

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№1 (205) ЯНВАРЬ 2020



ОТ РЕДАКТОРА



Уважаемые наши коллеги, партнеры журнала!

Заинтересованные, равнодушные его читатели!

Желаю здоровья, мира и умиротворения каждому из вас в новом 2020 году!

В год совершеннолетия (нам 18 лет!) журнала «Здоровья алтайской семьи» мы вступили в принципиально новый период в развитии нашей страны. Нужно отметить - вступили неожиданно для жителей страны и даже большинства осведомленных и занимающихся политикой и социальной сферой людей. Стремительно! Напористо, но не революционно, как бы коррелируя и выверяя уже выбранный курс на независимость, социальную справедливость и единение нации!

Очевидно одно: это, действительно, - время больших перемен в политическом устройстве страны и заявка на особую миссию России в мире. Период интенсивного формирования новых национальных и региональных элит, период переоценки, переосмысления приоритетов развития страны! Изменения отношения к профессионалам, в том числе и в области управления страной, регионами, отдельными направлениями социальной сферы.

Вопросы сохранения здоровья, развития здравоохранения, в том числе первичного звена здравоохранения, - безусловный заявленный приоритет государственной политики. Тема охраны здоровья в самых различных ее аспектах: традиции питания, качество водоснабжения, доступность спортивных объектов для населения, сложившиеся особенности территориального развития системы здравоохранения и даже распространенность среди населения курения табака и употребления алкоголя и т.д. - имеет явно выраженную региональную специфику. И это очевидно. Это же и аргумент важности объединения усилий представителей власти и общественности как на этапе формирования программ по снижению заболеваемости и смертности, профилактике, развитию, реорганизации объектов системы здравоохранения, подготовке кадров, так и в период их выполнения. Общая задача власти, профессионального медицинского сообщества, различных общественных и политических институтов, СМИ. Эта деятельность невозможна и без понимания каждым человеком личной роли и места в достижении цели народосбережения.

И вопросы целенаправленной информированности населения поэтому не второстепенны! В этом мы изначально, с первого выхода нашего журнала в январе 2003 года, видели и видим свою миссию.

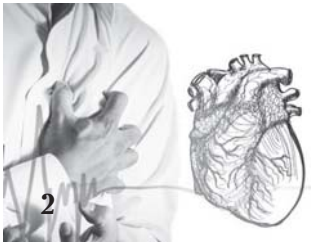
Мы убеждены в необходимости систематического обучения населения умению следовать принципам и формировать стойкие навыки ЗОЖ. В объяснении смысла, важности, а порой жизненной необходимости не только применения той или иной медицинской манипуляции, но и изменения собственных пагубных привычек, корректировки личного образа жизни. В доведении полной информации о территориальном планировании, функционале и взаимосвязи различных медицинских учреждений и в регионе, и с федеральными центрами.

В условиях информационного «перенасыщения» зачастую с выбросом недостоверной и даже «популистской» информации («...не существует истины, а существуют разные мнения!») профессиональная компетентность, гражданская позиция и ответственность публичных экспертов - исключительно важны.

Именно этим руководствуется Редакционный совет журнала, на этих принципах строится его редакционная политика.

Пожелаем нам всем вместе целеустремленности, последовательности, созидательного порыва и, непременно, достижения позитивных результатов в нашем движении к здоровому образу жизни, к здоровью и умиротворению!

**Главный редактор
Ирина Валентиновна КОЗЛОВА**



Предотвратить катастрофу



Современный подход к оценке композитного состава тела



Сложности социализации ребенка с расстройством аутистического спектра



Рациональное вскармливание новорожденных детей как профилактика функциональных нарушений пищеварения

На обложке: Ирина Александровна СУКМАНОВА, д.м.н., заведующая отделением для лечения пациентов с ОКС, КГБУЗ «Алтайский краевой кардиодиспансер».

**Национальный проект «Здравоохранение».
СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ**

И.А. Сукманова. Предотвратить катастрофу 2-6

**Национальный проект «Здравоохранение»
ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!**

М.Ю. Дорофеев. Лучший психолог в операционной - анестезиолог 7-9

Новости Алтайского края 10

Новости здравоохранения мира 11

За что гении получали двойки 12-13

Обязательная маркировка лекарств откладывается 14

Неумышленная утрата лекарств - без наказания 14

Л.М. Дранкевич. Быть лучшими в труде и спорте 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

О.А. Бельницкая, П.И. Боева, В.А. Реут.

