ДОКТОР

irk.ru

ДЕСЯТЬ МУЖСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ВЫСОКОЕ НИЖНЕЕ ДАВЛЕНИЕ

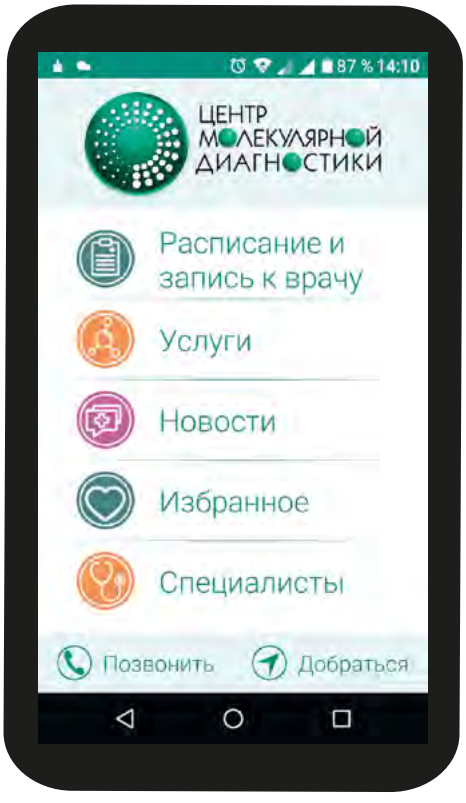
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ШКОЛЬНИКА

12+

новости центра молекулярной диагностики

ЦЕНТР МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

СКАЧАЙ ПРИЛОЖЕНИЕ, ПОКАЖИ РЕГИСТРАТОРУ И ПОЛУЧИ ДИСКОНТНУЮ КАРТУ СО СКИДКОЙ 10%!



Мобильное приложение Центра Молекулярной Диагностики позволит вам:

- ✓ записаться на прием
- ✓ узнать расписание врача
- ✓ быть в курсе последних новостей и выгодных акций
- ✓ проложить удобный маршрут до нужного филиала

Как за последние двадцать-тридцать лет изменился наш мир! Цифровые технологии, виртуальная реальность, облачные хранилища, гаджеты на все случаи жизни. Интернет расширил наше коммуникационное пространство до безграничности, и теперь мы так много знаем обо всем. Но только не о себе.

Люди в большинстве своем с удивительным равнодушием относятся к своему здоровью: не прислушиваются к сигналам, которые подает им организм, боль стараются заглушить таблеткой, визит к врачу заменяют консультацией в интернете. Забота о здоровье отходит на последний план, ведь в приоритете работа, учеба, дети, дача, стажировки или отдых за рубежом…

А что потом? Физическая немощь, болезнь, которая перечеркивает все планы на будущее, и бесконечное сожаление об упущенном времени.

Чтобы «не было мучительно больно», нужно уметь слушать и слышать свой организм, правильно реагировать на его сигналы. Если покраснел глаз, то идем не в аптеку за визином, а на прием к офтальмологу; появились папилломы на шее – значит женщине обязательно нужен осмотр гинеколога; подташнивает и боли в боку – срочно к терапевту, который определит – это проблемы с почками, поджелудочной железой или вообще с позвоночником и направит к нужным специалистам для дальнейшего лечения. И очень внимательно следим за здоровьем детей, ведь они уж точно не умеют распознавать сигналы организма. Малыш плохо ест – вызываем педиатра: может ему каша не нравится, а может у него молочница и ребенку есть больно; старшеклассник приходит уставший и «измочаленный» из школы далеко не всегда из-за большого количества занятий, часто у детей в этом возрасте проблемы с щитовидной железой, скачет уровень глюкозы в крови и артериальное давление.

И, кстати, наша успешность и успешность наших детей (на которую мы их нацеливаем) напрямую зависят от здоровья. Ведь плохое физическое самочувствие приводит к тому, что на рынке труда человек становится неконкурентоспособным.

Так давайте менять приоритеты. Поверьте, многое в этой жизни вторично. А главное - здоровье.

Прокофьева Тамара Дмитриевна,
генеральный директор Центра
Молекулярной Диагностики

СОДЕРЖАНИЕ

НАШИМ ДЕТЯМ

Проблемы современного школьника 6

Аденоиды у детей: удалять или не удалять? 10

Синдром дефицита внимания: 14

Краниостеноз 18

Молочница у детей 22

ВНИМАНИЕ, ПРИВИВКА!

Свинка – ласковое название грозной болезни 24

ПРИЕМ ВЕДЕТ

Высокое нижнее давление 26

Ах эти красные глаза 30

Самолечение 32

Плоскостопие 34

«Доктор.irk.ru», №46 / дата выхода 18.09.2019 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.)

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Что показывает ЭХО сердца? 36

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

10 болезней, которыми чаще болеют мужчины 38

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Ранняя диагностика рака 46
Контрацептивы 50
Незащищенный секс: риск или удовольствие? 52

УСЛУГИ ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Перечень услуг Центра Молекулярной Диагностики 52

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

ПРОБЛЕМЫ *современного школьника*

СОВРЕМЕННЫЙ РЕБЕНОК НЕ ТАКОЙ, КАКИМ БЫЛ ЕГО СВЕРСТНИК НЕСКОЛЬКО ДЕСЯТИЛЕТИЙ НАЗАД. И НЕ ПОТОМУ, ЧТО ИЗМЕНИЛАСЬ ПРИРОДА САМОГО РЕБЕНКА ИЛИ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ЕГО РАЗВИТИЯ.

Дети все так же заполняют собой пространство школы, перетекают из класса в класс, дружат, улыбаются, учатся, таская за плечами учебники в рюкзаках и весь мир в планшетах. Но принципиально изменилась жизнь, предметный и социальный мир, ожидания взрослых и детей. Так какие они, современные дети? Чем живут? Чего хотят? Какие проблемы испытывают?

1. Общее эмоциональное неблагополучие

Современные школьники имеют практически все, что захотят, однако в большинстве своем гораздо менее счастливы, чем родители в их возрасте. Виной тому – кризис современной семьи. Огромное количество разводов, поиски родителями новых партнеров, замена живого общения с родителями

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

современными игрушками, отсутствие должного внимания к личности ребенка. Как результат – неврозы, чувство одиночества, негативная самооценка.

2. Информационная перегруженность

Современные дети плавают в огромном количестве информации, льющейся на них с экранов телевизоров, мониторов компьютеров, учебников, книг, журналов. Дети рано усваивают, что хранить в голове какую-либо информацию практически бесполезно, ведь ее в любой момент можно «нагуглить» в Интернете. Как результат – снижение памяти, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте. Ведь вокруг столько всего интересного!

3. Несамостоятельность, избалованность

Детоцентризм давно уже стал реальностью современного общества, серьезно влияя на отношения в семье. Наблюдается интенсивное соучастие родителей во взрослении ребенка. Родители стремятся «привязать» его к себе, делая его центром своего маленького мира, удовлетворяя малейшие его прихоти, решая за него все проблемы. Итог: позднее взросление, неумение контролировать свои прихоти, нежелание делать самостоятельный выбор.

4. Погоня за успехом

Современное общество и родители чрезмерно настроены на успех. С первого класса ребенок зациклен на достижении результатов. Современные школьники вынуждены расти в условиях, где их постоянно с кем-то сравнивают. Под влиянием общества, СМИ родители давят на детей, требуя от них высоких результатов, забывая о других общечеловеческих ценностях и о том, что находиться в условиях непрекращающейся гонки постоянно невозможно.

5. Высокая конкуренция

Причем конкуренция эта относится не только и не столько к учебной стороне школьной жизни, сколько к межличностным отношениям в кругу сверстников. Какое место я занимаю в своей группе? Как я могу повысить свой статус? Как мне завоевать популярность среди одноклассников? На эти вопросы каждый школьник мучительно ищет ответ в зависимости от шкалы ценностей группы, к которой он себя относит.

6. Проблема разрешения конфликтов

Конфликты в школе были всегда. У современных школьников появилась проблема их разрешения, которая связана с развитием виртуального общения. Ведь в Интернет-пространстве ты как бы есть, а как бы и нет. В любой момент ты можешь прекратить общение, просто выйдя из сети. В итоге современный школьник не умеет ни мириться, ни идти на компромиссы, ни сотрудничать, ни объясняться.

7. Социальное расслоение

Школа – невероятно достоверная иллюстрация нашего общества. Дети несут в школу не только учеб-

ники, но и стереотипы, сформированные в родительской среде. А стереотипы зачастую просты – ты то, что ты можешь себе купить. И, доставая из портфеля дорогой планшет, ребенок достает вместе с ним часть своего статуса в школьной группе. Количество детей, отказывающихся ходить в школу из-за отсутствия дорогих гаджетов, неуклонно растет.

8. Дефицит времени

С первого класса у детей в расписании бывает 5 уроков в день. Старшеклассники не удивятся, увидев 8 занятий. По всем школьным предметам существует домашнее задание. Плюс спортивные секции, музыкальные, художественные школы – ведь ребенок должен быть всесторонне развит в нашем конкурентном обществе. И не забываем про заманчивый мир социальных сетей, ежедневно съедающий от двух до пяти часов. Стоит ли удивляться, когда школьники порой признаются в том, что просто мечтают выспаться?

9. Рост ответственности за свой выбор

В современной школе широко распространено профильное обучение. Школьнику после 9 класса, а то и раньше предлагают определиться с предметами для более глубокого изучения, полагая, что в этом возрасте ребенок вполне способен сделать самостоятельный выбор. Вынужденно школь-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ники его делают, но зачастую не представляя, какие мотивы должны ими двигать. А уж при упоминании аббревиатуры ЕГЭ только совсем уж «пофигистически» настроенный школьник не расширит от страха глаза. И родители, и педагоги, начиная с первого класса, постоянно задают своим детям сакраментальный вопрос: «А ЕГЭ как сдавать будешь?»

10. Слабое здоровье

Статистика Минздрава указывает на прогрессивное ухудшение состояния здоровья всего населения, и в частности детского. Современный школьник с раннего возраста страдает болезнями желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, анемией. Причина столь глобальных изменений – изменение питания и отсутствие достаточных физических нагрузок.

А вот какие проблемы отметили наши дети:

1. Страх перед выбором послешкольного обучения – 100% школьников.
2. Боюсь не сдать ЕГЭ! – 95% школьников.
3. Вражда между сверстниками – 73% школьников.
4. Нехватка времени на личную жизнь, все время отнимают уроки – 70% школьников.

5. Конфликты со взрослыми (педагогами, родителями) – 56% школьников.
6. Мало времени на сон – 50% школьников.
7. Невзаимная любовь, проблемы в личной жизни – 35% школьников.

Сколько бы лет не было вашему ребенку 7 или 17, он должен знать, что родители всегда готовы помочь ему в решении проблем, с которыми ребенок не может справиться сам. В сложных ситуациях стоит обратиться к специалисту-психологу или психотерапевту.

Прием ведет Тухтарова Ирина Александровна,
врач педиатр

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

АДЕНОИДЫ У ДЕТЕЙ:

удалять или не удалять?

УВЕЛИЧЕННЫЕ АДЕНОИДЫ (АДЕНОИДИТ) – САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ МАМОЧКИ ПРИВОДЯТ МАЛЫШЕЙ К ЛОР-ВРАЧУ.

Ребенок с такой патологией выглядит нездоровым: дышит ртом, так как нос забит, гнусавит. Родители утверждают, что малыш по ночам храпит, а иногда даже не дышит! И когда поставлен диагноз- аденоидит, возникает вопрос – лечить или удалять? Кстати, и операция, как оказывается, не панацея – аденоиды опять отрастают и все возвращается назад.

Сначала давайте разберемся, зачем человеку даны аденоиды и почему их нельзя бездумно удалять, особенно у малышей. Аденоиды представляют собой участок лимфатической ткани, расположенный в задней части носового прохода, где носовые ходы смыкаются с горлом. Вопреки расхожему мнению, миндалины (гланды) и аденоиды не бесполезны – они защищают организм, задерживая вредные бактерии и вирусы, которые вы вдыхаете или глотаете. Аденоиды в детском организме (у младенцев и детей младшего возраста), делают важную работу, останавливая опасные инфекции на уровне вдоха. Аденоидальная лимфатическая ткань вырабатывает антитела (белые кровяные клетки), которые помогают бороться с инфекциями. Пока ребенку не исполнится год, аденоиды не растут, а вот после года они увеличиваются практически у всех детей. Поскольку аденоиды являются ловушкой для микробов, лимфоидная ткань, борясь с инфекцией, временно

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

набухает (аденоиды увеличиваются). Справившись с инфекцией, они уменьшаются. С возрастом аденоиды становятся менее важными: ребенок, подрастая, крепнет и приобретает новые способы борьбы с микробами. У детей в норме аденоиды начинают сокращаться примерно в 5 лет и практически исчезают в подростковом возрасте. Вывод: удалять аденоиды нужно в крайнем случае!

Итак, мы выяснили, что увеличение аденоидов – норма для любого ребенка и, по идее, это состояние лечить не нужно. Однако почему же тогда дети с увеличенными аденоидами чувствуют себя плохо? Потому что иммунная система может не справляться с некоторыми типами инфекции, иногда микробы столь сильны, что заражают аденоиды, и они сами превращаются в источник инфекции. Аденоиды могут вырасти настолько, что ухудшают качество жизни ребенка. В итоге малыш часто болеет и симптомы аденоидита у него не проходят. В этом случае врач назначает лечение или, если лечение не помогает, рекомендует их удаление. Часто миндалины и аденоиды удаляются одновременно.

Помимо инфекции, вызвать увеличение аденоидов могут аллергия, химические раздражители, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Вот почему универсального лечения аденоидов не существует – врач сначала выяснит причину увеличенных аденоидов и лишь потом решит, как лечить патологию. Прежде чем назначить лечение, доктор проведет полное обследование!

ПОЧЕМУ АДЕНОИДЫ НЕ СПРАВЛЯЮТСЯ С ИНФЕКЦИЕЙ?

Аденоиды – иммунный орган. Если организм по какой-то причине ослаб, снижается качество всей иммунной защиты. Иными словами, увеличенные аденоиды – проблема детей с низким иммунным статусом. Организм, пытаясь скомпенсировать слабость иммунного барьера, наращивает лимфатическую ткань, пытаясь победить инфекцию не качеством, а количеством клеток. Этот ход успеха не приносит: размножаются бактерии, растет лимфатическая ткань, идет вялотекущая, но безуспешная и изматывающая организм борьба. Все заканчивается хроническим воспалением, которое легко переходит на близлежащие (и не только!) органы.

