

Ваш доктор

№ 9 (173) 18 ноября 2016 г.

16+

МЕДРАБОТНИКИ ПОМОРЬЯ создали единую профессиональную организацию

**Президентом избрана старшая медицинская сестра отделения
анестезиологии-реанимации онкодиспансера Елена Ипатова**

Объединение медицинских работников Архангельской области (ОМРАО) было создано на базе двух региональных общественных организаций – Ассоциации медицинских работников и Союза медицинских профессионалов. Учредительная конференция состоялась в октябре в онкологическом диспансере. В зале собрались представители лечебных учреждений городов и районов области – всего 163 делегата. А в целом новая организация объединяет уже более трех тысяч человек.

– Ничего удивительного, ведь, например, Ассоциация медицинских работников Архангельской области была создана 20 лет назад, – объясняет Елена Ипатова. – И за два десятилетия в ее ряды вступили сотни медицинских сестер из многих лечебных учреждений. Вот, скажем, у нас в диспансере в этой общественной организации состояло более 60 процентов сестер. Я сама в Ассоциации с 2001 года, и могу ответственно заявить, что работа велась очень серьезная. И у Союза медицинских профессионалов тоже – своя история, достижения, наработки. То есть новое объединение создается не «с чистого листа», а на такой хорошей, надежной основе – накопленный опыт, проверенные люди, сложившиеся отношения.

– **Елена Семеновна, а в связи с чем вообще возникла идея создания единой организации?**

– Изначально инициатива исходила от Совета главных врачей

(Продолжение на 5-й стр.)



В АКОД пройдет конференция по лучевой диагностике

24 ноября в Архангельском клиническом онкологическом диспансере начнет свою работу учебная конференция «Современные достижения компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний».

Конференция продлится два дня. Лекционные и семинарские занятия (с демонстрацией возможностей КТ и МРТ, практическим разбором конкретных случаев онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний)

будут вести известные столичные специалисты:

– **Валентин Евгеньевич СИНИЦЫН** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель центра лучевой диагностики ФГАУ «Лечебно-диагностический центр»

Минздрава России (Москва), член исполкома Европейского общества радиологов (ESR), президент Российского общества рентгенологов и радиологов;

– **Александр Борисович ЛУКЬЯНЧЕНКО** – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник рентгенодиагностического отделения НИИ клинической и экспертной радиологии РОНЦ имени Н.Н. Блохина (Москва), руководитель подразделения абдоминальной радиологии, профессор кафедры лучевой диагностики РМАПО.

Для врачей нашего региона это отличная возможность познакомиться с самыми современными подходами к лучевой диагностике социально значимых заболеваний, не выезжая на центральные базы.

Вся лекционная часть конференции пройдет в онкодиспансере. Здесь же состоятся семинарские занятия с разбором конкретных случаев заболеваний онкологического профиля. А возможности КТ и МРТ в диагностике болезней сердца профессор Сеницын продемонстрирует в Северном клиническом медицинском центре имени Н.А. Семашко.

Анна КОЗЫРЕВА

Анонс номера

2 стр.



Кому на
консилиум?

3 стр.



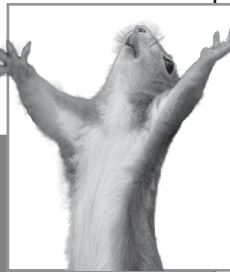
От операции до
реабилитации

4 стр.



Что покажет
онкомаркер

6 стр.



Средневековая
проказа

6 стр.



Вот такая
«свежесть»

8 стр.



Кроссворд

Про обязательный консилиум, перестройку буфетов и дежурного по регистратуре

Постоянная рубрика нашей газеты «Прием по личным вопросам» задумана специально для того, чтобы пациенты областного онкологического диспансера или родственники больных могли получить необходимую информацию, рассказать, что их не устраивает в работе учреждения, обратить внимание администрации на какие-то просчеты и недостатки. На вопросы читателей отвечает и.о. главного врача диспансера Александра Юрьевна ПАНКРАТЬЕВА.

Напоминаем, что свои вопросы, предложения и пожелания вы можете присылать в издательский центр АКОД по электронной (aokodprint@mail.ru) или по обычной почте. Адрес диспансера: 163045, Архангельск, пр. Обводный канал, 145, корп. 1.



«На завтрак, обед и ужин пациенты теперь ходят в общую столовую. А что стало со специальными буфетами, которые раньше были прямо в отделениях?»

– Ну, во-первых, буфеты были все-таки не в каждом отделении диспансера. Например, в восьмизэтажном корпусе они располагались через этаж. Этой весной как раз на такой этаж с буфетом у нас переехало радиологическое отделение № 2. Там эти дополнительные площади пришлось очень кстати. Дело в том, что по действующему СанПиНу на «радиологическую» койку должно приходиться больше квадратных метров, чем на обычную. В типовом здании решить эту проблему не так-то просто – стены ведь не раздвинешь. Но зато теперь мы можем увеличить количество палат.

Схема такая: из бывшего

буфета делаем два кабинета – для врачей и для заведующего отделением, а те помещения, которые доктора занимают сейчас, после ремонта станут дополнительными палатами. Количество коек в отделении останется прежним – просто распределятся они по-другому, более комфортно для пациентов.

В пятиэтажном корпусе особых проблем с койко-метрами сейчас нет. Поэтому, например, химиотерапевты используют бывший буфет на третьем этаже как «протокольную» – работа с протоколами в отделении ведется в таком объеме, что для этого желательно иметь отдельное помещение.

«После всех анализов и обследований врач из поликлиники онкодиспансера направил маму на консилиум. Это значит, что он сомневается в диагнозе или случай какой-то особо сложный?»