Гемолитическая болезнь новорожденных:

прогнозирование и профилактика 16-17

Национальный проект «Здравоохранение»

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

«Я рисую, я тебя рисую...» 18-19

Новости здравоохранения России 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Т.И. Александрова. Факторы риска и профилактика острых

нарушений мозгового кровообращения 21-22

Т.Ф. Суханова. Доброкачественная гиперплазия

предстательной железы 23-24

Цветотерапия и зрение 25

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА

С.С. Назарова, И.А. Вейцман. Современный подход

к оценке композитного состава тела. Биоимпедансметрия 26-27

Е.В. Хакимова. Мастопатия: диагностика и лечение 28-29

К.А. Мязина. Это пугающее слово «фиброгастроуденоскопия»! 30-31

Друга заказывали? 32-33

Новости здравоохранения мира 34

И.С. Филоненко. Сложности социализации ребенка

с расстройством аутистического спектра 35-39

Медпомощь по ОМС - 2020 40

Национальный проект «Здравоохранение»

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

И.В. Курдеко. Рациональное вскармливание новорожденных детей

как профилактика функциональных нарушений пищеварения 41-43

Группа поддержки 44



Предотвратить катастрофу

В отделении для лечения пациентов с острым коронарным синдромом Алтайского краевого кардиологического диспансера жизнь буквально вырывают из лап болезни. В режиме 7/24, без выходных и праздников, врачи отделения принимают больных с острым коронарным синдромом со всего региона.

На то, чтобы предотвратить катастрофу и минимизировать осложнения инфаркта, у кардиологов есть считанные часы, а иногда и минуты. О беспокойной работе, которую невозможно не принимать близко к сердцу, мы поговорили с заведующей отделением, доктором медицинских наук, врачом-кардиологом высшей квалификационной категории **Ириной Александровной СУКМАНОВОЙ**.

- Профессия кардиолога окутана неким ореолом, особенно для тех, кто никогда прямо или косвенно с ней не сталкивался. Расскажите, как устроено ваше отделение, кто в нем работает?

- В нашем отделении, рассчитанном на 75 коек, оказывается неотложная кардиологическая помощь жителям города Барнаула и районов Алтайского края. Прежде всего, это пациенты с острым коронарным синдромом (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия). Прием ведется в круглосуточном режиме. Пациентов чаще всего доставляют скорая помощь Барнаула и транспорт краевого центра медицины катастроф.

На базе отделения организован краевой консультативно-диагностический центр. Штат врачей в центре и в отделении - один. Это важно, поскольку имеется взаимозаменяемость, режим работы врачей периоди-

чески меняется - доктора отделения дежурят в приемном отделении, работают в консультативно-диагностическом центре и ведут палаты непосредственно в отделении.

В центре врачи-кардиологи круглосуточно консультируют пациентов, которым необходимо экспертное мнение при подозрении на острый коронарный синдром либо другие неотложные кардиологические состояния. Наши телефоны есть у медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи, поэтому, например, нам звонят со скорых по вопросам ведения больного. В сутки проводим до 75-80 консультаций.

- Допустим, в одном из районов Алтайского края человеку стало «плохо с сердцем». Что происходит дальше? Как пациент попадает к вам?

- Приказ Министерства здравоохранения №425 прописывает действия медицинских работников в подобной ситуации. Фельдшер скорой помощи или врач, который контактирует с заболевшим, при подозрении на острый коронарный синдром должен на месте записать электрокардиограмму. После этого необходимо позвонить нам, передать кардиограмму (у фельдшера есть такая возможность) и получить консультацию дежурного доктора, который, в



свою очередь, должен определить тактику ведения этого пациента.

Помощь может быть разной, и она также согласовывается с врачом-консультантом. Как вариант, это может быть незамедлительное - «у постели больного» - введение препарата, который «открывает» закрытую тромбом коронарную артерию. После этого пациента везут в краевой кардиодиспансер или в ближайшее медучреждение - всё зависит от места нахождения, транспортной доступности, состояния больного. Если его можно доставить в течение 120 минут от начала возникновения болевого синдрома, то пациента везут напрямую к нам. Если дорога займет большее количество времени, то больной транспортируется в межрайонное кардиоотделение или, если тяжесть пациента не позволяет везти его дальше, - в реанимацию ближайшей ЦРБ. Далее - повторные консультации с нашими специалистами. Мы определяем время и транспортбельность больного в кардио-



Национальный проект «Здравоохранение»

центр либо краевую клиническую больницу.

Самая главная цель - сохранение жизни и здоровья пациента. При этом отмечу, что в нашем отделении больным с инфарктом миокарда оказывается вся возможная кардиологическая помощь, которая на сегодняшний день в принципе возможна.

- Пациент попал к вам. Каков дальнейший план ваших действий?

- Мы оцениваем его состояние, обследуем и, собственно, лечим в соответствии со всеми имеющимися мировыми стандартами. В основном это - проведение исследований сосудов сердца, выявление анатомических особенностей, которые предшествовали такому событию, как инфаркт миокарда: сужение сосудов, бляшка, которая перекрывает просвет в артерии. И, как правило, самым современным на сегодняшний день способом восстанавливаем кровотоки, то есть убираем эту бляшку или стеноз, - проводим «ангиопластику со стентированием коронарной артерии». Для чего это делается? Если инфаркт уже случился, нужно предотвратить осложнения, чтобы болезнь протекала с меньшими последствиями для пациента. Либо, при диагностированной нестабильной стенокардии, когда еще нет некроза сердечной мышцы, можно вовремя «открыть» пораженную артерию, восстановить или улучшить кровоснабжение сердца, - и в этом случае инфаркт миокарда не успевает развиваться.