ДИАГНОСТИКА АДЕНОИДОВ

Миндалины, находящиеся в задней части горла, хорошо видны, а вот аденоиды без специального приспособления вы не увидите, поэтому судить о масштабе патологии придется по сопутствующим признакам. Патологически увеличенные аденоиды проявляются так: постоянно затрудненное дыхание через нос, поэтому ребенок дышит ртом; гнусавость: голос звучит так, как будто ноздри зажаты (говорит в нос); шумно дышит при нагрузках, а во сне храпит; могут наблюдаться остановки дыхания в течение нескольких секунд во сне (обструктивное дыхание, апноэ); у ребенка практически непроходящий насморк или слизистые выделения из носа; часто болят горло и уши, доктор может обнаружить жидкость в среднем ухе.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Если организм не справляется с инфекцией, прочно засевшей в аденоидах, они могут вырасти настолько, что блокируют евстахиеву трубу, что грозит **патологиями среднего уха и даже потерей слуха**. Среднее ухо – система, корректирующая разницу атмосферного и внутреннего давления в носоглотке и носу. По слуховой (евстахиевой) трубе, вход в которую располагается в носоглотке, из носа воздух попадает в среднее ухо. Если у человека увеличилась носоглоточная миндалина (аденоид), то естественная вентиляция воздуха нарушается, барабанная перепонка не может вибрировать, поэтому

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ребёнок плохо слышит. Кроме этого, ребенку постоянно грозит воспаление среднего уха (катаральный и средний отиты), так как аденоиды остаются серьезным источником инфекции.

Апноэ. Некоторые дети храпят так сильно, что это мешает им нормально дышать и спать. Из-за затруднённого дыхания организм регулярно не дополучает до 20% кислорода, что влияет на работу головного мозга. Результат – недостаточное внимание в школе, трудности в обучении, гиперактивность и импульсивность. Обструктивное апноэ, вызванное увеличением миндалин и аденоидов может осложняться серьезными патологиями: в частности, ребенку грозят высокое кровяное давление в легких (легочная гипертензия) и изменения в сердце из – за легочной гипертензии.

Простуды, гайморит, легочные заболевания. Постоянная инфекция в носоглотке становится причиной хронического синусита и гайморита (гнойное заболевание гайморовых пазух). Эти заболевания в свою очередь грозят новыми осложнениями. У ребенка часто болит горло, могут присоединиться бронхит и астма. Свободное дыхание носом – обязательное условие очищения носовой полости от вредоносных бактерий и вирусов. Увеличенные аденоиды затрудняют отток слизи, благодаря чему в носоглотке создаются великолепные условия для развития инфекции. Гной и слизь попадают в дыхательный отдел. Результат – фарингиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты.

Аденоидный кашель. Ребенок кашляет, но простуды у него нет, нет никаких изменений в легких и бронхах. Такое состояние возникает из-за раздражения нервных окончаний носоглотки слизью и самими аденоидами.

Деформация прикуса, неправильная речь. Дети с увеличенными миндалинами или аденоидами могут иметь аномально профилированное нёбо и положение зубов, что приводит к неправильной речи. Это происходит из-за нарушения роста костей. В медицине даже существует понятие habitus adenoideus – аденоидный тип лица.

Заторможенное развитие. У детей с инфицированными аденоидами возможна потеря веса или затормаживание физического развития: из-за постоянных неприятных ощущений в горле и носе они плохо едят, теряя интерес даже к вкусной пище. Сопутствующая проблема аденоидов – энурез (недержание мочи). Считается, что дети с хроническим аденоидитом медленнее развиваются, хуже думают, у них бывают проблемы с физкультурой – ведь им тяжело дышать во время активных занятий (бег, прыжки, подвижные игры). Из-за постоянного насморка, гнусавости и запаха из носа таких детей не любят сверстники, воспитатели и учителя, что порождает комплексы и психические проблемы. Недостаточное поступление кислорода в организм заметно сказывается на общем развитии.

КАК ДИАГНОСТИРУЮТ УВЕЛИЧЕННЫЕ АДЕНОИДЫ У ДЕТЕЙ?

Так как признаки аденоидита связаны с окружающими ЛОР-органами, при подозрении на патологически увеличенные аденоиды врач проверит у ребенка уши, нос, горло и шейные лимфоузлы. Для того, чтобы получить действительно точный результат, потребуется пройти рентген – он покажет размер

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

и расположение аденоидов. Для того чтобы определить является ли причиной увеличенных аденоидов инфекция, и как они влияют на организм, врач выясняет, как много эпизодов ЛОР-заболеваний отмечалось в последние 1–3 года. Эта информация более полезна, чем размер миндалин и аденоидов.

Внимание! Некоторым детям даже очень большие миндалины могут не мешать, и в то же время хронически инфицированные миндалины и аденоиды могут иметь почти нормальный размер.

Чтобы определить возбудителя проводятся бактериологические тесты – мазки из горла и носа. Анализ крови может показать такие инфекции, как монокулез, который также является причиной увеличения гланд и аденоидов. Всего выделяют 3 степени увеличения аденоидов:

1 степень. Ребенок сопит во время ночного сна. В положении лежа ему трудновато дышать. Днем никакого дискомфорта нет.

2 степень. Ребенок, когда спит, храпит. Днем, при движении, носовое дыхание также затруднено. Слизь выделяется из носа или стекает по носоглотке.

3 степень. Аденоиды полностью перекрывают носовое дыхание, поэтому малыш гнусавит и дышит ртом.

Лечить увеличенные аденоиды нужно даже при первой степени аденоидита.

В первую очередь должно быть назначено консервативное лечение, и лишь в крайнем случае – операция. Операция – это не лечение, а временная мера.

Правило второе – обязательная диагностика. Врач сначала назначит обследование и только потом подберет нужные типы препаратов: таблетки или капли в нос, спреи и т. д. Часто выписывают носовые стероиды (жидкость, которая впрыскивается в нос). Если у ребенка есть апноэ, доктор выписывает ряд лекарств: противоотечные и противовоспалительные средства. Если причина роста аденоидов – аллергия, доктор выпишет назальный спрей с кортикостероидами или другие препараты, например, антигистаминные таблетки. При бактериальной инфекции потребуются антибиотики.

Правило третье. Корень проблемы всегда – слабый иммунитет, поэтому важная задача – восстановление иммунитета.

Правило четвертое. Гной и слизь из пазух носа и носоглотки необходимо вычищать: в них находятся вирусы, бактерии и ядовитые для организма продукты их жизнедеятельности.

Правило пятое. Аденоиды развиваются в ответ на частые болезни, а не наоборот. Это значит, что нужно исключить факторы, из-за которых ребенок болеет, тогда и аденоиды сойдут «на нет».

Правило шестое. Вылечить аденоиды быстро не получится, минимальный курс лечения – 3 месяца!

ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ С УВЕЛИЧЕННЫМИ АДЕНОИДАМИ?

Чтобы предотвратить сухость во рту, поставьте увлажнитель воздуха в комнате. Храпа и нарушений сна можно избежать, если ребенок спит на боку или животе.

Если увеличенные или инфицированные аденоиды беспокоят вашего ребенка и с ними не справиться с помощью лекарств, врач может рекомендовать хирургическое удаление аденоидов – аденотомию.

Операция нужна, когда у ребенка наблюдаются: затрудненное дыхание, обструктивное апноэ во сне, повторяющиеся ЛОР-инфекции, частый инфекционный насморк (ринит), инфекции уха, жидкость в среднем ухе, а также потеря слуха. Удалять аденоиды можно только если с момента последней болезни прошло 2 недели.

Прием ведет Антонюк Наталья Анатольевна,
врач детский оториноларинголог

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

ПОЧЕМУ РЕБЕНОК ПЛОХО УЧИТСЯ, НЕВНИМАТЕЛЕН И ГИПЕРАКТИВЕН

Синдром дефицита внимания у детей – одно из самых спорных состояний в медицине. Большинство специалистов твердо уверены, что задержки развития и проблемы в обучении детей и подростков вызваны именно этим синдромом, в то время как их противники утверждают, что такой болезни, как СДВГ, просто не существует – все это особенности характера и воспитания. И все же мы все, посещая сады и школы, видим детей с особым, характерным, для синдрома дефицита внимания поведением: они гиперактивны, плохо усваивают материал, не могут сконцентрироваться на определенных задачах.

ЧТО ТАКОЕ СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)?

Это нарушение в центральной нервной системе. Более конкретно: проблемы возникают в операционной системе мозга, что вызывает трудности при прослушивании и концентрации, обучении и запоминании, в обработке и сортировке информации и входящих раздражителей (внутренних – чувства и внешних). Иными словами, это особое состояние психики, при котором ребенок, подросток и даже взрослый человек имеет проблемы с обучением и общением. Это состояние может быть постоянным, а может проявляться при определенных обстоятельствах. Не стоит путать СДВГ с психическим заболеванием или серьезной функциональной патологией организма. Это минимальная мозговая дисфункция. Она не опасна для жизни, не превратит ребенка в психопата и может пройти с возрастом. Синдром дефицита внимания можно сравнить с тормозом, нажатым до половины: он и не останавливает поезд, и в то же время мешает ему достичь нормальной скорости. Дети имеют нормальный или близко к нормальному интеллект, а вот способность к обучению, поведенческие и эмоциональные факторы у них изменены. Детям и подросткам с синдромом свойственна гиперактивность, проявляющаяся в излишней суетливости и безрезультативной деятельности. Они неспособны сосредоточиться, недолго удержива-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ют внимание, страдают перепадами настроения, импульсивностью, своеволием, отчужденностью, эксцентричностью. Им трудно учиться, ладить с другими людьми в семье и школе. Распространенность СДВГ достигает 10%.

Важно! Поставить диагноз СДВГ можно только после того, как ребенок пошел в школу, так как анализировать его поведение нужно, убедившись в плохой обучаемости, и при наблюдении в разных ситуациях – дома и на уроках.

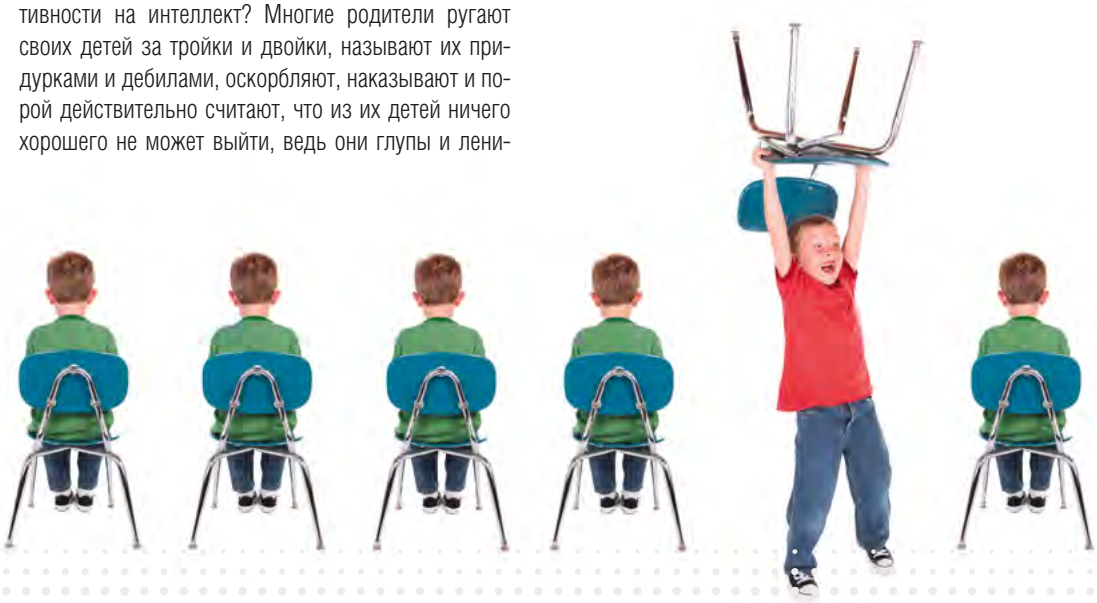
Как уже было сказано, проблема СДВГ относится к самым спорным в педиатрии и психиатрии. Это связано с разнообразным симптомокомплексом и сложностью оценки развития и поведения детей в целом. Очень трудно установить, что является нормой поведения, а что – расстройством. При этом все дети могут капризничать, не слушаться, быть временами рассеянными или плохо учиться, но это не значит, что у них есть психическое расстройство. Кроме этого, не стоит забывать о том, что у каждого ребенка свой характер, и дома, среди родных людей, он может быть одним, возле учителей – другим, а со сверстниками – третьим. Бывает и так, что ребенка не устраивает коллектив, и он замыкается, грустит и плохо учится, а сменив школу или класс, вдруг оживает и преображается. Вот почему диагностика синдрома дефицита внимания затруднена, и такой диагноз должен ставить исключительно врач.

Влияет ли синдром дефицита внимания и гиперактивности на интеллект? Многие родители ругают своих детей за тройки и двойки, называют их придурками и дебилами, оскорбляют, наказывают и порой действительно считают, что из их детей ничего хорошего не может выйти, ведь они глупы и ленивы! Но так ли это на самом деле? С одной стороны, чем больше нейронных связей образует мозг, тем легче дается обучение и тем крепче память. С другой, среди людей с СДВГ есть гении и просто талантливые люди, занимающиеся наукой с большим успехом. Это происходит потому, что организм, пробыв в условиях стресса, учится использовать имеющиеся ресурсы по-максимуму и более творчески.

Вывод: если у вашего ребенка стоит диагноз синдром дефицита внимания и гиперактивности, это не значит, что он глуп! Более того, вылечив СДВГ, вы можете получить гения!

ЧТО БУДЕТ, ЕСЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ СИМПТОМЫ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ?

Дети с СДВГ не могут сосредоточиться на обучении, а их поведение постоянно подвергается осуждению. При высокой степени болезни пациентам трудно закончить начальную и среднюю школу. С возрастом, уязвимость детей перед пороками возрастает – они могут попасть в плохую компанию, заняться воровством и т. д. В школе их не любят, ведь они мешают работать на уроках всему классу, часто спорят с учителями, грубят. Обычно от таких учеников стремятся избавиться путем перевода в коррекционный класс или школу. Проблемы у детей с синдромом будут и в семье. Если маленьких детей родители терпят, с возрастом дурной характер и плохое поведение начинает раздражать даже самых терпеливых членов



КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

семьи. Детей ругают за неуспеваемость, наказывают за дерзость. Неудивительно, что большая часть детей-бомжат – сбежавшие из дома подростки с СДВГ. Если не лечить СДВГ у детей, во взрослой жизни их не ждет ничего хорошего.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

Существует много методов лечения и коррекции синдрома дефицита внимания у подростков и детей, но выбор их должен быть строго индивидуальным. Врач часто рекомендуют начинать терапию с лекарств, и действительно после приема лекарства при синдроме дефицита внимания у большинства

детей с СДВГ гиперактивное поведение и когнитивные функции улучшаются. Но из-за трудностей контроля дозировки и побочных эффектов, у них начинаются другие проблемы – ухудшается рост костей, появляются неприятные симптомы и т. д. Это говорит о том, что подбирать лечение должен только компетентный, очень опытный в этих вопросах врач. И если медикаменты не подходят, нужно лечить синдром дефицита внимания другим методом. Помимо лекарственной терапии существуют и другие эффективные методики:

- Физиотерапия.
- Лечебная физкультура.
- Адаптация.

Жесткие рамки поведения, как это ни парадоксально, – один из лучших методов лечения СДВГ. Любое занятие с железной дисциплиной – боевые искусства или балет, фигурное катание, гимнастика – становятся спасительным кругом для детей с синдромом дефицита внимания. Это связано с высокими нагрузками и необходимостью использования сложных двигательных навыков. В результате развиваются моторика, чувство баланса и времени, оценка последствий, навыки исправления ошибок и мышечной координации, уходит депрессия.

