

Бобруйские Медицинские Известия

№92

июнь 2019 г.



Светя другим, сгораю сам

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

БОБРУЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»

С наступающим Днем медицинского работника!



Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Примите самые искренние и сердечные поздравления с наступающим профессиональным праздником – с Днем медицинского работника!

Вместе мы работаем над решением одной из самых сложных и важных задач - обеспечение доступной и качественной медицинской помощи. Ваш профессионализм и мастерство, теплота сердец и нравственная стойкость позволяют успешно выполнять поставленные цели.

Пусть Ваш опыт, знания и умение приносят настоящую пользу, дарят надежды и возвращают пациентам самую большую ценность-здоровье!

Желаю Вам ясного неба над головой, спокойных будней, не отягощенных болью потерь, только позитивных эмоций, радостных событий в жизни, счастья. Пусть каждое утро дарит ощущение радости, а служебные обязанности оставляют силы и для сохранения собственного здоровья.

С уважением, главный врач

УЗ «Бобруйская центральная больница»

ВЛАДИМИР ГАЦКО

Уважаемые коллеги!

Мы стремительно меняем наш мир - развиваем технологии, ускоряем темп жизни, ломаем стереотипы, переоцениваем приоритеты.

Но, несмотря на это, мы бесконечно признательны за то, что в своей профессиональной деятельности медицинские работники оставляют неизменными вечные ценности - сострадание, милосердие, гуманизм и огромную ответственность за результаты собственного труда. В преддверии праздника мы желаем всем медицинским работникам г. Бобруйска и Бобруйского района оставаться верными избранному пути. Пусть никогда не придется усомниться в той пользе, которую Вы приносите каждой минутой своей работы.

Пусть Ваша забота и теплота всегда отзываются в сердцах пациентов и возвращаются к Вам, согревая в любой жизненной ситуации!

С уважением, правление общественного объединения
«Бобруйское научное общество врачей»



С днем медицинского работника

30.04.2019г свой четвёртый юбилей праздновала УЗ «Бобруйская центральная больница». Начиная свою историю от медико-санитарной части и дойдя до центрального учреждения здравоохранения города Бобруйска и Бобруйского района.

Больница была введена в эксплуатацию в 1979 году и входила в состав медико-санитарной части производственного объединения «Бобруйскшина». Медико-санитарная часть проводила медицинское обслуживание рабочих, инженерно-технических работников и служащих предприятия, взрослого и детского населения Первомайского района г. Бобруйска.

Главным врачом больницы с 1979г и по 1982 г. был Тихоновец Лаврентий Парфенович. На его смену пришел Хейдоров Юрий Петрович. В 1986 г. было открыто 2 наркологических отделения на 150 коек и отделение переливания крови. В ноябре 1987 года в медико-санитарной части было открыто эндоскопическое отделение. В 1992 году учреждение было переименовано в больницу БШК «Белшина».

С 1995 года и по 2005 год руководил больницей Александр Аркадьевич Ковалевский. Здесь в январе 1996 году открылось отделение гипербарической оксигенации, кабинет механотерапии. Начали своё функционирование отделение ультразвуковой диагностики, биохимический отдел клинико-диагностической лаборатории.

В 2004 году больницу переименовывают в Бобруйскую городскую больницу № 1.

Решением Бобруйского горисполкома от 01.09.2005г. произошла структурная перестройка и реорганизация системы здравоохранения города. В результате объединения Бобруйской городской больницы № 1, Бобруйской инфекционной больницы, кожно-венерологического и наркологического диспансеров было образовано УЗ «Бобруйская центральная больница».

С 15 января 2007 года больницу возглавляет Гацко Владимир Владимирович. За эти годы в больнице проводилась большая работа по улучшению материально-технического оснащения, внедрению новых методов и методик в практику работы лечебных отделений и функционально-диагностических подразделений, созданию комфортных условий для пребывания стационарных пациентов, повышению квалификации медицинского персонала.

УЗ «Бобруйская центральная больница» является органом управления и контроля в отношении учреждений здравоохранения города Бобруйска и Бобруйского района.

В настоящее время УЗ «Бобруйская центральная больница» продолжает своё динамическое развитие. В



2019 году в больнице насчитывается 19 специализированных отделений и 10 вспомогательных служб. В учреждении оказывается высококвалифицированная медицинская помощь населению города и прилегающих районов. Сегодняшнее руководство больницы идёт в направлении глубокой модернизации лечебно-диагностического процесса: на улучшение подготовки специалистов, внедрение современных подходов к диагностике и лечению заболеваний, на обновление материально-технической базы.

Значимым событием в день празднования 40-летия УЗ «Бобруйская центральная больница» явилось открытие нового компьютерного томографа.

На церемонии торжественного открытия присутствовали председатель Бобруйского городского исполнительного комитета Александр Викторович Студнев, председатель Бобруйского городского Совета депутатов Михаил Викторович Желудов, депутат палаты представителей Национального Собрания Республики Беларусь Виталий Эдуардович Власевич, заместитель главы Администрации Первомайского района г. Бобруйска Елена Валерьевна Концевая, глава администрации Ленинского района г. Бобруйска Александр Николаевич Лисовский, председатель ассоциации промышленников и предпринимателей города Бобруйска Бочоришвили Теймураз Николаевич, главный врач учреждения здравоохранения «Бобруйская центральная больница» Владимир



Владимирович Гацко, директорат предприятий г. Бобруйска, а так же, представители субъектов хозяйствования, ветераны медицинской службы, средства массовой информации и другие уважаемые гости.

Один из самых современных компьютерных томографов стоимостью более миллиона рублей для УЗ «Бобруйская центральная больница» приобрело Министерство здравоохранения Республики Беларусь, а средства для оборудования кабинета было выделено местными городскими властями.

