



ИСКУССТВО
ВРАЧЕВАТЬ

Зачем делать прививки?
Стр. 3

Азы гигиены зубов
Стр. 6

ЛФК избавит от боли
Стр. 7

«Кремлевский бальзам»
Стр. 8

Здоровье – основа красоты
Стр. 8

ИЗДАЕТСЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
«ПОЛИКЛИНИКА № 1» УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 16, апрель 2015
www.vipmed.ru

ПОЛИКЛИНИКА №1

Н А С И В Ц Е В О М В Р А Ж К Е

Личный врач для малыша

С 2015 года в отделении педиатрии Поликлиники проводится наблюдение детей в возрасте от 0 до 1 года личным врачом в рамках расширенной программы годового медицинского обслуживания. Визиты личного врача к новорожденному в первый месяц жизни — 1 раз в 10 дней, со второго месяца — 1 раз в месяц. Помимо этого — консультации невролога, офтальмолога, оториноларинголога, детского хирурга, ортопеда, диагностические и лабораторные исследования, вакцинация — вся эта помощь оказываются преимущественно на дому.

В новой программе — классические требования к наблюдению за здоровьем ребенка, а также — персонализированный подход в оказании медицинской помощи, традиционный для Поликлиники.

Новая программа имеет и другие преимущества — стоимость услуг, входящих в программу, фиксируется на весь срок действия договора. Кроме того, в течение срока действия договора предоставляется скидка 10% на дополнительные услуги, не входящие в данную программу.



Е.В. Липова

— Елена Валерьевна, как появилась идея создания новой тест-системы в гинекологии? Неужели существовавшие на момент создания «Фемофлора» методы не оправдывали себя?

— Тест-система «Фемофлор» для ПЦР-анализа (полимеразная цепная реакция) в реальном времени является первой и пока единственной тест-системой как в нашей стра-

не, так и за рубежом, позволяющей выявлять все известные на сегодняшний день микроорганизмы, населяющие мочеполовую систему, и определить роль каждого из них в развитии инфекционно-воспалительного процесса у конкретного пациента.

Как известно, большая группа условно-патогенных микроорганизмов, в норме населяющих мочеполовую систему, обитает на коже и

слизистых оболочках. Они выполняют разные функции, в том числе, предохраняют от внедрения более патогенных и вирулентных (лат. virulentus — ядовитый) бактерий, то есть представляют собой мощный защитный фактор организма человека против инфекции.

Известно, что один условно-патогенный микроорганизм, как правило, ни при каких условиях не

ПЕРСОНА

Микроорганизмы вышли из тени

В прошлом году заведующая кафедрой и научный руководитель Поликлиники по дерматовенерологии, микологии и косметологии, д.м.н., профессор Елена Валерьевна Липова была удостоена главной медицинской награды России — национальной премии «Призвание». Она вручается Министерством здравоохранения РФ с 2001 года и символизирует высшее признание коллег и пациентов. Елена Валерьевна была отмечена в номинации «За создание нового метода диагностики». Речь идет об инновационной тест-системе «Фемофлор»®, которая позволяет комплексно и в полном объеме определить количественный и качественный состав биоты (микробное население) мочеполового тракта у женщин на момент исследования.

Мы поговорили с профессором Е. В. Липовой о том, с какой целью создавался этот метод диагностики, а кроме того — узнали о других её профессиональных интересах.

Может явиться причиной развития заболевания. Для этого необходима ассоциация нескольких — не менее 5–6 — условно-патогенных микроорганизмов. Поэтому традиционные методы лабораторной диагностики не всегда способны решить клиническую задачу установления тех микроорганизмов, которые являются причиной развития воспаления у конкретного пациента.

Метод ПЦР в реальном времени с помощью созданной тест-системы «Фемофлор» позволяет выявить всевозможных возбудителей мочеполовых инфекций и определить их роль в развитии инфекционно-воспалительного процесса. Однако только лишь качественное их выделение не дает врачу достаточной информации.

Продолжение на стр. 4

1925 90 лет 2015

Вспоминая историю



В 2015 году Поликлиника отмечает юбилей — 90 лет со дня основания. За свою почти вековую историю Поликлиника не раз меняла свой адрес и название, но для пациентов она всегда была и остаётся «Кремлевской».

Первое медицинское учреждение в стенах Кремля появилось в октябре 1918 года, когда в Потешном дворце организовали небольшую амбулаторию со стационаром на 15 коек для оказания медицинской помощи живущим в Кремле государственным деятелям и членам их семей.

6 апреля 1922 года Политбюро ЦК РКП (б) поручило Народному комиссару здравоохранения Н.А. Семашко организовать медосмотры в Главном Санитарном управлении Кремля, что положило начало для развития профилактического направления кремлевской медицины.

С годами нагрузка на кремлевских врачей увеличивалась, поэтому больницу и амбулаторию перевели в здание на улице Коминтерна (ныне — Воздвиженка). Так в 1925 году было создано самостоятельное медицинское учреждение — Кремлевская поликлиника Санитарного управления Кремля.

В 1930 году был введен карточный учет туберкулезных больных. Впервые в амбулаторной практике началось активное врачебное наблюдение за пациентами с малярией, дизентерией и онкологическими заболеваниями.

20 августа 1938 года все существовавшие по ул. Коминтерна самостоятельные лечебные учреждения (Центральная поликлиника, Поликлиника №1, детская поликлиника, физиотерапевтическое и рентгеновское отделения) были объединены в одно с новым названием — Центральная поликлиника Лечебно-санитарного управления Кремля.

Диспансеризация

С 1940 года впервые в мире диспансеризация включается в план работы Поликлиники. Термин «диспансеризация» происходит от французского сло-

ва «избавлять», «освобождать» и стал использоваться в медицинской практике с начала 19 века. Построение системы диспансеризации в нашей стране началось с образования СССР. Неоспоримый вклад в разработку и развитие системы диспансеризации внесли достижения Кремлевской медицины. Сначала в Санитарном управлении Кремля проводились регулярные медицинские осмотры с оценкой состояния здоровья обследуемого. Далее врачи стали выявлять не только заболевания, но и факторы, которые в будущем могли привести к развитию того

Продолжение на стр. 3



А.С. Лопатин

Оториноларингологи подвели итоги

25 марта 2015 года в Поликлинике состоялась юбилейная XX научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины». Организаторами конференции выступили Российское общество ринологов и ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» (РМАПО).

Открыл конференцию академик РАН, главный специалист по оториноларингологии Главного Медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, профессор Г.З. Пискунов. Он привел современные данные о причинах развития и распространения заболеваний ЛОР-органов у городского населения. По статистике, на первом месте регистрируются болезни глотки, за счет распространенности хронического фарингита (на 1000 населения приходится 244,4 случая), на втором месте — болезни

носа и околоносовых пазух, за счет распространенности аллергического и вазомоторного ринита (166,7 случаев), на третьем месте — болезни уха, за счет сенсоневральной тугоухости (33,4 случая), а на четвертом месте — болезни гортани, за счет хронического ларингита (28,7 случая). Был отмечен высокий уровень распространенности хронического тонзиллита и риносинусита.

Президент Российского общества ринологов, научный руководитель Поликлиники по оториноларингологии, профессор А.С. Лопатин рассказал о

клинических рекомендациях по аллергическому риноконъюнктивиту, а также о том, как сегодня меняются взгляды специалистов на принципы терапии риносинуситов.

В докладе доцента кафедры оториноларингологии ФГБУ «КГМА» (г. Казань), д.м.н. С.Б. Мосихина был приведен анализ эффективности сосудосуживающих препаратов. Профессор кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО «ЯГМА» (г. Ярославль) В.В. Шиленкова доложила о консервативном и хирургическом подходе в лечении заложенности носа и осветила данные

25-го Конгресса Европейского ринологического общества о современных подходах к лечению аллергического и неаллергического ринита. Доцент кафедры оториноларингологии РМАПО, к.м.н. А.В. Гуненков сообщил о методах лечения сенсоневральной тугоухости и ушного шума, критериях постановки диагноза с учетом рекомендаций американской академии оториноларингологии.

Профессор кафедры оториноларингологии РМАПО Е.В. Носуля выступил с докладом об особенностях терапии ринита у беременных — заложен-

ности носа без симптомов инфекции или аллергии. Согласно данным статистики, 30% всех беременных женщин страдают ринитом. При беременности в организме происходят эндокринные сдвиги, поэтому может наступить назальная обструкция (заложенность носа). Основными факторами риска возникновения ринита у беременных являются прием препаратов от насморка, аллергический ринит, табакокурение. Лекарственные средства беременным необходимо назначать крайне осторожно. При легких формах ринита профессор Е.В. Носуля рекомендовал ирригационные процедуры (промывание носа), как самый безопасный способ лечения. При тяжелых формах ринита возможно использование ИГКС (ингаляционных глюкокортикостероидов).