Очень эффективны любые **аэробные (дыхательные) упражнения** – они стимулируют когнитивные способности мозга, развивают мышление, формируют новые стратегии и действия.

Учителя обнаружили, что **активность** является наиболее эффективным способом приструнить синдром дефицита внимания у детей дошкольного возраста и школьников. Получив интересное занятие и адекватную нагрузку, школьники могут сидеть часами, не покидая рабочего места.

Поведенческая терапия. Играет существенную роль в улучшении поведения детей. Лучше всего проявляют себя самоуправление, управление временем и другие аспекты контроля поведения. Если медикаментозное лечение проводить без поведенческой терапии, эффект быстро прекратится, как только кончится действие лекарств от синдрома дефицита внимания.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ЕСТЬ И ДОМАШНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ, КОТОРЫЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ РОДИТЕЛЯМ:

- Для ребенка с СДВГ очень важен режим дня. Составьте его и следите за тем, чтобы ребенок следовал ему.
- Организуйте пространство так, чтобы для всех необходимых ребенку предметов (одежды, игрушек, школьных принадлежностей) было строго определенное место. Это позволит ребенку реже терять их.
- Избегайте отвлекающих факторов, особенно когда ребенок выполняет домашнее задание. Обязательно выключайте радио и телевизор на это время.
- Давайте ребенку выбор, но сокращайте количество вариантов, для того чтобы упростить его. Предложите выбор из двух вариантов одежды, еды, игрушек, чтобы не создавать сенсорной и эмоциональной перегрузки.
- Когда вы напоминаете ребенку о необходимости выполнить ту или иную обязанность, старайтесь все разъяснения и инструкции делать короткими и ясными. По возможности избегайте как уговоров, так и угрозы наказания.
- Используйте наглядные материалы, чтобы отмечать поставленные цели и успехи ребенка в их достижении. Подыщите форму вознаграждения его усилий. Обязательно проследите за тем, чтобы задачи были реалистичны, не превышали возможностей ребенка.
- Помогите своему ребенку найти область, в которой он может применить свои способности и пережить ощущение успеха. Это поднимет его самооценку и будет способствовать развитию социальных навыков.

В целом СДВГ – это диагноз, при котором преодолеть свои ограничения ребенок может только при помощи родителей, даже если им занимаются самые высококвалифицированные специалисты. От родителей требуется глубокое понимание проблем и потребностей ребенка, терпение и готовность пройти с ним длинный и непростой путь к выздоровлению или максимальной адаптации для самостоятельной успешной жизни.

Прием ведет Зазнобова Татьяна Васильевна,
врач педиатр высшей категории,
кандидат медицинских наук

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

КРАНИОСТЕНОЗ

ЭТО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ЗАРАЩЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ИЛИ ВСЕХ ЧЕРЕПНЫХ ШВОВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ДЕФОРМАЦИИ И НАРУШЕНИЮ РОСТА ЧЕРЕПА, В ДАЛЬНЕЙШЕМ К ДЕФИЦИТУ ОБЪЕМА ЕГО ПОЛОСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ИНТЕНСИВНО РАЗВИВАЮЩЕМУСЯ МОЗГУ РЕБЕНКА.

Наиболее часто встречается заращение сагиттального шва или сагиттального и венечного швов. Краниостеноз встречается у 0,005–0,02% новорожденных, чаще у мальчиков. Занимает 3 место в структуре детской смертности при врожденных пороках развития.

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ЗАРАЩЕНИЯ ШВОВ ЧЕРЕПА СВЯЗЫВАЮТ С:

- наследственными синдромами
- внутриутробными инфекциями
- нарушениями эндокринно – минерального обмена
- травматическими событиями
- лучевым воздействием

РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ КРАНИОСТЕНОЗА:

- компенсированные
- декомпенсированные

КЛАССИФИКАЦИЯ КРАНИОСТЕНОЗОВ:

- **Связанные с генетическими синдромами:** (Синдром Крузона, Аперта, Пфейффера, Коллинза)
- **Несиндромальные** (скафоцефалия, тригоноцефалия, лобная плагиоцефалия, затылочная плагиоцефалия)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Наиболее частой причиной возникновения краниостеноза является нарушение закладки костей черепа в эмбриональном периоде.

Черепные швы могут зарастать во внутриутробном периоде или после рождения ребенка. При внутриутробном заращении швов краниостеноз характеризуется более выраженной деформацией черепа, ранним появлением синдрома внутричерепной гипертензии. При закрытии швов после рождения череп деформирован в меньшей степени, и чем позднее наступает закрытие швов, тем легче протекает заболевание.

Первым и весьма характерным признаком краниостеноза является изменение формы головы. В зависимости от заращения того или иного шва, голова приобретает различную форму. При заращении венечного шва за счет ограничения роста черепа в передне – заднем направлении компенсаторно увеличивается его высота, особенно в области переднего родничка. В случае закрытия сагиттального шва череп увеличивается в продольном направлении. Преждевременное закрытие всех швов приводит к увеличению высоты черепа, он приобретает остроконечную форму.

Неврологическая симптоматика при компенсированной форме краниостеноза характеризуется общемозговыми симптомами, обусловленными внутричерепной гипертензией. Одним из наиболее частых симптомов является головная боль, которая возникает приступообразно и иногда сопровождается тошнотой и рвотой. Интенсивность и частота головной боли постепенно нарастают, появляются застойные изменения на глазном дне. Повышаются сухожильные рефлексы, иногда выявляется их диссоциация, выражающаяся в торможении одних и повышении других рефлексов. Появляются патологические рефлексы; отмечаются парез взора вверх, спонтанный нистагм (непроизвольные колебательные движения глаз высокой частоты: до нескольких сотен в минуту), менингеальные симптомы. Психические расстройства, возникающие в результате длительной внутричерепной гипертензии, могут выражаться в повышенной раздражительности или заторможенности, снижении памяти.

Характерным для декомпенсированного краниостеноза является возникновение общемозговых изменений, реже очаговых судорожных припадков. Наблюдается двусторонний экзофтальм (смещение глазного яблока вперёд – выпученные глаза), который обычно развивается постепенно, по мере заращения черепных швов, иногда достигает выраженной степени, что нередко приводит к ограничению движений глазными яблоками. Экзофтальм может сочетаться с косоглазием. Важным признаком внутричерепной гипертензии при краниостенозе являются застойные диски зрительных нервов. В случае прогрессирования внутричерепной гипертензии застой приводит к развитию вторичной атрофии зрительных нервов, наступает снижение остроты зрения вплоть до полной слепоты.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Осмотр больного неврологом, при необходимости нейрохирургом.
2. Пальпация преждевременно закрывшегося шва (валик излишней костной ткани).
3. Рентгенография черепа в 2-х проекциях.
4. МСКТ черепа.
5. Окулист проводит осмотр глазного дна (венозный застой и отек диска зрительного нерва) и решает вопрос о необходимости срочного хирургического вмешательства.
6. Ультразвуковое исследование.

Важное значение в диагностике краниостеноза имеет рентгенологическое исследование. Главным признаком является отсутствие одного или нескольких черепных швов и связанное с этим изменение формы черепа. Кости свода черепа значительно истончены, характерны выраженные пальцевые вдавления по всему своду черепа. Основание черепа деформировано, черепные ямки углублены, структура костей плотная. Спинка турецкого седла истончена.

При компьютерной томографии или пневмо-энцефалографии обнаруживаются маленькие желудочки мозга, уменьшение или отсутствие подпаутинных щелей. В случаях декомпенсированного краниостеноза давление спинномозговой жидкости всегда повышено (300–500 мм вод. ст.). Ликвор обычно без изменений.

КРАНИОСТЕНОЗ, КАК СИМПТОМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:

1. **Синдром Эдвардса** характеризуется такими симптомами, как: микроцефалия, краниостеноз, птоз, короткая шея, врожденный вывих бедра, косолапость, выступающий затылок, косоглазие, деформация ушных раковин, врожденный порок сердца. Лечение симптоматическое для улучшения качества жизни, поддержания физиологических функций. Прогноз неблагоприятный.

2. **Синдром Крузона.** Симптомы:

– краниостеноз, экзофтальм, косоглазие

– задержка психоречевого развития, судороги, глухота, снижение зрения. Лечение симптоматическое, прогноз неблагоприятен.

3. **Микроцефалия**

При микроцефалии задержка темпов роста головного мозга приводит к преждевременному закрытию швов и родничков. На рентгенограмме швы определяются четко. При микроцефалии отставание в психомоторном развитии возникает раньше и протекает тяжелее, чем при краниостенозе. В отличие от ми-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

кроцефалии при краниостенозе уже с рождения наблюдается дефицит роста костей черепа при нормальном росте головного мозга, часто сопровождается повышением внутричерепного давления.

Лечение при краниостенозе в основном хирургическое. В случае компенсированного краниостеноза необходимость в операции отпадает. В основе хирургического лечения лежит устранение внутричерепной гипертензии во избежание грозных последствий, которыми являются потеря зрения, умственная отсталость, косметический дефект. Цель операции состоит в увеличении объема черепа и создании физиологических условий для дальнейшего роста и развития головного мозга. Учитывая, что наибольшего развития мозг достигает в первые три года жизни ребенка, оперативное лечение целесообразно в этот период (чаще в 3–9 мес.).

ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

Линейная краниотомия. В раннем детском возрасте кости свода черепа мягкие и легко резецируются.

Циркулярная краниотомия рекомендуется для устранения внутричерепной гипертензии у детей старшего возраста.

Фрагментация свода черепа применяется при заращении всех черепных швов.

Лоскутная двусторонняя краниотомия показана в случаях декомпенсированного краниостеноза, при деформированном черепе.

Хирургическое вмешательство в начальной стадии заболевания способствует полному регрессу всех симптомов. В случае несвоевременного хирургического лечения могут наблюдаться значительное снижение остроты зрения и умственная отсталость, очаговая неврологическая симптоматика, статико-локомоторная недостаточность, изменения формы головы.

При проведении стандартных осмотров у невролога детей первого года жизни неблагоприятных осложнений и последствий можно избежать и своевременно их профилактировать.

Автор статьи Яшина Виктория Валерьевна,
врач детский невролог

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Молочница у детей

МОЛОЧНИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ДОВОЛЬНО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КАК СРЕДИ ДЕТЕЙ, ТАК И СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ. КОГДА РОДИТЕЛИ ЗАМЕЧАЮТ У СВОИХ ДЕТОК БЕЛЫЕ ПЯТНЫШКИ НА ДЕСНАХ, ЯЗЫКЕ, НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕК, ТО В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЕСТЬ ПОВОД ЗАПОДОЗРИТЬ, ЧТО ТАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ МОЛОЧНИЦА.

Болезнь относится к ряду грибковых. Вызывается дрожжевыми грибами из рода кандида. Заболевание не такое уж серьезное, но неприятное. Для новорожденных молочница приносит много хлопот, так как во рту чешется, болит, и малыши плохо сосут грудь. Но если вовремя не подметить заболевание и не начать лечение, пятнышки увеличиваются в размерах и приносят больше вреда. Участки с молочницей, а это слизистые оболочки, начинают деформироваться, иногда кровоточат. Покрываются белыми пленками и налетом. В более тяжелых случаях поражаются и половые органы.

Молочница, как заболевание, возникает чаще у детей с ослабленным иммунитетом, находящихся на искусственном вскармливании; при нарушении правил гигиены; после перенесенных заболеваний (рахит, дисбактериоз); после лечения антибиотиками. При подозрении на молочницу нужно немедленно обратиться к врачу. Врач выяснит причину заболевания и назначит правильное лечение.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

СИМПТОМАМИ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЧИТАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- легко снимающийся налет на слизистых во рту ребенка белого цвета без запаха;
- пораженные участки могут увеличиваться в размерах, деформироваться и захватывать все новые области ротовой полости.

Налет снимается труднее, так как раны могут кровоточить. Позже могут поражаться и половые органы. Дети жалуются на боль при мочеиспускании.

Лечение назначает врач педиатр после обследования ребенка. Одним из наиболее приемлемых способов считается полоскание ротовой полости раствором обычной пищевой соды. У новорожденных обрабатывают ротовую полость тоже раствором пищевой соды на протяжении 3–4 дней. **Главное в лечении молочницы – соблюдение правил личной гигиены.** Для детей обязательной считается обработка игрушек, сосок, бутылочек для кормления. Для девочек-подростков при поражении половых органов используют специальные вагинальные капсулы. При тяжелых случаях заболевания лечение нужно проводить в больнице под наблюдением врача. Это для того, чтобы не произошло заражение всех органов и систем организма ребенка и чтобы вовремя остановить заболевание. Исход болезни благоприятный. Нужно только иметь терпение и правильно выполнять рекомендации педиатра. Курс лечения занимает около 2-х недель. Для профилактики нужно проходить своевременно обследование при беременности, правильно обрабатывать детские бутылочки и соски для кормления. Для детей с низким иммунитетом обязательны частые прогулки на свежем воздухе. **Запомните! Даже если все симптомы прошли, необходимо продолжить лечение для полного выздоровления.**

Автор статьи Панова Зинаида Александровна,
врач педиатр

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

СВИНКА

ласковое название грозной болезни

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ИЛИ СВИНКА – ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВХОДЯЩЕЕ В ГРУППУ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.

Вирус эпидемического паротита относится к группе вирусов, что и вирус кори. Главной особенностью паротита является воспалительный процесс желез. Вирус, попадая в организм, начинает свое размножение и поражает слюнные железы, половые железы, а также щитовидную и поджелудочную. Наиболее уязвимы – слюнные железы.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ

Способ передачи вируса – воздушно-капельный (можно заразиться при разговоре с больным человеком, чихании, кашле). Но иногда может передаваться бытовым путем – через игрушки, предметы обихода, которые содержат слюну больного. Вирус свинки не стоек, быстро погибает при нагревании, при воздействии дезинфицирующих средств. Чаще всего паротитом болеют дети в возрасте 5–15 лет, причем мальчики в два раза чаще. Хотя могут болеть и взрослые. Взрослые переносят тяжелее, чем дети. Это обусловлено возникновением осложнений при эпидемическом паротите.

Вакцинация от эпидемического паротита является обязательной во всем мире. У переболевших остается пожизненный иммунитет, то есть повторно люди не болеют.

СИМПТОМЫ ПАРОТИТА

Инкубационный период при паротите составляет в среднем около 20 дней, но иногда и 24. Дальше начинается острый период – появляется головная боль, пропадает аппетит, возникают сухость во рту, озноб, состояние общего недомогания. Температура поднимается и может достигать 40 градусов. Иногда наблюдаются носовые кровотечения, в тяжелых случаях – рвота и судороги. Через 2–3 дня начинается опухание околоушной слюнной железы, чаще на одной стороне, а через 1–2 дня и на другой. Лицо больного при этом приобретает характерный вид (отчего и произошло название «Свинка»). Иногда заболева-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ние охватывает и другие слюнные железы: подчелюстные и подьязычные. Характерным признаком свинки является боль при жевании и раскрывании рта. Наибольшая болезненность отмечается при надавливании позади мочки уха. Заболевание обычно продолжается 8–10 дней. При поражении других желез или при осложнении свинка может затянуться. Больной считается заразным уже с последних дней инкубационного периода и до самого выздоровления.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАРОТИТЕ

Из осложнений (чаще у детей старшего возраста) наблюдаются:

- Воспаление яичка (орхит) у мальчиков.
- Воспаление яичников (оофорит) у девочек.
- Поражения поджелудочной, щитовидной, зобной желез.
- Воспаления лимфатических шейных узлов.
- Серозный менингит и менингоэнцефалиты.