– На консилиум сегодня направляются абсолютно все пациенты с впервые установленным онкологическим диагнозом. И тактика лечения в каждом конкретном случае определяется коллегиально как минимум тремя специалистами – хирургом, химиотерапевтом и радиологом. Назначается дата госпитализации, в каком отделении будет находиться пациент. Точно также – коллегиально – принимается и решение об отказе от специализированного лечения, если заболевание выявлено на самых поздних стадиях. То есть врач, ведущий прием в поликлинике, единолично такие решения принимать не может, как бы он ни был уверен в своем диагнозе и прогнозе.

Более того, сейчас мы несколько изменили работу самого консилиума. Составлен график участия представителей профильных хирургических отделений. И если человеку, например, поставлен диагноз «рак желудка», то на консилиум его приглашают в то время, когда там работает заведующий абдоминальным отделением. Если речь идет

о раке груди – присутствует заведующий маммологическим отделением. И так далее.

Такой подход не только позволяет свести к минимуму возможные ошибки при определении тактики лечения, повысить ответственность персонала, но еще и дает возможность более четко планировать работу подразделений диспансера. Заведующие отделениями лично смотрят пациентов на консилиуме, и они уже понимают, кто к ним поступит на лечение, когда поступит, какие предстоят операции.

Это что касается консилиума, через который в обяза-

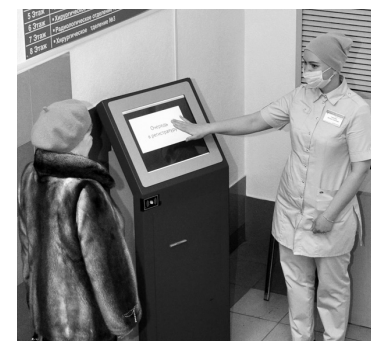
тельном порядке проходят в поликлинике (кабинет № 33) все первичные пациенты. В стационаре тоже может быть собран консилиум. Например, если появилась необходимость серьезно изменить ранее намеченный план лечения. Тогда лечащий врач приглашает коллег (принцип тот же – должны присутствовать хирург, радиолог и химиотерапевт), они вместе смотрят пациента, обсуждают все возможные варианты и, в итоге, приходят к какому-то общему мнению.



«С тех пор как в регистратуре диспансера появилась электронная очередь, в зале постоянно дежурила такая внимательная девушка – объясняла, куда идти, что делать, отвечала на вопросы. А в последние два раза, когда я приходила в поликлинику, ее уже не видела. И вообще дежурного не было. С чем это связано?»

– Когда мы только-только ввели электронную очередь в регистратуре, присутствие специального человека в холле действительно было необходимо. Поначалу пациенты просто не замечали инфомат и проходили мимо, подсказать было некому – даже для наших постоянных посетителей все было в новинку. Поэтому и появилась в регистратуре сотрудница, которая работала по эту сторону окна. По сути, администратор зала. Она должна была встречать пациентов, помогать им «встать» в электронную очередь.

Наталья Горбачева хорошо справлялась со своими обязанностями. Но сейчас она переехала в другой регион, а искать кого-то другого на ее место мы не стали, потому что переходный период завершен, «миссия выполнена». Наталья Сергеевна под конец и сама уже отме-



чала, что ее помощь требуется все реже и реже. Пациенты либо прекрасно ориентируются сами, либо пользуются подсказкой более опытных посетителей – практически всегда рядом есть люди, которые охотно объяснят, что надо просто прикоснуться к экрану инфомата, взять талончик с номером и подождать, когда вас пригласят к одному из окон регистратуры.

Избран новый председатель Совета главных врачей Архангельской области

Большинством голосов новым председателем регионального Совета главных врачей выбран руководитель Архангельского клинического кожно-венерологического диспансера Константин Барышков.

Выборы состоялись на очередном заседании профессиональной общественной организации, которое на этот раз прошло в Устьянском районе.

В мероприятии кроме членов совета принял участие министр здравоохра-

нения Архангельской области Антон Карпунов. Глава ведомства выступил с докладом о правовой основе реализации государственно-частного партнерства в системе здравоохранения региона.

Также на встрече подвели итоги работы в рамках соглашения о развитии здравоохранения в Устьянском районе, которое было подписано год назад между ЦРБ и группой компаний УЛК.

Министерство здравоохранения Архангельской области

Минздрав РФ работает над моделью лекарственного страхования

Минздрав России разрабатывает модель лекарственного страхования, которая может войти в систему ОМС, заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на Всероссийском конгрессе пациентов.

– Министерство здравоохранения в настоящее время разрабатывает совершенно новую модель – модель лекарственного страхового обеспечения. Безусловно, это потребует определенных ресурсов дополнительных, и мы бу-

дем инициировать рассмотрение этого вопроса на уровне и правительства РФ, и других ответственных структур... Мы считаем необходимым в перспективе переходить на механизм лекарственного страхования и включать этот механизм в систему ОМС, – сказала Скворцова.

Ранее вице-премьер РФ Ольга Голодец сообщила, что тема лекарственного страхования в РФ обсуждается.

РИА Новости

Медицинские новости

227 новых случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано за 10 месяцев 2016 года среди жителей Архангельской области (за аналогичный период прошлого года – 163 случая).

Как отметили в Архангельском центре СПИД, в большинстве случаев (102 человека, среди них 69 мужчин) заражение произошло при инъекционном употреблении психоактивных веществ. При половом контакте заразились 98 человек. По остальным случаям продолжается эпидемиологическое расследование.

Напомним, установить диагноз ВИЧ-инфекции возможно только после проведения специального лабораторного теста. Пройти его можно бесплатно и анонимно в Архангельском клиническом центре СПИД (пр. Чумбарова-Лучинского, 20, кабинет 7) в любой будний день, а также каждую вторую субботу месяца.

Экспресс-диагностика проводится в течение всего 15 минут. Также в кабинете анонимного консультирования можно получить всю достоверную информацию об инфекции, способах ее передачи, лечении и так далее.