- Раз уж начали говорить о патологиях... Расскажите о пациентах, которые у вас лечатся. Как я понимаю, это не только люди, перенесшие инфаркт?

- Конечно. Это, прежде всего, пациенты с острым коронарным синдромом (инфаркты и нестабильная стенокардия), с нарушениями сердечного ритма, которые остро возникают, с острой сердечной недостаточностью, с осложненным гипертоническим кризом. Фактически у нас лечатся пациенты с любой острой



кардиопатологией, но на острый коронарный синдром (ОКС) приходится около 70% всех больных.

- Кто ваши пациенты? Есть ли какая-то статистика, например, по месту проживания, по полу, социальному положению, приверженности вредным привычкам?..

- Социальный статус - самый разный. Мужчин немного больше. Как правило, это, конечно, возрастные пациенты. Но, что интересно, недавно мы проводили научное исследование как раз по молодым людям, то есть по пациентам до 45 лет. И оказалось, что в нашем отделении за три года их было практически 250 человек, то есть около 30%. Это больные, которые имели инфаркт (в основном) либо нестабильную стенокардию. И с каждым годом их становится всё больше.

- Иными словами, инфаркт молодеет?

- Да. Инфаркт миокарда молодеет. Его частота у молодых возрастает. Самый молодой на моей памяти пациент был 25-летний, самый возрастной - 97-летний, кажется.

Еще один факт: среди молодых людей с инфарктом - 90% мужчины и только 10% женщины, у пациентов после 75 лет частота инфарктов у мужчин и женщин сопоставима - 50% на 50%.

В нашем отделении получают лечение пациенты с острым коронарным синдромом (инфарктами и нестабильной стенокардией), с нарушениями сердечного ритма, которые остро возникают, с острой сердечной недостаточностью, с осложненным гипертоническим кризом.



К развитию сердечно-сосудистых заболеваний может привести неправильный, малоподвижный образ жизни. Ожирение негативно сказывается на работе сердца. Курение - худшее, что можно сделать для сердца.

- Сколько пациентов ежегодно проходит через ваше отделение?

- За 2019 год - 4875 человек, именно с инфарктом было пролечено 2737 человек.

- Говоря о кардиологии, как правило, обыватели представляют себе сцену из фильмов: операционная, много врачей, раскрытая брюшная клетка пациента и бьющееся сердце. Насколько далека эта картина от реальной жизни? Какие технологии используются сегодня?

- На самом деле всё не так.

Наше отделение - терапевтическое. Мы работаем в тесной связи с отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Это малоинвазивная хирургия, когда сердце не вскрывается и не бьется в открытой грудной клетке. Все манипуляции выполняются через артерии - «сосудистым доступом»: как правило, - через лучевую артерию (на руке) либо бедренную. Доступ через руку сейчас является приоритетным направлением: пунктируется лучевая артерия, вводится контрастное вещество, что дает возможность визуализировать коронарные артерии. Всё это происходит в рентгенологической операционной, что позво-

ляет нам выявить те места, где имеется нарушение коронарного кровотока. Это, прежде всего, - стенозы (сужения) за счет атеросклеротических бляшек либо окклюзии (отсутствие кровотока) коронарных артерий. На основе обнаруженных изменений принимается решение о реваскуляризации - восстановлении кровотока в артерии.

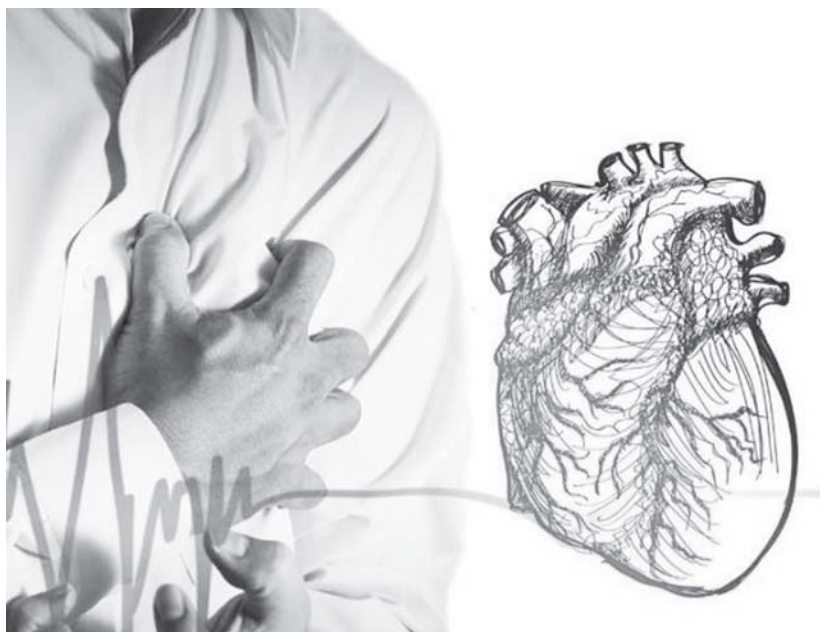
Если таким способом не удастся решить проблему или это невозможно технически, например, когда сужений в артериях слишком много, и стент нельзя даже завести в артерию, то проводятся операции, которые относятся к открытой хирургии, - коронарное шунтирование. Оно проводится в другой операционной и на открытой грудной клетке, используются разные методики: с остановкой сердца или на работающем сердце.