Завершилась конференция интерактивной дискуссией о самых значимых событиях в оториноларингологии в 2014 году,

модератором которой выступил профессор А.С. Лопатин. Профессор В.В. Шиленкова отметила, что у неё полностью поменялось представление о группе заболеваний пищевого ринита, медикаментозного ринита, она также отметила большое количество новой информации о разновидностях гормонального и возрастного ринита. Профессор В.С. Козлов рассказал о внедрении в практику местной терапии противоопухолевыми препаратами и методике зеркальной эндоскопии. Академик РАН, профессор Г.З. Пискунов отметил: «Все больше и больше мы говорим об аллергическом рините, и сейчас мы лечим воспалительные процессы не на тканевом, а на молекулярном уровне».

В работе конференции приняли участие около 400 врачей оториноларингологов, что подтвердило значимость и актуальность выбранной организаторами темы.

НОВОЕ НА САЙТЕ VIPMED.RU

Пользуйтесь путеводителем!

Поликлиника — самое крупное в Европе амбулаторное учреждение: она располагается в четырех корпусах общей площадью более 40 000 кв. м.

По многочисленным просьбам наших пациентов на сайте Поликлиники размещен путеводитель. На схеме показаны все переходы между корпусами, а также для каждого корпуса составлена подробная схема расположения отделений и врачебных кабинетов.

Путеводитель можно распечатать, направляясь на прием к врачу, а можно смотреть на мобильном устройстве, так как в Поликлинике обеспечен беспроводной доступ в интернет.

ГODOVOЙ ОТЧЕТ

Результаты впечатляют

В феврале в Поликлинике традиционно проходят годовые отчеты медицинских отделений по результатам проделанной работы за прошедший год. В этом номере публикуем итоги работы двух отделений.

Хирургическое отделение Поликлиники продемонстрировало видимое повышение качества диагностики на догоспитальном этапе в 2014 году по сравнению с 2013 годом. Увеличилось число зарегистрированных случаев острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Так как число обращений по поводу данных недугов за прошедший год не изменилось, это прямо свидетельствует об улучшении скрининга.

По мнению заведующего хирургическим от-

делением, главного хирурга Поликлиники, д.м.н. И.А. Ларченко, положительное влияние на повышение качества диагностики оказало проведение методических совещаний в терапевтических отделениях и в отделении скорой медицинской помощи, а также клинические разборы в хирургическом отделении, работа лечебно-контрольных комиссий и ряд других факторов.

В операционном блоке хирургического отделения расширился спектр оперативных вмешательств: выполнять небольшие по объему операции теперь могут сотрудники урологического, офтальмологического и оториноларингологического отделений. За весь прошлый год специалисты этих отделений провели 783 операции.

В 2014 году уменьшилось количество случаев

поздней диагностики онкологических заболеваний, а процент раннего выявления рака молочной железы (I–II стадия) увеличился до 90,5%. Этот впечатляющий результат явился закономерным следствием создания и организации эффективной работы маммологического кабинета.

В кардиологическом отделении в 2014 году был проведен цикл семинаров по современной тактике антитромботической терапии. В последние годы в центре внимания кардиологов стоят вопросы, связанные с лечением нарушений ритма и проводимости.

Повышенный интерес специалистов объясняется не только распространенностью недуга и сложностью его лечения, но и связью нарушений ритма с проблемами внезапной смерти, инфарктом миокарда и тромбоэмболическими осложнениями. Внедрение в практику современных методов лечения (длительное использование бета-блокаторов и ингибиторов АПФ, БРА, антиагрегантов, непрямых антикоагулянтов и новых пероральных антикоагулянтов) позволило снизить распространенность осложнений и улучшить отдаленный прогноз. Риск внезапной смерти у этой группы больных также снизился.

Выработанная в отделении методика активного наблюдения пациентов, перенесших инфаркт миокарда, коронарное стентирование и аорто-коронарное шунтирование, позволяет улучшить отдаленные результаты терапии, особенно у больных с сердечной недостаточностью.

Однако существуют группы больных, лекарственная терапия для которых оказывается неэффективной. Поэтому кардиологи Поликлиники начали проводить отбор таких пациентов на хирургические методы лечения. С 2014 года стали проводиться операции радиочастотной абляции сердца (РЧА) в «Центральной клинической больнице с поликлиникой» (ЦКБ), «Клинической Больнице № 1» и «Клинической Больнице», имеющих структурную принадлежность к Управлению делами Президента Российской Федерации.

В результате проведенных в 2014 году мероприятий значительно снизилась смертность от острого инфаркта миокарда: один случай на тысячу пациентов. При этом, из всех случаев в 85% они приходится на возрастную группу от 70 лет и старше: такие показатели — одни из лучших в России, что отражает высокое качество медицинской помощи.



И.А. Ларченко

Учредитель: ФГБУ «Поликлиника № 1»
Управления делами Президента Российской Федерации

Корреспондент: Н. Богомолова
Фотографии: И. Аватков, В. Ананьев, В. Кислицын, О. Носкова
Дизайнер, бильд-редактор: С. Герасимова

Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-46243 от 19.08.2011 г.
Газета распространяется бесплатно
Адрес редакции: 119002, Москва, пер. Сивцев Вражек, д. 26/28
Тираж: 4500 экз.



УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вспоминаю историю

Окончание. Начало на стр. 1

или иного заболевания и осуществлять их профилактику. С 1947 года каждый вновь прикрепленный к Поликлинике пациент проходил полное диспансерное обследование.

В 1949 г. в Поликлинике была введена новая форма лечебно-профилактического журнала, в котором появился раздел «Первичная диспансеризация», а уже через год — раздел «Заключение о повторной диспансеризации». В 1977 году Поликлиника перешла к всеобщей диспансеризации прикрепленного контингента.

Современная диспансеризация — это высокотехнологичный метод выявля-

ния малосимптомных или бессимптомных (доклинических) форм заболеваний, имеющих неблагоприятный прогноз (ССЗ, онкологические заболевания), а также факторов риска их развития, и инструмент для выработки персонализированных эффективных профилактических или лечебных рекомендаций и последующего динамического наблюдения за результатами лечения.

Война и эвакуация

С первых дней Великой Отечественной войны почти весь коллектив Поликлиники работал в формированиях местной противовоздушной обороны, санитарно-обмывочных пунктах и в медицинском пункте на станции метро Коминтерна, помогая мо-

сквичам в наиболее тяжелый период 1941 года — во время воздушных налетов немецкой авиации.

Медицинская помощь силами профессоров и рядовых врачей оказывалась непосредственно на линии фронта — было совершено 62 самолетовылета.

В конце 1941 — начале 1942 года в связи с эвакуацией поликлиники в г. Куйбышев (ныне — Самара), на месте Центральной Поликлиники и Кремлевской больницы было организовано больнично-поликлиническое отделение.

С начала 1942 года Поликлиника являлась организатором шефской работы в системе Лечебно-санитарного управления Кремля над эвакогоспиталем № 4634. На следующий год работа Поликлиники была развернута в Москве в полном объеме.

Дворец здоровья

В 1950 году, не прекращая врачебного приема ни на 1 день, Поликлиника переезжает в построенное по специальному проекту здание в переулок Сивцев Вражек и оснащается самым передовым оборудованием. В 1952 году в Поликлинике



Ветераны Великой Отечественной войны — сотрудники Поликлиники

открывается второе диспансерное отделение, на которое было возложено обслуживание иностранных граждан из 136 стран мира.

Поликлиника становится первым в стране амбулаторным учреждением, которое перешло на обработку медицинской информации на персональных компьютерах. В 1965 году в Поликлинике организуется лаборатория кибернетики для ведения медицинской документации с применением вычислительной техники. В результате создается первый банк данных протоколов ультразвуковых исследований, первый архив электрокардиограмм,

внедряется методика диспансионной записи ЭКГ.

В 70–80 годы развитие профилактической работы и активное внедрение диспансерных методов стало основным видом деятельности Поликлиники. Показателен тот факт, что из 1,5 миллиона посещений в год более 45% составляли профилактические приемы.

В результате проводимых профилактических и лечебных программ у активно наблюдаемых пациентов Поликлиники число осложнений, только при ишемической болезни сердца в виде острого инфаркта, за последние 25 лет снизилось с 13,3 до 4,4 случая на 1000 пациентов.

Выявляемость заболеваний на ранней стадии и факторов риска их возникновения у пациентов Поликлиники составляет: по гипертензивной болезни — до 90%, по сахарному диабету — 100%, глаукоме — 92%, по болезням печени и желчевыводящих путей — 73%, по онкологическим заболеваниям на 1 и 2 стадиях — около 80%, а по раку груди ранняя диагностика превысила 90% в 2015 г.

Все это и многое другое позволяет Поликлинике добиваться впечатляющих результатов: продолжительность жизни постоянных пациентов стабильно превышает среднеевропейские показатели.



Лаборатория

ПРОФИЛАКТИКА

Грипп или вакцинация?

12 февраля 2015 года для терапевтических служб Поликлиники состоялся семинар, посвященный гриппу и другим респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ). С докладом выступил заведующий инфекционным отделением ФГБУ «Центральная объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации профессор А.В. Девяткин.