У мальчиков воспаление яичка встречается чаще, чем воспаление яичников у девочек.

Обычно происходит поражение сначала одного, а потом и второго яичка. Область воспаленного яичка отекает, кожа краснеет и лоснится, ребенку больно. Родители должны обязательно осмотреть яички ребенка, так как ребенок может стесняться и не говорить об этом.

Лечение надо начинать немедленно, иначе это может привести к атрофии яичка, а в дальнейшем и к бесплодию. Самостоятельно лечить нельзя. Только по назначению врача. До назначений врача можно давать ребенку обезболивающие из нестероидных противовоспалительных препаратов: ибупрофен, парацетамол. Запрещены согревающие компрессы, мази. Можно приложить пузырь с холодной водой, но держать не очень долго.

При остром панкреатите появляются опоясывающие боли в животе, тошнота, рвота, нарушения стула (запоры, иногда поносы). Испражнения содержат остатки непереваренной пищи. Язык обложен беловатым налетом. При несвоевременном лечении это может привести в дальнейшем к юношескому сахарному диабету.

Самым опасным осложнением являются менингоэнцефалиты – воспаления оболочек головного и спинного мозга.

Симптомы проявляются резким нарушением состояния, головными болями, ригидностью мышц затылка, головокружением, тошнотой, рвотой, ухудшением слуха и зрения. Может быть потеря сознания, судороги. Необходима экстренная медицинская помощь. Ребенка переводят в стационар, где проводят лечение менингита.

ДИАГНОСТИКА

Постановка диагноза не вызывает трудностей и, как правило, не требует лабораторных данных или дополнительных обследований. Очень редко может назначаться анализ крови для выявления вируса паротита.

Лечение проводится под наблюдением и по назначению врача.

ПРОФИЛАКТИКА

От паротита стопроценную защиту дает только прививка. Она вводится однократно ребенку в возрасте 12–18 месяцев. При этом развивается стойкий иммунитет.

Детям, которые по каким-то причинам не были привиты и контактировали с больным, следует как можно скорее ввести вакцину, если при этом нет противопоказаний.

Автор статьи Егорова Татьяна Владимировна,
врач педиатр

ВЫСОКОЕ нижнее давление

ЕГО ЕЩЕ НАЗЫВАЮТ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ. ПОЧЕМУ ЖЕ НИЖНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТАНОВИТСЯ ВЫСОКИМ, ОПАСНО ЛИ ЭТО И ЧТО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ЕГО НОРМАЛИЗАЦИИ?

Вначале необходимо знать, какие бывают показатели систолического и диастолического давления при артериальной гипертонии 1–3 степени.

Оптимальное артериальное давление (АД):
верхнее менее 120, нижнее менее 80.

Нормальное АД:
120–129 на 80–84

Высокое нормальное АД:
130–139 на 85–89

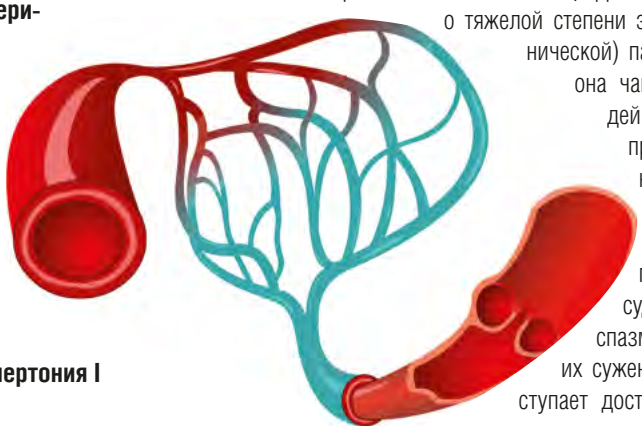
Артериальная гипертония I степени:
140–159 на 90–99

Артериальная гипертония 2 степени:
160–179 на 100–109

Артериальная гипертония 3 степени:
более 180 на более 110

Изолированная систолическая артериальная гипертония: 140 и более на 90 и менее.

Цифры диастолического давления – 90–99 мм ртутного столба свидетельствуют о начале мягкой гипертонии, цифры 100–109 – об умеренной, о начале развития осложнений. Цифры 110 и более говорят о тяжелой степени эссенциальной (хронической) патологии. Возникает она чаще у молодых людей. При постоянном прогрессе появляются осложнения в системах и органах организма, поскольку стенки сосудов крови постоянно спазмируются, а за счет их сужения к тканям не поступает достаточное количество



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

питания и кислорода. Это значит, что функциональная работа этих органов при длительном голодании нарушается.

Повышенное давление крови в диастолу – свидетельство того, что:

- миокард не полностью расслабился,
- сосуды пребывают в состоянии повышенного тонуса,
- количество циркулирующей крови такое, что система работает с перегрузкой.

ПРИЧИНЫ

Впервые заметив, что диастолическое давление немного повышено, стоит повторить измерения в разное время и при других условиях. Если нормализации не наблюдается, следует обратиться к доктору для обследования и получения рекомендаций по дальнейшему лечению.

Основные причины, вызывающие повышение нижнего давления, связаны с повышенным тонусом артерий, снижением их эластичности и сужением просвета. Такой эффект вызывают следующие проблемы:

- **болезни почек** – при снижении их кровоснабжения из-за атеросклероза питающих артерий, воспалительные заболевания почечной ткани (такие как гломерулонефрит), опухоли почек;
- **патология щитовидной железы**, приводящая к усиленному синтезу гормонов, активирующих симпатическую вегетативную нервную систему, что повышает тонус артерий;
- **курение** – вызывает длительный спазм артерий;
- **алкоголь** – при злоупотреблении «изматывает» сосуды частыми периодами спазмов и расслаблений, что приводит к истощению компенсаторных механизмов, старению сосудов и развитию в них атеросклероза;
- **атеросклероз** – сужение просвета сосудов с одновременной потерей эластичности стенок;
- **межпозвоночная грыжа,** приводящая к компрессии нервных корешков, также вызывает спазм артерий;
- **стресс** – выброс адреналина в кровь заставляет сосуды сжиматься.

Вторая группа причин обусловлена повышением объема крови в системе кровообращения, что приводит к перегрузке системы и отсутствию возможности для сердечной мышцы полностью расслабиться в период диастолы. Это бывает из-за:

- **заболевания почек**, когда нарушается процесс выведения солей из организма, а в итоге начинает задерживаться жидкость;
- **эндокринных нарушений**, под влиянием которых (например, при повышении концентрации альдостерона) происходит задержка в клетках натрия и нарастание объема жидкости;
- **повышенного употребления соленой пищи**;

ожирения и малоподвижного образа жизни, приводящих к отекам.

Поэтому рекомендуется сбалансировать питание, заниматься активным спортом, не употреблять

слишком соленые продукты и не пить чаи в больших количествах.

Последствия гипертонии изолированной бывают самые разные. Зачастую высокое нижнее давление вызывает повышение верхнего показателя. Это указывает на развитие гипертонии. Клиника недуга кардинально изменяется: симптомы сходны с переутомлением.

Больные жалуются на:

- общее недомогание,
- снижение памяти и работоспособности,
- быструю утомляемость,
- раздражительность,
- тревожность,
- чрезмерную потливость,
- перепады в настроении,
- звон в ушах,
- падение зрения,
- кружение в голове.

Изолированная нижняя гипертония указывает на поражение кровеносной системы. При этом сильно страдают сосуды, теряя свою эластичность. Часто развиваются осложнения гипертонической болезни в виде инфарктов либо инсультов.

ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

- на фоне длительного воспалительного процесса может произойти отказ повреждённого органа, потребуется срочная пересадка;
- инфаркты, инсульты;
- тромбофлебит;
- ухудшение зрения;
- кровоизлияние в мозг.

Такие патологии часто становятся причиной инвалидности, летального исхода.

Если наблюдается постоянное повышенное диастолическое АД с высокими цифрами – более 110 мм рт. ст., то стоит всерьез озаботиться своим здоровьем – посетить врача, пройти ряд обследований и анализов по его рекомендации и лечить ту болезнь, что стала причиной повышения нижнего давления.

Чем раньше удается выявить проблемы с артериаль-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ным давлением, тем эффективнее можно их решать, тем выше вероятность, что удастся предотвратить необратимые сосудистые изменения, угрожающие здоровью всего организма.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ:

1. Избавиться от лишнего веса – достаточно сбросить 5 кг, чтобы забыть о повышенном кровяном давлении.

2. Солить пищу только после приготовления – в среднем взрослый человек употребляет в 2, 5 раза больше соли, чем требуется организму.

3. Соблюдать питьевой режим – выпивать в день не менее 2,5–3 литра чистой негазированной воды.

4. Свести к минимуму потребление чая и кофе, полностью отказаться от пагубных привычек.

5. Вести активный образ жизни – у малоподвижных людей риск развития диастолической гипертензии увеличивается на 40%.

6. Соблюдать режим дня и питания.

7. Своевременно лечить болезни почек и сердца.

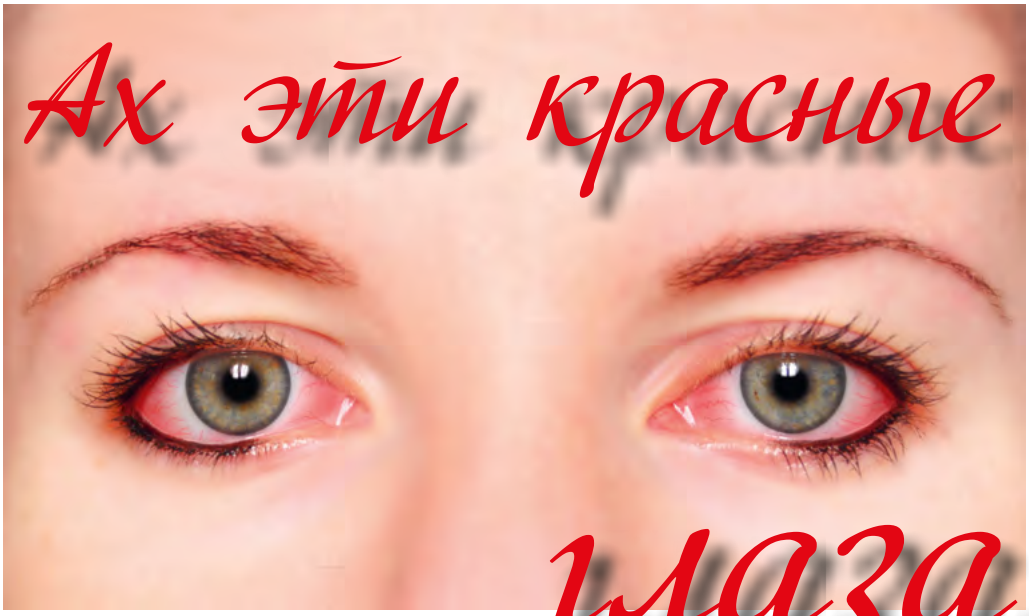
Для поддержания артериальных показателей в норме необходимо употреблять больше продуктов, которые содержит калий и магний – запечённый картофель, все виды капусты, бананы, орехи, морепродукты, бобовые, овощи. Улучшить состояние сосудов, устранить очаги воспаления поможет аскорбиновая кислота – она содержится в болгарском перце, цитрусовых плодах, отваре шиповника, листьях и плодах чёрной смородины.

Для профилактики необходимо всего лишь периодически измерять артериальное давление и при отклонении его от нормы своевременно обращаться к врачу.

Регулярное измерение артериального давления – эффективный способ контролировать работу сердца и всего организма в целом.

Прием ведет Мамыкина Светлана Сергеевна, врач терапевт-кардиолог высшей категории, кандидат медицинских наук

Ах эти красные глаза



При возникновении красноты глаза первая возникшая мысль – лопнул сосуд. На самом деле эта причина встречается чуть ли не реже всех прочих. А вот основных факторов для возникновения покраснения белков достаточно много, начиная от банального недосыпа, что характерно для взрослых людей, и заканчивая серьезнейшими офтальмологическими заболеваниями.

Покраснение белков носит разный характер и может проявляться как маленькое красное пятнышко или точка, как прожилки того же цвета, а может и полностью заполнить глаз. Когда кроме самой красноты ничего не беспокоит и её возникновению предшествовали очевидные ситуации (переутомление, ночь без сна) – обычно всё проходит само собой. В таких случаях симптом возникает из-за недостаточной увлажнённости глаза и самоустраняется при её восстановлении. Если же краснота сопровождается другими проявлениями (боль, зуд, слезотечение), стоит говорить о патологической природе.

КАКИЕ ПРИЧИНЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ПОКРАСНЕНИЕ ГЛАЗ?

Конъюнктивит. Относится к глазным болезням, но всё же его стоит выделить отдельно, так как он является самой распространенной причиной красных глаз. При возникновении конъюнктивита желательно уделить внимание обследованию и установлению точной природы возникновения. Потому что, если причиной заболевания выступили инфекции или вирус, есть риск заражения окружающих. Также, если проявление локализовано в одном глазу, легко можно заразить второй.

Глазное перенапряжение возникает довольно часто у людей, деятельность которых связана с постоянной зрительной нагрузкой. Длительная работа за компьютером, сосредоточенность на мелких деталях, работа при плохой освещенности – всё это ведет к покраснению белков.

Сахарный диабет или другие заболевания крови также часто способствуют развитию симптома красных белков глаза.

Аллергия. Красные глаза – одно из главных проявлений, по которым можно распознать аллергию. Обычно проявляется в комплексе со слезотечением, зудом. Устраняется при соответствующем лечении причины.

Раздражение слизистых. Может быть вызвано в результате взаимодействия инородных тел или ве-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ществ с оболочкой глаза, таких как: пыль, песок, дым, прочие мелкие частицы. Также на проявление красноты часто влияют химические вещества либо компоненты, в составе которых они имеются. К ним относятся лакокрасочная и косметическая продукция. Раздражение могут вызывать незначительные травмы глаза.

Лопнул сосуд. Данная ситуация встречается крайне редко и обычно имеет первопричины. Просто так это не происходит. Чаще всего лопнувший сосуд является проявлением серьезных заболеваний. В первую очередь связаны они с нарушениями сердечно-сосудистой системы. Перенапряжение и, как следствие, разрыв глазных сосудов, могут вызвать изнуряющая работа, очень сильный стресс или тяжелые физические нагрузки.

Если установлено, что причина красного белка глаза не в механическом или физиологическом воздействии, значит глаз подвержен специфическим заболеваниям. Ими могут выступать как болезни, имеющие вирусную или бактериологическую природу, так и функциональные изменения в виде глаукомы, например.

Своевременное диагностирование красноты глаз очень важно для распознавания серьезных заболеваний. Определение диагноза на ранних этапах развития болезни существенно облегчает лечение и предотвращает возникновение осложнений.

Покраснение белка может быть проявлением следующих заболеваний: кератит, блефарит, иридоциклит, эписклерит и другие.

