папилломы человека), гепатиты В и С, вирус герпеса, цитомегаловирус;
- анализы на микоплазму, трихомонаду, хламидии.

Врач, имеющий представление о симптомах заболевания и его кольпоскопической картине, сможет предварительно поставить диагноз с точностью 70–80%. Точность диагноза возрастет до 100%, если при кольпоскопии будут проведены цитология и гистология тканей.

Кольпоскопия представляет собой гинекологический осмотр шейки матки под 25–30-кратным увеличением. Специальный оптический прибор позво-

ляет врачу хорошо рассмотреть пораженные участки слизистой оболочки шейки матки.

Процедура кольпоскопии безболезненна, она проводится в гинекологическом кресле и длится около 5–10 минут. Данное исследование рекомендуется проводить в середине менструального цикла, примерно на 9–15 день.

Врач оценивает состояние шейки матки, ее деформацию, различные разрывы и воспаления.

С помощью кольпоскопии гинеколог сможет:

- определить очаг поражения слизистой оболочки эктоцервикса (влагалищной части шейки матки);
- установить характер поражения и его локализацию;
- выявить доброкачественные изменения в области вульвы, влагалища, шейки матки;
- выбрать оптимальный способ лечения выявленной патологии.

При кольпоскопическом осмотре врач точно определит, какая из форм эрозии шейки матки развилась у пациентки, истинная и псевдоэрозия.

Если гинеколог заподозрит какую-то патологию, он предложит сделать биопсию. Будет взят образец эпителия шейки матки для его детального лабораторного исследования под микроскопом. Биопсия в несколько раз точнее цитологического исследования, так как для лабораторного изучения берется не случайный образец эпителия, а прицельно взятый из наиболее подозрительного участка.

Вариантов диагностики эрозии шейки матки существует довольно много, но лучше всего лечить данное заболевание на ранних стадиях. Плановый гинекологический осмотр позволит своевременно выявить повреждения слизистой оболочки шейки матки и предупредить их развитие.

Для профилактики возникновения псевдоэрозии огромное значение имеет не только раннее диагностирование, но и:

- своевременное проведение терапии обнаруженного воспаления во влагалище и шейке матки;
- коррекция разрывов шейки матки хирургическим путем.

ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Если женщине ставится диагноз «врожденная эрозия», то этот тип эрозии лечить не нужно. В этом случае эрозия возникла вследствие гормональных нарушений, случившихся в пубертатный период. Самоизлечение произойдет после гормональной перестройки женского организма (в частности после родов). Время от времени все же необходимо проходить профилактические гинекологические осмотры, позволяющие контролировать возможные изменения эрозии.

Также выделяют истинную эрозию – эрозия, при которой на оболочке слизистой возникает рана. При таком дефекте заживание эпителия шейки матки происходит самостоятельно за 1–3 недели.

Чаще всего встречается ложная эрозия или псевдоэрозия (эктопия). По механизму развития данный тип эрозии аналогичен врожденной. Однако имеется одно существенное различие: эктопия не способна заживать самостоятельно, поэтому потребуется проведение лечения.

Лечение эрозии осуществляют как медикаментозным, так и немедикаментозным путем.

Выбор методов терапии зависит от ряда факторов:

- стадии выраженности эрозии;
- характера протекания;
- масштаба и структуры поражения.

Главная цель лечения состоит в удалении ткани, которая поражена патологией. Если присутствуют воспалительные процессы во влагалище или на шейке матки, в первую очередь проводится исследование, в результате которого будет выявлен возбудитель инфекции. После определения типа возбудителя женщине назначается курс антибактериальной терапии.

Сравнительно новым методом лечения эрозии является лечение с помощью радиоволнового ножа (аппарат СУРГИТРОН, например). Способ предполагает контактное воздействие радиоволн на пораженные участки эпителия шейки матки. Радиоволна способствует стимулированию внутренней клеточной энергии, которая приводит к запуску процесса деструкции патологических клеток. Процедура длится около 15 минут, проходит совершенно безболезнен-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

но. Рубцевание ткани, как и при методе лазерной вапоризации, не происходит, однако, может наблюдаться выделение сукровицы. Заживление тканей происходит через месяц.

Проведение методов радиоволновой терапии противопоказано при:

- менструации;
- воспалении гениталий в обостренной форме (вульвовагиниты, эндометриты, кольпиты и др.);
- острых соматических и различных инфекционных заболеваниях (гайморит, грипп, острый ринит, цистит);
- онкологических заболеваниях;
- беременности;
- психических болезнях;
- декомпенсационной стадии сахарного диабета;
- присутствии ВМС.

