

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

ГИППОКРАТ

газета
для здоровых
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Май 2021 № 5 (204)

ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ

В НОМЕРЕ:

- | | | | |
|---|--------|---|--------|
| ● Подписан меморандум о сотрудничестве | стр. 1 | ● Элективный курс «Имидж врача» | стр. 4 |
| ● Медицина будущего: в ОНМедУ обновляют оборудование для эндопротезирования | стр. 2 | ● Надпочечники в центре внимания современной хирургии | стр. 5 |
| | | ● Ощущение кома в горле | стр. 7 |

ЧЕМ ЖИВЕШЬ, МЕДУНИВЕРСИТЕТ?

ВАЛЕРИЙ ЗАПОРОЖАН: ОНМедУ и Агентство регионального развития Одесской области подписали меморандум о сотрудничестве

Одесский национальный медицинский университет и Агентство регионального развития Одесской области подписали меморандум о сотрудничестве.

Согласно документу, сотрудничество сторон направлено на социально-экономическое и культурное развитие общин Одесской области путем привлечения инвестиций, создания благоприятных условий для деятельности инвесторов, подготовки и реализации инвестиционных и грантовых проектов, улучшения бизнес-климата.

Как отметил ректор ОНМедУ, академик Валерий Запорожан, университет является самым мощным научным центром юга Украины и поэтому всегда был задействован в развитии Одесской области. «Мы хотим быть полезными, вносить свой вклад в социальное и экономическое развитие родного города. Именно поэтому мы всегда общаемся к проектам, которые реализует власть, расширяем

партнерскую сеть. Мы активно взаимодействуем с международными организациями и донорами, всегда готовы делиться этим опытом и внедрять лучшие мировые и европейские практики здесь, в Одессе. Поэтому мы настроены на плодотворное сотрудничество, которое, я уверен, принесет пользу всем нам», — сказал Валерий Запорожан.

«Я убежден в том, что наше сотрудничество будет пло-



творным и принесет много пользы как Одесскому национальному медицинскому университету, так и нашему региону», — добавил в. и. о. директора Агентства регионального развития Андрей Шестаков.

МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО: В ОНМедУ ОБНОВЛЯЮТ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Не существует лучшего мерила уровня развития медицины, чем качество жизни людей. Диагноз, который еще сто лет означал неизбежную инвалидность, сегодня при должном лечении — не помеха активной и полноценной жизни. Эндопротезирование — замена больного сустава искусственным — из научной фантастики превратилась в рядовую операцию. Высокая квалификация врачей и инновационное оборудование позволяют ставить на ноги пациентов с самыми сложными патологиями опорно-двигательного аппарата. Прочные и долговечные суставы из современных материалов избавляют от боли и дискомфорта на десятки лет вперед. В Одесском национальном медуниверситете уверены: такая помощь должна быть доступна каждому украинцу. Что для этого необходимо, говорим с заслуженным врачом Украины Юрием Сухиным, профессором, заведующим кафедрой травматологии и ортопедии ОНМедУ.

Первое эндопротезирование плечевого сустава Юрий Витальевич выполнил в 1995 году под руководством своего учителя Валентина Александровича Бабошко. Сегодня он проводит до 200 операций на суставах в год и сам учит будущих врачей. Для качественной подготовки студентов в ОНМедУ действует Центр травматологии и ортопедии. В течение последнего года тут появилось оборудование, аналогов которому нет даже в частных клиниках. «Это медицина будущего, которой наши студенты овладеют к моменту выпуска из университета», — говорит Юрий Сухин.

— **Вы оперируете с середины 1990-х. Кто Ваш пациент?**

Люди преимущественно старшего возраста. Например, с переломами шейки бедра — старше 60 лет. Что любопытно, в Украине тазобедренный сустав на первом месте по числу операций, тогда как в мире — коленный. Почему так? Главная причина — низкий уровень жизни и, соответственно, вопрос доступности медицинской помощи. К сожалению, у нас люди терпят до последнего, пьют «Нимесил» и обращаются, когда не могут встать с постели. В более развитых странах люди протезируются, как только чувствуют дискомфорт или боли. Поэтому я бы сформулировал две глобальные задачи эндопротезирования: продление выживаемо-

сти суставов и, если дошло до операции, ее доступность.