Н.И. Громова

В настоящее время ОРВИ включает в себя более 180 типов вирусов, принадлежащих к различным группам, в том числе, и грипп. Каждый третий житель планеты ежегодно обращается за медицинской помощью по поводу ОРВИ. По данным ВОЗ, из 60 прожитых лет человек болеет ОРВИ в среднем 6 лет своей жизни.

Нужна ли прививка от гриппа, каждый решает сам для себя. Однако, если учесть молниеносный и глобальный характер распространения этого вирусного заболевания, то вакцинация заслуживает пристального внимания.

Наилучшим временем для введения вакцины принято считать месяцы с сентября по ноябрь. Эпидемия носит циклический характер, она всегда начинается

в Юго-Восточной Азии и в наши широты, как правило, доходит как раз к началу зимы. Однако так происходит не всегда, и угроза атаки вируса может сохраняться вплоть до мая. В этом году Россия избежала зимней эпидемии, вот почему медики советуют тем, кто еще не делал необходимые прививки осенью, обезопасить себя этой весной.

Грипп считается одним из самых опасных респираторных заболеваний, он чреват серьезными осложнениями и не признает национальных границ. Ежегодно только в США 36 тысяч человек погибает от этого вируса и сопутствующих осложнений, а убытки от заболеваемости превышают 80 миллиардов долларов.

Большое число осложнений при гриппе связано с тем, что вирус способен поражать не только легкие, но и сосуды (именно там он развивается). Поэтому пневмония и заболевания сердечно-сосудистой системы, вплоть до инфарктов, — наиболее распространенные послед-

ствия «гриппования». Протекает грипп очень тяжело и его главная характерная особенность — высокая температура в сочетании с сильной интоксикацией организма, которая проявляется вялостью и упадком сил. Восстановление после болезни занимает от двух до трех недель.

Принцип работы прививки

В основе специфической профилактики лежит принцип ложного заражения организма. Вакцина от гриппа содержит три самых распространенных в текущем году штаммов вируса (масштабную работу по выявлению этих штаммов ежегодно проводит ВОЗ, после чего все производители вакцин от гриппа обязаны включить рекомендованные этой организацией штаммы в свои препараты). После введения вакцины пациенту его иммунитет начинает активно вырабатывать антитела против вируса. Эффективность работы вакцины у здоровых людей — предотвращение развития болезни в 70–90% случаев.

Комментарий заведующей отделением инфекционных заболеваний д.м.н. Н.И. Громовой:

«Вакцинация переносится очень легко и осложнений после нее не бывает. Есть ложное опасение, что после прививки можно заболеть легкой формой гриппа. Сегодня это необоснованно: если раньше для вакцин использовались живые штаммы, которые в теории могли привести к заболеванию, то сейчас все вакцины создаются с помощью генной инженерии и содержат только белок, оболочку вируса, но не сам вирус. Необходимость делать вакцинацию ежегодно связана не с тем, что через год после сделанной прививки падает иммунитет, а с тем, что с каждым годом вирус мутирует, и появляются новые штаммы, против которых старая вакцина и, соответственно, сформированная на нее иммунная защита оказывается бессильна».

Кому вакцинация необходима?

Вакцинация рекомендована всем, однако существую-



ют особые группы риска, которым врачи настоятельно советуют прививаться — туда входят лица, у которых вероятность возникновения осложнений от гриппа очень велика.

Это женщины, беременность которых планируется именно на период сезона гриппа. Дети в возрасте от 6 до 23 месяцев, а также пожилые люди в возрасте от 50 лет, так как их иммунитет не так силен, как у здоровых взрослых. Лица, страдающие диабетом или перенесшие какие-либо тяжелые заболевания, особенно — заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почек, так как иммунитет у этой группы риска также ослаблен.

Все, кто контактирует с кем-либо из группы риска во избежание передачи инфекции.

Комментарий Заведующей отделением инфекционных заболеваний Н. И. Громовой:

«Люди из группы риска часто недооценивают важ-

ность вакцинации от гриппа. В моей практике мне не раз приходилось сталкиваться с пациентами, перенесшими, например, операцию на сердце, которые наотрез отказывались прививаться. Мотивируют это тем, что вакцинация будет являться дополнительным стрессом для организма. Эта позиция в корне не верна — для таких пациентов само заболевание гриппом в итоге может оказаться очень опасным, порой смертельным. Для взрослого здорового населения вакцинация скорее является способом защитить свою трудоспособность, ведь грипп — долгое и тяжелое заболевание, экономически невыгодное. Тем не менее, у здоровых людей случаи серьезных осложнений после гриппа встречаются нечасто. Тогда как для лиц из группы риска заражение гриппом — это прямая угроза здоровью. Тем, кто в нее входит, следует задуматься о вакцинации в первую очередь».



Лауреаты вместе с министром здравоохранения В.И. Скворцовым



Микроорганизмы вышли из тени

Окончание. Начало на стр.1

Важны их количественные характеристики и относительные показатели в сравнении с нормобиотой.

Нашей группой исследователей были проведены математические расчеты, позволяющие создать компьютерную программу, быстро и точно дающую объективную оценку состояния биоты урогенитального тракта в целом.

Тест-система «Фемофлор» интересна еще и тем, что в ней заложен параметр оценки качества получения клинического образца для лабораторного исследования. Не секрет, что нередко даже самые совершенные методы лабораторной диагностики неэффективны в силу субъективного человеческого фактора.

Традиционные методы лабораторной диагностики условно-патогенных микроорганизмов всех вышеперечисленных задач не решают. Так, например, микроскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму, — первое, с чего начинается история «лабораторной любви с пациентом». Его результат показывает, есть ли воспалительная реакция тканей и какова ее степень выраженности, помогает судить о форме воспалительного процесса (острый или хронический), позволяет выявить 10 морфотипов микроорганизмов — а это лишь небольшая часть из всех, имеющихся в мочеполовой системе — и дает ориентировочную количественную характеристику обнаруженных микроорганизмов. Результат такого исследования в значительной степени зависит от квалификации врача кли-

нической лабораторной диагностики.

Создание тест-системы «Фемофлор» явилось очень своевременным, и с 2010 введено в число инновационных методов исследования по профилю акушерство и гинекология. В практике акушера-гинеколога инфекционно-воспалительные процессы мочеполовой системы представляют серьезную проблему, негативно влияя на течение беременности, здоровье матери и плода и, к сожалению, нередко приводят к репродуктивным потерям.

Более того, хронический инфекционно-воспалительный процесс мочеполовой системы может явиться причиной нарушения репродуктивной функции, препятствовать нормальной беременности. Соответственно, своевременное выявление и адекватное лечение мочеполовых инфекций будет способствовать повышению рождаемости в нашей стране.

— Вы хотите сказать, что низкую рождаемость в нашей стране провоцирует не только желание молодых родителей ограничиться одним или максимум двумя детьми, но и снижение репродуктивной функции среди населения?

— Именно. По данным отчета бывшего министра МЗ РФ Голиковой Т.А. до 30% подростков мальчиков уже имеют ту или иную патологию развития мочеполовых органов, которые могут привести к нарушению репродуктивной функции, частота бесплодия молодых женщин имеет четкую тенденцию к росту. В числе разнообразных причин указываются инфекции, передаваемые половым путем.

Во всем мире отмечается раннее вступление в половую жизнь, наличие нескольких половых контактов, что, очевидно, повышает риски инфицирования. Понятно, что при

отсутствии своевременной диагностики и правильного лечения молодая женщина вступает в репродуктивный возраст, имея хронические воспалительные заболевания органов малого таза. Соответственно, прямая задача врачей — сохранять здоровье людей, находящихся в периоде ранней репродукции (до 35 лет). Основной упор в такой работе всегда приходился на профилактику.

Своевременная диагностика возбудителя — это гарант сохранения репродуктивной функции молодых людей. Раннее выявление более выгодно и с экономической точки зрения. Лечение заболевания на ранней стадии всегда менее затратно, чем терапия хронического процесса, да и еще, не дай Бог, осложненного. Именно поэтому разработка высокочувствительного и высокоспецифического метода выявления возбудителей урогенитальных и половых инфекций являлась для нас актуальной проблемой, которая имеет большое медико-социальное значение.

— Вы упомянули, что результаты тестов могут быть «забракованы» при некорректном заборе материала. Как решается эта проблема в вашей тест-системе «Фемофлор»?

— В «Фемофлор» заложена функция контроля взятия биоматериала. Если клинического отделения недостаточно для выявления возбудителей, тест-система буквально сообщает врачу о том, что невозможно интерпретировать результаты и требуется повторный забор. Так вероятность ошибки сводится практически к нулю.

В отличие от культуральной диагностики, «Фемофлор» также позволяет дать ответ на вопрос о роли того или иного условно-патогенного микроорганизма в развитии воспалительного процесса у данной конкретной пациентки.

