

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (212) АВГУСТ 2020



Брюханов Валерий Михайлович (01.01.1945 - 02.08.2020)



Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Высшей школы, академик Польской Академии медицины (2000г.), член Ученого Совета СО РАМН, Заслуженный работник Высшей школы (2001г.), Почетный гражданин г.Барнаула.

2 августа 2020 года в возрасте 75 лет не стало Брюханова Валерия Михайловича.

Он выпускник Алтайского государственного медицинского института 1968 года, и вся его трудовая деятельность связана с вузом: заместитель декана лечебного факультета (1972-1975гг.), первый декан фармацевтического факультета (1975-1981гг.), проректор по научной работе АГМИ (1986-1988гг.).

В один из самых непростых периодов в жизни страны - в 1988 году - он возглавил alma mater и руководил вузом более 25 лет. С периодом его работы первым руководителем вуза связывают целый ряд значимых преобразований. Открыты стоматологический (1990г.) и медико-профилактический (2001г.) факультеты, факультеты высшего сестринского образования (2004г.), экономики и управления в здравоохранении (2007г.), факультет обучения иностранных студентов, установлены связи с иностранными вузами в рамках Международной программы студенческих обменов, создан центр профориентационной работы. В 1994 году вузу присвоен статус университета.

При участии Валерия Михайловича завершено строительство учебно-лабораторного корпуса, создан Центр информационных технологий (1997г.), на базе фармацевтического факультета (1998г.), высшего сестринского (2005г.) и управления здравоохранением факультетов (2007г.) открыты заочные отделения, сдана в эксплуатацию университетская стоматологическая поликлиника (2000г.), консультативно-диагностический центр, центр восстановительной медицины и реабилитации, поликлиника восстановительной медицины. А также построены спортивно-оздоровительный лагерь «Спарта» в селе Бобровка и учебно-тренировочная база Аскат в Горном Алтае.

С 2001 года на кафедре общественного здоровья и здравоохранения начал функционировать ФУВ для руководителей здравоохранения края. АГМУ получил право принимать к защите диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук (1995г.). Большая работа проводилась университетом по внедрению в практику здравоохранения края АСУ, комплексной краевой программы «Экология», раздел «Окружающая среда и здоровье человека».

АГМУ - координатор республиканской программы «Семипалатинский полигон», «Космос».

Под руководством Валерия Михайловича Брюханова выполнено и защищено пять докторских и шестнадцать кандидатских диссертаций. Он автор более 350 научных работ, в том числе пяти монографий и 15 патентов на изобретение.

За свою деятельность Валерий Михайлович отмечен государственными и общественными наградами: орден Дружбы народов, польский орден Альберта Швейцера, знак «Отличник здравоохранения», почетная грамота Министерства образования РФ (2004г.), почетная грамота администрации Алтайского края (2004г.), почетная грамота городской думы (2004г.), почетная грамота Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (2004г.), почетная грамота Алтайского краевого законодательного собрания (2009г.) и другими.

Коллеги и его ученики искренне сожалеют об утрате. Валерий Михайлович был отзывчивым, доброжелательным человеком, внимательным к людям и их проблемам. Он немало сделал для сохранения и развития родного вуза. Значима роль Валерия Михайловича и в развитии практического здравоохранения Алтайского края.

Добрая память о Валерии Михайловиче Брюханове сохранится в памяти его коллег, учеников и последователей!

С уважением, члены Редакционного совета журнала:

Н.Г. Арсеньевна, Т.А. Асанова, И.А. Вейцман, И.В. Вихлянов, А.А. Ефремушкина, И.В. Козлова, М.В. Костромицкая, Л.И. Кравцова, А.Ф. Лазарев, В.Э. Миллер, С.В. Насонов, Л.А. Плигина, Н.С. Ремнева, О.В. Ремнева, Е.М. Реуцкая, И.П. Салдан, Н.И. Фадеева, С.Д. Яворская.



6

Таблетка от рака: лекарственная терапия в лечении злокачественных опухолей



15

Грудное вскармливание: где правда, а где нет



31

Об этом нужно знать: ядовитые растения



39

Как сформировать у подростка гендерную идентичность

На обложке: Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.А. Ананьев.