— **Как решить эти задачи?**

Последние лет сто медицина неуклонно движется в сторону малоинвазивной хирургии, то есть хирургии малого доступа, без широкого рассечения тканей. Такие операции на, скажем, органах ЖКТ называются лапароскопическими, а на суставах — артроскопическими. Уже давно мы не открываем сустав, а оперируем через небольшую рану или прокол: вводим в нее тонкий инструмент, при помощи камеры видим операционную область и выполняем нужные действия. Главное преимущество тут — пациент меньше травмируется, быстрее приходит в себя и возвращается к нормальной жизни. Кроме этого, инструменты многообразные. После ультразвуковых моек и автоклавов они могут использоваться повторно. Это к слову об удешевлении операций.

— **Хирургия вообще одна из наиболее технологичных областей. Оборудование совершенствуется, инженеры ищут лучшие решения для пациентов, и одесский медуниверситет делает на это ставку?**

Такова политика университета. Зачем учить студентов работать с аппаратами 70-х годов, если те исчезнут из клиник к моменту их выпуска, верно? Мы стараемся знакомить их с тем, что будет актуальным в будущем. Это пози-



ция ректора Валерия Запорожана, и как практикующий врач, которому многому приходилось доучиваться, могу сказать, что это правильный подход. Поэтому на нашей кафедре мы учим студентов не просто артроскопическим операциям. Оборудование, которое мы получили за последний год и которым действительно гордимся, помогает учить их выполнять операции максимально точно, не допускать ошибок и гарантировать пациенту скорое выздоровление. В работе врача — это самое главное.

— **Что это за оборудование?**

Мы сделали большой шаг в клеточных технологиях. Центрифуги в хороших лабораториях выделяют всего 1 млн тромбоцитов из 1 мл костного мозга. Наша центрифуга дает 7 млн. Из этого мозга мы делаем клетку-предшественницу и вводим в нужное место. Какие преимущества это дает: меньше инъекций и качественное лечение сложных патологий коленного и плечевого суставов. Например, артрозы, асептические некрозы, ложные суставы. Обратная сторона: только расходник стоит 700 евро. Есть бо-

лее доступная альтернатива — центрифугирование жировой ткани. Это допустимое лечение при условии повторения процедуры каждые два года.

Пару месяцев назад мы получили уникальную навигационную систему для эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов. Таких систем в мире 250. В Украине есть одна, в частной клинике в Черкассах, вторая — у нас. Если коротко, эта система устраняет врачебную ошибку и гарантирует долгую службу сустава. Если во время операции даже незначительно ошибиться с углом опиления, со временем сустав станет подвижным, потребуется повторная операция. Этот аппарат проверяет ось вращения тазобедренного, коленного, голеностопного сустава и показывает доктору на экране, где точно надо сделать остеотомию. Гарантированная ошибка с ним — 1 мм. Для пациента это опасно.

— **Какие-то из новинок уже успели опробовать на практике?**

С прошлого года используем и в обучении, и для проведения операций артроскопическую стойку «Артрикс». Когда находишься в ране, очень важную роль играет камера — она становится твоими глазами. Причем глазами не толь-

ко оперирующего врача, но и студентов, которые находятся рядом и должны учиться. Эта стойка дает 4К изображение, его можно увеличивать в 4 раза и выводить на любой монитор. Цифровой рентген-аппарат в любой момент может сделать снимок и распечатать его на бумаге или пленке. Есть денситометр — прибор определяет плотность костной ткани и дает возможность прогнозировать срастание: нужно ли ускорить его какими-то медикаментозными препаратами или же поменять вид остеосинтеза. Все это ускоряет операции, сокращает трудозатраты врача, он меньше устает и не допускает ошибки. Это дает уверенность в результате каждой операции.

Есть также немецкий инструментарий «Эскулап» для установки эндопротезов коленного и тазобедренного суставов. Вещь просто фантастическая. Нет необходимости в дополнительной диагностике — пациент меньше потратит денег и времени.