- Какой процент операций проводится через «проколы», а какой приходится на полостные операции?

- Приблизительно 5% операций при остром коронарном синдроме делается с помощью коронарного шунтирования (полостные).

- Всегда ли пациенту с инфарктом проводится операция?

- В большинстве случаев - да. Иногда вначале вводится лекарственный препарат, который частично «открывает» артерию, растворив при этом тромб. Быстро это можно сделать на этапе скорой помощи. В дальнейшем пациента доставляют к нам, мы выполняем стентирование этой артерии, так как часто при растворении тромба остаются атеросклеротические бляшки, которые не устраняются введением лекарственного препарата. Не надо забывать и о том, что острые коронарные синдромы бывают разные. Например, у нас проходит лечение пациентка, у которой нет атеросклероза в артериях, но есть инфаркт. И причиной его развития стал спазм на фоне стресса. Таким образом ей вмешательство на сосудах не показано.



Сердце под контролем

- Инфаркт можно «заработать» с помощью стресса?

- Стресс - это мощный фактор. Выброс адреналина в кровь может совершенно здоровые сосуды привести к спазму. Спусковым механизмом может стать сильный страх или эмоциональная встряска - смерть или болезнь близкого человека, ДТП и т.д. Такое случается редко, но всё же случается.

- Раз уж мы заговорили о том, что может стать причиной инфаркта, расскажите о факторах риска.

- К инфаркту с большей долей вероятности приведут именно факторы риска, чем тот же стресс. И эти факторы все мы хорошо знаем.

К развитию сердечно-сосудистых заболеваний может привести неправильный, малоподвижный образ жизни. Ожирение негативно сказывается на работе сердца. Курение - худшее, что можно сделать для сердца. Также к нам попадают и те, кто много лет жил с гипертонией, но при этом цифры своего повышенного давления на память сказать не могут, так как считают, что это не то, на что стоит обращать внимание.

И с повторными инфарктами к нам, как правило, возвращаются люди, которые не изменили привычный неправильный образ жизни. К примеру, после инфаркта человек ничего не поменял в своей жизни, факторы риска сохранились - сохранилась и проблема. Если пациент продолжает, например, курить, нерегулярно принимает препараты, ест всё, что хочет и в любых количествах, то положительной динамики не будет. К сожалению, таких случаев очень много.

- Существует мнение, что если случился один инфаркт, то, скорее всего, будет и второй. Насколько это верно?

- Мнение это не совсем верное. Конечно, если случается инфаркт миокарда, то риск возникновения повторного повышается, но это не значит, что он обязательно случится. Мне известно очень много примеров, когда человек перенес ин-



фаркт пятнадцать, двадцать лет назад, и второй у него не возник. Но вместе с тем скажу, что самый опасный год после инфаркта - первый. Риск возникновения повторного в этот год повышается в 5 раз, и во многом поэтому мы просим пациентов приезжать на проверку, наблюдаться.

Еще мы всегда призываем принимать правильно препараты! Представьте: мы провели операцию, поместили стент, по сути, чужеродный элемент, организм сопротивляется, и закономерно начинается процесс тромбообразования. Для того чтобы стент «прижился» - нужно время. Так вот всё это время (и вообще всю жизнь после этого) нужно строго выполнять указания лечащего врача и принимать жизненно необходимые препараты.

- Неужели есть те, кто не принимает?

- К сожалению, есть. Эти препараты настолько необходимы, что их прием можно сравнить с приемом пищи. Но если мы не поели в обед, организм напомнит о себе и пусть вечером, но мы съедим тарелку супа. С кардиологическими препаратами так нельзя: при пропуске приема таблеток у человека голова не заболит, не возникнет никаких ощущений, но буквально на второй-третий раз пропуска препаратов может случиться уже повторный инфаркт, от которого мы можем его

Самый опасный год после инфаркта - первый. Риск возникновения повторного в этот год повышается в 5 раз. Поэтому мы просим наших пациентов после выписки приезжать на проверку в краевой кардиодиспансер, наблюдаться.



◀ не спасти. Почему? Один инфаркт - сам по себе огромный стресс для сердца, а два подряд - это риск развития тяжелых осложнений, часто неуправляемых. Но не все люди понимают это. А это очень, очень важно!

При выписке пациента наша цель сделать так, чтобы его жизнь была продлена, чтобы он жил долго и комфортно. Более того, сейчас многое делается для того, чтобы люди строго принимали необходимые препараты. Мы выписываем «кардиоупаковку», в который входит перечень бесплатных препаратов, пациенты по рецепту его забирают в определенных аптеках. Всё это делается для того, чтобы человек принимал лекарства, сохраняя свое здоровье, не рискуя жизнью.

- Какие могут возникнуть осложнения инфаркта?