Томограф оснащен целым рядом технологий для минимизации лучевой нагрузки на пациента. А разнообразие экспертных клинических приложений гарантирует широкий спектр возможностей для врачей-диагностов учреждения. В целях предоставления населению города Бобруйска своевременной медицинской помощи, создаются необходимые условия с укреплением материально-технической базы для эффективного функционирования государственных учреждений здравоохранения, обеспечивается оперативность и высокое качество обследования, что позволяет быть уверенными в состоянии здоровья. И не мало важное - это наши грамотные специалисты, которые работают с оборудованием и дают заключения - резюмировал Владимир Владимирович Гацко.

В нашей стране аппаратов РКТ, одной из последних моделей Siemens SOMATOM Perspective, два. Второй установлен в г. Бресте.



Работа кабинета РКТ будет организована в круглосуточном режиме.

Всего планируется исследовать в среднем 25 пациентов в смену. На сканирование и расшифровку результатов одного пациента отводится около 30 минут. Для меня новый аппарат РКТ, как космический корабль: открывает широкие возможности для точной диагностики. В один клик получаем 64 среза. Аппарат очень необходим для нашего учреждения, так как за минимальный отрезок времени можем исследовать даже пациентов, находящихся на ИВЛ. КТ аппарат будет востребован, ведь позволит максимально быстро исследовать экстренных

пациентов с черепно-мозговыми травмами, с сочетанными травмами, онкологической патологией.— комментирует заведующий рентгенологическим отделением УЗ «Бобруйская центральная больница» Андрей Викторович Бусел.

Андрей Викторович работает в УЗ «Бобруйская центральная больница» с 2008 года, и является опытным специалистом своего профиля. Сегодня в рентгенологическом отделении работают также ещё 4 специалистов. В кабинете РКТ исследования будут проводить все специалисты. В отличие от МРТ, имеющем ограничения по весу пациента — до 105 килограммов, новый аппарат РКТ позволит исследовать пациентов до 200 килограммов.

Под звуки фанфар почётное право перерезать ленту было предоставлено председателю Бобруйского городского исполнительного комитета А. В. Студневу, председателю Бобруйского городского Совета депутатов М. В. Желудову, главному врачу учреждения здравоохранения «Бобруйская центральная больница» В. В. Гацко.

Открытие кабинета РКТ будет способствовать улучшению доступности и качества оказываемой медицинской помощи жителям нашего города и районов, - отметил главный врач УЗ «Бобруйская центральная больница» Владимир Владимирович Гацко.

Юбилей завершился праздничным концертом, на котором коллектив больницы был награжден грамотами за высокие результаты работы в системе здравоохранения.

Однако главной наградой для медперсонала больницы всегда является спасённая жизнь пациента...

С прошедшим юбилеем, Бобруйская Центральная Больница!

**Врач-психиатр-нарколог филиала УЗ «Бобруйская центральная больница»
«Бобруйский наркологический диспансер» Мария Баханкова-Масляк**

ВОРОНКООБРАЗНАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА

Примерно у 2% населения встречается такое врожденное заболевание как воронкообразная грудная клетка. Является наиболее распространенной деформацией грудной клетки (91% от всех случаев врожденных пороков развития грудной клетки). Рассмотрим более подробно, что это за патология.

Воронкообразная грудная клетка (*pectus excavatum*, впалая грудь, воронкообразная грудь) – врожденная аномалия развития, при которой наблюдается западение грудины и передних отделов ребер. Патология усугубляется по



мере роста ребенка, нередко становится причиной патологического изменения осанки, а также нарушения функций сердца и легких.

Почему же возникает данная аномалия? Длительное время считалось, что воронкообразная деформация является следствием рахита. Однако работами М. Маkene (1959) было доказано, что в этиологии воронкообразной деформации рахит не имеет значения. По мнению автора, в основе заболевания лежит нарушение процесса соединения обеих половин грудины в период эмбрионального развития. Также распространена теория, согласно которой воронкообразную деформацию объясняют недоразвитием соединительной ткани. Но в последнее время большое значение придается наследственному фактору. Так в семьях, где есть дети с воронко-

образной деформацией грудной клетки, подобную деформацию обнаружили у 38% родственников.

Внешне данная аномалия проявляется тем, что грудь ребёнка имеет вдавление – воронку. Дном воронки является тело грудины и мечевидный отросток. У большинства детей отмечается сколиоз.

Уже в период новорожденности возможна диагностика воронкообразной грудной клетки. Грудь ребёнка имеет вдавление, а в период плача, крика или при глубоком вдохе наблюдается, так называемый, «парадокс вдоха» – западение рёбер и грудины усиливается. Отмечается, что в 50% случаев эта патология бесследно проходит в первые месяцы жизни. У остальных детей признаки нарастают. По мере роста деформация прогрессирует, становится более заметным вдавление грудины. При этом дети отстают в физическом развитии, склонны к повторным воспалительным заболеваниям дыхательных путей (бронхиты, пневмонии), реже наблюдаются дисфагические явления. В дошкольном и школьном возрасте деформация становится выраженной, намечается грудной кифоз и боковые искривления позвоночника. У значительной части детей при воронкообразной деформации грудной клетки жалоб и функциональных расстройств не отмечается, превалирует косметический дефект. Однако такое бывает не всегда. У некоторых детей отмечается повышенная утомляемость, одышка и тахикардия при физической нагрузке. Функциональные расстройства особенно выражены в тех случаях, когда воронкообразная деформация сочетается с болезнью Марфана – системным заболеванием, в основе которого лежит поражение соединительной ткани.

При этом не стоит забывать о психологическом дискомфорте детей с данным заболеванием. Если грудная клетка воронкообразная, для ребенка это становится причиной стеснения и смущения. Он отдаляется от сверстников, дабы не стать объектом насмешек, пропускает походы в бассейн. В период полового созревания, когда ребенок начинает самостоятельно следить за своей внешностью, он особенно остро переживает, так как воронкообразная грудь делает его не таким как все.