Кератит проявляется почти так же, как и конъюнктивит, но отличается от него тем, что воспаление сосредоточено в роговице. Помимо красноты, больной ощущает болезненность, испытывает светобоязнь. Исходом болезни могут стать тяжелейшие осложнения, вплоть до упадка зрения. Блефарит возникает из-за воспаления соседних участков: областей рта или носа, миндалин. Воспалительные процессы на коже также способствуют его развитию. В основном имеет хроническую форму.

Иридоциклит вызывается воспалением радужки на фоне ряда причин. К ним относятся: перенесенные или протекающие инфекционные болезни (корь, туберкулез, гонорея, малярия и подобные); нарушение обмена веществ. В запущенных случаях наблюдается изменение зрачка и даже цвета радужки.

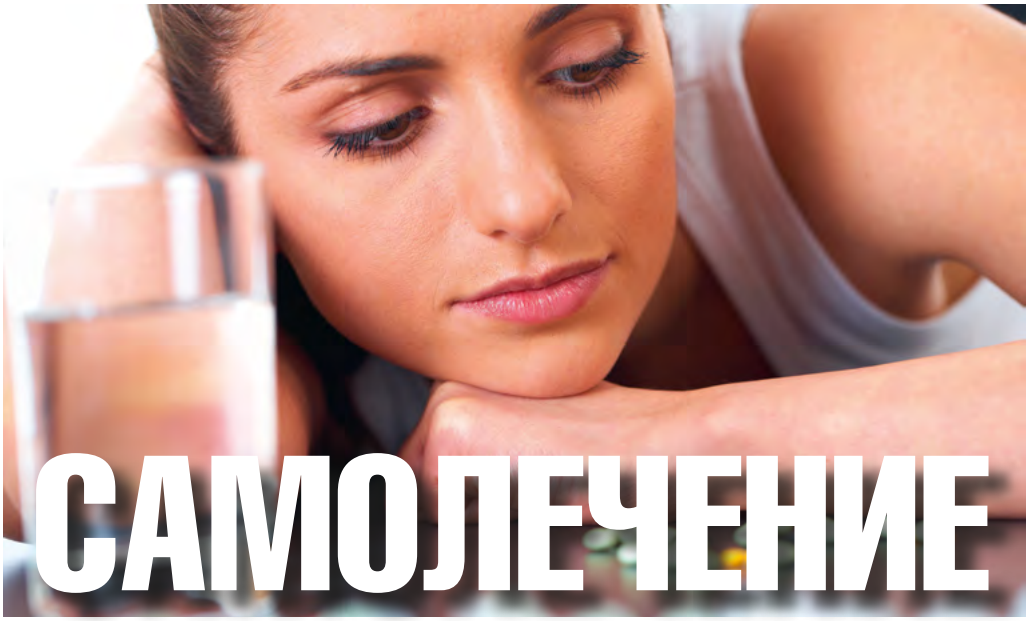
Наружный слой склеры глаза носит название эписклера. Сама эписклера также покрыта оболочкой – конъюнктивой. Они напрямую связаны между собой, и поэтому инфицирование конъюктивы часто влечет за собой воспаление эписклеры. Возникает **эписклерит**.

Приступ глаукомы Это опаснейшее состояние, вызванное ухудшением циркуляции глазной жидкости, влекущее за собой повышение внутриглазного давления. Краснота и сильная боль в глазах – отличительные черты глаукомы. Они сопровождаются тошнотой, головной болью и давлением. Необходимо незамедлительно обращаться за медицинской помощью.

Все болезни, при которых возникает покраснение глаз, имеют разную природу и, соответственно, только врач после постановки диагноза определяет методы лечения. Очевидно, что если краснота вызвана инфекционными заболеваниями в организме, то первым делом проводят курс по лечению этих болезней. Параллельно назначаются противовирусные глазные капли или мази. Если покраснение глаз вызвано другими болезнями неинфекционного характера (например, сахарный диабет или гипертония), в таком случае врач может посоветовать быть осторожней с физическими нагрузками, избегать стрессов, больше спать, проконсультироваться с кардиологом.

Предотвратить покраснение глаз можно, соблюдая некоторые правила: при повышенных нагрузках на орган зрения нужно делать перерыв, занимаясь при этом специальной гимнастикой для глаз; спать не менее 6 часов в сутки для полноценного отдыха глаз; употреблять продукты, содержащие необходимые витамины для поддержания зрения – морковь, морскую рыбу, орехи, творог, яйца, шпинат, брокколи, чернику: защищать глаза от УФ-излучения с помощью солнцезащитных очков, которые нужно носить при яркой освещенности не только летом.

Прием ведет Мосиенко Елена Александровна,
врач офтальмолог



САМОЛЕЧЕНИЕ

Что вы сделаете, если ваши часы остановились, а телевизор перестал работать? Отнесете часы в мастерскую, позовете в дом телемастера. То есть, доверите решение проблемы специалистам, профессионалам. А как вы поступите, если у вас заболела голова, поднялось давление или заложило нос? Откроете аптечку, найдете в ней нужную, как вам кажется, таблетку и с чистой совестью ее выпьете. Никаких врачей, диагнозов, консультаций. Большинство из нас так и не научились серьезно относиться к собственному здоровью. И зря. Излишняя уверенность может подвести.

Длительный и бесконтрольный прием лекарств вызывает лекарственную непереносимость или интоксикацию, приводит к «стиранию» симптомов болезни и превращению ее в хроническую.

Люди по-разному реагируют на одно и то же лекарство. Так, человек может принять таблетку не в токсичной дозе, а она все равно вызовет серьезные осложнения. Например, пациенту с артериальной гипертензией помогают бета-адреноблокаторы. Если же такой препарат примет больной бронхиальной астмой, он может умереть. Даже от одной таблетки. Бета-адреноблокатор спровоцирует спазм бронхов и человек попросту задохнется. Так что, лекарство – это оружие, которым нужно уметь пользоваться. Новобранца учат обходиться с автоматом, а кто учит пациента? Соседка, знакомый, рекламный персонаж…

К сожалению, многие из наших сограждан лечатся, если можно так сказать, по инерции. То есть принимают лекарства, которые врач когда-то давно им прописал. И думают, что раз оно помогло в первый раз, так будет и дальше. Такого не бывает. Когда врач назначает препарат, он учитывает не только болезнь, но и состояние организма больного. И воздействует на недуг как лекарством, так и назначением диетического питания, режима, физиотерапии. Очевидно, что через несколько лет человек будет совсем в другом состоянии. Кроме того, организм за долгое время привыкает к препарату, и тот становится неэффективным.

Прием лекарств должен обязательно контролировать врач. Он знает как препараты взаимодействуют друг с другом. Да и побочные эффекты от препаратов бывают самые разные. Думаете почему врач открывает больничный на три дня, хотя знает, что болезнь требует более длительного лечения? Потому что он должен видеть, как идет ход лечения,

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

как действует назначенный им препарат и какой побочный эффект он может дать.

Особая каста бесконтрольно принимающих лекарственные препараты – **худеющие пациенты**. Правда к самолечению они никакого отношения не имеют, потому как не лечат себя, а калечат. Пытаясь сбросить существующие или мнимые ненужные килограммы, люди в больших количествах пьют диуретики, потому что они выводят из организма лишнюю жидкость и визуально уменьшают объемы. Однако редко кто задумывается, что подобное врачевание – прямой путь к инвалидности.

А что уж говорить про антибиотики и обезболивающие. Самолечение и одними, и другими препаратами наносит непоправимый вред организму.

Антибиотики используют только при болезнях, возбудителями которых являются бактерии. На краснуху, гепатиты, грипп, ОРВИ антибиотики не действуют. Люди же начинают их принимать едва ли не при насморке. И такое легкомысленное отношение к серьезным препаратам чревато осложнениями. Все чаще в больницы поступают пациенты, которых уже нечем лечить, так как некоторые возбудители заболевания уже невосприимчивы к антибиотикам.

Много побочных эффектов и от обезболивающих. В первую очередь от них страдает желудочно-кишечный тракт. При продолжительном применении обезболивающих средств заметно ухудшаются функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта, существенно снижается иммунная защита. Ежегодно в мире регистрируется более 200000 случаев побочных эффектов, связанных со злоупотреблением обезболивающими средствами.

Так что же все-таки делать? Заболела голова, зуб, палец – приняли одну таблетку и обратитесь к врачу. Подобрать эффективное обезболивающее средство может только специалист. Врач же и объяснит, в какой дозировке нужно принимать таблетки – до, после или во время еды, и чем их можно запивать.

Ведь многие из нас даже не задумываются, что препараты могут быть несовместимы с друг другом.

Благодаря интернету с его разношерстной информацией, самолечение принимает уже угрожающие масштабы. **И что особенно страшно – самолечение распространяется и на детей, даже самых маленьких.** Часто при появлении первых признаков заболевания у ребенка родители пренебрегают походом к детскому врачу. Они уверены, что с обычным насморком или кашлем запросто справятся самостоятельно, прикупив в аптеке все необходимые для лечения средства. При этом они просто следуют инструкциям на упаковке и выдают ребенку неверную дозу, а в некоторых случаях и превышающую норму. Немаловажное значение имеет продолжительность приема лекарства, которую тоже должен устанавливать врач. В большинстве случаев при самолечении ребенка родители устанавливают срок приема лекарства на свое усмотрение, забывая об опасности такого приёма. Мы не говорим уже о том, что симптомы серьезных заболеваний могут быть весьма схожи с обычной простудой, и это трудно определить родителям, и самолечение может серьезно подорвать здоровье ребенка. В любом случае не стоит оттягивать поход к педиатру или вызов доктора на дома.

Прием ведет Арбатская Ирина Валентиновна,
врач терапевт высшей категории

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ПЛОСКОСТОПИЕ

У стопы есть два свода, похожих на арки, – продольный и поперечный. Они нужны, чтобы пружинить и распределять нагрузку при ходьбе. Когда одна из этих арок опускается, стопа полностью соприкасается с полом. Это и вызывает внешние признаки заболевания: увеличение ноги в размере, изменение походки, нарушение осанки, «заваливание» стоп и стёртость обуви с внутренней стороны.

ИЗ-ЗА ЧЕГО ТАКОЕ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ?

Из-за неправильной работы связок и мышц: если они не поддерживают кости в правильном положении, развивается плоскостопие. Вот по каким причинам может нарушиться их работа:

- Ногам не хватает нагрузки: человек мало ходит, не бегает, не тренируется. Из-за этого мышцы просто ослабевают.
- Нагрузка слишком сильная. Это случается из-за лишнего веса, неудобной обуви или работы «на ногах».
- Травмы и болезни (переломы, параличи, рахит).
- Наследственность – около 3% детей с плоскостопием получают болезнь от своих родителей.

ЭТО ОПАСНО?

Да, из-за отсутствия амортизации при ходьбе страдают кости и суставы. Вместо того, чтобы брать нагрузку на себя, стопа перекладывает её на другие части скелета.

Первые симптомы плоскостопия – это боль в ногах и пятках. По мере его развития появляется отёк, пяточные шпоры и мозоли, растёт косточка, страдает позвоночник. В этом случае плоскостопие может привести к серьёзным проблемам, вплоть до грыжи межпозвоночных дисков.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ПЛОСКОСТОПИЯ?

Всего их три:

1. Деформация практически незаметна, у пациента нет особых изменений. Единственным признаком может быть быстрая утомляемость ног.
2. Симптомы выражены более явно: боль становится сильнее, переходит на область лодыжек и голени. В это время мышцы стопы утрачивают эластичность.
3. Эта степень видна невооружённым глазом. У больного появляются отёки в ногах, боль

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

в пояснице, головные боли. Ему сложно ходить в обычной обуви без специальной стельки.

Степень плоскостопия определяет врач ортопед.

ЕСТЬ ЛИ ПРОФИЛАКТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ?

Да, она и является лучшей терапией:

- Учитесь правильно ходить. Не разводите носки при ходьбе – это перегружает внутренний край стопы и его связки.
- Больше двигайтесь и не стойте на месте.
- Следите за весом.
- Носите удобную обувь.
- В свободное время уделите 30 секунд вашим стопам: вставайте на внешние стороны и ходите так полминуты.
- Полезно ходить босиком по неровной поверхности: по камешкам, по песку.

КАК ЛЕЧИТЬ ПЛОСКОСТОПИЕ?

Применение методик физиотерапии позволяет эффективно снять болевые ощущения в мышцах и суставах нижних конечностей. Массаж применяется для повышения кровоснабжения в поврежденных частях стопы, а также для нормализации тонуса в мышцах. Массаж проводится в области стопы и голеностопа. При диагностированном плоскостопии 1 и 2 типа рекомендуется использовать точечную мануальную терапию. В условиях домашнего лечения хорошими показателями отличается самостоятельное проведение массажа в виде похлопываний, поглаживаний и растираний стопы.

При наличии плоскостопия, а также для его предотвращения неплохо иметь у себя дома специальный массажный коврик. **Регулярное использование такого коврика дает возможность:**

- Повысить кровоток в конечностях и усилить отток лимфатической жидкости, устраняя отеки.
- Укрепить мышцы.
- Воздействовать на акупунктурные точки.
- Снизить выраженность судорог и болей в стопе.

Форму стоп изменить невозможно, но можно облегчить симптомы болезни. Поэтому врач порекомендует носить удобную обувь, которая хорошо поддерживает ногу, использовать специальные стельки, принимать болеутоляющие средства и нормализовать массу тела.

Прием ведет Власов Виктор Николаевич, ортопед, детский ортопед, врач высшей категории

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Что показывает ЭХО СЕРДЦА?

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, НЕСМОТРЯ НА РАЗРАБОТКУ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, ПРОДОЛЖАЮТ ЛИДИРОВАТЬ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ.

Один из информативных и безопасных методов обследования сердца это УЗИ. Рассмотрим, что показывает ЭХО (эхокардиография) сердца, и когда ее необходимо делать.

С помощью УЗИ врач получает на мониторе послойное изображение органа в разных проекциях в режиме реального времени. Он может оценить:

- величину и расположение органа;
- состояние и размеры камер;
- строение и функцию клапанов;
- давление, скорость кровотока;
- толщину миокарда;
- состояние стенок, полости перикарда и многие другие показатели.

Обнаружение изменений в строении и функционировании сердца на УЗИ помогает диагностировать заболевание и начать своевременное лечение.

КОМУ И КОГДА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ ЭХО?

Особенностью эхокардиографии является ее неинвазивность, быстрота проверки, высокая информативность и безопасность. Обследование занимает всего 20–30 минут, но может дать информацию о врожденных, приобретенных патологиях сердца, крупных сосудов (аорты, легочного ствола, полых вен), развитии осложнений при болезнях других органов.

ПОЭТОМУ ЭХО РЕКОМЕНДУЮТ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ:

- жалобах на боли, неприятные ощущения в области сердца, дрожь, сердцебиение, при стенокардии, ишемической болезни сердца, гипертонии;
- появлении жалоб на плохое самочувствие, утомляемость, головные боли, одышку при обычной нагрузке;
- обнаружении во время осмотра отеков конечностей, цианоза, повышенного артериального давления, шума в сердце, тромбоза периферических вен;

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

- нарушениях работы органа, выявленных инструментальными методами исследования, например, ЭКГ;
- аутоиммунных, инфекционных заболеваниях способных вызвать осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (ревматизм, склеродермия, системная красная волчанка);
- заболеваниях почек, печени, органов дыхания в стадии декомпенсации и др.