— **Насколько такое оборудование сложное в обучении прежде всего самих врачей, а потом уже студентов?**



Опытным специалистам освоить его не составит труда, несколько дней практики. Обучение мы будем проходить в онлайн-режиме, из-за пандемии наши немецкие коллеги не смогут приехать в Одессу. Но мы надеемся, что когда все это закончится, они проведут «живые» мастер-классы, ну а мы потом уже будем передавать знания студентам. Оканчивая университет, они должны уметь в совершенстве владеть этим оборудованием.

НАШЕ ВРЕМЯ

ЭЛЕКТИВНЫЙ КУРС «ИМИДЖ ВРАЧА»

Кафедра общественных наук ОНМедУ внедряет элективный курс «Имидж врача», направленный на воспитание эмпатии и тактичности в отношениях врача с пациентом. Биоэтика — область междисциплинарных исследований деятельности человека в медицине и биологии. В стенах Одесского национального медуниверситета под руководством ректора Валерия Николаевича Запорожана было создано, а позже признано во всем мире новое направление — ноэтика. Это этика интеллектуальной деятельности человека, и врача в частности. Как врачу строить отношения с пациентом? Как расположить, вызвать уважение и доверие? С чего создается впечатление о враче? С 2021 года кафедра общественных наук ОНМедУ под руководством доцента Ольги Сикорской начала научно-исследовательскую работу на тему «Имидж врача: языковой и историко-культурологический аспекты». Заведующая кафедрой общественных наук, доцент Ольга Александровна Сикорская и доцент кафедры Елена Александровна Уварова рассказали о планах по разработке темы.

— **Уважаемая Ольга Александровна, почему Вы обратили внимание на такую тему как имиджелогия?**

Доцент Сикорская: Наша кафедра проводит преподавание украиноведческих дисциплин, среди преподавателей — кандидаты филоло-

гических, исторических, политических наук. Кроме того, мы много лет уделяем внимание воспитательному процессу, который направлен на формирование гражданской и духовной самоидентификации личности. Во время совещания с ответственным за воспитательную работу на кафедре доцентом Уваровой Е. А. у нас и возникла мысль разработки новой проблематики. Поэтому кафедра национальной НИР «Имидж врача» направлена на использование междисциплинарных подходов, приближенная к потребностям жизни и новых возможностей, а также нацелена на воспитание молодых врачей.

— **Насколько тема имиджа врача уже разработана в науке?**





3 *Доцент Сикорская:* Имиджелогия, PR — не новые слова. Много литературы, учебников, статей освещают те или иные аспекты. А вот как раз об имидже врача структурированной научной информации мало.

— **В чем заключается актуальность?**

Доцент Сикорская: Профессия врача предполагает социальное общение. Сегодня профессиональные знания и опыт не гарантируют достижения высокого уровня успешности в выбранной сфере деятельности. Необходимо умение вызывать у людей расположение к себе, то есть заботиться о своем имидже. То, насколько специалист способен использовать свой профессиональный имидж, определяет его успешность.

— **Вы обращаете внимание на языковой и историко-культурологический аспекты имиджа врача. Будут ли ваши исследования иметь практическое значение?**

Доцент Сикорская: Безусловно! Особенно, учитывая необходи-

мость развития коммуникативных способностей. Кафедра уже несколько лет преподает аспирантам курс «Ораторское мастерство ученого», и у нас есть наработки. Впечатление о враче как о человеке формируется в течение нескольких минут общения. Эффект собственного очарования и воздействия врача на окружающих является важным инструментом медицинской профессиональной деятельности. Пациент может доверять тому специалисту, в общении с которым он чувствует себя комфортно, предсказуемо, потому что уверен в его профессиональном авторитете. Это способствует успеху в лечебно-профилактической работе. И уже в доверительной обстановке врач и пациент продолжают непосредственно процесс лечения.

— **Какие цели и задачи ставит коллектив в начале пятилетней работы над новой темой?**

Доцент Сикорская: Этот год посвящаем накоплению сведений о науке имиджелогии. Работаем над комплексом материалов, потому

что есть идея проводить элективный курс «Имидж врача».

— **Ольга Александровна, Вы упомянули об элективном курсе «Имидж врача». Кого он может заинтересовать?**

Доцент Сикорская: Всех, кто работает в медицинской сфере. И студентов, и преподавателей. Уже разработан вариант рабочей программы, в которую входят следующие вопросы: составляющие имиджа врача, психологические основы, технологии управления личным имиджем, построение эффективного имиджа, коммуникативная компетентность, особенности создания делового имиджа во врачебной практике и тому подобное.