Если родители обнаружили у своего ребенка воронкообразную грудную клетку, они обязаны сразу обратиться к врачу. Обследование больных с воронкообразной грудью предполагает не только точную постановку диагноза, но и оценку общего состояния пациента, а также выраженности нарушений со стороны сердца и легких. Обычно диагноз не вызывает затруднений еще на стадии осмотра. Для оценки степени и характера деформации используют торакометрию и различные индексы, определяемые с учетом объема впадины в области грудины, эластичности грудной клетки, ширины грудной клетки и некоторых других показателей. Для уточнения данных торакометрии выполняется рентгенография грудной клетки в 2 проекциях и компьютерная томография органов грудной полости.

При рентгенографии для определения степени деформации применяется индекс Гжицкой. Вычисляется он путем деления наименьшего расстояния между задней поверхностью грудины и передней поверхностью тел позвонков на наибольшее. Эти расстояния измеряются по боковым проекциям рентгенограмм грудной клетки.

В зависимости от индекса определяется степень деформации.

Степень деформации
Индекс Гжицкой
1 степень от 0,9 до 0,7
2 степень от 0,7 до 0,5
3 степень от 0,5 до 0
4 степень от 0 до -0,5

Первая и вторая степень деформации вызывают только косметический дефект, не нарушая деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Наличие у больного третьей или четвертой степени деформации грудной клетки неизбежно сопровождается функциональными нарушениями, выявляемыми на обследовании (снижение жизненной и остаточ-

ной емкости легких, регургитация крови в митральном и трикуспидальном клапанах сердца и прочими).

При данной деформации грудной клетки, на начальных стадиях, в качестве лечения часто советуют различные комплексы упражнений, занятия в бассейне. Упражнения при воронкообразной груди направлены на развитие не только грудной клетки, но и спины, рук, а также ног. Единственное, что необходимо отметить, – начав выполнять курс данных упражнений, не стоит останавливаться. Если оставить лечение физкультурой, все вернется к начальной стадии и все достижения обнулятся.

Если выявится прогрессирование деформации, то это будет являться показанием к хирургической коррекции. Показанием к оперативному лечению являются нарастающие нарушения работы органов кровообращения и дыхания. Кроме того, иногда хирургическое вмешательство проводится для устранения косметического дефекта. Операции (кроме косметических) рекомендуют проводить в раннем возрасте, оптимальный период – 4-6 лет. Такой подход позволяет обеспечить условия для правильного формирования грудной клетки, предупредить развитие вторичных деформаций позвоночника и появление функциональных нарушений. Кроме того, дети лучше переносят хирургические вмешательства, их грудная клетка отличается повышенной эластичностью, и коррекция проходит менее травматично.

В настоящее время используется около 50 видов оперативных вмешательств. Все методики подразделяются на две группы: паллиативные и радикальные. Целью радикальных методов является увеличение объема грудной клетки, все они предусматривают стернотомию (рассечение грудины) и хондротомию (рассечение хрящевой части ребер). В процессе операции часть кости удаляют, а передние отделы грудной клетки фиксируют при помощи специальных швов, различных фиксаторов (спиц, пластин, алло- и аутоотрансплантатов). Паллиативные вмешательства предусматривают маскировку дефекта без коррекции объема грудной полости. Оценить результат операции можно только через 3-6 месяцев. Оценивается как косметический эффект, так и степень восстановления функций органов грудной полости.

**Врач-рентгенолог УЗ «Бобруйская центральная больница»
Ольга Щемелёва**

ВНИМАНИЕ КОРЬ

Корь - высококонтагиозная острая вирусная инфекция, передающаяся воздушно-капельным путем, характеризующаяся симптомами интоксикации, экзантемой, конъюнктивитом и катаром дыхательных путей.

Корь является одной из самых распространенных инфекций. До начала массовой иммунизации (1965-1967гг.) в мире регистрировалось около 130 млн. случаев кори и около 8млн. смертей. В настоящее время в развивающихся странах корь остается одной из основных причин смертности детей (20%). В допрививочный период подъемы заболеваемости корью отмечались каждые 2-3 года. В последние 10 лет, несмотря на введение вакцинации, сохранился такой же характер эпидемиологических подъемов. Однако уровень заболеваемости в 60-80 раз ниже. Ранее корь считалась детской инфекцией, но в последние годы выросла доля подростков и взрослых – до 68-80%. В 2018 году в



Республике Беларусь зарегистрировано 254 случая кори. В 2019 году - зарегистрировали 45 лабораторно подтвержденных случаев кори.

Корь - антропонозная инфекция, сезонный пик которой приходится на конец зимы. Возможна трансплацентарная передача вируса.

Выделяют 4 периода в развитии болезни:

-инкубационный период -9-14 дней

- катаральный- 3-4дня

-высыпания – 3-4дня

- пигментации -7-10дней

Нарастают недомогание, вялость, головная боль. Типичен внешний вид: одутловатость лица, веки отечны, покрасневшие, слезящиеся глаза, светобоязнь. Больного беспокоят заложенность носа, насморк, сухой навязчивый кашель, охриплость голоса. Температура повышается до 38-39°C и не снижается. На 2-3 день на слизистой оболочке мягкого и твердого неба, языке появляется энантема в виде мелких красных пятен, которая сохраняется до конца периода высыпаний. Появляется патогномоничный для кори симптом Филатова-Коплика; на слизистой щек на уровне коренных зубов появляются мелкие красные с белесоватым оттенком точечные пятна, напоминающие манную крупу, окруженные зоной гиперемии, не сливающиеся между собой и не снимающиеся тампоном. Пятна держаться 1-3 дня и исчезают с появлением сыпи.

С 4-5 дня болезни на фоне выраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений отмечается появление сыпи. Характерно поэтапное ее распространение: сначала за ушами, на лице, шее. В следующие сутки - на туловище и верхних конечностях, на 3й день - на ногах. Весь период высыпаний температура высокая до 40°C, общее состояние ухудшается (усиливается головная боль, появляется бред, рвота, тахикардия, снижение АД, глухость тонов серд-

ца, олигурия, у некоторых боли в животе, жидкий стул). Пальпируются увеличенные заднешейные, затылочные, подмышечные лимфоузлы.