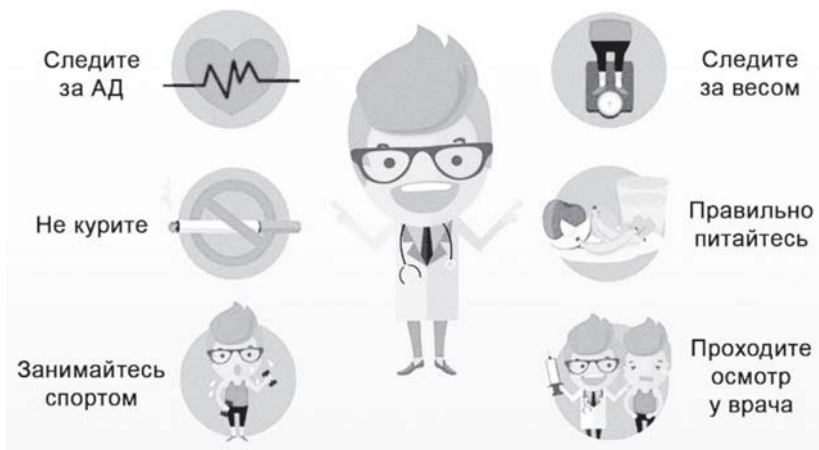
- Осложнения могут быть самые разные. Многие из них случаются в первые часы, и больного могут просто не успеть к нам довести. Миокард по-разному реагирует на закрытие артерии - один приспосабливается, и в ответ на ее открытие начинает восстанавливаться, а может возникнуть кардиогенный шок. Это, пожалуй, самое серьезное осложнение инфаркта, от которого умирают люди во всем мире, и пока радикальных способов борьбы с ним не придумано. Из всех умерших от инфаркта 75% умирают именно от шока.

Повторюсь, мы выполняем все существующие сегодня виды кардиологической помощи. Мы делаем всё то, что выполняют в Европе, Америке. У нас есть опытные врачи, современное оборудование, качественные расходные материалы. В отделении процент выполнения эндоваскулярных вмешательств на сердце достаточно высокий - мы в числе лидеров по этому показателю в СФО.

- Пациент прошел у вас лечение, выписался. Что дальше?

- Когда пациент после операции выписывается, он не брошен. В нашей поликлинике есть кабинет восстановительного лечения. Мы назна-

ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА



чаем встречи, чтобы можно было контролировать его состояние. Встречи расписаны, как минимум, на год, первый визит - всегда через месяц, далее встречи регулирует лечащий врач. Кроме того, районные жители наблюдаются у кардиологов по месту жительства. После перенесенного инфаркта такое наблюдение - пожизненное.

- Как сохранить сердце здоровым? Кому и как часто нужно его проверять?

- За своим здоровьем и самочувствием в принципе нужно следить. Мы, прежде всего, сами ответственны за свое здоровье. В вашей жизни не должно быть места вредным привычкам. Физическая активность должна быть, в идеале - посещение спортзала, бассейна, но и обычная ходьба тоже хорошо. Каждый из нас должен в течение дня пройти минимум 5 километров, поэтому там, где можно, - лучше пройдите, а не передвигайтесь на машине или автобусе. Не можете заниматься в спортзале - занимайтесь фитнесом дома. От лишнего веса нужно избавляться. Помните, что каждый лишний килограмм повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

И еще. Если вас что-то беспокоит, не откладывайте - оперативно обращайтесь к врачу. Повышение давления? Возникла боль в груди? Появились одышка, слабость? Всё это повод обратиться к врачу. Не пропустите катастрофу! ☹

Надежда Здорнова

После выписки пациенту назначаются встречи для контроля его состояния. Эти встречи расписаны, как минимум, на год, первый визит - всегда через месяц. Жители из районов края наблюдаются у врача-кардиолога по месту жительства. После перенесенного инфаркта такое наблюдение - пожизненное.



«Я рисую, я тебя рисую...»

Одинаковых онкопатологий не бывает, как не бывает и генетически идентичных людей. Чтобы успешно бороться с опухолью, нужно знать особенности строения и поведения формирующих ее клеток. Об этом может рассказать ее **молекулярно-генетический портрет**. Что это такое и как он помогает врачам-онкологам, разбираемся со специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

Мутанты среди нас

Мутация клетки - это изменение заданной ей при рождении программы. С точки зрения онкологии это, по большому счету, - любые нарушения генома, приводящие к сбою в алгоритме размножения и гибели. *«Раковая клетка не умирает через определенное число делений, как это должно быть, а делится, делится... И уже никогда не сможет остановиться. Всё ее существование подчиняется одной единственной задаче - жить вечно»*, - рассказывает заведующая лабораторией молекулярной диагностики Алтайского краевого онкодиспансера **Елена Эмильевна ПУПКОВА**.

Приобретая тот или иной дефект в своей структуре, нормальные гены превращаются в один из видов раковых генов со своей уникальной миссией. Например, **онкогены обеспечивают бесконечный рост опухоли**. **Антионкогены**, наоборот, **в условиях мутации становятся неактивными, перестают обеспечивать барьер для этого опухолевого роста**. **Третий вид стимулирует дальнейшие мутации уже возникших раковых клеток**, повышая их злокачественность и обеспечивая способность к метастазированию.