— **Какие достижения есть сегодня?**

Доцент Сикорская: Разработан план, установлены объемы поисков, преподаватели кафедры в соавторстве опубликовали 4 тезиса докладов. Активное участие в работе над темой принимают доценты — к. и. н. Уварова Е. А., к. полит. н. Кулачинский Н. Н., к. и. н. Подкупко Т. Л., старший преподаватель., к. филол. н. Шанина А. С. Они работают над подготовкой научных и методических материалов.

— **Приобщаются ли студенты к научным исследованиям?**

Доцент Сикорская: Под руководством доцента Уваровой Е. А. наши студенты представили тезисы научной конференции «Современные теоретические и практические аспекты клинической медицины», которую организовал ОНМедУ. В прошлом году студент 2 курса 9 группы медицинского факультета № 2 Тарасенко С. представил тезисы на тему «Устоявшийся имидж врача: необходимость или помеха индивидуальности?». В этом году студентка 2 курса 1 группы медицинского факультета № 1 Соколова К. выступила с докладом на тему «Восприятие пациентом кабинета врача» и получила 1-е место в секции.

— **Уважаемая Елена Александровна, есть ли уже какие-то новации, сделанные на кафедре?**

Доцент Уварова: Да, например, темой студенческого доклада на научной конференции было «Восприятие пациентом кабинета врача». Мы обратили внимание на окружающую среду, тогда как имеющаяся информация об имидже врача в основном касается внешности и поведения. Студентка Соколова К. провела соцопрос, мы проанализировали его результаты и опубликовали. Стараемся показывать разные мнения об устоявшем-

ся имидже врача: необходимость или помеха индивидуальности. Эти вопросы уже выносим на рассмотрение и студентов, и сообщества.

— Не кажется ли Вам, что имиджелогия — это искусственное создание человеком своего образа, который не соответствует действительности?

Доцент Уварова: Так может показаться, если работать только с внешними атрибутами. Важно осознать, что имидж — это не только внешний вид человека, не только белый халат и стетоскоп, а целый комплекс характеристик. Работа над имиджем — это не очередной диплом в рамочке на стене, а именно работа для его получения, постоянный процесс саморазвития, постижения новых знаний и навыков, обогащение своей личности профессиональными средствами для успешности и продуктивности деятельности. Имиджелогия не учит сочинению своего образа, а направляет в сторону саморазвития, помогает показать лучшие

приобретенные качества. Кроме того, частично имиджелогия занимается и привычным воспитательным процессом личности — этикет, грамотность письменного и устного общения, стиль внешнего вида и тому подобное. Поэтому для нашей кафедры новая научно-исследовательская тема — это часть знакомой нам воспитательной работы.

— Приобретению каких компетенций будет способствовать изучение элективного курса «Имидж врача»?

Доцент Уварова: Уметь осуществлять профессиональную деятельность, нуждаться в обновлении и интеграции знаний, использовать информационные и коммуникационные технологии в профессиональной деятельности, устанавливать межличностные связи для эффективного выполнения задач и обязанностей. И вообще — работать над Я-концепцией, формирование которой происходит в течение всей жизни и содержит представление о себе, о том, какое впечатление она производит на

окружающих. Курс направлен на воспитание эмпатии, деликатности, тактичности, соблюдения этики и морали.

— Ольга Александровна, отметим, что кафедральная научная работа очень интересная, и как Вы видите ее развитие?

Доцент Сикорская: Сейчас готовим методические материалы для внедрения элективного курса «Имидж врача». Продолжаем библиографический поиск. В будущем планируется разработать тренинги для студентов и сотрудников университета, внедрить результаты в воспитательную работу кафедры, разнообразить мероприятия. Очень хотим воплотить наши идеи в образовательный процесс, предложить студентам и преподавателям новые знания и советы.