Сыпь вначале имеет вид мелких красных пятнышек, позже носит пятнисто-папулезный характер, пятна от 2-10мм, неправильной формы, местами сливаются, не оставляя участков здоровой кожи. В тяжелых случаях на коже образуются мелкие кровоизлияния. Пятна исчезают при надавливании, а при пальпации ощущаются небольшие бархатистые выпуклости. В место бывших пятен появляются другие пятна - коричневого оттенка с нежным отрубевидным шелушением, более выраженном на лице. Это продолжается примерно неделю. Постепенно исчезают катаральные явления.

Диагностика кори основывается на типичных клинических признаках. Для подтверждения диагноза, особенно стертых, атипичных форм инфекции, используют серологические методы диагностики - РНГА, РТГА, РН. Первую пробу крови берут не позже 3-го дня периода высыпаний, вторую - спустя 10-14 дней. Диагноз считается верифицированным только при нарастании титра антител в 4 раза и более. Исследование мазка из ротоглотки или носоглоточного смыва или мочи для обнаружения вируса кори назначается независимо от начала болезни.

Лечение симптоматическое. Этиотропного лечения не разработано.

Госпитализация в инфекционное отделение стационара согласно показаниям госпитализации:

- при отсутствии эффекта от лечения, дети первого года жизни, больные с тяжелыми формами инфекции, независимо от возраста, больные с осложнениями, больные, ослабленные и имеющие сопутствующие заболевания

Эпидемиологические:

- дети из закрытых коллективов, общежитий;

- при угрозе распространения инфекции по месту жительства больных из-за невозможности проведения противоэпидемических мероприятий.

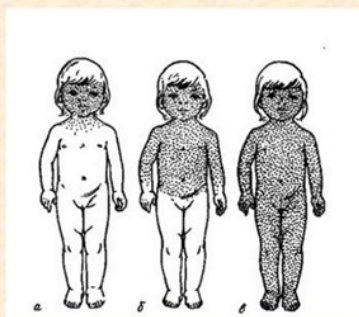
Профилактика. Неспецифическая: раннее выявление и изоляция больных (от начала болезни до 5-го дня с момента появления сыпи). Лю-

ди, контактировавшие с больными, изолируются на срок до 17 дней с момента последнего контакта, а получавшие нормальный человеческий иммуноглобулин-до 21 дня. Оптимальный срок введения гамма-глобулина -3-

Период высыпания

1. Сыпь- пятнисто-папулезная, крупная появляется на 4-5 день болезни, поэтапно.

2. Интоксикация, катаральные явления усиливаются



Корь. Динамика высыпания.

а – 1-й день высыпания;

б – 2-й день высыпания;

в – 3-й день высыпания

5-й день после контакта с больным. Вакцинация - единственный способ защититься от кори. Вакцинацию против кори проводят дважды (согласно прививочному календарю) – в 12-15мес. и в 6 лет.

Врач-инфекционист

УЗ «Бобруйская центральная больница»

Марина Каравай

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ЛИХОРАДКА

Лекарственная лихорадка - лихорадка, возникновение которой совпадает по времени с применением препарата и которая проходит после его отмены, если нет других причин, объясняющих ее возникновение. Лекарственная лихорадка может быть единственным проявлением аллергии. Ее чаще всего вызывают антибактериальные препараты: β -лактамы, сульфаниламиды, стрептомицин, ванкомицин, хлорамфеникол.

У госпитализированных пациентов частота развития лекарственной лихорадки достигает 10%, однако имеет место гиподиагностика этого синдрома.

Как правило, лекарственная лихорадка развивается на 6-8 сутки от начала терапии и почти всегда разрешается спустя 48-72 ч после отмены антибиотика. При повторном применении препарата она возникает значительно быстрее - в течение нескольких часов. Лихорадка может достигать до 39,0-40,0 С, при этом нет типичной температурной кривой.

Наиболее специфичный симптом - относительная брадикардия (несоответствие частоты сердечных сокращений выраженности лихорадки). Нередко лекарственная лихорадка сопровождается эозинофилией, лейкоцитозом, ускорением СОЭ, тромбоцитопенией, зудящими высыпаниями. Специфической терапии не требуется. Необходима немедленная отмена антибиотика, вызвавшего лихорадку. Глюкокортикоиды используются при тяжелых системных реакциях.

**Врач-клинический фармаколог
УЗ «Бобруйская центральная
больница»
Марина Горбачевская**

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки - злокачественное новообразование, возникающее в области шейки матки

Гистологически различают две его основные разновидности: аденокарцинома и плоскоклеточный рак. В настоящее время считается доказанной связь заболеваемости вирусом папилломы человека и риском развития рака шейки матки.

В зоне обслуживания УЗ БМОД», с диагнозом рак шейки матки на диспансерном учёте состоит 526 пациенток.

В настоящее время выявлены факторы, которые повышают риск заболевания раком шейки матки. К ним относятся:

Раннее начало половой жизни (до 16 лет).

Частая смена сексуальных партнёров (более 2—3 в год).

Курение.

Инфицирование вирусом папилломы человека.

В большинстве случаев фактором риска развития рака является вирус папилломы человека 16-го и 18-го серотипов. Вирусы данных серотипов ответственны за 65—75 % случаев возникновения рака шейки матки. Заражение вирусом папилломы человека происходит преимущественно половым путём, а барьерные средства контрацепции зачастую обладают

недостаточной эффективностью в защите от инфицирования ВПЧ.

Несмотря на то, что инфицирование при половом контакте с носителем ВПЧ достигает 75 %, в 90 % случаев вирус достаточно быстро уничтожается иммунной системой, и только если вирусу удаётся пре-

одолевать иммунную защиту, развивается персистирующее течение заболевания, сопровождающееся изменениями в эпителии шейки матки.