Также метод ЭХО активно используют для проведения профилактических осмотров и наблюдения:

- после перенесенных заболеваний (миокардит, ревматизм);
- во время беременности, причем проводится как ЭХО беременной, так и скрининговое обследование плода при наличии показаний;
- осмотр новорожденных на первом месяце жизни с целью выявления пороков;
- при медосмотре перед призывом в армию;
- спортсменов при подготовке к соревнованиям.

Эхокардиография необходима при обследовании возрастных пациентов. У взрослых сердце растет до 35–40 лет, а его размеры могут отличаться от нормы у людей, занимающихся спортом или тех, кто по роду своей деятельности и характеру, ведет малоподвижный образ жизни. Поэтому важно, чтобы врач при обследовании учитывал индивидуальные особенности строения.

КАКИЕ ПАТОЛОГИИ ВЫЯВЛЯЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ?

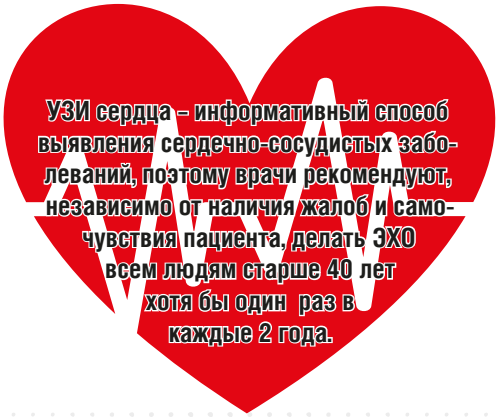
На ЭХО сердца у взрослого можно выявить изменения строения, что показывает наличие следующих заболеваний:

- аномалии развития, приобретенные пороки;
- ишемическая болезнь сердца, инфаркт;
- кардиомиопатию;
- эндокардит;
- эссенциальную гипертонию, гипертоническую болезнь;
- атеросклероз;
- перикардит с выпотом в перикардиальную полость;
- различные виды аритмий;
- сердечную недостаточность.

Также ЭХО сердца показывает некоторые особенности, например, дополнительные хорды, что не всегда бывает опасно для больного. Может ли специалист определить насколько опасно состояние больного, исходя из того, что показывает УЗИ? Есть ряд признаков, указывающих на серьезные заболевания. **К ним относятся:**

- гипертрофия правого желудочка, повышение давления в нем, что указывает на легочную гипертензию;
- признаки открытого артериального протока, такие как гипертрофия правых отделов;
- гипертрофия стенок и увеличение диастолических объемов правого и левого желудочков, что указывает на дефект межжелудочковой перегородки, тоже может происходить и с предсердиями;
- патологические изменения митрального клапана, при стенозе – утолщение створок, при пролапсе – гипертрофия и увеличение левых отделов;
- нарушение сократимости миокарда при миокардите, а если сокращения слабые только на одном участке, то это признак перенесенной ишемии;
- изменение формы клапанов при инфекционном эндокардите;
- выпот в плевральной полости, и др.

При таких показателях нужны дополнительные исследования и медицинская помощь.



10 болезней, которыми чаще болеют мужчины

Мужчины не любят говорить о болезнях, не любят ходить к врачам и не любят лечиться. Они и болеть не любят. Но болеют. Кстати, очень часто и порой очень серьезно. Обычно, когда речь идет о мужском здоровье, почему-то прежде всего обсуждаются темы потенции и болезней половых органов. Но у мужчин, оказывается, есть и печень, и сердце, и желудок, и еще много других органов, которые становятся легкой мишенью при типичном неправильном мужском образе жизни.

Итак, десять самых распространенных мужских болезней, способных превратить любого мачо в полного инвалида

ИНФАРКТ МИОКАРДА

В результате облитерации (заращения) сосудов атеросклеротическими бляшками нормальное кровоснабжение участка миокарда прекращается, и появляется участок некроза. У больного появляются следующие признаки инфаркта миокарда:

- боль за грудиной жгущего или давящего характера, отдающая в левую часть тела (руку, левую сторону груди, спины, шеи и т. д.);
- длительность боли более 15 минут;
- кардиалгия (боль) не устраняется приемом нитроглицерина;
- страх смерти;
- холодный липкий пот.

В некоторых случаях инфаркт миокарда протекает бессимптомно или атипично и сопровождается болями в животе, спутанностью сознания, одышкой и сильной утомляемостью.

При развитии инфаркта крайне важно вызвать больному бригаду кардиологической «скорой помощи».

Для предотвращения неконтролируемого развития инфаркта миокарда рекомендуется придерживаться здорового образа жизни, контролировать показатели артериального давления и регулярно проходить профилактические осмотры.

ИНСУЛЬТ

Проблема возникновения инсультов является очень актуальной проблемой для мужчин. Ведь именно инсульты находятся на четвертом месте среди причин смерти сильного пола.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Риск их развития повышают:

- артериальная гипертензия;
- наличие сердечно-сосудистых патологий;
- сахарный диабет;
- повышенная склонность к образованию тромбов;
- ожирение;
- атеросклероз;
- курение и злоупотребление спиртными напитками;
- стрессы.

Первыми признаками инсульта могут стать такие симптомы:

- внезапная резкая слабость;
- помутнение сознания;
- нарушение координации движений;
- неустойчивость походки;
- затруднение при произношении и замедленность речи;
- непонимание обращенной к человеку речи;
- нарушения зрения и слуха;
- нарушения ритма и глубины дыхания;
- резкое снижение артериального давления;
- замедление пульса (вплоть до остановки сердцебиения);
- асимметрия лица;
- судороги;
- непроизвольное мочеиспускание или дефекация;
- частичный или полный паралич конечностей.

При отсутствии адекватной помощи или при тяжелых случаях инсульта больной может впадать в кому. Лечение инсульта должно начинаться незамедлительно.

Любые признаки нарушения кровообращения мозга должны насторожить вас и стать поводом для обращения к врачу и обследования.

РАК ЛЕГКИХ

Рак легких также достаточно часто наблюдается у мужчин. Основной причиной его развития становится курение: по данным статистики, около 80% пациентов являются никотинозависимыми.

При раке легкого у больных наблюдаются следующие симптомы:

- кашель;
- кровохарканье;
- боли в груди;
- одышка;
- потеря массы тела;
- апатичность;
- снижение работоспособности;
- субфебрильная температура.

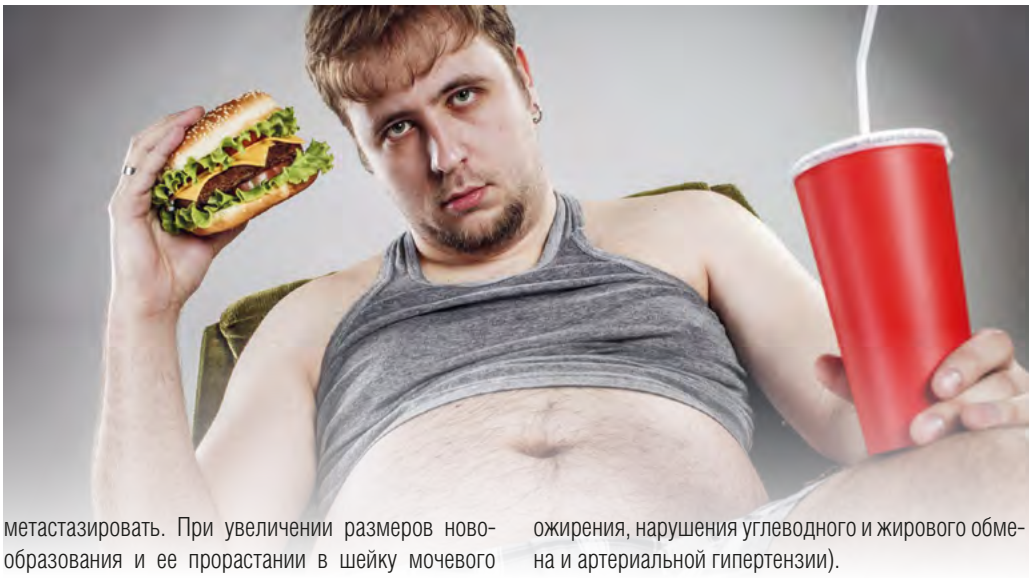
У многих больных развитию рака легкого предшествуют хронические воспалительные заболевания дыхательных путей (пневмонии, бронхиты, туберкулез и др.). Поэтому симптомы образования злокачественной опухоли часто приписываются этим заболеваниям, и больные несвоевременно обращаются к врачу, а раковый процесс выявляется уже на запущенной стадии.

Единственным способом своевременного выявления рака легкого может стать ежегодное исследование легких – флюорография, которая должна выполняться не реже, чем один раз в год!!!. А предупредить развитие этого тяжелого и быстро прогрессирующего заболевания может отказ от курения.

РАК ПРОСТАТЫ

Еще одной из самых частых причин смерти мужчин старше 50–60 лет является рак предстательной железы. По данным статистики, после 50-ти лет эта злокачественная опухоль выявляется у каждого седьмого мужчины. Рак простаты удерживает лидирующие места среди мужских онкологических недугов (в США – на первом месте, странах Западной Европы – на третьем, в России – на седьмом). Также онкологи наблюдают стремительный рост количества больных с этой злокачественной опухолью, а уровень летальности при этом заболевании остается крайне высоким.

Коварство рака простаты заключается в том, что данная опухоль длительно ничем себя не проявляет, и даже во время бессимптомного течения может начинать



метастазировать. При увеличении размеров новообразования и ее прорастании в шейку мочевого пузыря и уретру, у мужчины появляются симптомы раздражения мочевого пузыря:

- частые позывы к мочеиспусканию;
- затруднения при мочеиспускании;
- недержание мочи;
- учащенное мочеиспускание.

Как правило, образование раковой опухоли простаты провоцируется естественными изменениями гормонального фона мужчины, которые начинают происходить у средней и старшей возрастной категории. Высокий уровень тестостерона стимулирует злокачественное перерождение тканей предстательной железы и рост опухоли. Также рак простаты может быть обусловлен наследственными причинами (мутациями в гене HOXB13).

Для предотвращения неконтролируемого развития этого заболевания мужчины старше 40 лет должны регулярно проходить обследования у уролога. В программу таких профилактических осмотров должны включаться: пальцевое ректальное исследование, анализ крови на PSA и УЗИ простаты.

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ

Развитие рака толстой кишки у мужчин часто провоцируется наличием хронических заболеваний кишечника, нарушения гормонального баланса и метаболического синдрома (комбинации висцерального ожирения, нарушения углеводного и жирового обмена и артериальной гипертензии).

Предрасполагающие факторы к появлению злокачественного новообразования:

- курение;
- нерациональное питание с большой долей жиров животного происхождения;
- бесконтрольный и длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
- хронические запоры.

Рак толстого кишечника может в течение длительного времени проявлять себя скудной и неспецифичной симптоматикой (усталость, исхудание, дискомфортные ощущения в животе, повышение температуры). Обычно пациент обращается впервые к врачу с жалобами на запор или неустойчивость стула. Как правило, на этой стадии разросшаяся опухоль уже перекрывает просвет кишечника.

У больного появляются:

- упорные запоры;
- боли в кишечнике;
- кровь в кале;
- недержание фекалий и газов;
- боли во время акта дефекации;
- отвращение к пище.

На поздних стадиях рака толстого кишечника может развиваться кишечная непроходимость, которая

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

проявляется резями в животе, тошнотой, рвотой (возможно присутствие кала в рвотных массах), болезненными позывами на дефекацию.

Для профилактики несвоевременного выявления рака кишечника людям старше 40 лет рекомендуется проведение колоноскопии через каждые три года и своевременное лечение заболеваний кишечника под наблюдением врача.

ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки преимущественно болеют мужчины – заболевание в 6–7 раз чаще встречается именно у мужчин в возрасте 25–45 лет. **Предрасполагающими факторами к его развитию становятся:**

- частые стрессы;
- курение;
- употребление спиртных напитков;
- нерациональное или нерегулярное питание;
- употребление либо слишком острой, либо чересчур горячей пищи;
- бесконтрольный прием некоторых лекарственных препаратов (Резерпина, Аспирина, кортикостероидов).

Причинами формирования язвы становятся бактерии Helicobacter pylori, вырабатывающие особые ферменты, которые способны разрушать слой защитных клеток слизистой оболочки желудка, или повышение кислотности желудочного сока, спровоцированное вышеописанными предрасполагающими факторами. У больного появляется боль, локализирующая в верхней части живота и связанная с приемом пищи или голодом:

- «голодные» боли, возникающие ночью или после длительного отсутствия приема еды, купируются приемом пищи;
- боль может усиливаться, спустя определенное время после приема пищи;
- обострение заболевания и болей наблюдается весной и осенью.

Неспецифическими симптомами язвенной болезни являются:

- изжога;
- отрыжка кислым;
- тошнота;
- рвота;
- запоры;
- повышенный аппетит.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

При выявлении у себя симптомов язвенной болезни больному рекомендуется безотлагательно обратиться к гастроэнтерологу, который после проведения ряда диагностических обследований сможет порекомендовать диету и назначит медикаментозное лечение.

При отсутствии адекватного лечения язвенная болезнь может осложняться:

- кровотечением;
- перфорацией;
- перитонитом;
- перерождением в раковую опухоль.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Мочекаменная болезнь наблюдается у 1–3% населения, и около 30–40% пациентов урологического отделения находятся на стационарном лечении именно по поводу этого заболевания. Образование конкрементов в мочевыводящих путях в 3 раза чаще наблюдается у мужчин.

Основной причиной мочекаменной болезни становятся различные нарушения обмена веществ, которые приводят к накоплению нерастворимых солей (оксалатов, уратов и др.). **Под воздействием различных предрасполагающих факторов в мочевыводящих путях формируются конкременты (камни):**

- злоупотребление острой и кислой пищей;
- нарушения обмена веществ, подагра и др.;
- недостаток витаминов A и D;
- передозировка витамина D;
- заболевания мочевыделительной системы: пиелонефрит, простатит, цистит, аденома простаты и др.;
- заболевания ЖКТ: хронический панкреатит, энтерит;
- заболевания и травмы костей: остеопороз, остеомиелит;
- гиперпаратиреоз;
- стриктуры и стеноз мочевыводящих путей;
- нефроптоз;
- обезвоживание;
- длительный прием лекарственных препаратов (антацидов, глюкокортикоидов, тетрациклина, аспирина, сульфаниламидов и др.);
- врожденная предрасположенность.

Мочекаменная болезнь может длительное время ничем не проявлять себя. При нарушениях уродинамики, которые вызываются движением камней, **появляются следующие специфические симптомы:**

- боли в пояснице, отдающие в область паха или половых органов;
- нарушения оттока мочи (частые позывы, отхождение мочи небольшими порциями, боли режущего характера);
- помутнение мочи из-за пиурии (гноя);
- наличие крови в моче;
- анурия – непоступление мочи в мочевой пузырь (в редких случаях).

Отхождение камней иногда происходит незаметно, но, как правило, вызывает почечную колику, которая сопровождается острой внезапной болью. Боли причиняют сильные страдания, трудно найти положение, при котором болевые ощущения становятся менее мучительными.