Итак, желаем заведующей кафедрой общественных наук, доценту Сикорской О. А. дальнейших успехов в работе, преподавателям кафедры — сил, вдохновения и реализации поставленных задач.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

НАДПОЧЕЧНИКИ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Надпочечники имеют ряд жизненно важных функций, без которых невозможна жизнь организма. В 1856 г. Шарль Броун-Секар доказал жизненную важность надпочечников для организма в эксперименте, удалив их у животного. Некоторые ученые считают, что первое упоминание о надпочечниках обнаружено в Библии: «И эти две почки, и жир на них, которые находятся по бокам...» Другое описание надпочечников приводит Клавдий Гален. Однако он описывает только левую железу. Железа упоминается как «свободное тело».

Первое детальное описание надпочечников человека сделал великий анатом XVI в. Бартоломео Евстафий (произведение “*Opuscula anatomica*”, 1563 г.). Описывая почки, он сообщил о дополнительных железах, назвав их возложенными на почки.

В 1836 г. N. Nagel в своей статье сообщает, что надпочечники человека состоят из корковой и мозговой ткани. Приоритет первого полного описания микроскопической анатомии надпочечников человека принадлежит Альбрехту фон Келлеру (1817–1905). В 1852 г. он в

своей статье заявил: «Я рассматриваю корковую и мозговую ткани надпочечников как физиологически разные». Физиологическая роль надпочечников прояснилась благодаря клиническим наблюдениям Томаса Аддисона. 15 марта 1849 г. Аддисон представил в Лондонской медицинской ассоциации работу под названием «Об анемии: заболевания надпочечниковых капсул». Через 6 лет Аддисон публикует свою классическую монографию «О реализации конституционных и местных эффектов заболеваний надпочечниковых капсул» (1855). В 1897 г. Джон Абель сообщил о выделении из надпочечников овец ак-



5 тивного вещества, которому он дал название «Эпинефрин». Уже в 1900 г., 5 ноября, Джокич Такаmine разработал технологию получения активного вещества мозгового слоя надпочечников, описал химическую формулу и дал ему название — адреналин. С момента обнаружения значимости надпочечников для гомеостаза организма, интерес к этому органу только возрастал. Особую роль гормонов надпочечников описал в своей теории о стрессе Ганс Селье в 1939 г. В 1949 г. за разработку теории адаптивного синдрома ему была присуждена Нобелевская премия.

Если до недавнего времени считалось, что опухоли надпочечников являются редкой патологией и составляют не более 0,6 % всех злокачественных опухолей, то в настоящее время благодаря широкому внедрению в повседневную клиническую практику таких неинвазивных, но весьма информативных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), резко возросло количество выявленных новообразований в забрюшинном пространстве — до 6 %. Часть таких образований локализуется в надпочечниках, и в большинстве случаев опухоли исходят или из коркового, или мозгового слоев. Одной из наиболее удобных клиничко-морфологических классификаций опухолей надпочечников является классификация, предложенная F. Micali et al. (1985). В то же время злокачественные опухоли надпочечников нуждались в клинической классификации по стадиям. Одними из первых пытались решить эту задачу D. A. Macfarlan в 1958 г., а затем M. Sullivan в 1978 г., который модифицировал классификацию D. A. Macfarlan по системе TNM. В клинической практике наиболее часто используют классификацию, предложенную А. В. Николаевым (1963), согласно которой опухоли делятся на следующие виды: кортикостерома, андростерома, кортикоандростерома, альдостерома, кортикоэстрома, феохромоцитомы и комбинированные опухоли. Каждая из них может быть доброкачественной или злокачественной природы.

Альдостерома — опухоль, которая производит альдостерон, вызывает первичный альдостеронизм. Первичный альдостеронизм (синдром Конна) характеризуется определенным симптомокомплексом: гипертензией, мышечной слабостью и алкалозом с гипокалиемией. У 2–