Телефон горячей линии «СПИД – Архангельск»: 8 (8182) 215 308.

**Министерство здравоохранения
Архангельской области**

По данным регионального управления Роспотребнадзора, в Архангельске за прошлую неделю (с 7 по 13 ноября) зарегистрировано 2948 случаев ОРВИ, в том числе у детей – 1887. Случаев заболевания гриппом не зарегистрировано.



Показатель заболеваемости ОРВИ всего населения составил 80,7 на 10 тысяч, что ниже эпидемического порога на 12 процентов.

В целом по области зарегистрировано 7934 случая ОРВИ (5352 – у детей). Общий показатель заболеваемости составил 69,6 на 10 тысяч населения, что ниже эпидемического порога на 12,2 процента.

В области продолжается прививочная кампания против гриппа. К 10 ноября было привито 368 404 человека, что составляет 32,3 процента от совокупного населения области.

**Управление Роспотребнадзора
по Архангельской области**

Команда СГМУ заняла второе место во Всероссийской олимпиаде по педиатрии.

10–11 ноября в Санкт-Петербурге прошла всероссийская олимпиада по педиатрии. Команда СГМУ заняла второе место. В ее состав вошли студенты педиатрического факультета А. Шумов, И. Страуманис, Е. Туголукова, Е. Карпова, К. Буторина, а также студент лечебного факультета В. Сергеев. Руководитель команды – клинический ординатор кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии А. Поскотинова, сообщается на сайте вуза.

В Поморье стартовал второй этап всероссийской антинаркотической акции «Сообщи, где торгуют смертью!». Он продлится до 25 ноября.

Цель акции – привлечь внимание людей к участию в противодействии незаконному обороту наркотиков и профилактике их немедицинского потребления.

Сообщить о том, где незаконно торгуют наркотиками, жители региона могут по круглосуточному «телефону доверия» УМВД России по Архангельской области: (8182) 216-555, а также по круглосуточному телефону Управления по контролю за оборотом наркотиков региональной полиции: (8182) 42-16-16.

Получить консультацию специалистов по профилактике наркозависимости можно по телефонам:

– Архангельский клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями: (8182) 21-53-08 (по будням с 08:30 до 18:00);

– Архангельский областной психоневрологический диспансер: для лиц старше 18 лет – (8182) 20-21-01 (круглосуточно); 68-51-04 – детское отделение (по будням с 09:00 до 19:00).

Кроме того, можно обратиться в Молодежное отделение Архангельского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» по телефонам: (8182) 21-00-65, 21-01-39 (с 09:00 до 17:00).

arhsity.ru



В операционной врачи хирургического отделения № 2 А.В. Семаков и Е.П. Старцева, операционная сестра Г.В. Силукова

Рак груди: от операции до реабилитации

Мы неоднократно и очень подробно рассказывали о том, как сегодня работает система профилактики рака молочной железы – где жительницы нашей области могут пройти обследование, в каком возрасте и как часто нужно это делать, какие дополнительные возможности появились с открытием центра «Белая роза» и введением всеобщей диспансеризации. Теперь же имеет смысл поговорить о том, что дальше. То есть о лечении. В абсолютном большинстве случаев оно будет проходить в хирургическом отделении № 2 онкодиспансера – по сути, это областной маммологический центр.



М.Ю. Кордумов

Рак молочной железы – наиболее распространенное онкологическое заболевание у женщин. Из года в год количество пациенток увеличивается (не сказать, чтобы стремительно, но неуклонно). И хотя хирургическое отделение № 2 – одно из самых крупных подразделений диспансера, все-таки еще несколько лет назад очередь на госпитализацию здесь была довольно внушительная. Поэтому первый вопрос, на который мы попросили ответить заведующего отделением **М.Ю. Кордумова**: долго ли сегодня приходится ждать пациенткам?

– На сегодняшний день очереди на госпитализацию у нас нет вообще, – говорит Михаил Юрьевич. – Если бы не необходимость проведения предварительного амбулаторного обследования, мы могли бы брать пациентов в отделение прямо в день обращения.

– А за счет чего исчезла очередь?

– Например, сократился такой показатель, как дооперационный койко-день, – вот в октябре он у нас был всего 1,6. То есть большинство женщин мы оперируем уже на следующий день после поступления в стационар. А необходимые диагностические процедуры и собственно подготовка к хирургическому вмешательству проводятся в амбулаторных условиях.

Разумеется, бывают и исключения – все решается в индивидуальном порядке, исходя из особенностей состояния пациентки. Но чаще всего они поступают

в отделение уже полностью готовыми к операции.

И послеоперационный период тоже стал заметно короче, поскольку сейчас почти нет осложнений. Во-первых, мы стараемся по возможности минимизировать сам объем хирургического вмешательства – за последние годы в отделении на порядок увеличилась доля органосохраняющих операций. Во-вторых, даже после такой радикальной операции, как мастэктомия с лимфодиссекцией, буквально с первого дня начинается реабилитация.

У нас есть кабинет ЛФК со специальными тренажерами, медсестра-массажистка. Женщинам показывают упражнения, которые надо выполнять, чтобы избежать, например, такого серьезного осложнения, как лимфостаз. И мы настаиваем, чтобы пациентки следовали нашим рекомендациям, постоянно напоминаем им о необходимости делать упражнения. Даже систему баллов ввели – оцениваем, как идет процесс реабилитации. Потому что это действительно важно.

– Но после выписки из стационара кто-то в этом женщине помогает?

– Сейчас уже да. Мы целенаправленно работаем с поликлиниками, с районными онкологами, специальные конференции в диспансере регулярно проходят, сами тоже выезжаем на места, учим врачей и фельдшеров, как вести в послеоперационном периоде наших пациенток. Как правильно делать перевязки. Как должна проходить реабилитация.