Мутация - не всегда зло, гены в принципе склонны к изменениям. Это основное условие эволюции, поэтому мутации происходят в каждом из нас с рождения и до конца жизни. Вот только злокачественные клетки настолько самодостаточны, что в попытках спастись от атак иммунитета приобретают новые характеристики, позволяющие им выжить.

Ахиллесова пята рака

У каждого живого существа есть свое слабое место. И раковые клетки не исключение: хоть они чрезвычайно «умны» и адаптивны, их все-таки можно уничтожить. Для этого нужно знать ключевые признаки, которые обуславливают их индивидуальный характер и линию поведения.

Молекулярно-генетический портрет опухоли дает возможность онкологам составить индивидуальный план лекарственной терапии для каждого пациента, еще до начала лечения с большой долей вероятности определять чувствительность опухолевых клеток к препарату и степень его токсического воздействия на организм.



Современные противоопухолевые лекарства влияют на жизненные механизмы, включая или выключая те или иные процессы в злокачественных клетках. Например, таргетные препараты воздействуют на факторы роста клеток, которые составляют абсолютное большинство рецепторов в опухоли, ведь ее задача - жить вечно. А иммунологические препараты делают злокачественные клетки заметными для иммунитета.

Видеть насквозь

Молекулярно-генетические исследования - это высший пилотаж лабораторной онкологической диагностики. **В зависимости от наличия той или иной мутации медики могут с высокой долей вероятности предсказать поведение опухоли** (низкая степень злокачественности и благоприятный прогноз либо агрессивное поведение, раннее метастазирование и негативный прогноз по продолжительности жизни) **и ее ответ на тот или иной вариант лекарственной терапии**.

В регионе подобные исследования выполняются с 2011 года. Лаборатория Алтайского онкодиспансера является единственным учреждением в крае, где проводится молекулярная диагностика. Здесь определяют чувствительность опухолевой ткани к таргетной терапии у пациентов с немелкоклеточным раком лёгкого (гены *EGFR* и *BRAF*), метастатическим колоректальным раком (гены *KRAS*, *NRAS* и *BRAF*), раком молочной железы и яичников (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), поджелудочной железы (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), простаты (гены *BRCA1/2* и *CHEK2*), меланомой (ген *BRAF*).

«Тестирование опухолевой ДНК проводится по назначению врачей при уже установленном онкологическом диагнозе. Имея на руках заключение о наличии или отсутствии определенной генной мутации, специалисты могут подбирать эффективные схемы лекарственной терапии индивидуально для каждого пациента, а также контролировать ее эффективность в динамике», - поясняет Елена Эмильевна.



Победим свой страх!

По словам эксперта, применение таргетных препаратов на ранних этапах лекарственной терапии при некоторых опухолях лёгкого позволяет взять недуг под контроль и избежать появления метастазов. А при метастатических формах меланомы и колоректального рака подобное лечение остается единственным вариантом, дает возможность на время стабилизировать процесс и продлить пациентам жизнь.

Предупрежден, значит, вооружен

Ряд молекулярно-генетических исследований позволяет бороться с онкозаболеваниями еще до момента их возникновения в организме. Как? Очень просто! Молекулярно-генетическая диагностика позволяет выявить высокую степень предрасположенности человека к тем или иным видам рака.

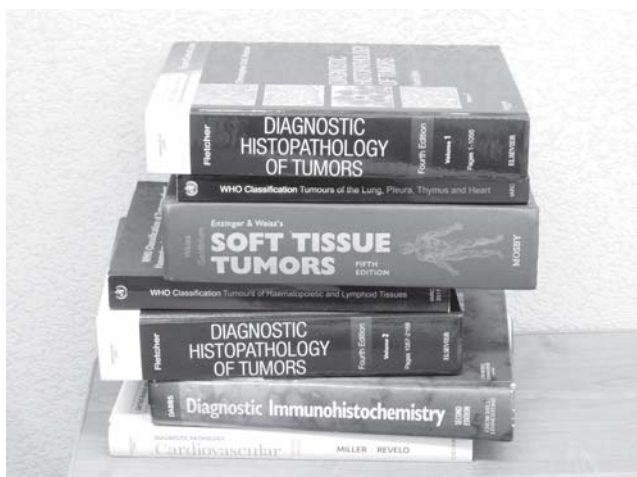
«В нашей лаборатории мы выявляем генетическую предрасположенность к раку молочной железы, яичников, поджелудочной железы и простаты. В случае обнаружения наследственных мутаций у одного представителя рода, мы можем также обследовать его кровных родственников, чтобы определить и их онкологические риски», - уточняет Елена Пупкова.

Важная цель выявления семейных опухолевых синдромов - активное обследование еще здоровых родственников пациента, у которых, возможно, имеются патогенные мутации. В итоге можно разработать комплекс мероприятий, направленных на предотвращение заболевания или его раннего выявления.



В Алтайском краевом онкологическом диспансере проводится около 8000 молекулярно-генетических тестов в год.