Но главное, что делает «Фемофлор» уникальным изобретением, аналогов которому нет нигде в мире, — это то, что в тест-систему включены все известные науке микроорганизмы, которые теоретически могут вызывать воспаление. Цифра может показаться невероятной, но половые органы женщины населяет более 500 видов микроорганизмов. Стандартный ПЦР-анализ способен идентифицировать от 3 до 8 из них (обычно медики прицельно ищут те, которые чаще всего являются причиной воспаления). Соответственно, врач может получить информацию лишь о небольшой части биоты.

А «Фемофлор» способен «читать» всю биоту! В результате специалист получает целостное представление о «балансе» микроорганизмов пациентки, полный микробный пейзаж. Значит, у него есть инструмент, позволяющий более объективно оценить состояние половых путей. Это дает значительное преимущество в терапии, потому что флора даже на этапе прединфекционного состояния выглядит не так, как здоровая, и у врача есть возможность поймать инфекционный процесс «в зародыше».

— Вы разрабатывали тест-систему «Фемофлор» в сотрудничестве с другими врачами и учеными?

— Безусловно. Такую сложную тест-систему могла разработать только команда. С одной стороны, клиницисты, то есть я и другие сотрудники кафедры (кстати, в ходе работы три аспиранта нашей кафедры смогли защитить диссертации по этой теме и стали кандидатами медицинских наук), с другой — молекулярные биологи. Мы сотрудничали с компанией «ДНК-Технология» под руководством д.б.н. Дмитрия Юрьевича Трофимова.

Первоначально была выполнена титаническая работа по определению всех микроорганизмов, населяющих урогенитальный тракт, использовалась вся доступная отечественная и зарубежная литература по этой проблеме. Затем была создана тест-система, в которой все известные микроорганизмы были объединены в группы по антигенному средству.

Следующим этапом была клиническая апробация тест-системы. Нами было обследовано более 400 пациентов. Клинические лаборанты, бактериологи и молекулярные биологи выполнили около 2000 лабораторных исследований, направленных на проверку специфичности и чувствительности

созданной тест-системы. Затем были проведены систематизация и анализ полученных результатов, разработана компьютерная программа, позволяющая в короткий срок — одни сутки — давать объективный результат.

— Сколько времени понадобилось на создание «Фемофлора»?

— Работа над созданием первого варианта «Фемофлора» заняла три года. Мы начали разрабатывать эту тему еще в 2005 году. Сначала занимались теорией, а впервые апробировали систему в 2007 году. Уже тогда система была зарегистрирована и согласована, имела все лицензии и сертификаты. В 2010 году мы пригласили к сотрудничеству Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова и ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» (Екатеринбург). Результаты получились впечатляющие, и в этом же году тест-система вошла в число лучших инновационных технологий. И еще через несколько лет нас наградили премией.

Работать над «Фемофлором» мы продолжаем и дальше, эта идея неисчерпаемая.

— Премия для вас стала сюрпризом?

— Абсолютно! Никому из нашей команды даже в голову не могло прийти, что нас удостоит премия. Но сюрприз стал, конечно, приятным.

— Елена Валериевна, хотелось бы поговорить и о другом направлении вашей работы. Я имею в виду коррекцию проблем, возникающих у женщин в период менопаузы.

— Какие недуги приобретаются в связи с менопаузой? Очень и очень многие, в том числе проблема стрессового недержания мочи — непроизвольного

выделения мочи во время кашля, чихания, половой близости или физического напряжения. Это наиболее распространенная форма недержания мочи у женщин, она затрагивает, по разным оценкам, от 4% до 14% женщин молодого возраста, а также каждую 2–3 женщину в возрасте после 50 лет.

Как вы понимаете, это недуг чрезвычайно стеснительного характера. Хотя он влияет и на социальную, и на психологическую, и на физическую, и на сексуальную жизнь, а порой даже лишает возможности свободно передвигаться, но деликатность проблемы приводит к тому, что женщины поздно обращаются к врачу (или не обращаются вовсе, таких тоже немало — около 25%). Подавляющее число пациенток на момент обращения к специалисту имеют длительность заболевания, превышающую один год.

— А каковы причины заболевания?

— Общее старение организма, сопровождающееся утратой коллагенового каркаса, гравитационный птоз. Большое влияние оказывают такие факторы: несколько родов, ношение тяжестей, повышенный вес, оперативные вмешательства на органах малого таза, поясничный лордоз и многие другие. По сути, нет ни одной женщины, которая не имела бы факторов риска развития стрессового недержания мочи.

Все видят, как с годами на лице образуются морщины, отвисают щеки и подбородок, но то же самое происходит и в области половых органов. Коллаген и эластин — это гормоночувствительная ткань, а с угасанием функции яичников меняются количество и качество коллагена. Что приводит, по сути, к «провисанию тканей». В итоге появляется гипермобильность уретры, нарушается механика удержания мочи.

Стрессовое недержание мочи — не единственная

Церемония награждения



проблема женщин зрелого возраста. Среди других распространенных болезней — пролапс гениталий и опущение стенок влагалища, синдром вагинальной релаксации.

Большинство женщин после пятидесяти лет стараются следить за своим лицом, но я считаю, что большего внимания как раз заслуживает другая область. С морщинами можно жить, а с гинекологическими проблемами очень сложно.

Эти заболевания — животрепещущие проблемы женской половины общества, которые на протяжении десятилетий замалчиваются и не лечатся. Часто сами врачи в силу недостатка знаний о современных технологиях уверены, что кроме хирургического вмешательства никаких вариантов нет, а пациентки не хотят рисковать и ложиться под скальпель.

— Какие методы лечения стрессового недержания мочи еще существуют?

— Как я уже сказала, в запущенных случаях обычно применяется хирургия — реконструктивная пластическая операция, имплантация специальной синтетической сетки илиTVT (пластика синтетической петлей). Однако эти методы наряду с преимуществами имеют и ряд недостатков. Хирургия всегда травматична, несет высокие послеоперационные риски, требует долгого восстановления, а рецидивы после таких операций по данным различных авторов возникают в 40–50% случаев! Через 3–5 лет ткань возвращается к своему прежнему состоянию.

Для устранения признаков недержания мочи на начальных стадиях также применяют консервативные методы лечения — тренировку мышц тазового дна (упражнения Кегеля), физиотерапевтические процедуры, фитотерапию. Однако и эти методы малоэффективны. Например, упражнения Кегеля — это всегда хорошо, но они могут только помочь поддерживать уже существующий тонус, а не улучшить его. Прием лечебных трав, к сожалению, не решает проблемы и, в большей степени, является симптоматическим лечением. Ношение урологических прокладок — своего рода жест отчаяния и безысходности.

Недавно медицина открыла по-настоящему эффективный и падающий метод — восстановление эластичности ткани половых органов с помощью лазерной технологии. По моему мнению, на сегодняшний день — это лучший способ лечения стрессового недержания мочи.

Выполненная впервые после родов и повторно в менопаузальном периоде лазерная процедура — гарантированная профилактика стрессового недержания мочи в зрелом возрасте.

— Расскажите подробнее. Как работает лазер?

— Лазерная энергия хороша тем, что воздействует непосредственно на причину проблемы упомянутых заболеваний — структурный белок коллаген. В ходе лечебной процедуры генерируется тепловой эффект в заданном оптимальном режиме на слизистую оболочку влагалища, при этом тепловой эффект достигает уретры и тазового дна. Нагревание коллагена вызывает его мгновенное сокращение, волокна становятся короче и толще, а ткань сокращается и сжимается сразу после проведения процедуры. Помимо мгновенной реакции сокращения коллагена в ткани запускаются процессы реконструкции коллагена и неоколлагенез посредством активации фибробластов ткани с выработкой предшественника коллагена — проколлагена.

В результате в зоне воздействия лазерного луча происходят процессы реструктуризации ткани, сопровождающиеся повышением упругости и эластичности за счет образования нового коллагенового каркаса, поддерживающего органы мочевого пузыря в нормальном анатомическом положении. Происходит некий лифтинг тканей мочевого пузыря, по образу и подобию того, который женщины могут наблюдать на лице после методов аппаратной косметологии.

Присходящие в тканях изменения в итоге приводят к исчезновению симптомов недержания мочи. Процедура безболезненна, не требует анестезии, продолжительность 15–20 минут, после чего женщина не ограничена в активности.

В Поликлинике эта процедура проводится на аппарате Fotona Dualis Spectro с помощью ER:YAG лазера 2940 nm, который позволяет специалисту контролировать интенсивность воздействия лазера на ткани. Используются две технологии Incontilase (лечение стрессового недержания мочи) и Intimalas (лечение синдрома большого влагалища). Излучение лазера полностью контролируется программой, уникальной особенностью является отсутствие абляции (выпаривания), то есть поверхностные слои эпителия остаются интактными, не повреждаются, а значит, нет рисков послеоперационных осложнений. Сразу

после процедуры женщина продолжает свой трудовой день. Послеоперационный уход не требуется.