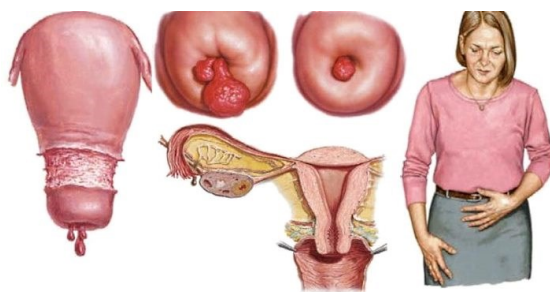
Следует отметить, что исследования ВОЗ показали, что женщина, имевшая в течение жизни более 10 половых партнёров, имеет в 3 раза больший риск заболеть раком шейки матки.

Патогенез

Злокачественные новообразования возникают в результате повреждения механизмов апоптоза. В случае рака шейки матки антионкогенную активность проявляют гены p53 Rb. При персистирующей инфекции вирусом папилломы человека эти антионкогены блокируются белками, производимыми вирусными генами E5 и E6. Белок, синтезируемый геном E6, инактивирует опухолевый супрессор, запускающий механизм клеточной смерти бесконтрольно пролиферирующих клеток. Кроме того, данный белок активирует теломеразу, что увеличивает шансы возникновения бессмертных клонов клеток и, как следствие, развития злокачественных образований. Следует отметить, что белок, синтезируемый геном E6, не активен в отсутствие белка, синтезируемого геном E7. Белок, вырабатываемый геном E7, способен и самостоятельно вызывать опухолевую трансформацию клеток, но его действие значительно усиливается в присутствии белка, синтезируемого E6. Блок E7 блокирует циклин-зависимые киназы p21 и p26, что позволяет повреждённой клетке начать делиться. Таким образом мы видим, что вирус папилломы человека в результате своей жизнедеятельности повреждает противоопухолевую защиту клетки, значительно увеличивая риск развития злокачественных новообразований.

Клиническая картина

Симптоматика на ранних стадиях может отсутствовать или проявляться в виде трудно дифференцируемого дискомфорта. На более поздних стадиях развития заболевания могут возникать следующие клинические признаки.



Патологические вагинальные кровотечения. Кровотечения после полового акта, спринцевания или вагинального осмотра гинекологом. Изменения характера и длительности менструации. Возникновение кровянистого отделяемого во влагалище после наступления менаузы. Боль в области малого таза. Боль во время полового акта.

Также развитие рака шейки матки может сопровождаться системными эффектами, например: нарастающая слабость, утомляемость, быстрая потеря веса, длительно сохраняющаяся субфебрильная температура, анемия и повышение СОЭ.

В связи со стёртостью клинических проявлений и отсутствием специфической клиники наиболее эффективным методом диагностики являются регулярные гинекологические осмотры, призванные выявить ранние стадии злокачественных новообразований.

Скрининговым методом, позволяющим выявить рак шейки матки на разных стадиях развития, является цитологическое исследование.

Диагностические мероприятия.

гинекологический осмотр, включающий бимануальное ректо-вагинальное обследование; расширенная кольпоскопия шейки матки и вагиноскопия для изучения состояния слизистой влагалищных сводов при выборе метода лечения у пациенток Tis-T1a2 стадий; цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса; гистологическое исследование материала шейки матки после ножевой биопсии, конизации и ампутации шейки матки, а также слизистых цервикального канала и полости матки после диагностического кюретажа (при наличии клинических данных в пользу опухолевого поражения цервикального канала, а также при сомнениях в исходной локализации опухоли – шейка или тело матки).

После гистологической верификации инвазивного рака шейки матки проводят диагностические мероприятия для определения рас-

пространенности опухолевого процесса: УЗИ органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства; УЗИ надключичных лимфоузлов (при наличии либо подозрении на метастатическое поражение забрюшинных лимфатических узлов); МРТ малого таза (кроме карциномы *in situ*) с включением на коронарных срезах зоны забрюшинных лимфатических узлов. При обнаружении патологических изменений в этой зоне – КТА органов брюшной полости или ФДГ ПЭТ/КТ.

Дополнительные методы: цистоскопия (при наличии подозрения на вовлечение мочевого пузыря); ректосигмоскопия (при наличии подозрения на вовлечение прямой кишки); сцинтиграфия костей скелета (по показаниям).

Лабораторные исследования: группа крови и резус-фактор; серореакция на сифилис; исследование на вирус гепатита С, исследование на ВИЧ, общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимическое исследование крови (общий белок, мочевины, креатинин, электролиты, билирубин, глюкоза); ЭКГ; коагулограмма (АЧТВ, ПВ, ТВ, фибриноген).

Лечение.

Лечение рака шейки матки может быть хирургическое, лучевое или комплексное (хирургическое и химиолучевое). В каждом конкретном случае лечение назначается индивидуально, это зависит как от стадии заболевания, сопутствующих заболеваний, состояния шейки матки, так и наличия воспалительных заболеваний в настоящее время.

В ходе хирургической операции может проводиться удаление опухоли с частью шейки матки, удаление опухоли вместе с шейкой матки, а иногда и с самой маткой. Нередко операцию дополняют удалением лимфатических узлов малого таза (если туда успели проникнуть раковые клетки). Вопрос об удалении яичников решается индивидуально (на ранней стадии рака у молодых женщин яичники возможно сохранить).

После операции в случае необходимости пациенткам назначают лучевую терапию. Лечение ионизирующим излучением может как дополнять хирургическое лечение, так и назначаться отдельно. В лечении рака шейки матки может применяться химиотерапия, специальные лекарства, останавливающие рост и деление раковых клеток. К сожалению, возможности химиотерапии при этом заболевании сильно ограничены.