Решение деликатной проблемы в три прокола 2-5

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Е.И. Россоха.

Таблетка от рака: лекарственная терапия в лечении злокачественных опухолей 6-9

Градус сник 10

Новости здравоохранения мира 11

ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА

Да бросьте вы! 12-13

Правдивая ложь 14

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

М.А. Ломакина, С.Д. Яворская.

Грудное вскармливание: где правда, а где нет 15-17

Ю.А. Иванова. Грибковые заболевания кожи 18-19

Чтобы не забыть посетить врачей 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Н.А. Полухина. Защитим себя от летних инфекций 21-22

Н.А. Вишнякова. Руки - наше второе лицо 23-24

Не больше, а меньше 25-27

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

Как гипотермия помогает выхаживать детей 28-29

Кальций - не только в твороге 30

Об этом нужно знать: ядовитые растения 31-33

Выбираем зубную щетку 34

Новости здравоохранения России 35

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

О.В. Булганина.

Дисменорея у девочек 36-38

ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА

Т.В. Крайнова.

Как сформировать у подростка гендерную идентичность 39-41

Цып-цып-цыпки 42-43

Вопрос-ответ 44



Решение деликатной проблемы в три прокола

Мочеполовая система у мужчин выполняет множество важных функций, и при этом является одной из наиболее хрупких, подверженных различным патологиям. В Алтайском крае заболевания мочеполовой системы, к сожалению, встречаются достаточно часто, и так же часто несут реальную угрозу здоровью мужчины.

О том, как с помощью использования лапароскопических технологий в краевой клинической больнице пациентам возвращают здоровье, рассказал **Владимир Александрович АНАНЬЕВ**, заведующий урологическим отделением №2, кандидат медицинских наук, врач-уролог высшей квалификационной категории.

- В краевой клинической больнице, как известно, два урологических отделения. Каков их профиль и, так скажем, в чем разница?

- С 1 сентября 2018 года, то есть уже почти два года, в краевой клинической больнице функционируют два отделения урологии. Оба «родились» из отделения общей урологии, в котором раньше было 60 коек, теперь в каждом из подразделений - по 30 коек. Почему разделили? Потому что вместе со мной во второе отделение перешли урологи, умеющие и желающие оперировать именно малоинвазивными, малотравматичными методами. В нашем отделении мы развиваем такое направление, как лапароскопическая урология, а первое урологическое отделение осталось на классических методиках - оперируют с помощью разрезов. Но наши коллеги также используют в своей работе высокотехнологичные современные методы лечения, делают много интересных вещей.

Уже сейчас наш коллектив можно назвать уникальным в Алтай-

ском крае: такого нет ни в каком другом медицинском учреждении, чтобы специалисты такого уровня сошлись в одном отделении. Доктора наши постоянно учатся. Базой по лапароскопической урологии мы выбрали Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова.

- Чем конкретно занимаетесь ваше отделение?

- Мы делаем все те же операции, что и в общей урологии, но выполняем их с помощью проколов. В нашем отделении была освоена пластика и реконструкция мочеточника на всех уровнях с помощью лапароскопического доступа. Некоторые такие операции мы делаем единственные в крае.

С Алтайским краевым онкологическим диспансером «Надежда» и Алтайским краевым госпиталем для ветеранов войн урологическое отделение №2 краевой клинической больницы входит в онкоурологический кластер. Главный онкоуролог Алтайского края профессор, доктор медицинских наук **Сергей Александрович ВАРЛАМОВ** «передает» на лечение в наше урологическое отделение №2 часть пациентов из краевого онкологического диспансера. Для чего это делается? Раковая патология требует быстрого хирургического вмешательства, а с каждым годом выявленных онкологических больных всё больше и больше, поэтому часть высокотех-



нологичных урологических операций проводится именно в нашем отделении, чтобы больные не страдали от долгой очереди.

Например, мы лапароскопическим способом, с помощью проколов, проводим резекцию почки - это удаление части почки с опухолью до 5см и сохранением работоспособности органа. Иногда лапароскопически приходится удалять почку полностью.