6 % больных они носят злокачественный характер. Кортикостерома (глюкостерома) — выделяет глюкокортикоиды и клинически проявляется синдромом Иценко — Кушинга. Андростерома — гормонально активная, вирилизирующая опухоль, которая производит мужские половые гормоны. Относится к редкой патологии (1–3 % всех опухолей). Почти в 60 % случаев андростерома бывает злокачественной, метастазирует в печень, легкие, забрюшинные лимфатические узлы. Кортикоэстрома — опухоль, которая выделяет эстрогены и встречается крайне редко. Опухоль приводит к эстроген-генитальному синдрому, что наблюдается главным образом у молодых мужчин. Опухоли типа альдостеромы, кортикостеромы, андростеромы, кортикоэстрома и им подобными встречаются редко. Зачастую оказываются смешанные опухоли с признаками того или иного синдрома в зависимости от повышенного уровня тех или иных стероидов. Эти опухоли чаще всего имеют смешанное гистологическое строение. Гормонально неактивные опухоли коры надпочечников протекают обычно без клинических и биохимических признаков нарушения функции соответствующих слоев коры надпочечников. Они проявляются в любом возрасте у лиц обоего пола, в 0,5–10 % случаев выявляются при обследовании по поводу другого заболевания. Для обозначения подобных опухолей наиболее часто используется термин «инциденталомы» (от англ. Incidental — случайный). Проявляются они и при аутопсии у лиц, умерших от неэндокринных заболеваний, с частотой до 8–9 %. По данным литературы, «немые» корковые опухоли встречаются примерно в 4 раза реже, чем «немые» хромоаффиномы, исходящие из мозгового слоя, и это несмотря на то, что у 95 % больных, обследуемых на предмет выявления новообразований в забрюшинном пространстве, особенно в последнее десятилетие, оказывается артериаль-

ная гипертония. Соотношение доброкачественных и злокачественных вариантов среди них 2 : 1, как и среди катехоламинпродуцирующих опухолей. Опухоли мозгового слоя надпочечников — феохромоцитомы относятся к эндокринно-клеточным опухолям АПУД-системы. Их гистогенез связан с нервными клетками гребешка нервной трубки, и это определяет развитие в мозговом слое надпочечников как эндокринных опухолей, так и нейрогенных, а также опухолей смешанного состава. По данным литературы, до 80 % опухолей мозгового слоя надпочечниковых желез располагаются в одном из надпочечников. Эту опухоль называют опухолью «десяти процентов» и отмечают, что феохромоцитомы примерно в 10 % бывают злокачественными (феохромобластомы), в 10 % локализируются вне надпочечников, в 10 % являются двусторонними или множественными. Феохромоцитомы крайне разнообразны по своим клиническим наблюдениям и прогнозам. Они часто представляют значительные трудности и при морфологическом исследовании, особенно в плане дифференциальной диагностики, и главным образом для определения степени их злокачественности. Наиболее надежным признаком малигнизации феохромоцитомы следует считать наличие метастазов.

По данным литературы, опухоли надпочечниковых желез ответственны за 10 % курируемых случаев гипертонической болезни, и в терапевтической практике до 40 % остаются недиагностированными на этапе первого звена лечебно-профилактической помощи. Важное место среди инструментальных методов исследования опухолей надпочечников в настоящее время заняло УЗИ. Это, в первую очередь, обусловлено простотой его выполнения, высокой вероятностью полученных результатов, а также скоростью и доступностью его выполнения. По мнению большинства авторов, УЗИ позволяет выявить опухоли надпочечников при минимальном диаметре от 1,0 до 2,0 см. Значительно улучшает диагностику опухолей надпочечников использование рентгеновской КТ. Минимальная величина опухоли, определяемая этим методом составляет от 0,5 до 1,0 см. Основным методом лечения опухолей надпочечников в настоящее время считается хирургический. Лапароскопическая адреналэктомия становится «золотым стандартом» лечения опухолей надпочечников малого и среднего размера. Низкая

частота осложнений, короткий госпитальный период — до 2 дней, короткий срок реабилитации позволили рекомендовать ее для широкого применения. Интересное исследование было проведено под руководством Джованни Конге из отделения общей и онкологической хирургии Университета «Луиджи Ванвители» (Неаполь, Италия). Был проведен большой статистический анализ мини-инвазивных хирургических вмешательств для лечения при широком спектре заболеваний надпочечников. Результаты исследования опубликованы в журнале «VMC Surgery» («Хирургия») в январе 2018 г. Как пишут авторы исследования, им удалось доказать существенное преимущество данного метода лечения.