Успех лечения рака шейки матки зависит от возраста пациентки, правильности подбора терапии, а, главное, от ранней диагностики заболевания.

Профилактика

Основной профилактической мерой рака является массовый скрининг с помощью цитологического исследования соскобов с шейки матки и из цервикального канала. Обследование рекомендуется начинать после начала половой жизни, но не позднее возраста 21 года. В течение первых 2 лет мазок сдается ежегодно; затем, при отрицательных результатах – 1 раз в 2-3 года.

Профилактика рака шейки матки требует раннего выявления и лечения фоновых заболеваний и половых инфекций, ограничения числа сексуальных партнеров, использования барьерной контрацепции при случайных половых связях. Пациенткам групп риска необходимо прохождения осмотра гинеколога не реже 1 раза в полгода с проведением расширенной кольпоскопии и цитологического мазка.

Девочкам и молодым женщинам в возрасте от 9 до 26 лет показано проведение профилактической вакцинации против ВПЧ и рака шейки матки.

Врач-онколог

УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»

Татьяна Кальчевская.

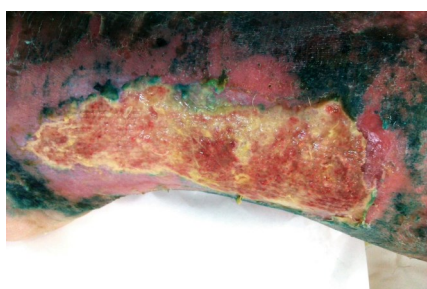
ТРОФИЧЕСКАЯ ЯЗВА

Язва (ulcus) — дефект кожи или слизистой оболочки, для которой характерно хроническое течение без склонности к спонтанному заживлению либо периодическое рецидивирование. Среди многочисленных гнойно-некротических заболеваний нижних конечностей трофические язвы занимают особое положение ввиду их широкого распространения и сложности лечения. «Язвы голени представляют истинный крест хирургов по своему громадному упорству и трудности излечения», — писал Спасокуцкий С.И. ещё в начале прошлого века. Однако и по сей день эта проблема не потеряла своей актуальности.

По данным ВОЗ, хронические, длительно незаживающие раны (трофические язвы) нижних конечностей встречаются у 1,3 - 2% трудоспособного населения в индустриально развитых странах. В пожилом возрасте их частота достигает 4 - 6 %.

В Беларуси трофические язвы диагностируются у 0,8-1% населения. Сроки их заживления у большинства пациентов составляют 2-6 месяцев, ремиссия продолжается 1-2 года, частота рецидивов достигает 60-80%.

Трофические язвы ног не только долго не заживают, но и многократно рецидивируют, существенно ухудшая качество жизни (у 80% больных, наличие трофических язв приводит к ухудшению качества жизни, которое проявляется в наличии постоянных или периодически возникающих болевых ощущений, ограничении подвижности, органических и косметических нарушениях), вплоть до получения инвалидности в 10-30% наблюдений.



Длительное существование гнойно-некротического очага зачастую является показанием к ампутации конечности, которая приводит к тяжелой инвалидности и сопровождается летальностью до 60 %.

Трофические язвы на нижних конечностях являются следствием разнообразных заболеваний, нарушающих локальную гемодинамику, включая микрососудистый уровень поражения, нейротрофику тканей, нарушение гормональной функции организма.

Грубые трофические нарушения на нижних конечностях встречаются чаще всего среди пациентов, страдающих хронической венозной недостаточностью (варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом ног), несколько реже — артериальные и диабетические на фоне облитерирующего атеросклероза артерий ног и сахарного диабета (как осложнение сахарного диабета, развитием синдрома диабетической стопы, с развитием трофической язвы). Причиной могут быть также гипертоническая болезнь, пролежни, ожоги, обморожения, химические травмы, ожирение, болезни обмена веществ.

Таким образом, трофическая язва никогда не возникает сама по себе и не является отдельным заболеванием. Установить причину возникновения язвы — основная задача, которая стоит перед врачом и пациентом.

Такие язвы часто формируются на самых «отдаленных» участках — стопе или пальцах ног. Их появлению предшествуют мышечные боли при ходьбе («перемежающаяся хромота») или в покое, похолодание стоп, снижение чувствительности кожи. Диабетические язвы зачастую возникают незаметно, поскольку у пациентов снижается чувствительность к боли и мелкие ссадины и ранки стоп остаются незамеченными, в последствии превращающимся в длительно незаживающие трофические язвы.

Для лечения трофических язв применяют как консервативные, так и оперативные методы. Прежде всего, проводится лечение основного заболевания, вызвавшего осложнение в виде трофической язвы, — венозная недостаточность, заболевания артерий, сахарный диабет. Если это возможно, то оперативное лечение трофических язв является наиболее эффективным, поскольку в результате операции устраняется причина, вызвавшая трофическую язву.

В отделении гнойной хирургии УЗ «БГБ СМП им В.О. Морзона» применяются общепринятые методы консервативной терапии. Назначают сосудорасширяющие и антибактериальные средства, венотоники, корректоры тканевого метаболизма, витамины, протеолитические ферментные препараты, антикоагулянты и дезагреганты. Показаны местные повязки с лечебными препаратами. Проводится физиотерапевтическое лечение трофических язв с целью улучшения микроциркуляции в зоне язвенного дефекта с нормализацией оттока и притока крови (в зависимости от причины, вызвавшей появление язвы) Кроме того, для закрытия язвенного дефекта возможно применение кожной аутодермопластики пластики и ксенопластики.

При правильном диагнозе, устранении причины и настойчивом лечении можно добиться полной ликвидации трофической язвы или положительного результата практически у всех пациентов. За последние несколько лет в отделении освоены и внедрены в практику такие методы лечения трофических язв, как инъекции человеческого рекомбинантного эпидермального фактора роста в длительно не заживающую рану при сахарном диабете, наложение на трофические язвы аутологичной плаз-



мы, ксенопластика раневого дефекта при помощи коллагеновых рассасывающихся повязок.