Проведению радиоволнового лечения не препятствуют миомы матки, ВПЧ, кисты, грудное вскармливание, операции на щитовидной железе.

Радиоволновые методы при лечении эрозии преимущественны тем, что:

- достаточно всего одной процедуры;
- не остается ожоговый след;
- нет необходимости в использовании средств для ускорения процесса заживления;
- можно не прерывать грудное вскармливание.

После проведения терапии по устранению эрозии женщине на протяжении 10 дней рекомендуется:

- избегать купания в природных водоемах, ванне, бассейне;
- отказаться от посещения бани и сауны;
- воздерживаться от долгой ходьбы, подъема по лестнице;
- избегать половых контактов.

Лечение эрозии с помощью народных средств (облепиховым маслом, спринцеванием, примочками и т. д.) категорически запрещено! Такое лечение не только не улучшит состояние пораженного эпителия, но и может усугубить состояние эрозии, вызвав воспалительный процесс и инфицирование.

Сроки лечения эрозии шейки матки обусловлены длительностью и особенностями течения данного заболевания, величиной эрозированного участка. Эрозия подлежит наблюдению и проведению обязательного лечения. Участок поврежденного эпителия без надлежащей терапии может превратиться в злокачественное образование. Затягивание с лечением может увеличить риск развития предракового состояния. Однако во время беременности прижигать эрозию шейки матки не рекомендуется – к врачу лучше обратиться уже после родов.

Автор статьи Холодова Людмила Николаевна,
врач акушер-гинеколог высшей категории

ГИРУДОТЕРАПИЯ

в лечении гинекологических заболеваний

Гирудотерапия считается одним из методов нетрадиционной медицины, но эффективность слюны пиявки подтверждена медицинскими исследованиями. Лечение с помощью пиявок сегодня считается передовым и современным методом вспомогательной терапии гинекологических заболеваний. Однако следует принять во внимание, что применять данную методику стоит только по показаниям и выполнять процедуру необходимо лишь у высококвалифицированного специалиста.

Использовать дикие или природные пиявки категорически запрещено.

Когда доктор помещает пиявку на биологически активные точки, она впрыскивает свою слюну, богатую полезными элементами.

Данные вещества помогают снять воспаление и отёк, улучшить микроциркуляцию богатой кислородом крови и предотвратить образование тромбов. **Помимо этого, выделяемые пиявками коллагеназа и гиалуронидаза позволяют провести лечение и профилактику спаечной болезни, которая является частой причиной бесплодия у женщин.**

Этот метод лечения может применяться как самостоятельно, так и в качестве вспомогательного способа к основной терапии, назначенной врачом гинекологом.

Гирудотерапия имеет массу плюсов:

1. Повышает степень иммунной активности в организме и помогает справиться с болезнями быстрее.
2. Уменьшает боль при заболеваниях воспалительного рода.
3. Снижает риск тромбообразования.
4. Нормализует артериальное давление (вегетососудистые проявления климакса у женщин сопровождаются перепадами давления).
5. Может заменить искусственные гормональные препараты, имеющие большое количество побочных эффектов.

ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПИЯВОК ВОЗМОЖНЫ:

1. Аллергические реакции.
2. Значимая кровопотеря.
3. Резкое понижение артериального давления.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Именно поэтому данная процедура должна проводиться специалистом и только по разрешению врача гинеколога.

Итак, довольно давно и успешно используются пиявки для лечения таких патологий, как:

- хроническая воспалительная патология матки и придатков;
- эндометриоз;
- бесплодие;
- синдром поликистоза яичников;
- нарушения менструального цикла (в том числе и задержка месячных);
- миома матки;
- мастопатия грудных желёз;
- спаечная болезнь;
- гирудотерапия перед ЭКО;
- гормональный дисбаланс;
- аденомиоз;
- эрозия шейки матки;
- дефекты слизистой наружных половых органов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Есть ряд противопоказаний для гирудотерапии, среди которых:

- гемофилия и геморрагические васкулиты;
- приём антикоагулянтов (препараты, разжижающие кровь);
- анемия тяжёлой степени;
- злокачественные опухоли;
- истощение организма (кахексия);
- низкое давление;
- острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты) и инфаркты;
- системный аллергический ответ организма на укус пиявки.