С июня 2019 года в клинике провели более 100 исследований экспрессии PD-L1 и MSI. Один такой анализ в среднем занимает от 3 до 7 дней. В качестве биоматериала исследуется кровь и клеточный материал пациента, а также фрагменты опухолевой ткани, полученные в результате биопсии или во время операции.



Армия иммунитета


Еще один важный «штрих» к молекулярно-генетическому «портрету» опухоли дают **иммуногистохимические исследования**. Они помогают определять чувствительность онкологических клеток к иммунопрепаратам.

Иммунотерапию назначают не всем - она будет эффективна, только если конкретная опухоль обладает определенными ключевыми признаками. Их и ищут в опухолевых клетках врачи-морфологи патологоанатомического отделения Алтайского краевого онкологического диспансера.

В июне 2019 года здесь первыми в Алтайском крае и в Сибирском федеральном округе запустили в практику два вида иммуногистохимических исследований: **тестирование экспрессии PD-L1 и определение микросателлитной нестабильности в опухоли (MSI)**.

Первый позволяет определять активность рецепторов, помогающих раковым клеткам «обманывать» собственный иммунитет человека, маскироваться под хорошие структуры и «уходить» от защитных атак лимфоцитов. Показатели микросателлитной нестабильности свидетельствуют о нарушениях в структуре ДНК самих онкоклеток - такие опухоли, как правило, менее агрессивно растут и меньше метастазируют, но не чувствительны для стандартной терапии.

MSI определяется, прежде всего, пациентам с колоректальным раком или опухолью ассоциированным синдромом Линча, раком эндометрия, желудка и тонкой кишки. Что касается экспрессии PD-L1, в настоящее время это важный доступный биомаркер для оценки перспектив лечения пациентов с распространенным немелкоклеточным раком лёгкого, раком молочной железы, мочевого пузыря и почек специальными иммунологическими препаратами, так называемыми ингибиторами контрольных точек иммунитета.

«Чем выше уровень PD-L1, тем лучших результатов можно ожидать от подобной терапии», - уверен врач-морфолог Алтайского краевого онкологического диспансера **Сергей Юрьевич БАХАРЕВ**. 



Медпомощь по ОМС - 2020

В 2019 году была значительно расширена программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Так, в диспансеризацию (которую можно пройти не только в рабочее, но и в вечернее время после 18.00, а также по субботам) включены онкоскрининги, причем россияне старше 40 лет теперь могут проходить диспансеризацию ежегодно.

Увеличена и частота информирования застрахованных лиц, не прошедших диспансеризацию: страховщики теперь будут напоминать об этом ежемесячно.

Сокращены сроки ожидания диагностических исследований и получения специализированной медицинской помощи тем, у кого обнаружено или заподозрено онкологическое заболевание. Страховые представители в медорганизациях должны обеспечить информационное сопровождение онкобольных по всем параметрам - объемам, срокам, качеству и условиям оказания им медицинской помощи, начиная с выявления подозрения на онкологический диагноз. При нарушении медицинскими организациями законодательно установленных сроков диагностики и лечения к ним применяются финансовые санкции.

В 2019 году значительно расширен перечень видов высокотехнологичной медпомощи (ВМП) в рамках ОМС: включено эндопротезирование суставов конечностей при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах, остеопорозе и системных заболеваниях; увеличен и перечень крупных суставов.

По программам ОМС теперь выполняются коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца со стенозированием 1-3 коронарных артерий и операции по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

Усовершенствован порядок оформления полиса ОМС - временный полис действует 45 дней.

Для помощи пациентам в ЛПУ создано около 22 тысяч постов страховых представителей, к которым можно обратиться для решения любых вопросов, возникающих при обращении за медпомощью. В медицинских организациях установлено более 2400 телефонных аппаратов и интерактивных устройств для связи со страховыми компаниями для получения консультации о своих правах в системе ОМС.

Но еще больше возможностей в программах ОМС введено на 2020 год. Так, в них вошла современная конформная (то есть объемная по форме опухоли) лучевая терапия. Уменьшены сроки ожидания диагностических мероприятий (КТ, МРТ). Так, у пациентов без онкологических заболеваний он уменьшен с 30 до 14 дней, а у онкобольных - с 14 до 7 дней. Кроме того, между подозрени-



ем на злокачественное новообразование и первым приемом у онколога должно пройти не более трех рабочих дней. Это очень важно, потому что своевременная диагностика позволит начать наиболее раннюю терапию. Срок ожидания УЗИ, ЭКГ и других диагностических исследований для онкологических больных также уменьшился с 14 до 7 дней. Помимо этого, в программу ОМС включены медико-генетические исследования для онкологических больных. Это важно в тех случаях, когда определение типа опухоли необходимо для успешного лечения.

Финансирование программ ОМС осуществляется по подушевому нормативу - то есть по конкретной сумме, выделенной на одного застрахованного. Это могло приводить к искусственному сокращению количества пациентов, которые были направлены на диагностические исследования. Но с 2020 года целый перечень медицинских услуг будет финансироваться в поликлиниках отдельно от подушевого норматива. В него вошли УЗИ сердечно-сосудистой системы (в том числе эхокардиография и исследование брахецефальных артерий), КТ, МРТ, медико-генетические исследования, которые будут оплачиваться поликлинике по факту их проведения.