- Удалять почку целиком через проколы?

- Да, всё так и происходит. Почка специальным образом разрушается внутри организма и выводится через прокол. На теле человека остается всего три или четыре прокола. Такая методика лечения сегодня является не какой-то революционной, а вполне уже обычной.

- Можно буквально на пальцах рассказать, как выглядит лапароскопическая операция?

- Пациенту дается наркоз, такой же, как при обычной операции. Потом вводятся троакары - это



трубочки специальные, затем - лапароскоп. Всё изображение с оборудования передается на огромные мониторы. Доктор вводит внутрь полости инструменты: рук хирурга в ране нет - они лежат на инструменте и управляют им. Конечно, это не только большой труд со стороны врача, но и наличие серьезных навыков.

Хочу подчеркнуть, что в лапароскопических операциях очень важно, чтобы было серьезное современное оборудование, на котором могли бы и умели работать специалисты. Процент успешных операций прямо пропорционален качеству медицинской техники. Нам повезло: главный врач краевой клинической больницы **Диана Михайловна РУДАКОВА** занимается развитием урологической службы. За два года приобретено много необходимого оборудования. Расходники у нас очень качественные - немецкого производства, недешевые: одна «ручка» для лапароскопии стоит 56 тысяч рублей.

- Многие из того, что вы называете, связано с онкологическими патологиями. Это ваше основное направление?

- Не совсем так. Двадцать шесть лет назад, когда я приходил в профессию, не было системы онкологических диспансеров. То есть любое урологическое отделение больницы автоматически работало еще и с онкобольными. Позже появились специализированные диспансеры и т.д. И сейчас раковыми больными занимаются врачи-онкологи. Они, безусловно, знают и владеют радиологическими технологиями, технологиями химиотерапии и т.д., но урологическая онкопатология - это проблема на стыке, поэтому она должна решаться при совместной работе онкологов и урологов. Для пациента это, безусловно, лучше, поскольку им занимаются сразу два специалиста.

Раковых пациентов сейчас выявляется много. Онкология в урологии встречается всё чаще, само это заболевание молодеет. И врачи-урологи способны помочь коллегам-онкологам, разгрузить их: потому что мы знаем и понимаем, как помочь пациенту. Результат плодотворной совместной работы с онкодиспансером позволяет сохранить жизнь и здоровье пациента. И это главное!



- Какие еще виды операций выполняются в отделении?

- На базе урологического отделения №2 впервые в Алтайском крае освоили методику удаления аденомы больших размеров лапароскопическим доступом.

Буквально перед встречей с вами «подшивали почку» при нефроптозе. Нефроптоз (опущение почки) - заболевание, которое характеризуется подвижностью почки и смещением ее за пределы своего анатомического ложа. Почки могут смещаться в сторону полости живота или таза и под действием веса опускаться вниз. «Подшиваем» - значит, фиксируем на место с помощью импланта. Это необходимо делать потому, что при положении лежа пациент, как правило, чувствует себя хорошо, а в вертикальном положении, как только встает на ноги, у него возникает много неприятностей: нарушаются отток мочи и кровоснабжение внутренних органов.

Также при мочекаменной болезни с помощью проколов достаточно часто убираем камни, кисты почек, которые являются одной из самых частых патологий. Например, кисты могут нарушать отток мочи, атрофируют части почек.

- Сколько в год проводится операций?

- В 2019 году в урологическом отделении №2 проведено около 150 лапароскопических операций по разным направлениям.

Смело могу сказать, что лапароскопические операции в нашем отделении

Алтайский краевой онкодиспансер «Надежда», Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн и урологическое отделение №2 краевой клинической больницы составляют онкоурологический кластер.



Лапароскопические операции в уроотделении №2 краевой клинической больницы проводятся каждый день. И год от года их количество растет.

проводятся каждый день. Причем, год от года их количество растет. Спектр патологий увеличивается в сторону тяжелых случаев, таких, как, например, простатэктомия (хирургическая операция, заключающаяся в удалении всей или части предстательной железы).