На кафедре хирургии № 1 Одесского национального медицинского университета с 2003 г. проводятся малоинвазивные операции на надпочечниках (проф. В. В. Грубник, к. мед. н. В. В. Ильяшен-

ко) Если в 2003–2013 гг. более 100 операций были выполнены с лапароскопического доступа, то начиная с 2014 г. по настоящее время, операции выполняются уникальным, особенно специфическим для надпочечников доступом — ретроперитонеальным, или забрюшинным.

Достижения кафедры — уже более 60 случаев без осложнений. Был введен метод, разработанный немецким хирургом Вальцем из Эссена (2010). Основная идея — доступ в орган со спины, что дает ряд преимуществ для хирурга. Это самый короткий и удобный путь к пораженному надпочечнику. Минимальная травма тканей позволяет больному встать через 6 часов после операции, выписка из клиники — на 2-й день. Отсутствует травма брюшины, нет контакта с органами брюшной полости, и как следствие — боли после операции практически нет. Отличный косметический результат — три неболь-

ших прокола на спине в области поясницы, которые больной может и не замечать. Такое успешное внедрение методики доктора Вальца было обусловлено тем, что сотрудники кафедры являются активными членами Европейской Ассоциации эндоскопической хирургии и имели возможность учиться непосредственно у автора методики. В центре хирургии, расположенном в немецком Эссене направляются к врачу Вальцу до 1000 пациентов в год из всех стран Европейского союза. И мы с гордостью заявляем, что операции на надпочечниках выполняются на высоком мировом уровне и на базе кафедры хирургии № 1 (база — Областная клиника).

В. В. ГРУБНИК,
д. мед. н., профессор,
зав. кафедрой хирургии № 1,
В. В. ИЛЯШЕНКО,
к. мед. н., кафедра хирургии № 1

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

ОЩУЩЕНИЕ КОМА В ГОРЛЕ

Ощущение кома в горле — не редкость. Многие испытывали это безболезненное, но некомфортное состояние хотя бы раз в жизни. В медицинской литературе оно обозначается как истерический комок *Globus pharyngeus*, или *Globus hystericus*.

Для *Globus hystericus* характерны ощущения кома в горле, афония, затруднение глотания, преимущественно слюны, ощущение удушья. В большинстве случаев этот симптом не связан с серьезными заболеваниями, однако точный ответ можно получить только после консультации со специалистом, ведь существует ряд болезней, которые могут сопровождаться ощущением инородного тела в горле.

Пациентов с жалобой на ком в горле можно разделить на две группы: у одних данное состояние возникает вследствие психоневрологических расстройств, а у других причина кроется в соматических, то есть относящихся непосредственно к внутренним органам, заболеваниях.

Нередко ощущение кома в горле появляется у людей легко возбудимых, чутко реагирующих на стресс и эмоциональные потрясения. Ком

в горле еще издавна описывался врачами как симптом невротического расстройства, чаще возникающего у молодых женщин. Для больных этой группы более характерно красочное описание симптома с оттенком негативной эмоциональной окраски («как заслонка перекрывает», «стягивание шеи изнутри» и т. п.). Однако в настоящее время это состояние с одинаковой частотой встречается у людей обоих полов. При этом пациента беспокоит ощущение инородного тела (комка) в горле, чувство давления в области шеи, обычно ослабевающее во время еды. Считают, что это связано с невротическими чувствительными и двигательными нарушениями функции пищевода.

Если ощущение кома в горле постоянно сохраняется в течение нескольких недель, то в первую очередь необходимо исключить онко-

патологию. Это может быть злокачественный или доброкачественный процесс в области гортани, пищевода или других органов шеи, вызывающий сдавление окружающих тканей. Особое внимание следует проявить при возникновении у пациента жалоб на боль в области шеи или при глотании, повышенную утомляемость, снижение аппетита и массы тела. Тревожными являются следующие симптомы:

- боль в области шеи или в горле;
- снижение массы тела;
- внезапное развитие тремора;
- боль, поперхивание, затруднение глотания;
- срыгивание;
- мышечная слабость;
- пальпируемое или видимое объемное образование;
- прогрессирование симптомов.

К доброкачественным процессам, приводящим к ощущению кома в горле, следует отнести компенсаторное разрастание лимфоидной ткани корня языка — гипертрофию язычной миндалины, которая возникает в ответ

7 на удаление значительной части лимфоидной ткани миндалин носоглотки и ротоглотки.