За последние два года процедура была выполнена более чем у 220 пациенток. И сейчас я с полной уверенностью могу рекомендовать лазерную терапию для устранения атрофических кольпитов (сухости), также накоплен положительный опыт лечения пролапсов гениталий, опущения стенок влагалища. Выраженный положительный результат процедуры получен при лечении синдрома большого или релаксированного влагалища.

— Что представляет собой этот синдром?

— По данным зарубежной литературы увеличение объема и ширины влагалища может носить временный характер в послеродовом периоде, но в большинстве случаев при отсутствии специальных гимнастических упражнений сохраняется на протяжении жизни женщины, играя определенную негативную роль в развитии проблем гениталий, связанных с опущением, пролапсами в перименопаузальном периоде.

Синдром релаксированного влагалища значительно снижает качество сексуальной жизни, и как показали результаты наших собственных исследований, выполнение описанной выше процедуры позволяет в 67% случаев значительно улучшить качество сексуальной жизни наших пациенток. Изменения, происшедшие с женщинами, кстати, отмечают и мужчины по данным специальных международных опросников.

В содружестве с коллегами из Поликлиники — заведующей акушерско-гинекологическим отделением, к.м.н. Н.И. Портновой, заведующей отделением ультразвуковой диагностики О.Г. Туркиной и заместителем заведующего отделения лучевой диагностики к.м.н. Т.В. Стеблецовой — было проведено исследование, призванное выявить объективные критерии эффективности проводимой нами лазерной терапии. Так, по данным МРТ у всех пациенток в контрольной группе произошло достоверное сужение ширины влагалища в пределах 1–1,5 см. Результаты ультразвукового сканирования продемонстрировали не только увеличение эластичности ткани, но и появление новых мышечных волокон. Результаты гистологического исследования биопсийного материала влагалища, полученного до и после проведенной процедуры, обнаружили появление новых коллагеновых волокон, ангиогенез. Таким

образом, процедура так называемого «лазерного омоложения влагалища» носит, прежде всего, лечебный характер и позволяет эффективно решать многие проблемы перименопаузального и постменопаузального возрастов, а для профилактики — женщинам в послеродовом периоде и астенически сложным женщинам, имеющим врожденную слабость соединительной ткани тазового дна.

Очень обнадеживающие результаты мы получили при лечении такого тяжелого недуга как склеротрофический лишай и псориаз вульвы. Нами был использован фракционный режим ER:YAG лазера 2940 nm, 2–3 процедуры с перерывом 3 недели. В настоящее время мы изучаем возможности лазерного луча в лечении тяжелых хронических дерматозов вульвы.

— Существует ли какой-то реабилитационный период после процедур?

— Никакой реабилитации лазерная терапия не требует (не зависимо от того, какая проблема решается). Единственное, что я рекомендую — это отсутствие половых контактов в течение следующих 5 дней.

— Есть ли противопоказания к лечению недуга лазерным методом?

— Безусловно, как и у всякой методики. К противопоказаниям относят диагностированные онкологические процессы, воспалительные заболевания мочевого пузыря. В последнем случае мы сначала проводим соответствующее лечение, а уже потом осуществляем процедуру. При диагностированном онкологическом процессе процедура не выполняется.

— Сколько сеансов обычно требуется для того, чтобы полностью восстановить функцию?

— Количество процедур определяется индивидуально. С возрастом их требуется больше. В среднем необходимо от двух до шести сеансов. Профилактика — одна процедура, лечение на начальных этапах развития того или иного процесса — две или три процедуры, лечение выраженных изменений — от четырех до шести процедур. Эффект сохраняется не менее трех лет, однако требуется поддерживающая процедура один раз в год при наличии заболевания.

— В последнее время в практике эстетической гинекологии все чаще используются препараты на основе гиалуроновой кислоты. Я также слы-



E.V. Lupo

шала, что они могут применяться и для лечения некоторых гинекологических заболеваний. Это правда?

— Да, и как раз будет уместным сразу разделить два направления — «украшательство» и врачевание. По поводу первого ничего сказать не могу, так как этим не занимаюсь. А вот в качестве врачевания инъекционные процедуры в область гениталий имеют смысл!

Показаниями являются послеродовые разрывы в области задней спайки, сопровождающиеся зиянием половой щели, опущением задней стенки влагалища, что повышает риск инфицирования половых органов, может провоцировать посткоитальные уретриты и циститы и другое. Развивающаяся с возрастом атрофия слизистой оболочки влагалища, гипотрофия больших и малых половых губ также нарушает анатомно наружных половых органов, в частности, не функционирует первый защитно-биологический барьер на пути проникновения инфекции в половые органы — сомкнутое состояние половой щели.

Высокой эффективностью сопровождается введение плотной гиалуроновой кислоты в подслизистую оболочку влагалища по определенной методике, создавая «укрепления», способствующие поддержанию уретры в правильном анатомическом положении и, соответственно, исчезновению симптомов стрессового недержания мочи.

Этот метод, конечно, паллиативный, он не решает проблему в корне, но на долгое время избавляет от неприятных симптомов, связанных с потерей мочи при физической нагрузке. Однако в комплексе с лазерной методикой позволяет достигать длительного и стойкого результата.

— Поделитесь своими планами на будущее? В каком направлении идет работа на кафедре?

— Сейчас есть одно интересное направление — оно называется биопленки, или биофильмы. Считается,

что причиной рецидивов инфекционно-воспалительных процессов является образование «биофильмов» — конгломератов микроорганизмов, которые окружают себя материалами из собственных клеток человека и, таким образом, становятся неуязвимыми для иммунитета и недостижимыми для лекарственных препаратов.

В биопленке происходит взаимная защита микроорганизмов, обмен генетической информацией, селекция устойчивых к лекарственным препаратам штаммов, микроорганизмы вне метаболической активности. Все эти удивительные приспособительные способности микроорганизмов объясняют неэффективность и бесполезность лекарственной терапии. Проблема образования биопленочных микроорганизмов имеет общемедицинский характер и привлекает острый научный интерес со стороны врачей всех медицинских специальностей. Так, например, появились данные о том, что одно из наиболее распространенных у женщин репродуктивного возраста заболеваний — бактериальный вагиноз — связано именно с формированием биопленок.

Чем и как лечить? Неизвестно... пока. Вот этой проблемой, в том числе, и начинают заниматься сотрудники нашей кафедры совместно с микробиологами, молекулярными биологами, генетиками, фармакологами и другими.

Однако наша кафедра проводит исследования не только в области мочевого пузыря инфекций и проблем менопаузального периода. Активно ведутся клинические исследования по оптимизации диагностики и лечения кожных болезней, коррекции недостатков покровных тканей организма (косметология), испытываются новые разреженные к применению на территории России инъекционные препараты и, прежде всего, отечественного производства, которые, кстати, не уступают зарубежным по критериям эффективности и безопасности.

Нина Богомолова

ИННОВАЦИИ

Керамические вкладки и виниры служат дольше



Курс профессора Паскаля Манье под названием «Прогнозируемое достижение высокого эстетического результата» был посвящен современной эстетической реставрации, в первую очередь, керамическим вкладкам и винирам, на котором врачи Поликлиники узнали о биологической имитации, о показаниях к изготовлению керамических реставраций, о запечатывании дентина и другом. После этого у них был ряд практических занятий, включая восковое моделирование, изготовление слепко-

В середине декабря 2014 года в Женеве (Швейцария) специалисты отделения ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории Поликлиники прошли курс повышения квалификации у всемирно известного доктора медицины, профессора эстетической философии дентальной школы Остроу Паскаля Манье.

вых шаблонов и пробных реставраций прямым методом.

Заведующий отделением ортопедической стоматологии, врач-стоматолог-ортопед, к.м.н. А.Я. Лернер поделился своими впечатлениями от занятий: «Паскаль Манье — один из лучших специалистов в мире в своей области. Он прекрасный спикер, а его мастер-классы всегда убедительны и точны. Даже короткий курс этого выдающегося врача позволяет охватить множество тем и ознакомиться как с самыми

современными мировыми тенденциями в эстетической стоматологии, так и с новейшими материалами и методиками. Приобретенные знания однозначно позволяют оказывать стоматологическую помощь в соответствии с самыми высокими стандартами.

Современная медицина пришла к тому, что на определенном этапе при лечении жевательных зубов стоматологу необходимо закрывать кариозную полость не пломбой, а керамической вкладкой. Когда у пациента возникает кариес в первый раз, его закрывают маленькой пломбой. Но со временем разрушения становятся все больше и больше. Несостоятельные пломбы выпадают, «дырки» растут, их закрывают все более широкой пломбой — и так практически до бесконечности, пока не наступает более серьезное разрушение зуба.

Недостаток пломбы в том, что она со временем теряет свою эффективность.