- Почему лапароскопических операций по серьезным патологиям становится больше? Больше запущенных случаев?

- Во-первых, наши специалисты готовы делать более серьезные вещи, поэтому в практике таких случаев и много. Во-вторых, краевая клиническая больница является медучреждением третьего уровня - высокотехнологичным звеном на этапах оказания медицинской помощи, поэтому к нам и попадают тяжелые пациенты. В-третьих, хирургические разрезы предполагают серьезный восстановительный период, а лапароскопические проколы - это менее травмирующая операция: период реабилитации меньше по времени, сами проколы небольшие, по диаметру примерно с карандаш - часто даже зашивать их не требуется. Люди это знают, поэтому, если при необходимости оперативного лечения они стараются попасть именно на лапароскопию, а не на классическую операцию с разрезами. И их можно понять. Ну и, в-четвертых, есть еще такой момент, что пациенты просто затягивают с обращением к врачу.

- Это, наверное, мужчины ...

- Среди наших пациентов, которые лежат в отделении, мужчин и женщин

примерно поровну. Но, согласен, мужчина сложнее идет на разговор, особенно если он в возрасте. И, как правило, первые симптомы своих заболеваний скрывает до тех пор, пока не прижмет окончательно, строго говоря. На самом же деле терпеть никогда не нужно. Само не пройдет! Любые симптомы - это тревожный знак, который подает нам организм, говоря о том, что не всё в порядке. И здесь у первичного звена сложная задача: им нужно заметить неладное, чтобы своевременно направить пациента на прохождения УЗИ, на сдачу крови из вены на онкомаркеры. Но пациент на приеме не озвучил, что у него есть проблема, может, постеснялся, а врач первичного звена, в свою очередь, не направил такого «бессимптомника» на дообследование. В итоге проблема только усугубляется. Когда, наконец, пациент обращается за медицинской помощью, часто бывает уже всё очень и очень драматично. Больной направляется к нам, мы проводим сложные и тяжелые операции, тогда как всё могло решиться на уровне межрайонных урологических центров, менее глобально.

- Наверное, у вас есть примеры из практики, доказывающие, почему не стоит игнорировать первые звоночки своего организма и сразу обращаться к врачу.

- Допустим, аденома простаты. Нелеченная первая стадия этого заболевания, казалось бы, не очень и страшная вещь, но когда она переходит во вторую, мужчина при отсутствии всякого лечения начинает страдать. Пока он терпит боль, игнорирует симптомы, происходит серьезный рост опухоли. В определенный момент она достигнет таких размеров, когда удалить ее эндоскопически будет нельзя. Грубо говоря, пациент ее «проспал», «простеснялся». Так вот когда он придет, наконец, на прием к врачу, выявится, что у него опухоль выше среднего размера, и провести ему, например, трансуретральную резекцию простаты (безразрезная методика) будет затруднительно. Таких случаев в моей практике было немало. И пациенты, которые вот так вот затянули, позже очень сожалеют об этом.

Обыкновенная, казалось бы, мочекаменная болезнь. Допустим, имеются



Руслан Ильич КОКАШВИЛИ



камни мочеточника. Если запустить лечение, то почка элементарно может погибнуть. Случается, что человек приезжает, планируя, что ему проведут операцию и уберут камень, а на деле убирать приходится целиком орган, потому что почка уже не работает.

С гнойными пиелонефритами (это опасное и тяжелое заболевание, которое сопровождается воспалением почечных структур) та же история. Иногда удаляют почки, которые буквально расплавились в результате сепсиса. А всего-то надо было вовремя обратиться за медицинской помощью - не терпеть и не бояться!

Что касается онкологии, то тут даже нечего обсуждать! Каждый человек, наверное, знает, что с раковыми опухолями каждый день на счету и промедление может стоить жизни. Но нет, люди всё равно тянут с визитом к врачу. Зачастую мы видим такие вещи, что сделать хоть что-то уже поздно - опухоль дает распространенные метастазы и т.д. Как хирурги, мы, конечно, делаем, что можем, но прогноз у таких пациентов нередко неблагоприятный.