При длительном нахождении конкремента в мочеточнике состояние почки и мочевыделительных путей значительно ухудшается (вплоть до нефросклероза или отмирания почки). Также мочекаменная болезнь может осложняться: пиелонефритом, артериальной гипертензией, острой или хронической почечной недостаточностью.

При выявлении симптомов мочекаменной болезни больному рекомендуется незамедлительно обратиться к врачу урологу, который после проведения ряда диагностических исследований порекомендует ди-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

ету, направленную на предупреждение камнеобразования, и адекватное лечение (медикаментозное или хирургическое).

ПОДАГРА

Еще одной из самых часто встречающихся болезней у мужчин является подагра. Соотношение мужчин и женщин с этим диагнозом составляет 7:1, а пик заболеваемости приходится на возраст 40–50 лет.

Развитие подагры может провоцироваться целым рядом предрасполагающих факторов:

- ожирение;
- хронический алкоголизм;
- артериальная гипертензия;
- гиперлипидемия;
- употребление большого количества мяса, рыбы, икры, шоколада, кофе и какао;
- повышенный синтез мочевой кислоты и ее замедленное выведение из организма (злоупотребление спиртным, гликогеноз, шоковые состояния, почечная недостаточность);
- замедление процесса метаболического распада пуриновых нуклеотидов (аутоиммунные заболевания, состояния после противоопухолевой терапии).

Повышение уровня мочевой кислоты в организме вызывает формирование микроскопических кристаллов. Они откладываются в виде подагрических гранулем и «шишек» в органах и тканях (преимущественно вокруг суставов и в почках). **Эти процессы приводят к развитию воспалительного процесса, который проявляется следующими симптомами:**

- острая боль в суставе (чаще в одном или двух);
- покраснение и повышение температуры кожи около сустава;
- лихорадка;
- образование камней в почках.

При отсутствии адекватного лечения подагрические приступы могут длиться несколько дней или недель и приводить к:

- серьезному повреждению суставов и к значительному ограничению их подвижности;
- развитию рецидивирующих калькулезных пиелонефритов;
- нефросклерозу;
- почечной недостаточности.

Больные, находящиеся в группе риска по развитию подагры должны, регулярно контролировать

уровень мочевой кислоты в крови и придерживаться правил здорового питания и образа жизни. При выявлении гиперурикемии и признаков подагры пациентам рекомендуется жестко ограничивать потребление продуктов с высоким уровнем пуриновых соединений: это играет решающую роль в профилактике этого тяжелого недуга.

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ЭНДАРТЕРИИТ

Курение способствует развитию облитерирующего эндартериита у мужчин.

Облитерирующий эндартериит в 99 раз чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Это заболевание может поражать людей разного возраста и наблюдается преимущественно у мужчин молодого и среднего возраста (до 35–40 лет).

Предрасполагающими факторами для развития этого заболевания становятся:

- некоторые инфекционные заболевания (сыпной тиф, эпидермофития стоп, сифилис);
- злоупотребление спиртным;
- курение;
- частые переохлаждения конечностей;
- травмы нижних конечностей;
- ношение неудобной обуви;
- нерациональное питание с высоким уровнем жиров животного происхождения;
- нарушения периферической иннервации (хронические невриты седалищного нерва);
- нарушения гормональной функции надпочечников;
- нервно-психические факторы.

На начальной стадии заболевания мужчина замечает усталость ног, появляющиеся в икроножных мышцах судороги, зябкость и ощущение ползания мурашек. **При прогрессировании заболевания нарушается трофика тканей и это приводит к появлению:**

- перемежающейся хромоты;
- судорог;
- болей в нижних конечностях даже в состоянии покоя;
- бледности и сухости кожи ног;
- нарушений роста ногтей и волос на ногах.

Трофические нарушения приводят к формированию стойкого болевого синдрома, утрате чувствительности и образованию на ногах гнойно-некротических язв, которые могут осложняться гангреной, приводящей к утрате стопы или нижней конечности.

Предотвратить развитие болезни возможно только при своевременном обращении к врачу, который сможет провести детальное обследование и назначить адекватное лечение.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА

Развитие паховой грыжи в 90–97% случаев наблюдается именно у мужчин. Это факт объясняется анатомическими особенностями строения паховой области: у мужчин паховый канал более широкий, а соединительная ткань более слабая.

Паховая грыжа развивается чаще, чем другие грыжи живота, может длительное время не доставлять особых неудобств больному. Однако пациенту следует помнить о том, что обращаться за помощью к врачу следует при первых же признаках дискомфорта, т. к. паховая грыжа может ущемляться в любой момент и приводить к развитию тяжелых осложнений.

На начальных стадиях заболевания у больного появляется ощущение тяжести в животе и небольшая

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

припухлость в паху, которая может становиться менее заметной в положении лежа. Со временем выпячивание увеличивается, доставляет боль и ощущение жжения, которые усиливаются при ходьбе и физической нагрузке. Независимо от размеров паховой грыжи, ее лечение может быть только хирургическим.

При больших размерах грыжи у больного могут наблюдаться запоры, учащенное мочеиспускание, боли и рези при мочеиспускании и акте дефекации. Грыжевое содержимое может сдавливаться в грыжевых воротах, и у пациента могут появиться следующие симптомы ущемления паховой грыжи:

- резкая нарастающая боль в мошонке или паху;
- тошнота и рвота;
- повышение температуры;
- отсутствие дефекации и отхождения газов;
- кровь в кале;
- невозможность вправления грыжи в положении лежа на спине при легком нажатии на нее;
- покраснение, уплотнение и увеличение выпячивания.

Такое состояние при отсутствии незамедлительной хирургической помощи может приводить к ряду тяжелых осложнений:

- некрозу части кишечника или другого ущемленного в грыжевом мешке органа;
- непроходимости кишечника;
- ишемическому орхиту.

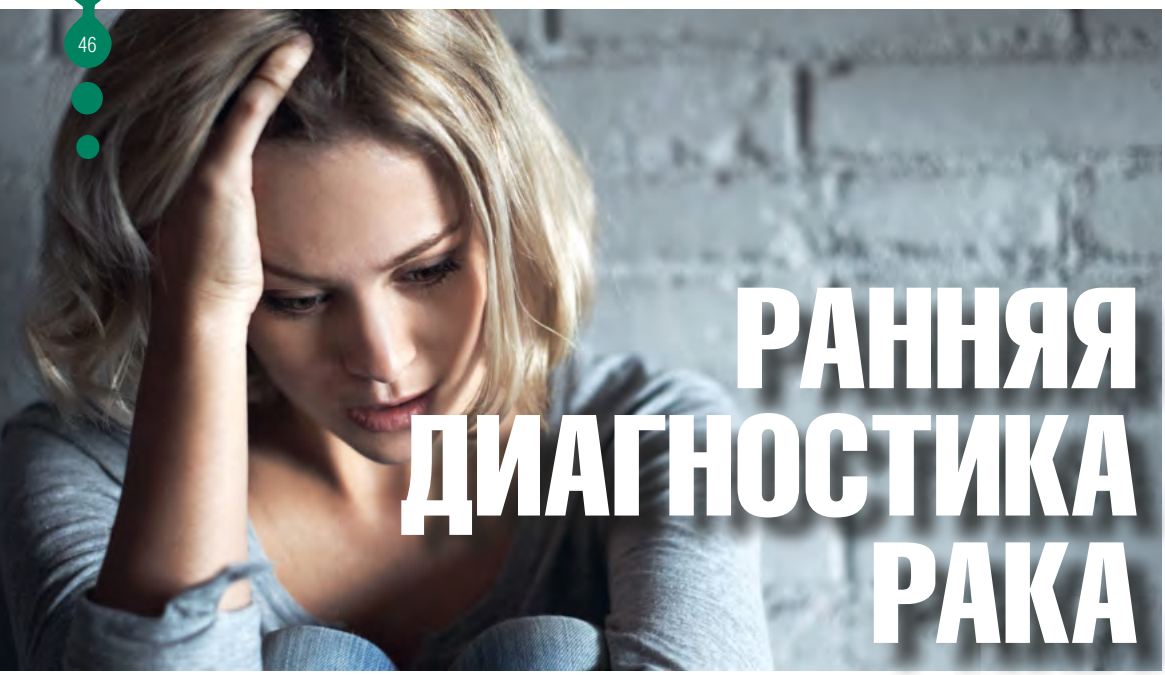
У пожилых пациентов ущемление паховой грыжи может приводить к летальному исходу.

К КАКОМУ ВРАЧУ ОБРАТИТЬСЯ?

МЕЖДУ ПРОЧИМ, ЭТО ВЕСЬМА АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС ДЛЯ МУЖЧИН!

Если вы заметили у себя признаки одного из перечисленных заболеваний, правильнее всего будет обратиться к терапевту. Он проведет осмотр и первоначальную диагностику. Разумеется, при острых состояниях (почечная колика, инфаркт миокарда, инсульт и другие) нужно вызывать «Скорую помощь». В дальнейшем лечение будут проводить профильные специалисты: кардиолог, невролог, онколог, пульмонолог, уролог, гастроэнтеролог, нефролог, ревматолог, сосудистый хирург, хирург.

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА

ПО ДАННЫМ МИРОВОЙ СТАТИСТИКИ, РАК ШЕЙКИ МАТКИ ЗАНИМАЕТ ТРЕТЬЕ МЕСТО СРЕДИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ, УСТУПАЯ РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАКУ ЭНДОМЕТРИЯ

Неуклонный рост цервикальной онкопатологии, неблагоприятная тенденция к «омоложению» заболевания диктуют необходимость разработки и внедрения современных методов диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки.

В 2008 году немецкому профессору Харальду цур Хаузену была присвоена Нобелевская премия за открытие роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в возникновении рака шейки матки. С тех пор считается абсолютно доказанной вирусная этиология рака шейки матки. При инвазивном раке шейки матки в 95–100% случаев выявляется ВПЧ. Всемирная организация здравоохранения признала онкологическую опасность ВПЧ и его ведущую роль в этиологии этого страшного заболевания.

В последние годы рак шейки матки значительно «помолодел»: встречается в 1,9 раза чаще в возрасте от 15 до 24 лет и в 7,4 раза чаще в возрасте от 24 до 34 лет. Однако, не смотря на высокую частоту инфицированности ВПЧ у сексуально активных женщин, она сопровождается последующей его элиминацией (самовыведение) в 60–90% случаев на протяжении первых трех лет.

Между первым инфицированием ВПЧ и развитием инвазивного рака шейки матки проходят десятилетия, и раку предшествуют цервикальные интраэпителиальные неоплазии (предраковые состояния) различной степени тяжести. По данным ВОЗ, ежегодно в России регистрируется 15342 случая рака шейки матки, из них 7371 заканчивается летальным исходом. Следует отметить, что не у всех женщин, инфицированных ВПЧ, развивается рак шейки матки.

Для диагностики предраковых состояний в настоящее время в клинической практике используют различные методы:

- **цитологический метод:** традиционная или жидкостная цитология
- **ВПЧ-тестирование:** генотипирование, определение вирусной нагрузки

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

- **расширенная кольпоскопия**
- исследование сопутствующей **генитальной инфекции**
- **гистологическая верификация** диагноза

ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В настоящее время это один из основных методов диагностики плоскоклеточных интраэпителиальных неоплазий шейки матки (PAP-тест – исследование клеток врачом под микроскопом после специфической окраски или жидкостная цитология). При высокой специфичности он обладает низкой чувствительностью, а результаты исследования в значительной степени зависят от количества, качества полученного материала и квалификации цитолога.

Проведение цитологического скрининга позволяет значительно снизить заболеваемость раком шейки матки. Женщинам рекомендуется ежегодно проходить данное обследование, а по показаниям- чаще, индивидуальный график устанавливает лечащий врач.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Для выявления предрака и рака шейки матки наряду с цитологическими исследованиями с недавнего времени лидирующую позицию занимает тестирование на ДНК ВПЧ.

ВОЗ сформулированы следующие рекомендации по применению ВПЧ-теста в скрининге рака шейки матки:

– в первичном скрининге у женщин старше 30 лет в сочетании с цитологическим исследованием или в качестве самостоятельного теста

– при ведении пациенток с неопределенными результатами цитологического исследования (атипические клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить тяжелое поражение)

– для мониторинга терапии плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени

Отрицательный результат ВПЧ-тестирования позволяет существенно увеличить интервал скрининга для женщин, у которых ВПЧ не выявлен (5 лет и более). Поскольку обнаружение ВПЧ у женщин моложе 25 лет чаще всего обусловлено транзиторной инфекцией, в данной возрастной группе ВПЧ-тест не используется, в то время как среди женщин старше 25–30 лет вероятность спонтанной элиминации (самоизлечение) ВПЧ гораздо ниже. Поэтому возрастает прогностическая ценность ВПЧ-тестирования.

В настоящее время наиболее широко распространенный метод тестирования ВПЧ – полимеразная цепная реакция в режиме реального времени позволяет выявить геном высокоонкогенных типов ВПЧ с определением вирусной нагрузки. Метод качественного анализа ВПЧ определяет 13 наиболее онкогенных типов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68).

ВПЧ – тестирование и мониторинг ВПЧ – инфицированных женщин наряду с проведением цитоло-

гического исследования позволяют прогнозировать развитие интраэпителиальных поражений.

КОЛЬПОСКОПИЯ

Кольпоскопия – визуальный метод исследования состояния эпителия шейки матки с применением оптической системы и диагностических проб, с использованием 3% растворов уксуса и Люголя.

Расширенная кольпоскопия позволяет:

– оценить состояние эпителия шейки матки, влагалища и вульвы, зону стыка эпителиев

– выявить поражения

– дифференцировать доброкачественные изменения от злокачественных

– определить наиболее измененные участки, рекомендуемые к проведению прицельной биопсии.

Важно отметить, что выполнение прицельной биопсии/эксцизии шейки матки необходимо проводить под контролем кольпоскопического исследования с наиболее измененных участков эпителия шейки матки.

ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Важное место в обследовании больных с патологией шейки матки занимает своевременное выявление и лечение генитальных инфекций. Показано, что ВПЧ-инфекция высокоонкогенных типов – один из значимых, но недостаточных факторов для развития предрака и рака шейки матки. В исследованиях, проведенных итальянскими ученными в 2017 году, было показано, что более тяжелые поражения шейки матки чаще протекают на фоне бактериального вагиноза.

В последние годы появляются новые данные о роли микрофлоры влагалища в персистенции ВПЧ (длительное пребывание вируса в организме с сохранением функциональных способностей) и в последующем развитии рака шейки матки.

Так, персистенция ВПЧ-инфекции у 43% женщин ассоциирована с бактериальным вагинозом с преобладанием гарднереллы, превотеллы, мегасферы, атопобиум вагине.

Исследования по изучению микрофлоры влагалища и наличию ВПЧ-инфекции у ВПЧ-позитивных женщин показали более выраженное разнообразие патогенной и условно-патогенной микрофлоры влагалища в отличие от ВПЧ-негативных женщин.

Поэтому так важно своевременно восстанавливать биоциноз влагалища.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА

С целью окончательной верификации диагноза, определения рациональной тактики ведения больных и определения прогноза заболевания показано проведение прицельной биопсии шейки матки с наиболее измененных участков под контролем кольпоскопии и/или выскабливание цервикального канала (по показаниям) для исключения предраковых изменений и злокачественной трансформации эндоцервикса.