Обыкновенная пломба состоит из композитного материала, который по своей структуре достаточно мягок, и не способен долго выдерживать интенсивную нагрузку, которая приходится на жевательные зубы во время еды. По мере того как пломба стирается, она становится все более плоской, в то время как поверхность здорового жевательного зуба изначально неровная, бугристая — это необходимо для тщательного пережевывания пищи и равномерного распределения нагрузки на зубы. Плоский жевательный зуб оказывается недействительным в полной мере в процессе жевания, в результате чего срабатывает компенсационный механизм — нагрузка перераспределяется между остальными зубами. Со временем это может привести к стачиванию передних зубов и изменениям прикуса, что влечет за собой проблемы, уже выходящие за рамки стоматологии. Чтобы этого не происходило, стоматологи рекомендуют пациентам заменить пломбу керамической вкладкой.

Стоит подчеркнуть, что основными показаниями к установке керамической вкладки являются большие полости в зубах, которые образуются в результате запущенного кариеса, лечения каналов, замены старых больших пломб. То есть керамическая вкладка — это всегда второй этап лечения разрушенного зуба, следующий после того, как установка обычной плом-

бы становится неэффективной. Третьим этапом лечения по этой шкале можно назвать постановку коронки, когда разрушения зуба дошли до максимума, а закрыть полость композитными материалами уже не представляется возможным.

Керамическая вкладка представляет собой, по сути, ту же пломбу, но изготовленную из керамики — более прочного материала. В Поликлинике для этого используется особая облицовочная керамика IPS e.max (Германия). Керамика полупрозрачная, и имитирует цвет эмали. В отличие от пломбы, такая вкладка индивидуальна и полностью повторяет анатомическую форму зуба пациента. Она изготавливается врачом-ортопедом совместно со специалистами зуботехнической лаборатории. Керамическая вкладка практически не стирается, остается эффективной гораздо дольше пломбы и по срокам службы ничем не отличается от коронки.

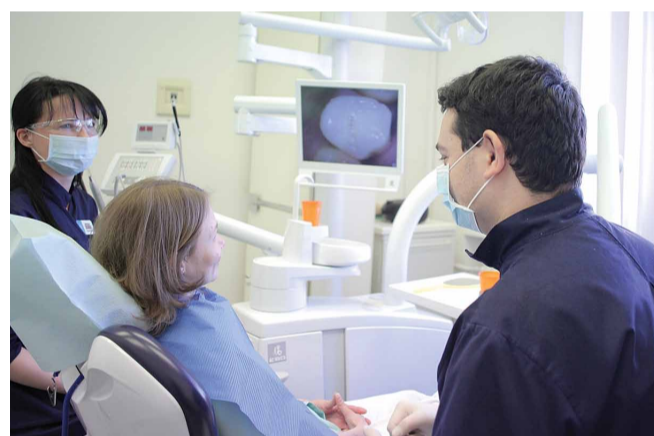
Если керамические вкладки предназначены исключительно для жевательных зубов, то для фронтальных зубов изготавливаются виниры. Это та же керамика, но уже на стыке с эстетической стоматологией, поэтому показанием к их установке, помимо кариеса, могут служить аномалии положения зубов, изменения их цвета и формы вследствие травмы, недоразвития или неправильного прикуса.



Схема изготовления виниров аналогична схеме создания керамических вкладок.

Зубы обтачиваются, однако отношение к тканям соблюдается максимально щадящее (врач снимает меньшее количество ткани, чем необходимо при установке коронки), а нервы не удаляются. Делается слепок обточенных зубов, после чего в течение недели изготавливаются виниры. Виниры фиксируются на специальный клеевой раствор, после этого поверхность полируется и керамическая конструкция становится практически одним целым с тканями зуба — и на этом процедура считается завершённой.

Комментарий заведующего отделением ортопедической стоматологии, врача-стоматолога-ортопеда, к.м.н. А.Я. Лернера: «В прошлом стоматология ориентировалась только на восстановление функции. Но сегодня врачи ориентируются также и на восстановление эстетики. С каждым годом вмешательства становятся все менее инвазивными, то есть максимально щадящими для тканей зуба, и это, в конечном итоге, приводит к повышению качества жизни пациентов».



АЗЫ ГИГИЕНЫ

Кто умеет чистить зубы?

Как показывают наблюдения стоматологов, кариес и проблемы с деснами возникают потому, что люди пренебрегают правилами гигиены: во-первых, неправильно и невнимательно чистят зубы дома, во-вторых, игнорируют профессиональную чистку у стоматолога. Между тем, соблюдение этих двух простых условий гарантированно сохранит зубы и десны здоровыми на долгие годы.

Процесс грамотной чистки зубов в домашних условиях начинается с выбора зубной щетки и пасты. Для здоровой полости рта рекомендуется щетка средней жесткости, для чувствительных десен — мягкая. Впрочем, само качество чистки определяет не щетка, а техника.

Сначала необходимо полностью очистить все боковые поверхности зубов, и только потом приступить к чистке жевательной поверхности, двигаясь от задних зубов к передним, а не наоборот. Бо-

ковая поверхность зубов чистится только вертикальными движениями.

Когда идет чистка верхнего ряда, щетка приставляется к основанию зубов так, чтобы она накрывала не только зуб, но и десну, а щетина должна «смотреть» вверх под углом примерно в 45 градусов. После этого необходимо сделать 6–8 сметающих движений, опустив щетку вниз. Таким образом мы вычищаем налет от основания зуба к краю.

Приступив к чистке нижнего ряда, выполня-

ем те же действия, однако в начальном положении щетина «смотрит» вниз, а метущее движение осуществляется вверх.

Чистка туда-обратно вдоль зубов, которую практикуют подавляющее большинство людей, травмирует десны и, в конечном итоге, нарушает зубодесневое прикрепление.

Стандартный размер щетки способен охватить только два зуба одновременно. Совершив несколько смахивающих движений на паре зубов, нужно двигаться к следую-

щей паре, пока не будут достигнуты передние зубы.

После этого необходимо круговыми движениями очистить жевательную поверхность нижнего и верхнего ряда.

Для очистки труднодоступных зон между зубами нужно использовать зубную нить или ирригатор.

В конце следует очистить язык и щеки, потому что на них тоже скапливаются болезнетворные бактерии. Большинство современных щеток оснащено резиновой подушечкой для чистки мягких тканей.

После использования зубную щетку нужно тщательно промыть и дать ей просохнуть. Менять щетку следует каждые 2–3 месяца.

Правильная и тщательная чистка зубов помогает удалить практически весь налет. Но в идеале зубы необходимо чистить после каждого приема пищи, что в условиях современного ритма жизни практически нереально.

С течением дня на зубах неизбежно скапливается мягкий налет. Вначале он совсем не заметен, но со временем превращается в своеобразный каркас из углеводов, препятствующий доступу слюны к поверхности. Это приводит к тому, что минералы, которые содержатся в слюне, откладываются на этом налете. Со временем мягкий налет преобразуется в пигментированный налет и зубной камень, а это уже серьезно повышает риск возникновения не только кариеса, но и заболеваний десен — пародонтита, гингивита, пародонтоза.

На скорость образования камня влияет множество факторов: качество пищи, которую мы едим, курение, состояние желудочно-кишечного тракта и другие.

Любые зубные отложения — это хроническая инфекция в полости рта. Именно поэтому периодически необходимо обращаться к стоматоло-

гам для проведения профессиональной гигиены. Важно не путать отбеливание и профессиональную чистку. Отбеливание — это эстетическая методика, призванная максимально осветлить зубы. Чистка, то есть снятие налета и отложений, также помогает сделать улыбку ярче за счет возврата естественного цвета, но в целом не меняет вид зубной эмали.

Профессиональная чистка может включать в себя методику Air-Flow, ультразвук и профессиональные вращающиеся щёточки в сочетании с профессиональной пастой, позволяющие очистить налёт, который не под силу удалить обычным домашним средством гигиены.

Здоровому человеку процедура профессионального ухода необходима всего раз в год, а пациентам с нарушениями прикуса — от 1 раза в три месяца до 1 раза в полгода.



ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Чтобы нос был здоров

В последнее время на сайт Поликлиники стали часто приходить письма из разных городов страны с вопросами о том, как можно вылечить перфорацию носовой перегородки. Все они адресованы научно-му руководителю Поликлиники по оториноларингологии, профессору А.С. Лопатину.

В одном из писем, которое пришло на сайт через сервис «Обратная связь», подробно описано, насколько сложно избавиться от перфорации носовой перегородки: «Здравствуйте, Андрей Станиславович! У моей дочери «дырка» на носовой перегородке. Ей 15 лет. Около двух лет назад началась эта проблема. Полтора года назад мы сделали операцию у пластического хирурга. Дырка была небольшой. Хирург выправил дочери носовую перегородку и пришел два кусочка ткани, взятой из ротовой полости. В общем, операция прошла удачно. Но буквально через месяц пришитая ткань стала отходить. В течение трех-четырех месяцев мы под присмотром хирурга пытались ее удержать (капли, мази и тому подобное), однако ничего не помогло. Около 8 месяцев назад размер дырки оставался преж-

ним, но недавно она стала увеличиваться. Сейчас размер чуть больше половины сантиметра. И это очень тяжело сказывается на физическом и эмоциональном состоянии дочери. Обращаюсь к Вам как к лучшему, на мой взгляд, специалисту в этой области с просьбой принять мою дочь на осмотр и дальнейшую операцию в удобное для Вас время. Думаем, что решить нашу проблему можно только хирургическим путем».