- Какие патологии сейчас встречаются чаще? Может быть, каких-то патологий стало больше или меньше в последнее время?

- Мочекаменная болезнь традиционно была и остается самой распространенной в Алтайском крае урологической патологией. Причем, мы сталкиваемся с крайними ее проявлениями. Аденома простаты (гиперплазия предстательной железы) также очень распространена в России, не только в нашем регионе. Хочу отметить, что, возможно, так много стало больных с урологическими заболеваниями, потому что их выявляемость улучшилась. Стали значительно чаще выявлять болезнь, что называется, в зародыше, на начальном этапе ее развития.

- Что можно сказать об оказании в вашем отделении консервативной помощи пациентам?

- Когда я только начинал работать, консервативно лечили больше пациентов, чем сейчас. Примерно 10-15% больных в отделении проходили медикаментозное лечение, то есть проведение операций им не требовалось. Сейчас, как правило, всем пациентам нашего



Сергей Сергеевич ВАСИЛЬЕВ

отделения необходимы операции, есть буквально единичные случаи, когда можно обойтись без них.

Есть такой показатель в отделениях - «оперативная активность», так вот у нас он достигает показателя 97%. Это связано с тем, что население уже знает, что, например, почку «подшить» можно не через разрезы, а проколы, а потому стремятся попасть к нам. Они едут именно на методику, поэтому есть даже очередь порядка 20 пациентов на проведение таких операций. К тому же, наркотическое обезболивающее не требуется. К вечеру после лапароскопии пациенты уже ходят и сами кушают. Их выписка возможна уже через 6-7 дней.

- Что вы хотели бы сказать нашим читателям?

- Очень хочется, чтобы мужчины и женщины берегли себя и обращались за медицинской помощью вовремя, когда легко и быстро можно помочь. Ни в коем случае не нужно затягивать. Еще мы просим пациентов, которые уезжают от нас с благодарностью, чтобы они на местах общались с людьми, рассказывали о том, что в Барнауле, в краевой клинической больнице есть такое урологическое отделение №2, где могут помочь больным. Наши пациенты - наши вестники. Хотелось бы, чтобы все жители края знали о медицинском учреждении, где им обязательно помогут. Чтобы они не терпели боль, а шли к врачу, без страха и стеснений. ☺

Надежда Здорнова

Мужчина сложнее идет на разговор, особенно если он в возрасте. Первые симптомы своих заболеваний он может скрывать, пока не прижмет окончательно. Но терпеть никогда не нужно. Само не пройдет! Любые симптомы - это тревожный знак, который подает нам организм, говоря о том, что не всё в порядке.



Таблетка от рака: лекарственная терапия в лечении злокачественных опухолей

Сегодня, спустя почти восемь десятилетий, лекарственная терапия не просто признана одним из ключевых методов лечения онкологических заболеваний - ученые и врачи убеждены, что именно в этой области в ближайшее время человечество ждет множество поистине революционных открытий.

О том, как яд становится лекарством, почему «что русскому хорошо, то немцу - смерть», - мы побеседовали с **Еленой Ивановной РОССОХОЙ**, врачом-химиотерапевтом, кандидатом медицинских наук, заведующей дневным стационаром №3 КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

- В существующей триаде ключевых методов лечения злокачественных новообразований «хирургия, радиотерапия и лекарственная терапия» - какое место занимает последняя?

- Хирургия и лучевая терапия подразумевают непосредственное воздействие на опухоль - это все-таки локальные методы лечения. Они хорошо работают в тех случаях, когда опухоль еще не дала метастазов - то есть далеко не всегда. В отличие от них, лекарственная терапия - это системное воздействие на все раковые клетки в организме. **Лекарственная терапия позволяет уменьшить размер опухоли перед операцией** (лучевой терапией), **уничтожить раковые клетки, которые могли остаться после хирургического вмешательства, помогает бороться с метастазами и рецидивами опухоли.** Но очень часто, для улучшения результатов терапии, пациент получает комп-

лексное лечение с использованием всех трех методов.