К проведению биопсии шейки матки имеются определенные показания:

– аномалии при цитологическом исследовании

– выраженные изменения при расширенной кольпоскопии

– аномальная кольпоскопическая картина при наличии высокоонкогенных типов ВПЧ

– расхождение результатов цитологического исследования и расширенной кольпоскопии.

Для проведения прицельной биопсии или эксцизии шейки матки широко используется метод радиоволновой хирургии.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Преимущество эксцизии заключается в удалении всего патологического участка в пределах здоровой ткани с последующей гистологической верификацией диагноза. Конизация шейки матки – разновидность эксцизионных методов лечения при выявлении у пациенток интраэпителиального поражения тяжелой степени. Таким образом, этот метод одновременно диагностический и лечебный.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРЕДРАКА

Цитологический и кольпоскопический методы исследования позволяют диагностировать уже существующие патологические изменения шейки матки, в то время как необходим поиск прогностических маркеров, позволяющих прогнозировать развитие предрака и рака шейки матки. В 10–15% случаев диагностики предрака требуется применение дополнительных современных методов исследования – иммуногистохимического и иммуноцистохимического. Один из перспективных методов диагностики – определение молекулярно-гинетических маркеров пролиферации p16INK4a и ki67, позволяющих поставить диагноз при неоднозначных результатах цитологического исследования, ВПЧ-тестирования и/или гистологического исследования. Метод позволяет определить наличие вирусных белков в клетке и степень нарушений клеточной регуляции в ответ на персистенцию в ней вируса.

Позитивная реакция на молекулярно-генетические маркеры требует индивидуального подхода к тактике ведения пациенток, а в ряде случаев- использование деструктивных методов лечения. Изучение генов метилирования – один из современных способов прогнозирования течения предрака и рака шейки матки.

Таким образом, в руках современного акушера-гинеколога имеется большой арсенал средств для своевременной постановки диагноза и оказания квалифицированной помощи пациентке. Все вышеперечисленные обследования можно пройти в условиях нашего медицинского центра. Но главное всегда зависит от самой женщины – бережное отношение к своему здоровью. Необходимо вовремя обращаться за помощью к специалистам и не заниматься самолечением.

Автор статьи Лапшина Юлия Ивановна,
врач акушер-гинеколог

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

КОНТРАЦЕПТИВЫ

ПО ДАННЫМ ООН, 45% АМЕРИКАНОК ПРЕДОХРАНЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ ТАБЛЕТОК. В РОССИИ ИХ ПРЕДПОЧИТАЮТ ВСЕГО 9,5% ЖЕНЩИН. ЗАТО У НАС САМЫЙ ПОПУЛЯРНЫЙ МЕТОД ЗАЩИТЫ ОТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ – ПРЕРВАННЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ. И ЭТО В 2018 ГОДУ!

Мы решили, что нужно срочно провести ликбез. Рассказываем об оральных контрацептивах (ОК) всё, что должен знать каждый взрослый человек.

КАК РАБОТАЮТ ОК?

Каждые 3–4 недели в яичниках созревает яйцеклетка. Затем она попадает в маточную трубу и остаётся там пару дней, ожидая встречи со сперматозоидом. Это называется овуляцией. Таблетки этот процесс подавляют: у женщины, которая пьёт ОК, яйцеклетка просто погибает там же, где созрела.

А если ей всё же удалось пробраться в маточную трубу, она не сможет там удержаться – таблетки ещё и повышают вязкость слизи.

НАСКОЛЬКО ОНИ ЭФФЕКТИВНЫ?

При правильном приёме на 99,7%. Но на практике беременность случается чаще просто потому, что девушки забывают вовремя принять таблетку. А ещё многие не в курсе, что ОК может не подействовать из-за рвоты, диареи или других лекарств.

Но даже при этих условиях таблетки надёжны, как минимум, на 92%. А прерванный половой акт – на 60%.

КАК ПОДОБРАТЬ ПРЕПАРАТ?

Его должен назначить врач гинеколог. Для этого ему нужно собрать информацию о вашем организме: о тромбоэмболических заболеваниях, диабете, и других болезнях в вашей семье. Кроме того, вам придётся пройти обследование:

- общий гинекологический осмотр;
- обследование молочных желёз;
- измерение артериального давления;
- забор мазка;
- сдача крови на свёртываемость и сахар.

Часто женщины боятся принимать оральные контрацептивы из страха набрать лишний вес. Но от ОК не поправляются. Это миф. Он появился из-за того, что таблетки первого поколения содержали много эстрогена – из-за него действительно можно было

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

набрать вес. Но с тех пор прошло 60 лет. В современных ОК дозы гормонов настолько малы, что могут слегка округлить вас только в одном месте – в груди. Но ведь там пара лишних см – совсем не беда, правда?

А МОЖЕТ ЛИ ПРОПАСТЬ ЛИБИДО?

Многолетние исследования говорят, что нет. Однако около 2% женщин сообщают, что да. Учёные же отвечают, что у этих дам просто имеются проблемы, совершенно не связанные с ОК. Например, психологические.

А ещё некоторые девушки просто изначально более темпераментны из-за высокого уровня тестостерона. Таблетки снижают уровень мужских гормонов – вот

либидо и приходит к среднестатистической норме. Но вот так просто исчезнуть из-за ОК оно не может.

МОГУТ ЛИ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ ВЫЗВАТЬ БЕСПЛОДИЕ?

Скорее, наоборот: после отмены шансы на быструю беременность намного выше, чем до их приёма. Всё из-за того, что яичники начинают работать активней. Иногда врачи даже прописывают противозачаточные для лечения бесплодия.

НУЖНО ЛИ ДЕЛАТЬ ПЕРЕРЫВЫ?

Нет, при приёме современных ОК в этом нет необходимости.

А ЧТО НАСЧЁТ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ?

Если средство подобрано правильно, побочные эффекты будут только положительные: нормализуется гормональный фон, уйдут прыщи, перестанут расти усики и волосы на груди.

Но негативные побочные эффекты тоже случаются, особенно в первый месяц приёма. Чаще всего это боль в груди, тошнота, диарея, сухость во влагалище и кровянистые выделения между менструациями.

Подобрать ОК вам помогут врачи акушеры-гинекологи ЦМД.

ОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

НЕЗАЩИЩЕННЫЙ СЕКС
риск или удовольствие?

На самом деле и то, и другое. Секс без презерватива традиционно считается небезопасным и нерациональным. Но факт остается фактом: незащищенный секс предпочитают не только мужчины, но и женщины. К тому же, как показывают исследования, чаще всего именно женщины являются инициатором небезопасного секса, причем не будучи уверенными в том, здоров ли физически их партнер. А какими могут быть последствия незащищенного секса для представительниц прекрасной половины человечества?

1. БЕЛИ

Самой банальной проблемой, которая может быть следствием незащищенного секса, является вульвовагинит – воспаление влагалища и наружных половых органов. Женщину при этом беспокоят выделения с неприятным запахом (бели) и зуд.

Наиболее частой причиной вульвовагинита является трихомониаз. Это заболевание, передающееся половым путем (ЗППП), не опасно для жизни, однако требует тщательного обследования и лечения.

Если через 1–4 дня после незащищенного секса у вас появились бели, следует обратиться к гинекологу и сдать мазки на флору.

2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

По данным медицинской статистики, больше половины взрослого населения являются носителями той или иной половой инфекции, при этом многие об этом даже не подозревают. Причина в том, что довольно часто после заражения половой инфекцией не бывает никаких симптомов или они слабо выражены. Как правило, в первые три дня после

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

заражения выявить так называемые скрытые половые инфекции даже самыми чувствительными методами диагностики невозможно. В список половых инфекций включены более 30 видов возбудителей: вирусы, бактерии, простейшие, грибы и эктопаразиты. Среди них самые известные: гонорея, сифилис, СПИД, хламидиоз, вирус папилломы человека, гепатит и герпес. Отдельно хочется отметить, что нередко диагностируемые микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз и гарднереллез не относятся к заболеваниям, передаваемым только половым путем. Их наличие может быть просто признаком нарушения микрофлоры влагалища!

При этом через 7–14 дней после незащищенного секса появляются признаки воспаления и характерные жалобы: боли, повышение температуры тела, гноевидные выделения. Если инфекцию вовремя не лечить, то боли могут стать постоянными. Как известно, лучший способ защиты от половых инфекций – это применение презерватива

3. НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Результатом незащищенного секса могут стать незапланированная беременность и аборт, после которого женщина нередко испытывает чувство утраты, вины, обиды на партнера.

Помимо психологических страданий, прерывание беременности имеет еще и медицинские аспекты. Последствием аборта могут стать гормональные нарушения, часто приводящие к развитию бесплодия.

4. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Некоторые возбудители (бактерии, простейшие, вирусы), в том числе передающиеся половым путем, могут проникнуть через плаценту из материнского организма к плоду и спровоцировать прерывание беременности.

Влияние половой инфекции на плод зависит от срока беременности, вида и количества возбудителей, продолжительности заболевания матери, состояния ее иммунитета и других факторов.

5. НЕПРОХОДИМОСТЬ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Большинство известных заболеваний, передающихся половым путем (хламидии, уреаплазмы, микоплазмы. гонококки и пр.), могут принимать хроническое течение.

При этом в малом тазу в результате перенесенного воспаления образуются спайки – как между органами (маткой и придатками, мочевым пузырем и маткой и т. д.), так и внутри маточных труб.

Последствием незащищенного секса и ЗППП в этом случае становится непроходимость маточных труб и, как следствие, возникновение бесплодия.

6. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

В настоящее время является доказанным факт непосредственного участия некоторых половых инфекций, в частности вируса папилломы человека (ВПЧ), в возникновении предрака и рака шейки матки. Вирус препятствует гибели раковых клеток, что способствует резкому росту их числа.

При выявлении кондилом и папиллом в области половых органов, а также после незащищенного секса следует пройти обследование на наличие ВПЧ, в случае обнаружения получить противовирусное лечение.

7. БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Последствием незащищенного секса может стать поражение печени, вызванное вирусами гепатита В и С. Заражение в основном происходит через контакт с кровью больного. Риск передачи вируса при незащищенном сексе составляет около 10–30%.

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Длительное, в течение нескольких лет, размножение вирусов гепатита В и С в печени нередко приводит к серьезным необратимым изменениям – циррозу и первичному раку печени.

8. ИММУНОДЕФИЦИТ

Самым грозным последствием незащищенного секса является внедрение в организм вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и развитие синдрома приобретённого иммунного дефицита (СПИД).

При ВИЧ длительность серонегативного (немого) периода, когда человек болен и заразен, а результаты анализов остаются отрицательными, иногда увеличивается до полугода.

Мужчинам незащищенный секс тоже может преподнести немало неприятностей, вплоть до незапланированной беременности (партнерши, разумеется). Инфекции, передающиеся половым путем, вызывают поражения гениталий (язвы, прыщи и образования на половых органах), приводят к воспалению уретры, мочеиспускательного канала (уретрит). Некоторые инфекции (например, сифилис и гонорея), которые вызывают локальные симптомы или уретрит, также способны провоцировать повреждения других органов и распространяться в организме, если их вовремя не лечить. Кстати, мужское бесплодие тоже довольно часто возникает по причине нелеченных половых инфекций.

Что и когда нужно сделать после незащищенного секса, особенно, если партнер был мало знаком?

Самое верное решение, если приключился незащищенный половой контакт, и есть опасения о возможном заражении половой инфекцией – сразу приезжать на консультацию к гинекологу или дерматовенерологу. Не надо ждать, что все обойдется. Чем раньше диагностируется венерическое заболевание, тем больше шансов на полное выздоровление.

И напоследок совет: всегда пользуйтесь презервативами! Не стоит забывать о своем здоровье даже в самые страстные минуты, чтобы потом не сожалеть.

Прием ведут Аксенова Евгения Анатольевна,
врач акушер-гинеколог

Смекалина Ольга Николаевна,
врач дерматовенеролог высшей категории

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Осень – лучшее время для SPA

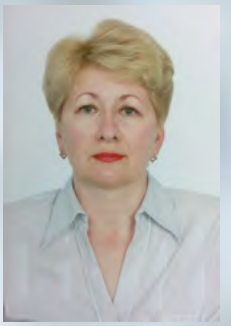
ПРОФИ
ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

ул. Свердлова, 36, тел.: 202-145
www.beauty-profi.ru
beauty_profi_centr

Аксенова Евгения Анатольевна,
врач акушер-гинеколог

Лапшина Юлия Ивановна,
врач акушер-гинеколог

Смекалина Ольга Николаевна,
врач дерматовенеролог высшей категории



Зазнобова Татьяна Васильевна,
врач педиатр высшей категории, кандидат медицинских наук

Яшина Виктория Валерьевна,
врач детский невролог

Власов Виктор Николаевич,
ортопед, детский ортопед, врач высшей категории

Панова Зинаида Александровна,
врач педиатр

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

Мосиенко Елена Александровна,
врач офтальмолог

Гомбоев
Руслан Бальжинимаевич,
врач уролог-андролог

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

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

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

Онкомаркеры:

- простатспецифический антиген ПСА, свободный СА
- раковоэмбриональный антиген РЭА
- онкомаркер рака молочной железы СА-15-3
- онкомаркер рака яичников – СА 125
- онкомаркер опухолей поджелудочной железы, желудка, толстой и прямой кишки СА 19-9
- β-2-микроглобулин,
- СА 72-4 (углеводный антиген),
- Cyfra 21-1 (фрагмент цитокератина),
- NSE (Нейроспецифическая енолаза),
- антиген плоскоклеточной карциномы SCC
- Е7-ВПЧ – 16/18 онкобелок
- Белок S-100
- НЕ4 (секреторный белок 4 эпидидимидиса)

3. РЕАКЦИЯ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ

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

Менингококк: anti-Neisseria meningitidis

Листериоз: anti-Listeria monocytogenes

Дифтерия: anti-Corinebacterium diphtheriae

Столбняк: anti-Clostridium tetani

4. КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА СИФИЛИС

RPR, РПГА, ИФА IgM + IgG

5. КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ

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

Обнаружение ДНК ВИЧ (ДНК HIV) методом ПЦР

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

6. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

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

Коагулограмма при лечении антикоагулянтами: протромбиновое время по Квику и МНО

Определение групп крови по АВО с фенотипированием и резус-фактор

Определение антител к антигенам эритроцитов (титр)

Определение волчаночного антикоагулянта

D-димер

Скорость клубочковой фильтрации

Протеин SиC

Ретикулоциты

Антитромбин

Тромбиновое время

Фибриноген

Определение времени свертывания крови (по Дуке)

7. БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Холестерин, креатинин, мочевая кислота, мочевина, общий белок, триглицериды, кальций, щелочная фосфатаза, аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), гамма-глютамилтранспептидаза (ГГТП), альфа

амилаза (диастаза), билирубин общий, билирубин прямой, Глюкоза, сывороточное железо, 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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

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)

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ 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

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)

НОВОЕ! Урофлуометрия – неинвазивное исследование уродинамики.

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОК

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

КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

30 лет

На благо людей!

МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»

имени академика С.Н.Федорова, Иркутск

ИЗБАВИМ ОТ ОЧКОВ И КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

т. (3952) 96-86-38