К тому же надо понимать, что только операцией дело обычно не ограничивается. Может быть назначена лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия. Тактика лечения будет выстраиваться в зависимости от строения и размеров опухоли, ее положения, агрессивности, наличия метастазов, возраста пациентки, общего состояния организма. И каждый вид лечения может иметь свои отдаленные последствия, которые также необходимо учитывать.

– Вы сказали, что в последние годы на порядок увеличилось количество органосохраняющих операций, когда удаляется только какая-то часть молочной железы. Это не влияет на частоту рецидивов? Ведь принцип «чем радикальней, тем надежней» сегодня достаточно популярен – во многом благодаря Анджелине Джоли, решившейся на мастэктомию в профилактических целях...

– Такой радикальный подход оправдан при определенных генетических мутациях. Как, собственно, и было в истории с Анджелиной Джоли. Наличие поломки в генах BRCA1 и BRCA2 можно установить с помощью специальных исследований.

Во всех остальных случаях принцип совершенно иной: если размер и строение опухоли позволяют провести органосохраняющую операцию, этот вариант будет наиболее предпочтителен.

(Продолжение на 5-й стр.)

Исследование на онкомаркеры. Что нужно знать

Диагностика онкологических заболеваний – процесс всегда сложный и комплексный. Одни исследования позволяют только заподозрить наличие опухоли, другие – ее обнаружить, третьи – дифференцировать. Не стоит рассчитывать, что один-единственный анализ расставит все точки над *i*, но и недооценивать возможности современных методов диагностики тоже неправильно. Просто надо эти возможности грамотно использовать.

Мы уже не раз рассказывали о том, какие исследования проводятся в АКОД с помощью современной аппаратуры. Сегодня речь пойдет о лабораторной диагностике. Точнее, о так называемом анализе на онкомаркеры.

Материалы подготовлены специалистами лаборатории радионуклидной диагностики онкодиспансера. Именно в этой лаборатории и проводятся исследования на онкомаркеры – как в рамках системы ОМС, так и на внебюджетной основе, через отделение дополнительных услуг.

однако не следует переоценивать их диагностическое значение, так как повышенные уровни маркеров могут наблюдаться и у людей с доброкачественными заболеваниями. С другой стороны, уровень онкомаркеров может быть в норме, несмотря на наличие опухоли. Таким образом, большинство онкомаркеров непригодны для первичной диагностики опухолей.

Зачем проводится исследование?

Во-первых, определение онкомаркеров наряду с другими методами исследования дает дополнительную информацию о наличии или отсутствии опухоли у лиц, входящих в группы риска, то есть у людей с более высокой ожидаемой частотой развития новообразований.

Во-вторых, если злокачественная опухоль уже обнаружена, то определение онкомаркеров до и после проводимого лечения помогает оценить его эффективность и при необходимости вовремя изменить лечебную тактику.



В-третьих, определение онкомаркеров после окончания лечения помогает контролировать заболевание, способствуя раннему выявлению рецидивов и метастазов.

Какие виды опухолей можно выявить?

В связи с низкой органной специфичностью онкомаркеры, как правило, не используются для определения локализации опухоли. Можно лишь говорить о специфике в отношении определенного типа тканей.

Например, повышенные уровни СА 19-9 могут свидетельствовать о карциноме поджелудочной железы, однако этот же маркер могут продуцировать злокачественные опухоли матки, яичников или легких.

И все же существует определенная зависимость. Так, СА-125 (углеводный антиген 125) указывает на рак яичников, СА 15-3 – на рак молочной железы, СА 19-9 может выявляться при всех формах рака органов желудочно-кишечного тракта, карциноме поджелудочной железы. РЭА (раково-эмбриональный антиген) – маркер опухолей различной локализации, а также наличия метастазов, ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) – опухоли трофобластной ткани и герминативных клеток яичников и семенников, АФП (альфа-фетопrotein) – маркер онкологических процессов в печени.



- Заболевания органов, влияющих на метаболизм онкомаркеров (печень и почки), могут изменять результаты анализа.
- Решающим является не абсолютный показатель уровня маркера, а динамика изменения его концентрации.
- Опухолевые маркеры в динамике необходимо определять одним и тем же методом, в одной лаборатории.

Коротко о важном

- Анализ целесообразно выполнять в специализированном лечебно-диагностическом учреждении, где есть врачи-специалисты, способные оценить полученные результаты и при необходимости провести дополнительное обследование.
- Однократное выявление повышенного содержания онко-

Как подготовиться к сдаче анализов

- Анализ сдается натощак. Между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. Но желательно, чтобы не более 14-ти. Сок, чай, кофе пить нельзя. Даже без сахара. Можно пить воду.

- Рекомендуется за один-два дня до обследования исключить из рациона жирную, жареную, острую пищу и алкоголь.
- За час до взятия крови воздержитесь от курения.

- Старайтесь избегать физических (бег, подъем по лестнице) и эмоциональных перегрузок. Перед процедурой необходимо отдохнуть 10–15 минут, посидеть, успокоиться.
- Кровь не следует сдавать вскоре после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования.

- Сдавать кровь необходимо до начала приема лекарственных препаратов (например, антибактериальных и химиотерапевтических) или не ранее чем через 10–14 дней после их отмены. Если вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

- При контроле лабораторных показателей в динамике рекомендуется проводить повторные исследования в одинаковых условиях: в одной лаборатории, в одно и то же время суток.

- Исследование на ПСА (простатспецифический антиген) проводится до или не ранее чем через неделю после любых механических воздействий на предстательную железу (массаж, биопсия, пальцевое ректальное обследование, трансректальное УЗИ и т. д.). ПСА общий и ПСА свободный необходимо определять из одной пробы крови (то есть сдавать в один день).