- Как работает химиотерапия?

- Если мы говорим о традиционной химиотерапии, то все противоопухолевые химиотерапевтические препараты по своему принципу действия являются мощнейшими клеточными ядами или токсинами.

Но понятие лекарственной терапии в онкологии шире: помимо химиотерапевтических препаратов к ней относятся также *таргетная терапия, иммунотерапия и эндокринотерапия.* Это все - варианты лекарственного лечения с разными механизмами действия на опухоль и определенной токсичностью.

Так, **таргетные препараты** действуют прицельно только на раковые клетки, потому что мутации в соответствующих генах есть только у них. У здоровых клеток таких мутаций нет, и на них препараты не действуют. Чтобы назначить таргетную терапию и чтобы эта терапия работала, требуется наличие того или иного молекулярного нарушения, и значит нужен молекулярно-генетический анализ.

Эндокринотерапия рака - это вид лечения тех злокачественных опухолей, рост и распространение которых зависит от уровня опре-



деленных гормонов в организме, а также опухолей, самостоятельно выделяющих большие дозы гормонов в кровь. Это некоторые подтипы рака молочной железы, предстательной, щитовидной желез. Основная задача эндокринотерапии - подавить образование определенных гормонов.

Наконец, еще одно направление лекарственного лечения, которое активно развивается в последние годы во всем мире, - это **иммунотерапия.** В основе этого метода лежат уже совершенно иные механизмы. Иммунные препараты сами не уничтожают опухолевые клетки, они перепрограммируют иммунную систему, запускают собственные защитные силы организма для борьбы с раком, помогают иммунным клеткам снова «видеть» опухоль и атаковать ее. Иммунные препараты дают более длительный период ремиссии.

Конечно, и иммунотерапия - это тоже не панацея. Работа иммун-



ной системы у каждого человека индивидуальна. Есть определенные показания и противопоказания для назначения этого вида лечения, и у таких препаратов также есть определенный профиль токсичности. Благодаря иммуногистохимическим исследованиям генных маркеров, врачи могут выделять пациентов, для которых этот вид лечения будет оптимальным.

Вообще, акцент на сегодняшний день делается на персонализированную лекарственную терапию и без гистологических и молекулярно-генетических лабораторий на современном этапе не обойтись. Биологический профиль каждой опухоли индивидуален, даже в одной опухоли могут одновременно присутствовать разные типы клеток, соответственно для каждого пациента подбирается разная тактика лечения.

- Вы упомянули, что в случаях с лейкозами и лимфомами, лекарственная терапия является единственно возможным методом лечения. Существуют ли другие аналогичные ситуации?

- Безусловно. Все метастатические опухоли, а это наиболее сложные случаи, направляются на лечение к химиотерапевтам, и это повод для назначения лекарственной терапии.

Если еще пять лет назад метастатический рак считался приговором, то сегодня появились лекарства, благодаря которым люди живут с этим диагнозом достаточно долго. В первую очередь, это таргетные и иммунные препараты.

Так, например, один из первых таргетных препаратов Герцептин спас жизни многим женщинам с агрессивной формой рака молочной железы. Еще больший эффект дает комбинация иммунных препаратов с привычными методами лечения (лучевой, таргетной и химиотерапией) при достаточно агрессивных видах рака. Например, при метастатической меланоме есть опыт уже десятилетних наблюдений!

- Почему лечить лекарствами слишком дорого? Современные препараты, о которых вы рассказываете, - это ведь сот-



ни тысяч рублей на одно введение препарата.

- Дорого для кого? Пациенты нашего диспансера всё лечение получают абсолютно бесплатно.

Создание лекарственного препарата - это длительный и дорогостоящий процесс, связанный с большими рисками. И когда мы покупаем упаковку таблеток, мы платим вовсе не за химическую формулу и расходы на производство. Мы платим за те годы поисков и ошибок (а средний срок разработки препарата - 10-15 лет!), которые потребовались, чтобы появление этого лекарства стало возможным. Если ученые нашли новое вещество, которое потенциально может стать лекарством, это еще не значит, что оно им действительно станет. Испытания могут окончиться неудачей на любом этапе, и вложенные деньги уже никто не вернет.