Таким образом, целями лечения трофических язв являются:

1. Купирование симптомов заболевания и предотвращение осложнений.

2. Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация.

3. Повышение качества жизни пациента.

Профилактика трофической язвы заключается в раннем и систематическом лечении заболеваний, являющихся причиной ее образования (хронической венозной и артериальной недостаточности, сахарного диабета), предупреждении травм, особенно в областях с нарушенным кровообращением, ношении специальной обуви, эластичного бинта или компрессионного трикотажа (у пациентов с варикозной болезнью), рациональном трудоустройстве (противопоказан труд в горячих цехах, длительное переохлаждение, работа в неподвижном состоянии).

**Врач-хирург, заведующий
УЗ «Бобруйская городская
больница скорой медицинской
помощи им. В.О.Морзона»
Владимир Болбас**

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – В САНАТОРИЙ

Санаторно-курортное лечение традиционно является излюбленным видом лечения. И поскольку это - лечение, а не отдых, как считают многие, то имеет как показания, так и противопоказания.

Перечень медицинских показаний, противопоказаний и порядок отбора на санаторно-курортное лечение определен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2006 г. № 38 «Об утверждении Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение» (последняя редакция Постановление Министерства здравоохранения Респуб-

Республики Беларусь от 13 апреля 2018 г. № 34).

Основными критериями медицинского отбора для направления пациента на санаторно-курортное лечение являются: наличие медицинских показаний для лечения эффективными природными лечебными факторами и возможность получения при их воздействии терапевтического эффекта; отсутствие медицинских противопоказаний для лечения эффективными природными лечебными факторами; наличие эффективных природных лечебных факторов, находящихся в местности расположения санатория.

Медицинский отбор осуществляет лечащий врач государственной организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента.

При определении медицинских противопоказаний к санаторно-курортному лечению врач должен учитывать в каждом отдельном случае не только форму и стадию заболевания, общее состояние пациента, наличие сопутствующих заболеваний, но и степень опасности пребывания в санатории для такого пациента, а также для окружающих.

При решении вопроса о выборе санатория помимо заболевания, в соответствии с которым пациенту рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие у него сопутствующих заболеваний, условия поездки в санаторий, контрастность климатогеографических условий, применяемые в санатории эффективные природные лечебные факторы и другие особенности.

Рекомендация санаторно-курортного лечения лицам, которые в нем по медицинским показаниям не нуждаются, не выдается.

При наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний лечащий врач выдает пациенту медицинскую справку о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10). Требования к оформлению справки изложены в Постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2010 № 92.

Пребывание в санатории, которое влечет за собой ухудшение состояния здоровья больного, считается для него противопоказанным.

При проведении медицинского отбора на санаторно-курортное лечение детей-

инвалидов в возрасте до 18 лет и инвалидов I группы вопрос о нуждаемости ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет и инвалида I группы в сопровождении во время санаторно-курортного лечения решает врачебно-консультационная комиссия (ВКК). Необходимость в сопровождении подтверждается заключением ВКК.

Сопровождение других категорий граждан во время санаторно-курортного лечения законодательством Республики Беларусь не предусмотрено.



**Главный внештатный реабилитолог
УЗ «Бобруйская городская поликлиника №2»
Елена Близнюк**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА ВРАЧА

Конституционное регулирование отношений в сфере оказания гражданам медицинской помощи появилось в советский период существования нашего государства. В Конституциях СССР и БССР закреплялось право граждан на бесплатную медицинскую помощь, а в Конституции СССР 1977 г. (ст. 42) [8, с. 121] было провозглашено и обеспечено рядом гарантий право граждан на охрану здоровья. В систему этих гарантий вошла и гарантия предоставления бесплатной медицинской помощи. Это объясняется тем, что централизованное финансирование здравоохранения из государственного бюджета, возможность граждан получить медицинскую помощь только из государственной системы здравоохранения лишали граждан выбора, переводили право на охрану здоровья из сферы естественных, неотчуждаемых прав и свобод в сферу социального обеспечения. Медицинские ресурсы, как правило, являлись исключительной собственностью государства [2, с. 164]. В связи с этим право граждан на охрану здоровья, провозглашенное и даже, в известной степени, гарантированное Конституцией СССР 1977 г. и Конституцией БССР 1978 г. (ст. 40), носило лишь формальный характер, поскольку эффективных средств реализации и защиты данного права не существовало [3, с. 83].

В настоящий момент основной задачей государственной социальной политики в сфере здравоохранения Республики Беларусь является реализация конституционного права граждан на охрану здоровья путем обеспечения качественной и доступной медицинской помощи, создания условий для профилактики заболеваний и восстановления здоровья. Здравоохранение страны активно развивается в направлении постоянного совершенствования профессиональной медицинской помощи населению.

Система организации медицинской помощи в республике испытывает влияние общемировых тенденций развития здравоохранения, а также релевантна социальным ожиданиям и отношениям, сложившимся в обществе. Демократизация и гуманизация общественной жизни, развитие медицинской науки, совершенствование технологий и рост медицинских знаний повлекли изменения ситуации, в которой реализуется профессиональная врачебная деятельность. К таким изменениям можно отнести изменение отношений «врач-пациент», глубокую специализацию лечебной деятельности, появление и развитие системы качественно новых подходов к принятию решения о выборе диагностических и лечебных мероприятий, которые активно внедряются в социальную практику здравоохранения страны.

В последние годы здравоохранение Беларуси достигло значительных результатов. Как подчеркнул министр здравоохранения Валерий Малашко:

«Системные, последовательные шаги в здравоохранении позволили вывести отрасль на качественно новый уровень и обеспечить повышение позиции Беларуси в мировых рейтингах. Ключевые показатели, характеризующие нашу работу, остаются одними из лучших среди стран мира» [4].