Очень часто появление ощущения кома в горле связано с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Необходимо выяснить, отмечаются ли у пациента такие симптомы, как изжога, кашель, кислая отрыжка, боль в желудке и чувство тяжести после еды. Пациенты описывают «ком в горле» как внутреннее ощущение давления или тяжести, локализующееся на уровне или выше яремной ямки. *Globus pharyngeus* обычно возникает из-за отраженных болей при эзофагите, дискоординации мышц пищевода, крикофарингеальной гипертензии или из-за прямого раздражающего действия рефлюксата на слизистую гортани. Важным представляется оценка всех предъявляемых жалоб: основанием для диагноза ГЭРБ явилось наличие изжоги и срыгивания; для больных 2-й группы определяющие факторы — наличие жжения слизистой оболочки ротовой полости, языка; ощущение кислоты во рту или изменения вкусовых ощущений (постоянное присутствие вкуса металла, соли и т. п.).

Ощущение инородного тела в горле может быть вызвано патологией щитовидной железы. Увеличение объема железы чаще связано с нехваткой йода в пище или с аутоиммунным поражением (аутоиммунным тиреоидитом).

Иногда причиной ощущения кома в горле становится уменьшение, и даже полное прекращение, слюноотделения, которое может возникнуть у больных сахарным диабетом, у женщин в климактерическом периоде, при системных аутоиммунных заболеваниях.

Увеличение лимфатических узлов в области шеи также может привести к дискомфорту и ощущению комка в горле.

Затруднение при глотании иногда может возникать вследствие остеохондроза шейного отдела позвоночника. При этом человека могут беспокоить головная боль, головокружение, боль в шее, спине, скованность движений.

Не стоит забывать о возможной роли травматического воздействия



на ткани. Эндоскопические исследования и даже прием грубой пищи могут способствовать появлению неприятных ощущений в горле.

Обобщая сказанное, следует указать, что ощущение кома в горле в основном сопровождается такими заболеваниями, как:

— заболевания ЛОР-органов (ангина, тонзиллит, эпиглоттит, фарингит);

— заболевания щитовидной железы (эндемический зоб, диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит);

— новообразования в области шеи;

— остеохондроз шейного отдела позвоночника;

— гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ);

— дискинезия пищевода;

— гетеротопия слизистой желудка;

— заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гормональные нарушения);

— системные аутоиммунные заболевания (склеродермия, синдром Шегрена);

— психологические факторы, стресс.

При появлении жалоб на ком в горле целесообразно обратиться в первую очередь к врачу-терапевту, который после осмотра сможет направить пациента к специалисту узкого профиля, таких как:

- врач-гастроэнтеролог;
- врач-оториноларинголог;
- врач-эндокринолог;
- врач-онколог;
- врач-невролог;
- врач-психотерапевт.

Для уточнения диагноза врач может назначить следующие виды обследования:

— гастроскопия (эзофагогастродуоденоскопия, ЭГДС) при подозрении на гастроэзофагеальную болезнь и дискинезию пищевода;

— УЗИ щитовидной железы, анализ крови на гормоны щитовидной железы;

— рентгенограмма, КТ ЛОР-органов, шейно-грудного отдела позвоночника;

— психодиагностическое обследование.

Ощущение кома в горле! Не стесняйтесь говорить об этом врачу. Не пропустите серьезное заболевание. Будьте здоровы!

С. М. ПУХЛИК,
д. мед. н., профессор, зав.
кафедры оториноларингологии,

И. К. ТАГУНОВА,
к. мед. н., ассистент кафедры
оториноларингологии,

А. В. АНДРЕЕВ,
ассистент кафедры
оториноларингологии

Редактор выпуска И. В. Барвиненко
Ответственные секретари
А. В. Попов, Р. В. Мерешко
Учредитель и издатель — Одесский
национальный медицинский
университет

Адрес редакции:
65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.
Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.
Подписано к печати 21.05.2021. Тираж: 300. Заказ 2236.
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского
университета, 65082, Одесса, ул. Софиевская, 2. Тел. 723-29-63.