К сожалению, ни одно государство не может выделить огромные суммы, которые покрыли бы эти расходы. А частные компании обанкротятся, если не смогут возвращать свои инвестиции. В таких условиях новые противоопухолевые препараты просто не могут стоить дешево. Правительства разных стран работают над этой проблемой, но пока ситуация не меняется.

- Сейчас интернет пестрит предложениями купить то или иное лекарство от рака, в том числе и аналоги известных пре-

Понятие лекарственной терапии в онкологии шире: помимо химиотерапевтических препаратов к ней относятся также таргетная терапия, иммунотерапия и эндокринотерапия.



Победим свой страх!



Любое самолечение недопустимо. Любые лекарственные средства должны назначаться квалифицированным врачом, который должен учесть массу нюансов. Крайне важно соблюдать рекомендованные дозировки и сроки лечения.

паратов. Как вы к этому относитесь?

- Крайне отрицательно отношусь. Я еще раз повторю: **жители Алтайского края в рамках программы ОМС получают лекарственную терапию в нашем онкодиспансере совершенно бесплатно.**

Любое самолечение недопустимо. Любые лекарственные средства должны назначаться квалифицированным врачом, который должен учесть массу нюансов: от имеющейся симптоматики основного заболевания до степени тяжести сопутствующих патологий. Крайне важно соблюдать и рекомендованные дозировки, сроки лечения. Ну и, конечно же, не стоит забывать, что препараты, участвующие в централизованных закупках, имеют высокую степень доверия. Если же пациент сам покупает где-то лекарство, он берет на себя всю ответственность за последствия его применения. К сожалению, нередко эти последствия бывают весьма печальными.

- Участвуют ли пациенты в выборе тактики лечения, обсуждаете ли вы с ними возможные варианты терапии?

- Да, я всегда стараюсь обсуждать с пациентом его клиническую ситуацию и варианты лечения. Другое дело, что есть больные, которые не хотят этого обсуждения. Они предпочитают,

чтобы ответственность за выбор легла на кого-то другого. Как бы то ни было, но *результат лечения, в не меньшей степени, чем от действий врача, зависит от самого пациента, от его настроения и желания лечиться и выздороветь.* Это большой совместный труд. Я стараюсь найти в любой клинической ситуации позитивные моменты и донести их. Благодаря современным лекарственным препаратам мы научились переводить сложное онкологическое заболевание в длительно текущий хронический процесс, и поэтому пациенты живут долго и в хорошем качестве.

- Бывает, что пациент отказывается от лечения? Что делает лечащий врач в таком случае?

- К сожалению, такое тоже бывает. Работа с такими пациентами требует чуть больше терпения и настойчивости. Вместе обсуждаем возможности современного лечения, находим варианты терапии, приемлемые для каждого конкретного человека. Если нужно, подключаем к работе и психолога. В большинстве случаев пациенты всё же соглашаются на предложенную терапию.

- Врач-химиотерапевт работает на стыке специальностей. Какими навыками должен обладать такой специалист?

- Вообще, такой специальности как химиотерапевт не существует в принципе. Мы все - врачи-онкологи. И это не правильно. В онкологическом сообществе давно обсуждаются вопросы подготовки узких специалистов по лекарственной терапии злокачественных опухолей. Такие врачи должны хорошо знать не только вопросы общей онкологии, в том числе понимать генетику, разбираться в вопросах канцерогенеза, но главное знать лекарственную терапию злокачественных опухолей. Особенно на современном этапе, когда постоянно появляется не только огромное количество новых лекарственных препаратов, но и целые новые направления в лекарственном лечении онкологических больных. Врачу необходимо знать механизм действия препаратов, их эффективность, токсичность.



Токсичность онкологических препаратов - это вообще особая тема. Необходимо четкое понимание, какая токсичность есть у конкретного препарата, меры ее профилактики и борьбы с ней. В онкологии решение по лечению пациента обсуждается обязательно на междисциплинарном консилиуме с участием разных специалистов. Но все-таки специалисты по лекарственной терапии являются идеологами в этих решениях. В профессиональной среде часто шутят, что «хирурги - это руки онкологии, а химиотерапевты - ее мозги».