- Кровь для определения СА 15-3 должна забираться до или не ранее чем через две недели после биопсии, хирургических вмешательств и массажа молочной железы.

Телефоны регистратуры отделения дополнительных услуг: 67-19-19, 27-65-58, 8-909-556-16-16. Всю необходимую информацию об услугах, режиме работы отделения, расценках можно получить у регистраторов, а также на сайте диспансера – www.onko29.ru.

По определению

Онкомаркеры – это вещества различной природы (в основном белки с углеводным или липидным компонентом), которые продуцируются клетками злокачественной опухоли либо вырабатываются нормальными клетками организма в присутствии опухоли.

Чаще всего онкомаркеры определяются в крови. Забор крови проводится так же, как и при биохимическом анализе, – из вены.

В настоящее время известно более двухсот онкомаркеров,

Лицензия № ЛО-29-01-001786 от «13» мая 2015 г.

ГБУ «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
ОТДЕЛЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

КТ (КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ)

- БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
- ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
- ГОЛОВЫ
- КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ

МРТ (МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ)

- ГОЛОВНОГО МОЗГА
- ПОЗВОНОЧНИКА
- СУСТАВОВ
- ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

**ЖДЕМ ВАС
И В СУББОТУ**



(8-8182) 470-417

пр. Обводный канал, 145, корп. 1.

Всю необходимую информацию об услугах, режиме работы и стоимости можно получить в регистратуре ОДУ, а также на сайте диспансера www.onko29.ru

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.

Онкологи – о проблеме лечебного питания

Главные онкологи страны в понедельник обсудили проблему нутритивной поддержки пациентов с онкологическими заболеваниями на пресс-конференции в МИА «Россия сегодня».

Речь шла о формировании сферы лечебного энтерального питания, улучшении качества жизни пациентов. Участники дискуссии представили проекты и программы по обеспечению энтеральным питанием пациентов как в амбулаторных, так и в домашних условиях.

Нутритивная поддержка необходима детям с онкологическими заболеваниями как при проведении лечения в стационарах, так и в период реабилитации, поскольку лечебное питание может улучшить переносимость лучевой и химиотерапии и предотвращает нутритивную недостаточность, которая ведет к нарушению роста и развития ребенка, считает директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева Александр Румянцев.

«Нутритивная недостаточность – это дисбаланс между потребностями организма и количеством поступающих питательных веществ. Клиническое питание (нутритивная поддержка, искусственное питание) – это методы обеспечения всеми необходимыми питательными веществами для поддержания жизни больных. В эти методы входят парентеральное и энтеральное питание. Во время болезни особенно важно получать необходимые питательные вещества, чтобы организм мог бороться с болезнью и ускорить выздоровление», – подчеркнул Румянцев.

Главный врач Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера Георгий Манихас согласен с тем, что при лечении онкозаболеваний необходима нутритивная поддержка пациентов. По его словам, следствием нутритивной недостаточности являются худшая переносимость химиотерапии, увеличение риска инфекционных заболеваний.

РИА Новости

Рак груди: от операции до реабилитации

(Продолжение. Начало на 3-й стр.)

Как показали исследования, на продолжительность безрецидивного периода и общую выживаемость больных это не влияет. Зато во многом определяет качество их жизни. Чем более щадящим было хирургическое вмешательство, тем быстрее и легче проходит восстановление, тем меньше степень инвалидизации пациенток. Да даже косметический эффект для женщин имеет огромное значение.

Еще мы осваиваем метод определения сторожевых (сигнальных) лимфоузлов, который также позволяет определиться с объемом операции. Только в этом случае речь идет о том, есть ли необходимость проводить лимфаденэктомию.

– Кстати, о качестве жизни. Если шансов сохранить грудь нет, имеется ли возможность сразу поставить эндопротез?

– Мы умеем и готовы выполнять операции с одномоментным эндопротезированием. Но вот уже довольно длительное время мы этого не делаем – нет эндопротезов. Они достаточно дорого стоят. Но даже если кто-



Оперирует врач хирургического отделения № 2 О.В. Дубинина

то из пациенток захочет приобрести протез за свой счет, мы не имеем права его устанавливать – бесплатной для пациента должна быть не только операция, но и все материалы...

Возможным, пусть и временным, решением проблемы может стать спонсорская помощь. Сейчас ведутся переговоры с компанией, которая может безвозмездно предоставить нам

некоторое количество эндопротезов. Конечно, еще предстоит сам по себе непростой процесс юридического оформления их передачи, но надеюсь, что все получится и мы возобновим операции с одномоментным эндопротезированием.

Также мы планируем вновь заняться реконструктивно-восстановительными операциями, когда ранее удаленная молоч-

ная железа восстанавливается за счет собственных тканей пациентки (ТРАМ-лоскутом). Это очень серьезное и продолжительное по времени хирургическое вмешательство, которое относится к высокотехнологичной медицинской помощи. Необходимый опыт у нас имеется, но нужно решить вопросы организационного характера.

Елена ВАСИЛЬЕВА

МЕДРАБОТНИКИ ПОМОРЬЯ создали единую профессиональную организацию

(Продолжение. Начало на 1-й стр.)

и Совета главных медицинских сестер министерства здравоохранения Архангельской области. Смысл такой: объединить силы и средства. В первую очередь, в решении задач профессионального плана.

Мы с этим предложением согласились. Повышение профессионального уровня медсестер, престижа профессии и раньше было приоритетным направлением в нашей работе. А сейчас эта тема становится еще более актуальной в связи с введением в России системы непрерывного медицинского образования.

Нам всем предстоит регулярно подтверждать свое право



работать в учреждениях здравоохранения. Каждый раз нужно будет набрать необходимое количество баллов (проходя обучение на специальных курсах, участвуя в семинарах и конференциях, занимаясь исследовательской работой), сдать достаточно сложный экзамен.