Изменения коснулись и финансирования ФАПов, которые оказывают помощь сельскому населению: оно будет осуществляться отдельно - по количеству прикрепленного населения, а не в составе поликлиник.

Изменения внесены и в защиту прав застрахованных за пределами территории страхования. В каждом субъекте РФ будут поэтапно открываться специальные офисы, куда смогут обращаться граждане, которые временно находятся не в своем населенном пункте по вопросам получения медицинской помощи. То есть страховая медорганизация будет нести ответственность за «своих» пациентов и за пределами «своей» территории. В 2020-2022 годах такие офисы будут постепенно появляться во всех регионах.

Все эти нововведения включены в программы ОМС для более полного удовлетворения потребностей россиян в своевременном и высококачественном лечении. ☺



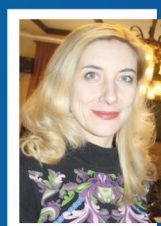
Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник
здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории



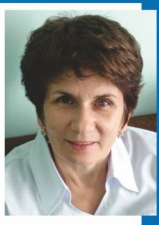
**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель главного
врача по организационно-
методической работе,
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной
терапии и эндокринологии
АГМУ



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор,
главный внештатный
онколог министерства
здравоохранения Алтайского
края, главный врач
КГБУЗ "Алтайский краевой
онкологический диспансер"



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., главный внештатный
кардиолог министерства
здравоохранения Алтайского края,
профессор кафедры терапии и
общей врачебной практики с курсом
дополнительного профессиональ-
ного образования АГМУ



**Козлова
Ирина Валентиновна**
к.м.н., главный редактор
краевого медико-
социального журнала
«Здоровье алтайской
семьи»



**Костромицкая
Марина Вячеславовна**
главный врач КГБУЗ
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова
Людмила Ивановна**
главный врач КГБУЗ
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
Алтайского государственного
медицинского университета,
председатель комитета
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедтики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н.,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края



**Плигина
Лариса Алексеевна**
Президент
Профессиональной
сестринской ассоциации
Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого отделения Всероссийской
неправительственной общественной
организации Союз женщин России,
Председатель Общественной
женской палаты при Губернаторе
Алтайского края



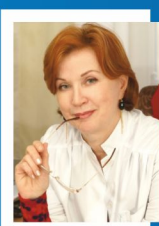
**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент,
заведующая кафедрой
акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского
университета



**Реуцкая
Елена Михайловна**
Отличник здравоохранения РФ,
врач-пульмонолог высшей
квалификационной категории,
и.о. заместителя главного врача
по медицинской части, КГБУЗ
"Краевая клиническая больница"



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор
кафедры акушерства и
гинекологии Алтайского
государственного
медицинского
университета



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии
АГМУ, президент
"Ассоциации
акушеров-гинекологов"
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№1 (205) январь 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ
№ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное
Сибирским окружным
межрегиональным территориальным
управлением Министерства РФ по
делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат
обязательной сертификации.
Ответственность за достоверность
рекламной информации несут
рекламодатели. Мнение редакции
может не совпадать с мнением
рекламодателя.

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 31.01.2020 г.,
фактически - 14:00 31.01.2019 г.
Дата выхода: 05.02.2020 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. **Адрес редакции:** 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

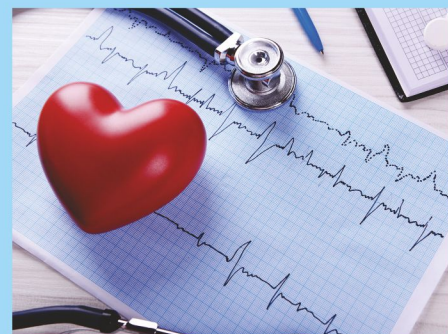
Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда - заболевание, обусловленное резким перемещением кровотока в одной или нескольких артериях, приводящим к омертвлению (некрозу) части сердца.



Симптомы инфаркта миокарда

- Боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
- Боль может отдавать в левую руку, в обе руки, в нижнюю челюсть, в спину, в верхнюю часть живота
- Боль может сопровождаться слабостью, холодным потом

Первая помощь при инфаркте миокарда

1. Необходимо принять положение "сидя"
2. Расстегнуть ворот рубашки, обеспечить доступ воздуха
3. Положить под язык таблетку нитроглицерина или разбрызгать 1 дозу спрея нитроглицерина в ротовой полости. Повторять прием нитроглицерина через каждые 5 минут до 3-х раз
4. Немедленно вызвать "скорую помощь"



**Осложнения,
в том числе
смертельные,
появляются в первые
минуты и часы после
возникновения
симптомов**

Дома или в больнице?

В БОЛЬНИЦЕ! — чем раньше придёт к Вам помощь, тем больше вероятность эффективно устранить формирующийся в сосудах Вашего сердца тромб и избежать обширного поражения сердечной мышцы.

МЕДЛИТЬ И ЖДАТЬ НЕЛЬЗЯ



**ВЫЗОВ С МОБ.:
103 и 112**