- Каким вам видится будущее лекарственной терапии?

- Прежде всего, не стоит ожидать, что в ближайшем будущем появится волшебная таблетка: выпил - и вылез из любой злокачественной опухоли. Слово «рак» объединяет огромное количество заболеваний. По сути, каждая опухоль имеет свои особенности и отличия по биологическим свойствам.

Сегодня мы вступаем в эпоху персонализированной медицины, когда для каждого онкобольного подбирается индивидуальная программа лечения. Эволюционные подходы для персонализированной онкологии, такие как геномный анализ, производство таргетных препаратов, генная терапия рака и молекулярная диагностика с использованием биомаркеров уже приносят свои плоды.

Уже сегодня у онкологов есть всё необходимое, чтобы помочь большей части пациентов. Если сравнить возможности медицины по лечению рака лет 15 назад и сейчас, - разница будет впечатляющей. Новые лекарства от рака подарили пациентам годы жизни. С диагнозами, с которыми в начале нулевых годов онкобольные жили лишь несколько месяцев, теперь можно смело рассчитывать на 5-10 лет. А в отношении некоторых типов рака врачи, пока осторожно, но заговорили о полном выздоровлении.

Дальнейшие исследования в области онкологии необходимы, и они активно проводятся во всем мире. Только за последний год было зарегистрировано более 50 новых препаратов и показаний для лечения различных видов опухолей. В этой ситуации **зада-**



ча пациента - не просто прийти к врачу, а сделать это как можно раньше. И хотя сегодня мы не можем сказать точно, насколько улучшится лекарственная терапия через несколько лет, - непрерывное развитие лекарственной индустрии и внедрение новых эффективных препаратов внушает хоть и осторожный, но оптимизм относительно онкологии будущего. ☺

27 августа 1942 года впервые в истории мировой медицины пациенту с раковой опухолью ввели «химию».

Как всё начиналось...

Химиотерапия, как принципиально новый метод лечения раковых больных, была открыта совершенно случайно.

2 июля 1917 года около бельгийского городка Ипр немецкая армия впервые пустила в ход отравляющее вещество, которое было названо по месту сражения, - иприт. Изучая последствия применения этого страшного яда, врачи обнаружили, что его можно обратить против злокачественных опухолей, ведь иприт останавливал деление клеток.

Сначала опыты проводились на животных. 27 августа 1942 года в Америке иприт был введен безнадежному пациенту с лимфосаркомой, оставшемся в истории под инициалами «J.D.». Удивительно, но результат проявился уже на четвертый день! Больной, чья опухоль на шее до этого мешала открывать рот и нормально дышать, смог есть ложкой и спать, не сидя в кресле, а лежа в постели. За неделю внешние симптомы исчезли полностью, а через месяц анализ крови показал отсутствие раковых клеток. К сожалению, через некоторое время опухоль всё же вернулась, и новые инъекции иприта больше не помогли. Спустя 96 дней после начала химиотерапии «J.D.» умер от побочных эффектов лечения. Но полученный результат произвел глубокое впечатление на врачей и положил начало новому направлению в лечении злокачественных опухолей - лекарственной терапии.



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»



**Костромичья
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

№8 (212) август 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

Выпуск издания (рубрика
"Национальный проект
"Здравоохранение") осуществляется
при финансовой поддержке
Федерального агентства по печати и
массовым коммуникациям.

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 28.08.2020 г.,
фактически - 14:00 28.08.2020 г.
Дата выхода: 04.09.2020 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



ВАКЦИНАЦИЯ

ПРОТИВ ГРИППА

Прививка – доступная защита от гриппа!

- Это надежно. Единственное эффективное средство предупреждения гриппа во всем мире - своевременная вакцинация.
- Это доступно. Вакцинация проводится бесплатно.
- Это безопасно. Вакцины от гриппа не содержат живых вирусных частиц и не могут вызвать заболевание.