Нежелательно применять такой метод у детей до 10 лет, беременных и кормящих грудью женщин.

ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Пациентку предварительно готовят к лечению пиявками. После тщательного опроса, осмотра гинекологом, сдачи общих клинических анализов крови и мочи, а также оценки показателей свёртываемости крови гинеколог назначает определённый курс терапии (с указанием точного количества процедур и регулярности их проведения). **Перед сеансом необходимо принять душ, а после ни в коем случае не пользоваться духами и дезодорантами, так как пиявка не переносит сторонние запахи.**

Следует учитывать, что пиявка применяется единожды и только для одного пациента, после чего обязательно утилизируется.

В зависимости от патологии, с которой обратилась женщина, гирудотерапевт выбирает биологические активные зоны, к которым прикладывает медицинских или аптекарских пиявок. Предварительно

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

осуществляются несколько растирающих движений для лучшей циркуляции крови в этих местах.

Продолжительность одного сеанса – до 40 минут.

Неприятные ощущения присутствуют лишь в самом начале процедуры: после прокола в кровь попадает натуральное обезболивающее, которое устраняет дискомфорт.

Каждая пиявка извлекает от 6 до 20 мл крови, после чего она убирается врачом или отпадает сама. По окончании процедуры рекомендуется сохранять положение лёжа ещё 15–20 минут. В это время врач наложит стерильную повязку. Кровоточить такая ранка может до 24 часов.

лительных процессов и других гинекологических заболеваний:

- лонная (над лонным сочленением);
- крестцовая (высшая точка крестца);
- поясничная (на уровне 2–3 поясничного позвонка);
- перианальная (вокруг анального отверстия);
- нижняя брюшинная (ниже пупка);
- зона сосцевидного отростка и задняя шейная (чаще при маточных кровотечениях).

ОБЛАСТИ ПРИСАСЫВАНИЯ ПИЯВОК

Ставить пиявку можно несколькими способами:

- интравагинально (внутрь вагины);
- наружно.

Существует множество наружных областей. При проведении процедуры, в зависимости от локализации патологического очага, используют до 7–10 точек (соответствует количеству пиявок).

Среди самых эффективных точек, используемых гирудотерапевтом для лечения бесплодия, воспа-

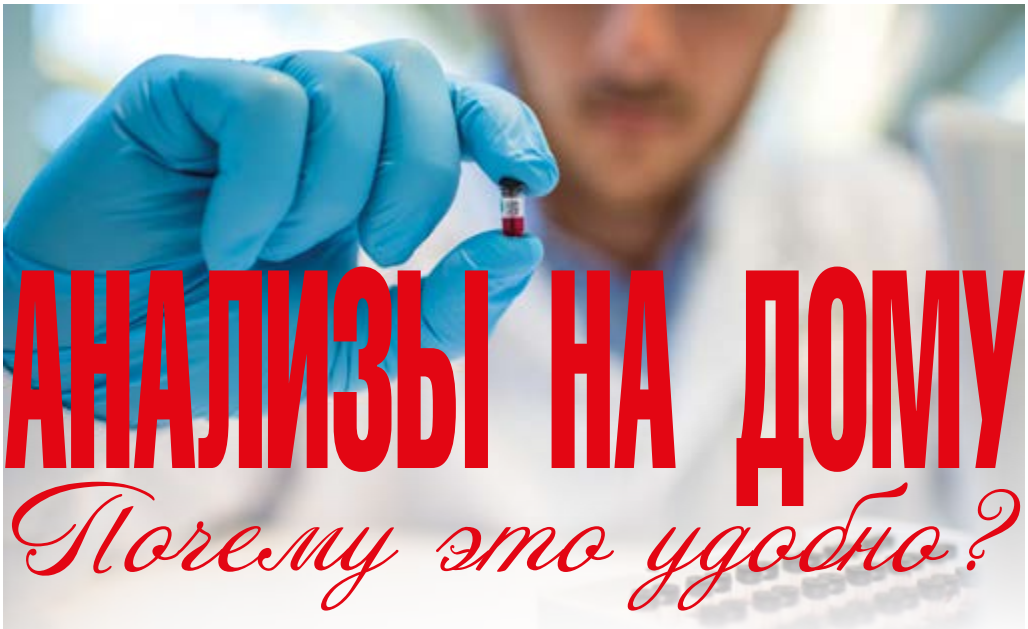
Гирудотерапевт выбирает различные комбинации в зависимости от диагноза пациентки и фиксирует пиявку.