Научный руководитель Поликлиники по оториноларингологии, профессор А.С. Лопатин рассказывает о причинах возникновения этого заболевания, а также объясняет, почему приходится столько писем на эту тему:

— Действительно, количество пациентов с перфорацией носовой перегородки увеличилось — приходит иногда по три па-

циента в один день. Раньше это заболевание считалось крайне редким, и возникло, в основном, из-за неправильно выполненной операции — септопластики или подслизистой резекции.

Но мы сейчас говорим об участившихся случаях перфорации, которая возникает самостоятельно, а не в результате операций и травм. Если послеоперационная перфорация чаще всего не увеличивается со временем, то самостоятельно возникшие перфорации обычно растут. При этом края дырки в носовой перегородке сами по себе изъязвлены и покрыты кровавыми корками. Эти корки часто отрываются сами, или пациент их удаляет, что вызывает носовые кровотечения и дальнейший рост перфорации. Они увеличиваются до максимальных размеров — до полного разрушения хряща носовой перегородки, что приводит к деформации носа как у больных сифилисом.

Если говорить о частоте таких перфораций, то в прежние годы по американской статистике они составляли 6 случаев на 10 тысяч человек или 0,06%. Однако недавно появилась другая статистика, основанная, в частности, на двух публикациях из Швеции, в которых приводятся цифры в десятки раз выше — у 1% шведского населения существуют дырки в носовой перегородке. И когда на

международном конгрессе в Тулузе я задал вопрос авторам этих статей, чем они объясняют повышенное распространение в Швеции данного заболевания, мне ответили, что это связано с сухим холодным климатом страны.

В более южных европейских странах, таких как Франция или Италия, медики причиной самостоятельного появления перфорации в носовой перегородке считают употребление кокаина. Другой причиной возникновения заболевания может быть длительное использование сосудосуживающих носовых капель и спреев, а также некоторых лекарств, которые применяются для лечения аллергических ринитов и полипов.

Мои наблюдения, основанные на более 500 случаях перфорации и около 300 произведенных операций по ее закрытию, позволяют предположить, что помимо известных факторов — сухой холодной климат, технологическое загрязнение воздуха, длительное употребление лекарств — много значит изменение нормального микробного состава полости носа. Когда на смену обычным непатогенным бактериям, обитающим в полости носа, приходят агрессивные формы золотистого стафилококка, тогда происходит нарушение биоценоза носовой полости.

Наши исследования показывают, что у боль-

ных с нетравматическим образованием перфорации носовой перегородки золотистый стафилококк присутствует в 92,5% случаев, тогда как при травматическом возникновении перфорации — только в 16%.

Все вышеперечисленные факторы, действуя в комплексе, особенно у лиц, имеющих искривленную перегородку носа, вызывают образование на выпуклой части искривленной перегородки сначала эрозии, потом все более глубокой язвы, увеличение которой приводит к разрушению хряща, а затем и слизистой оболочки обратной стороны перегородки. В результате образуется сквозное отверстие в перегородке.

Лечение этого заболевания — только хирургическое. Это пластическая операция, которой должен обязательно предшествовать курс местной антимикробной терапии, чтобы избавиться от золотистого стафилококка. Успешная санация полости носа от золотистого стафилококка увеличивает процент успешных операций с 63% до 92% случаев полного закрытия перфорации.

Первые симптомы образующейся перфорации — сухость, образование корок в носу и свист при дыхании, который характерен для только что образовавшейся маленькой перфорации, но по мере ее увеличения свист исчезает.

Чтобы предотвратить появление перфорации, необходим уход за полостью носа, регулярное его промывание изотоническим раствором морской соли (можно использовать готовые аэрозоли в баллончиках из аптеки), иметь увлажнители воздуха в спальне, особенно во время отопительного сезона. И, разумеется, поменьше ковырять в носу!

ЛФК избавит от боли

13 марта в Поликлинике с лекцией о новых подходах к составлению программ реабилитации с помощью лечебной физкультуры (ЛФК) выступила профессор кафедры медицинской реабилитации УНМЦ Ирина Николаевна Макарова.

В человеческом теле не существует мышц, которые постоянно напряжены. Статичное напряжение свидетельствует о болезни. В работе с пациентами, у которых присутствует постоянное мышечное напряжение, первоочередная задача врача ЛФК — растянуть мышцы, благодаря чему исчезает напряжение. Далее необходимо научить мышцы правильно сокращаться и расслабляться, только после этого начинаются тренировки на силу и выносливость.

Профессор И.Н.Макарова привела примеры упражнений, которые могут использоваться, и дала рекомендации по лечению ряда недугов. В частности, про головную боль напряжения с триггерными точками. Она довольно часто встречается у пациентов, однако ее причину трудно найти. Источником этой боли является, как правило, состояние мышц (часто — шеи или подзатылочной области), которые в силу различных факторов могут быть напряжены целиком или частично. В этом случае головная боль постепенно нарастает и переходит в хроническую, а злоупотребление болеутоляющими лекарствами снижает порог и переносимость боли.

Часто в скелетных мышцах образуются так называемые триггерные точки, болезненные при надавливании, которые при пальпации вызывают отраженные боли (отраженные боли ощущаются как головная боль в лобной, теменной или глазничной области). Самостоятельно триггерные точки нигде не исчезают — их необходимо устранять специальной нагрузкой и релаксационным массажем.

Головные боли провоцируются не только физическим и психологическим напряжением: неправильное положение тела во время работы и сна может также сыграть свою роль.

В заключение профессор И.Н.Макарова отметила, что для успешного лечения пациентов врачам всех специальностей необходимо пополнять знания об устройстве и функционировании мышечного аппарата, понимать его тесную связь с состоянием организма в целом и степень влияния на положение внутренних органов в теле человека.

Профессор А.С.Лопатин ведет прием



Иглы против курения

Недавно на Всемирной конференции «Табак или здоровье» (World Conference on Tobacco or Health, г. Абу-Даби, 17–21 марта 2015 г.) Россию наградили за самый эффективный закон о запрете курения в общественных местах, который уже давно действует. Однако, как свидетельствует ВОЗ, количество курильщиков за последние пять лет в России сокращалось незначительно: всего на 1,1 процента.

Это подтверждается наблюдениями специалистов Поликлиники: в прошлом году на лечение от табакокурения решились всего 3 пациента. За

период с 1980 по 2012 год отделением рефлексотерапии проведено лечение 492 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. По окончании курса прекратили

курение 75% больных в группе мужчин, эффективность лечения в группе женщин на 10,1 % ниже.

С 1980 года в Поликлинике в качестве метода лечения лиц, страдающих хроническим табакокурением, применяется рефлексотерапия. Одним из методов рефлексотерапии является аурикулотерапия — иглоукалывание в точки ушной раковины.

Используется методика французского ученого Ножье. В ее основе лежит введение в точки ушной раковины в определенной последовательности 8 игл из сплавов золота, серебра, стали: 7 игл вводятся по завитушке и 1 игла по центру ушной раковины. Расположение игл на правом ухе

является зеркальным изображением их на левом.

Лечение начинается на высоте никотиновой абстиненции, которая проявляется в зависимости от стадии табакокурения и, в среднем, через 18–24 часа.

Табакокурение отличается лабильностью клинических проявлений, в его течении различают 4 стадии: начальная стадия, стадия становления, стадия выраженной интоксикации, исходная стадия. Абстинентный синдром формируется на второй стадии и проявляется лишь только через несколько часов от воздержания от курения. На третьей стадии абстинентный синдром наступает через 40–50 минут, а в исходной

стадии проявляется постоянно и резко выражен.

Аурикулотерапия оказалась более эффективной у пациентов со стажем курения свыше 20 лет. Продолжительность воздержания от табакокурения от 9 месяцев до 12 лет. Факторами, провоцирующие рецидив курения, были психотравмирующие ситуации, прием алкоголя, курение окружающих пациента лиц дома и на работе. Это подтверждает известное положение, что проблема табакокурения является не только важной медицинской, но и социально-экономической проблемой.

Для полного избавления от этой пагубной привычки необходимо твердое желание пациента бросить курить.



В.В. Скальный

СОВЕТЫ ВРАЧА

О здоровье как основе красоты

Выпадение волос — это проблема, с которой чаще всего сталкиваются мужчины, однако к врачу-трихологу, в основном, обращаются женщины. Почему так происходит? Облысение у мужчин порой неизбежно и обусловлено естественными процессами, тогда как выпадение волос у женщин однозначно указывает на неполадки со здоровьем.