Вводятся новые правила будут постепенно, и важно использовать это время, чтобы помочь коллегам сориентироваться, научиться выстраивать свою учебу. Должна быть налажена система информирования медицинских работников – где, какие конференции и семинары проводятся, какие появляются учебные и методические материалы, как оформить необходимые документы и так далее.

– До сих пор мы говорили в основном о медицинских сестрах. Организация рассчитана именно на них?

– Не только. Просто сестры у нас в объединении больше всего. Да и в лечебных учреждениях это самая многочисленная категория медперсонала. Но мы также активно приглашаем к сотрудничеству и фельдшеров, акушеров, и фельдшеров-лаборантов, и рентгенолаборантов. Если кто-то из врачей заинтересуется нашей работой – будем только рады. По уставу организации входить в нее могут любые специалисты со средним и высшим медицинским образованием, работающие в учреждениях здравоохранения Архангельской области.

– Кстати, об уставе. Его тоже приняли на октябрьской конференции?

– Да. Сейчас документ находится на регистрации в министерстве юстиции. Еще на конференции путем тайно-



Е.С. ИПАТОВА

го голосования был выбран состав правления ОМРАО – 17 человек из разных медучреждений региона. Теперь ближайшая задача – создать на местах первичные ячейки нашей организации.

Скоро у объединения появится и свой сайт. Мы планируем размещать там всю необходимую информацию, документы, ссылки. Пока есть только страничка вКонтакте (ее легко найти, набрав в поисковой строке «Объединение медицинских работников»). Но ведь если возникают какие-то вопросы или предложения – можно просто позвонить. Наши контактные телефоны: 47-01-21 и 8-953-93-25-661.

Елена ВАСИЛЬЕВА
Фото Анастасии ЗОЛотовой

ВОЗ выпустила рекомендации по профилактике хирургических инфекций

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила «Глобальное руководство по профилактике хирургических инфекций». Руководство содержит 29 рекомендаций по профилактике хирургических инфекций и возникновения микроорганизмов, устойчивых к противомикробным препаратам.

В создании рекомендаций принимали участие 20 ведущих мировых экспертов.

Мари-Поль Кини, помощник Генерального директора ВОЗ по вопросам систем здравоохранения и инноваций в сфере здравоохранения, подчеркнула важность этих рекомендаций. «Никто не должен заболеть в результате обращения к врачу или при получении медицинской помощи», — сказала она.

ВОЗ приводит данные, что в странах с низким и средним уровнем доходов около 11 процентов пациентов заражаются инфекциями в ходе проведения хирургических операций. Однако эта проблема касается и жителей высокоразвитых стран.

Специалисты ВОЗ рекомендуют пациентам при подготовке к хирургической операции обязательно принимать душ или ванну, но при этом советуют отказаться от бритья. Ранее считалось, что удаление волос облегчает доступ к коже, однако сейчас эксперты предупреждают, что бритье может привести к образованию на коже микропорезов, которые и могут стать воротами инфекции.

Рекомендации касаются не только пациентов, но и врачей — они затрагивают правила дезинфекции рук перед операцией, использование антисептических средств и многие другие аспекты. Так, назначение антибиотиков рекомендовано лишь до или во время хирургического вмешательства, но не после него, как это часто происходит.

Эд Келли, директор Департамента ВОЗ по вопросам оказания услуг и безопасности услуг, поясняет, что, «следуя этим рекомендациям, хирургические бригады могут предотвратить ущерб здоровью, повысить качество жизни пациентов и внести свою лепту в работу по борьбе с распространением устойчивости к антибиотикам».

Это первая публикация международных рекомендаций, основанных на фактических данных. Эксперты ВОЗ отмечают, что рекомендации могут быть модифицированы с учетом специфики любой из стран.

Результаты пилотного исследования, которое проводилось в четырех странах Африки, свидетельствуют, что выполнение даже части новых рекомендаций способно сократить случаи хирургических инфекций на 39 процентов.

МедНовости

Зона свежести признана самым опасным и грязным местом в холодильнике

Холодильник может скрывать в себе огромное количество бактерий. Самое негигиеничное место в нем — зона свежести, где хранят овощи и зелень. Анализ показал: здесь на одном квадратном сантиметре находится почти 8000 бактерий, что в 750 раз превышает безопасный для человека уровень загрязнения, сообщает «The Daily Mail».

В отдельных случаях ученые находили до 129 000 бактерий на одном сантиметре. Эксперты обнаружили в зоне свежести сальмонеллу, кишечную палочку E.coli, листерию. Если овощи хранятся долго и начинают гнить, риск заражения значительно повышается. Кстати, европейские нормативы говорят о том, что поверхности, соприкасающиеся с пищей, должны содержать максимум 10 бакте-

риальных единиц на квадратный сантиметр.

Если помыть овощи, конечно, часть бактерий «уйдет». Однако стоит сделать упор на регулярную уборку и чистку холодильника. Минимум раз в месяц зону свежести необходимо мыть горячей мыльной водой. Любые продукты со следами разложения необходимо сразу выбрасывать.

MedDaily



Биологи обнаружили «живую» средневековую проказу в Британии

Биологи случайно выяснили, что обычные белки в Британии являются разносчиками того штамма проказной палочки, который вызвал эпидемию этой опасной болезни в средневековой Европе, говорится в статье, опубликованной в журнале «Siense».

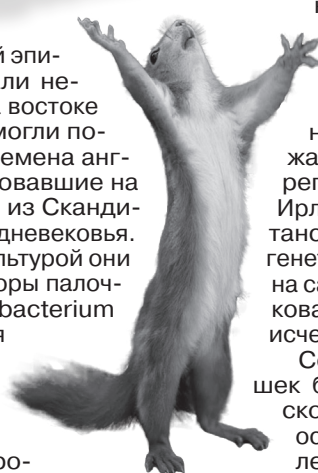
«Не стоит паниковать. Автохтонная проказа не фиксировалась в Великобритании уже несколько десятилетий. С другой стороны, мы не можем исключить вероятность крайне редких «местных» случаев заражения этой болезнью, о которых не узнали медики или которые были неправильно продиагностированы. Нужно просто вести наблюдения в рамках программы борьбы с проказой, которую проводит ООН», — заявил Андрей Беньяк из Высшей политехнической школы Швейцарии в Лозанне.