При гирудотерапии возможен отказ от гормональных средств, лечение которыми зачастую вызывает большое количество побочных эффектов.

Пациентки часто отмечают повышение работоспособности, улучшение цвета лица, уменьшение отечности и угревой сыпи.

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК



АНАЛИЗЫ НА ДОМУ

Почему это удобно?

Прежде всего потому, что вам не нужно тратить время на то, чтобы добраться до клиники (лаборатории), а значит не потребуется выкраивать из графика необходимое количество часов и менять планы. Медсестра приедет в назначенное время к вам домой и проведет все необходимые манипуляции. Это по достоинству оценят пожилые люди и те, кому сложно покидать собственное жилье по тем или иным причинам.

Часто атмосфера процедурного кабинета, вид врачей в белых халатах и большое количество незнакомых людей становятся причиной стресса у детей. Ребенок боится, волнуется, капризничает, отказывается проходить процедуру. Решить эту проблему позволит взятие анализов на дому – в спокойной домашней обстановке даже самый юный пациент будет вести себя покладисто и тихо.

Как это сделать?

Очень легко. Такой сервис уже давно предлагает Центр Молекулярной Диагностики. Чтобы организовать визит медицинского работника к вам домой, достаточно оставить заявку по телефону или на сайте компании.

Квалификация и опыт персонала ЦМД позволят провести все манипуляции максимально быстро и аккуратно. В работе используются одноразовые инструменты и расходные материалы. Забор крови дома у пациента ничуть не уступает в стерильности анализу, взятому в стенах медучреждения.

Все собранные образцы отправляются в лабораторию немедленно. При этом транспортировка крови, мочи или другого биологического материала происходит при правильных температурных условиях. Это важный фактор, который обеспечивает высокое соответствие результатов действительности. Например, если при перевозке контейнера с мочой образец попадет в условия минусовой температуры, то свойства жидкости изменятся, и она становится непригодна для анализа.

Вызвать медицинского работника и сдать анализы дома – это простой и комфортный способ следить за своим здоровьем и заботиться о близких.

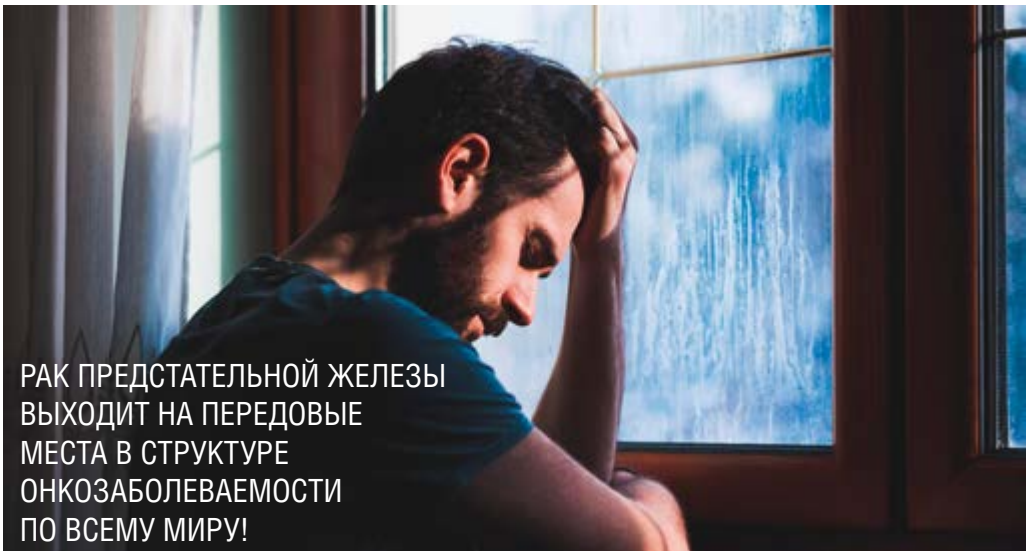
Оставить заявку для сдачи анализов на дому Вы можете по телефону

в Иркутске 480-199

в Ангарске 56-13-12

в Братске 46-99-46

А так же на сайте
www.doctor.irk.ru, www.igcmd.ru



РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Но речь сегодня даже не о самом раке предстательной железы, а о его ранней диагностике, что является сложной задачей в повседневной работе врача уролога.