Конституция Республики Беларусь 1994 г. с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г. создает прочные основы правового регулирования социально-экономических и иных отношений во всех сферах жизни общества, включая охрану здоровья в сфере конституционного регулирования [1].

Высокая степень актуальности для общества проблем, связанных с правовым регулированием и реализацией права на охрану здоровья, стала причиной появления в отечественной науке достаточно большого числа научных исследований в этой области.

Правовая культура в реальном существовании выполняет одновременно несколько специфических функций. В частности, можно говорить про такие функции, как познавательно-преобразовательная, праворегулятивная, ценностно-нормативная, правосоциализаторская, коммуникативная и прогностическая.

Познавательно-преобразовательная функция правовой культуры связана с теоретической и организаторской деятельностью по формированию правового государства и обеспечению становления гражданского общества.

Она призвана содействовать согласованию общественных, групповых и личных интересов, поставить человека в центр общественного развития, создать ему достойные условия жизни и труда, обеспечить социальную справедливость, политическую свободу, возможность всестороннего развития индивида.

Праворегулятивная функция правовой культуры направлена на обеспечение устойчивого, слаженного, динамичного и эффективного функционирования всех элементов правовой системы [7].

Правовая культура, выступая компонентом правового сознания и бытия в их органическом единстве, сопряжена не только с отражением всего общественного бытия, но и с активным обратным воздействием на него. Она позволяет не только осуществлять правовое общение между гражданами, но и регулировать их взаимоотношения в правовой сфере. Таким образом, регулятивная функция правовой культуры реализуется через

людей в их деятельности определенным правилам, реализацию их потребностей, интересов, социальных стремлений и идеалов, взаимность прав и обязанностей в правовых отношениях, вносит элемент упорядоченности в эти отношения.

Ценностно-нормативная функция правовой культуры проявляется в разнообразных явлениях и фактах, которые приобретают ценностное значение, отражаясь в сознании действующих индивидов и человеческих поступках, в социальных институтах и т.д. Исходя из этого правовые нормы, другие составляющие правовой культуры общества выступают объектами оценки. Здесь идет речь о ценностях в праве и самом праве как ценности.

Анализируемая функция проявляется и тогда, когда изучается оценочное отношение личности к результату, цели ее действий, направленных на изменение окружающей правовой действительности, к эталонам, образцам поведения, предусмотренным нормами права, к поведению и деятельности других лиц. Оценочная деятельность в правовой культуре состоит в «измерении» индивидом, общностью людей права, законности, правопорядка, правоотношений, механизма правового регулирования путем сопоставления с соответствующими правовыми ценностями. Эта устойчивая система оценок зависит от нашего мировоззрения и наличия уровня политико-правовой культуры.

Правовая культура выполняет и коммуникативную функцию. Обеспечивая общение граждан в правовой сфере, она существует через это общение и влияет на него. Здесь имеется в виду не только непосредственное общение граждан в сфере действия права, но и косвенное «общение» с лицами, принадлежащими к прошлым поколениям, или с нашими современниками, с которыми мы лично не знакомы, или которые отделены от нас расстоянием и временем. Такое общение опосредуется юридическими произведениями и сегодня значительно расширяется в связи с совершенствованием средств массовой информации. Правовое общение выступает в качестве формы межсубъектных взаимодействий свободных и уникальных существ в сфере права [7].

Правовая культура конкретного общества не может успешно развиваться без приобщения к другим правовым культурам. Опыт даже недавнего исторического прошлого нашей страны показал, какие печальные последствия имеют попытки ограничить культуру, в том числе и правовой ее срез, лишь собственными рамками, сбросив со счета культурное наследие прошлого и прекратив связь с культурной жизнью других современных государств. Правовая культура должна аккумулировать в себе прогрессивные достижения всех типов правовых культур как нынешних, так и прошлых эпох. В конечном счете коммуникативная функция правовой культуры обеспечивает идейно-правовые связи граждан, преемственность правового опыта и совершенствование общества, формирование и повышение правовой культуры индивидов.

Коммуникативная функция правовой культуры реализуется не только в сфере «сегодняшнего» правового регулирования. Она выступает необходимым элементом планирования и прогнозирования правовой культуры, правового культурного строительства и развития.

В настоящее время элементы научного прогнозирования и планомерности, например, в законодательной деятельности усиливаются, хотя планоность и последовательность разработки и принятия законодательных актов еще оставляет желать лучшего [7].

Правовая культура не только впитывает в себя достижения цивилизации, но и способствует развитию и упорядочению самой цивилизации. Правовая культура — динамическое явление. Исключительно важное место занимают в ней нравственные ценности. Правовая культура как личности, так и общества немислима вне и помимо нравственности. Возрождение нравственности, общечеловеческих ценностей в нашем обществе представляет собой неперемный элемент высокой общей культуры, а потому и правовой культуры страны.

Представляется, что правовая культура ценна не только тем, что она служит идеалам нашего государства, но и тем, что в ней заключены прежде всего общечеловеческие идеалы гуманизма и справедливости. Если правовая культура порывает с этими идеалами, то она перестает служить и праву, и цивилизации.

**Врач-онколог, заместитель главного врача
по медицинской части УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»
Марина Вайнерчук**

Адрес редакции:
213822, г.Бобруйск, ул. Гагарина, 34
тел.: (0225) 72-72-68
факс (0225) 72-30-70
E-mail: bnov.bcb@yandex.by

Директор издания: Владимир Гацко

Главный редактор: Юлия Семашенко

Редакционный совет:
Марина Горбачевская, Мария Баханкова-Масляк,
Юлия Семашенко, Анастасия Пильщикова,
Вероника Левчук, Юлия Рудович, Яна Шуменок,
Ольга Щемелева

Технический редактор:
Александр Русакович

Бобруйского научное общество врачей благодарит
УП "Студия дизайна и рекламы "Дикович и К" за
оказанную благотворительную помощь в печати
информационного бюллетеня

т. 1000 экз.