Хроники свидетельствуют о том, что проказа была широко распространена в Европе в первой половине Средних веков. В частности, от нее страдала примерно четверть жителей Скандинавии в конце XIII века. Слухи о высокой заразности и неизлечимости проказы заставляли жителей крупных городов выселять ее

носителей в лепрозории. К концу XVI века эпидемия сошла на нет, и причины этого остались неизвестными.

Источником этой эпидемии, как показали недавние раскопки на востоке Великобритании, могли послужить первые племена англо-саксов, мигрировавшие на туманный Альбион из Скандинавии в начале Средневековья. Вместе со своей культурой они могли занести и споры палочки Хансена (Mycobacterium leprae), возбудителя проказы.

Как рассказывает Беньяк, ученые раньше считали, что эта про-



каза бесследно исчезла в конце Средневековья, причины чего оставались неизвестными. Изучая несколько необычных случаев падежа белок в некоторых регионах Шотландии, Ирландии и Англии, британские и швейцарские генетики обнаружили, что на самом деле средневековая проказа никуда не исчезла.

Собрав несколько тушек белок и поймав несколько зараженных особей, ученые с удивлением обнаружили,

что они были заражены двумя крайне нетипичными для этих грызунов микробами — палочкой Хансена и ее близким родичем Mycobacterium lepromatosis, который сегодня встречается среди людей только на территории Латинской Америки.

Генетический анализ еще больше удивил биологов: — оказалось, что часть этих белок заражалась и умирала от того же самого штамма проказной палочки, следы которой были найдены в могилах древних англо-саксов и их потомков на востоке Англии. Таким образом, можно сказать, что возбудитель проказы, убивший сотни тысяч людей в Европе 600–700 лет назад, продолжает процветать, несмотря на все попытки человека уничтожить его.

«Мы совершенно не ожидали, что через столетия после того, как проказа исчезла среди людей, эта же бактерия будет вызывать болезнь среди обыкновенных белок в Великобритании. Мы никогда раньше не встречались ни с чем подобным», — добавляет Стюарт Коул, коллега Беньяка.

Пока не понятно, распространилась ли проказа лишь среди британских белок или же она может существовать и в популяциях этих грызунов в континентальной Европе. Ученые планируют выяснить, так ли это, изучая белок, живущих в лесах Швейцарии.

РИА Новости

К 1970 году в Финляндии (в Финляндии!) была самая высокая смертность в мире от сердечно-сосудистых болезней. Объяснение ученые и врачи нашли быстро – традиционный «северный» образ жизни: много вкусной жирной свинины, алкоголь для согревания в бесконечные зимние вечера, мало труднодоступных (да и не очень любимых) овощей и фруктов, и сигареты, сигареты, сигареты...

Ничего не напоминает?

В Финляндии взялись за проблему на государственном уровне и со скандинавским занудством. Доходило до того, что государева пропагандисты здорового образа жизни встречали, мягко говоря, непонимание, когда пытались доказать провинциальным финским парням, что жизнь их расцветет всеми цветами радуги, если они вместо окорока будут есть огурцы с базиликом, а на воскресном обеде чокаться свежевыжатым соком.

Что ж, сегодня Финляндия – страна с одним из самых низких в мире показателей смертности от сердечно-сосудистых и других неинфекционных (онкология, легкие, диабет) заболеваний.

В России же, по данным доклада Минздрава (2013 год), хронические неинфекционные заболевания являются причиной 75 процентов всех смертей взрослого населения. И виноваты в этом – и наши социальные потрясения, и недостаточное развитие мер профилактики. Однако, по крайней мере, в деле профилактики в последние годы наметились положительные сдвиги.

Ну а начинается все с детства. Мы беседуем с **Александром АЛЕКСАНДРОВЫМ** – доктором медицинских наук, профессором, руководителем лаборатории профилактики хронических неинфекционных заболеваний у детей и подростков Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России.

– Александр Александрович, в каком возрасте нужно начинать заниматься профилактикой неинфекционных заболеваний?

– Российские и зарубежные исследования показали, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и в целом хронических неинфекционных заболеваний формируются в детском и подростковом возрасте. Всего факторов риска больше двухсот. Основные из них: гипертония, курение, нарушение липидного спектра (качества и количества жирных кислот в организме), низкая физическая активность, ожирение.

Если ребенок имеет избыточный вес, то вероятность ожирения во взрослом возрасте – 50 процентов. Если у подростка повышенное давление – 30–40 процентов, что оно будет сопровождать человека всю жизнь. Особенно неблагоприятная ситуация, если повышенное давление сочетается с ожирением. Ну а то, что больше половины взрослых начинают курить в детском и подростковом возрасте, думаю, общеизвестный факт. Причем даже сейчас отношение к курению как к безвредной привычке очень распространено.

– Какой же самый опасный фактор риска?

– Если рассмотреть влияние каждого из основных факторов на продолжительность жизни,

то на первом месте стоит артериальное давление, на втором – алкоголь, на третьем – курение. Это в нашей стране, в других – несколько иначе. Потом идут липиды, низкая физическая активность. К сожалению, в наше время около половины школьников имеют низкую физическую активность. И ситуация ухудшается. Свою отрицательную роль играют компьютеры.