Как же заподозрить данное заболевание? Ведь на ранних стадиях симптомов, как правило, нет. И даже при более поздних стадиях не всегда мы можем их увидеть.

В 1979 году **простатспецифический антиген (**ПСА) был обнаружен в семенной жидкости и использовался в судебной медицине.

С 1987 года ПСА стал широко использоватся и в практической медицине.

ПСА (простатспецифический антиген) – это химическое вещество, которое вырабатывается эпителиальными клетками предстательной железы для разжижения спермы. Соответственно, он в норме есть у всех мужчин. Этот маркер помогает врачу выявить рак предстательной железы на ранних стадиях развития.

Часть ПСА проникает в кровяное русло. При некоторых обстоятельствах (при аденоме предстательной железы, при простатите, после ректальных исследований и др.) значения ПСА могут в крови повышаться и это нужно учитывать при их интерпритации.

При повышении ПСА проводится тщательное обследование пациента, целью которого и является выявление рака предстательной железы на ранних стадиях.

Существуют определенные стандарты исследований при повышении уровня ПСА в крови, куда входит и биопсия предстательной железы (взятие кусочков ткани для дальнейшего гистологического исследо-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

вания), на основании которой и диагностируется рак предстательной железы! Существуют различные методики биопсии предстательной железы, но чаще всего она проводится ректально (через прямую кишку) специальным биопсийным пистолетом и биопсийными иглами после предварительной подготовки кишечника.

КАКИЕ ЖЕ ЗНАЧЕНИЯ ПСА В НОРМЕ?

ПСА в сыворотке крови определяют в 2-х формах: связанной (соединенной с белками) и свободной.

ПСА общий = ПСА связанный + ПСА свободный.

При раке предстательной железы увеличивается количество связанного ПСА.

А при аденоме простаты повышается свободный ПСА.

Наиболее точную оценку ПСА получают при расчете: $ПСА_{своб.}/ПСА_{общ.}*100\%$

Если этот показатель ниже 25%, а по некоторым источникам 15% – пациенту рекомендовано проведение биопсии предстательной железы.

За норму приняты значения общего ПСА до 4,0 нг/мл. Но, к сожалению, не всегда ПСА ниже 4,0 нг/мл. говорит об отсутствии рака предстательной железы. Так и наоборот, значение ПСА выше нормы не всегда говорит о его наличии. И даже проведение биопсии предстательной железы не всегда исключает наличие в предстательной железе онкологического процесса. Иногда приходится неоднократно проводить данное исследование с определенным промежутком – 3–6–12 месяцев при сомнительных значениях ПСА и его росте.

Поэтому каждый мужчина в возрасте старше 40 лет, а при наличии заболеваний нижних мочевых путей и в более раннем возрасте, должен обследоваться у врача уролога. Анализ крови на уровень ПСА тоже является обязательным для ежегодного обследования.

Автор статьи
Луценко Виктор Анатольевич,
врач уролог первой категории

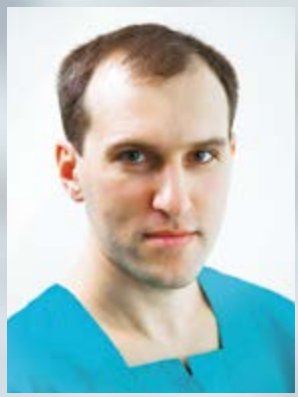
Королева Марина Анатольевна
руководитель центра вакцинопрофилактики

Урсуленко Елена Владимировна
детский гематолог, врач высшей категории

Холодова Людмила Николаевна
врач акушер-гинеколог высшей категории

Козлова Юлия Викторовна
врач дерматовенеролог

Мартынов Станислав Александрович
врач оториноларинголог



Луценко Виктор Анатольевич
врач уролог первой категории

Григорьева Вера Сергеевна
акушер-гинеколог, детский гинеколог

Яшина Виктория Валерьевна
врач детский невролог

Яжинов Александр Александрович
врач невролог

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 (А, В, С, 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 SuC

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

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

амилаза (диастаза), билирубин общий, билирубин прямой, Глюкоза, сывороточное железо, ревматоидный фактор, фосфор, натрий, калий, антистрептолизин-О, С-реактивный белок, альбумин, определение белковых фракций, кислая фосфатаза, лактатдегидрогеназа, (LDH), ЛДГ 1, 2 фракции (a-HBDH), креатинкиназа, 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: зозинофильный катионный белок; Ca ++ (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)

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

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

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

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