В день человек теряет более ста волос, и это считается физиологической нормой. Чтобы понять, в норме ваши волосы или нет, можно провести простой тест. Внимательно посмотрите на концы выпавших волос: если там есть мешочки (луковицы), то это — негативный знак, так как волосы, которые выпадают естественным образом, обычно обламываются ближе к корню и не имеют луковицы. При обнаружении волос с луковицами не мойте голову в течение двух-трех дней, а затем потяните волосы на макушке и на висках. Если в руках осталось более пяти волос, то это повод обратиться к врачу-трихологу.

Активное выпадение волос в подавляющем большинстве случаев является

одним из первых признаков каких-либо заболеваний или нарушений процессов самообновления в организме. Поэтому прежде, чем бороться с последствиями (выпадением волос), врач-трихолог должен найти причину, которая к этому приводит.

Комментарий доцента, к.м.н., дерматовенеролога-трихолога В.В. Скального: «Выпадение волос — это свидетельство сбоя в системе. У человека, как у любого живого организма, происходят процессы саморегуляции. Когда они нарушаются, мы наблюдаем патологические процессы. Если удастся оптимизировать обменные процессы, то у пациента не просто перестают выпадать волосы, но становится лучше кожа, снижается вес, улучшается общее самочувствие».

Все причины выпадения волос у женщин можно разделить на две группы: телогеновая алопеция (когда волосы выпадают постепенно) и анагеновая алопеция (то есть внезапное облысение). Причиной анагеновой алопеции чаще всего является воздействие сильных химических или лекарственных

средств, а также радиации. Именно этот вид облысения наблюдается во время химиотерапии при онкологических заболеваниях. Как правило, при неспильном воздействии деятельность волосяных фолликула впоследствии восстанавливается.

Телогеновое облысение может протекать как в острой, так и в хронической форме. Его причинами могут быть, например, изменения гормонального фона (многие женщины отмечают поредение волос после родов или отмены гормональных контрацептивов), обильная потеря крови, острая инфекция, перенесенные операции или травмы, а также диеты или неправильное питание.

Хроническая форма телогенового облысения, как правило, связана с длительным приемом лекарств, недостатком макро- и микроэлементов, сильным стрессом или хроническими заболеваниями (ревматоидный артрит, гепатит, псориаз, системная красная волчанка, гипертиреоз, гипотиреоз, опухоли и другие).

Иногда к причинам выпадения волос относят не-

правильный уход (частое использование фена, плоек, утюжков), однако специалисты сходятся во мнении, что в большинстве случаев внешние воздействия только усугубляют уже имеющуюся проблему, но не являются самостоятельной причиной облысения.

Комментарий доцента, к.м.н., дерматовенеролога-трихолога В.В. Скального: «Есть такое изречение: «Кожа, волосы и ногти — это зеркало внутреннего состояния организма». Моя задача — понять, отчего выпадают волосы, помочь организму устранить определенный функциональный сбой и направить его на путь оздоровления и восстановления».

Одним из основных пусковых механизмов, который приводит к нарушению процессов обновления белковых структур, в том числе, волос, кожи и ногтей, является изменение в регуляции энергетического обмена. Энергетический потенциал организм обеспечивает двумя основными способами — посредством гликолиза (энергия из еды) и глюконеогенеза (использование собственных белков для решения энергетических нужд). Если по какой-то причине организму не хватает энергии, которую можно получить из пищи и ее утилизировать, он начинает использовать собственные ресурсы, которые могут начать истощаться. Если активность выпадения волос увеличивается, это говорит

о нарушении контроля за синтезом кератина и, опять же, свидетельствует о сбое в системе регуляции белкового обмена».

Прежде чем начать курс восстановления обменных процессов, необходимо составить персонализированный план обследования, который включает в себя биохимические показатели крови, гормонов, а также витаминный, аминокислотный и минеральный статус организма. Именно от точного выявления причины выпадения волос, зависит эффективность лечения. Порой восстановление роста волос происходит спонтанно после устранения негативных факторов, изменения режима питания и отдыха.

Комментарий доцента, к.м.н., дерматовенеролога-трихолога В.В. Скального: «В лечении пациентов я редко использую наружные средства, так как проблема роста волос — это внутренняя проблема, а не наружная. Наружное применение гормональных средств дает временный эффект, а при их отмене очень часто наблюдается ухудшение восстановления роста волос».

В моей практике основной восстановительной терапией является использование нутрицевтиков и специализированного питания, которые выступают регуляторами.

Возьмем, к примеру, цинк. Этот микроэлемент является кофактором множества ферментов: РНК-полимеразы (синтез новых

белков), алкогольдегидрогеназы, синтез ДНК, метаболизм нейротрансмиттеров, метаболизм различных гормонов (гормоны роста, гормоны щитовидной железы, инсулин и половые гормоны). Он участвует в росте и дифференциации клеток, продукции и регуляции клеточного и гуморального иммунного ответа, защите клеток против органических токсинов, тяжелых металлов, радиации и эндотоксинов, вырабатываемых патогенными бактериями. Цинк также является одним из важных антиоксидантов, как часть медь/цинк зависимой супероксидсмутазы. Как видно из вышперечисленного, недостаток цинка может обернуться целым каскадом нарушений в организме.

Стандартная терапия нутрицевтиками и специализированным питанием длится три месяца. После этого мои пациенты повторно сдают анализы, которые необходимо оценить в динамике.

Нередко, на начальном этапе, назначается целый комплекс нутрицевтиков и специализированного питания. При таком подходе удается создать персонализированные программы восстановления с оптимальными дозами в каждом конкретном случае. В дальнейшем количество показателем, за которыми необходимо наблюдать в динамике, уменьшается и, соответственно, количество назначаемых нутрицевтиков снижается. Берегите себя!»

ЗАКРОМА

«Кремлевский бальзам» заживляет раны



В.Н. Бодрова

Сегодня о пользе мази Вишневского знает каждый. Впрочем, как и о свойственном ей весьма специфическом запахе. Поэтому людям, вынужденным продолжать ходить на работу во время лечения, мазь не подходит. Ориентируясь на нужды своих пациентов, фармацевты аптеки Поликлиники произвели

аналог, дополнив его новыми ингредиентами.

«Кремлевский бальзам» не содержит деготь, в его состав входит винилин и дерматол, также известный как бальзам Шостаковского, — препарат, способствующий очистке ран от гноя, оказывающий противовоспалительное и ранозаживляющее действие. Этот антисептический компонент не имеет аромата.

Усовершенствованный бальзам является уникальным в своем сегменте средством, ускоряющим процесс регенерации тканей. Он обладает прекрасным согревающим и, так называемым, местным раздражающим воздействием. Благодаря этому, средство способно эффективно лечить практически любые поверхностные воспалительные

уплотнения). Бальзам нашел свое широкое применение при лечении заболеваний суставов, а также при воспалительных заболеваниях кожи — с ним заживление проходит намного быстрее.

В Поликлинике «Кремлевский бальзам» с момента своего создания и по сей день используется врачами хирургического отделения. **Комментарий заведующего хирургическим отделением, главного хирурга Поликлиники, д.м.н. Ларченко Игоря Анатольевича:** «Кремлевский бальзам» используется в отделении с конца 70-х годов. И до сих пор не появилось достойных аналогов, обладающих такими же лечебными свойствами: рецепт очень старый, большинство аптек, даже при желании, не смогут



изготавливать аналоги из-за отсутствия необходимых компонентов.

Бальзам абсолютно универсален, он имеет выраженное обезболивающее и ранозаживляющее действие, помогает почти при всех заболеваниях мягких тканей (абсцессы, воспалительные инфильтраты, заболевания суставов и проч.) и поэтому нашел применение во всех подразделениях хирургии. В кабинете сосудистой патологии используется при тромбозах, в маммологическом кабинете — при маститах, активно используется в проктологии для лечения воспалительных заболеваний прямой кишки — геморроя, анальных трещин.

На мой взгляд, «Кремлевский бальзам» является одним из лучших методов

консервативного лечения воспалений. Я рекомендую своим пациентам держать дома это средство на случай появления, например, фурункулов. Подчеркну, что самостоятельно бальзам используется именно на первом этапе воспалительного процесса, в первые 5 дней после его начала. В дальнейшем лечение должно проходить под контролем врача.

Комментарий сосудистого хирурга Прохорова Тараса Игоревича: «Мы рекомендуем «Кремлевский бальзам» при тромбозах поверхностных вен: он способствует уменьшению симптомов воспаления или явлений воспаления и явлений воспаления. Для удобства пациентов накладываем компрессы непосредственно в Поликлинике, после чего

отпускаем домой. Пациент потом приходит на перевязку. Бальзам уменьшает отек, воспаление, покраснение кожи, косвенно можно даже говорить о явлении «размягчения тромба». Бальзам — это необходимая «первая помощь» в остром периоде, в дальнейшем лечении используются уже другие средства».

Комментарий хирурга Коротеевой Ирины Викторовны: «В маммологии бальзам используется для рассасывания инфильтратов (т.е. первой стадии воспалительного процесса). Ведь мастит — это не что иное, как воспаление ткани молочной железы. Поэтому мазь в виде компрессов применяется как часть комплексной противовоспалительной терапии наряду с медикаментозным лечением».