Сегодня две трети взрослых принимают те или иные лекарства для лечения хронических неинфекционных заболеваний, нередко приобретенных из-за

того, что уже в детстве они вели неправильный образ жизни. Первичная профилактика в детском и подростковом возрасте как раз помогает избежать этих проблем во взрослой жизни.

– Сейчас популярны волонтерские движения, которые пропагандируют правильный образ жизни среди школьников. Как вы к этому относитесь?

– В целом это очень полезно. На базе нашего института, например, реализуется специальный обучающий курс по подготовке волонтеров в области профилактики социально значимых заболеваний среди сверстников, пропаганды основ здорового образа жизни. Направление деятельности полезное и очень нужное.

Но сложность в том, что волонтеры, как правило, студенты.



Александр АЛЕКСАНДРОВ: «Ребенку бессмысленно читать лекции о здоровье»

Проходит время, у них появляются другие заботы, и они перестают этим заниматься. Поэтому я сторонник того, что внедрено во многих странах, – курсов здорового образа жизни в школе. И нужно, чтобы занимались этим учителя. Я также сторонник того, чтобы педиатры занимались проблемами факторов риска. Ну и, конечно, в первую очередь следует научить родителей внимательно относиться к здоровью своих детей.

– Какие трудности встречаются на этом пути?

– Например, педиатров, которые занимаются детскими болезнями, трудно переориентировать на то, чтобы они также проводили работу по предупреждению проблем, влияющих на продолжительность жизни. Для них это неактуально. К тому же сейчас идет очередная перестройка здравоохранения, и нагрузка на врачей только возрастает.

Кроме того, нам стало сложнее работать в школах. Раньше нас встречали с распростертыми объятиями, а сейчас нам дают понять, что мы только мешаем.

Предлагаем: давайте подготовим учителей, мы же не можем прийти во все школы. Проведем трехдневный семинар по профилактике вредных привычек, и тогда учителя будут уже знать, что делать. Нам отвечают: «Можем вам уделить час». Часто профилактика в школе ограничивается лекциями, но их эффективность – 5 процентов. Дискуссия – гораздо лучше.

Есть старая проверенная формула: получение информации, усвоение ее и изменение поведения. Получить информацию легко, а вот изменить поведение – очень трудно. Простой пример. 90 процентов детей в третьем классе (это наши данные) знают, что ку-

рить вредно. А в пятом-шестом классах они начинают курить. Информация и даже знания часто не приводят к изменению поведения – вот в чем дело.

– Положительных практик нет вообще?

– Конечно, есть. Например, внедряются довольно серьезные программы по рационализации питания в школах и детских садах. Избыточная масса тела, артериальное давление – это все очень связано с рациональным питанием. Вы знаете, что треть наших школьников не завтракают? Треть! И это идет от семьи, где родители рассуждают: зачем завтракать, если в школе накормят? Меня поразило, что полтора процента детей вообще едят один раз в сутки. Причем доказано: если ребенок регулярно не завтракает, у него появляется склонность к ожирению. И что интересно, сейчас у мальчиков ожирение встречается чаще, чем у девочек, которые стремятся быть изящными.

– Неужели завтрак так много решает?

– Главное – рациональное питание. У нас так называемый «северный» тип питания. Мы катастрофически мало потребляем овощей и фруктов. По международным нормам их нужно есть пять раз в день... Питаться правильно очень сложно. И я, например, не вижу большого криминала, если ребенка премируют за хорошее поведение фаст-фудом. Но это не должно быть каждую неделю.

Также бессмысленно мечтать, чтобы ребенок совсем не пользовался компьютером. Так что соблазнов много, ребенку удержаться трудно. И потом, философия родителей бывает разная. У одной моей знакомой, которая

курит, растет дочка девяти лет. Вероятность того, что она закурит, очень большая – приблизительно 50 процентов. Но знакомая считает, что это – право выбора ребенка. Но как ребенок в восемь-девять лет может иметь такое право выбора? Его можно научить только личным примером.

Или мне говорят: «Моя бабушка, которой 91 год, курит, и ничего». Да, бывает. У этой бабушки, видимо, генетика такая, что она невосприимчива к вреду от курения. Но таких людей очень мало. Если взять рак легкого, то 80 процентов больных – это курильщики.

– Как вести себя родителям, если ребенок начал курить?

– Прежде всего необходимо установить с ребенком доверительные отношения. Ребенка нельзя запугивать. Если родители сами курят, бросить не могут, но хотят, чтобы их ребенок не курил, они должны с ним серьезно поговорить. Сказать, например: «Знаешь, я курю, бросить не могу, но ты видишь – у меня по утрам кашель, одышка. Нужно ли тебе это?»

Американцы добились фантастических успехов. У них курили 53 процента мужчин. Сейчас – меньше 20 процентов. Ниже уже не получается – нужны новые подходы. Нам же до таких результатов далеко – пока хотя бы стандартные подходы внедрить.

– Что же самое главное в первичной профилактике, без чего никак не обойтись?

– В профилактике все работает в комплексе. Нельзя потянуть только за одну ниточку – и все сразу изменится. А от разговоров пора уже переходить к делам.

takzdorovo.ru

Поздравляем!

В ноябре отмечают юбилеи три сотрудника Архангельского клинического онкологического диспансера:

9 ноября – медицинская сестра хирургического отделения № 3 **Нелли Олеговна ТИМАХОВА**;

25 ноября – инженер **Нина Николаевна ЛУКОШКОВА**;

30 ноября – старшая медицинская сестра хирургического отделения № 1 **Валентина Федоровна ПАШКОВА**.

Всем юбилярам коллеги желают крепкого здоровья, долгих лет жизни, успехов в работе, счастья и благополучия.

РАБОТА в онкологическом диспансере

- ВРАЧ-ОНКОЛОГ •
- САНИТАРКИ •

Обращаться в отдел кадров с 9 до 16 часов
телефон 27-52-18



ВАША РЕКЛАМА В ГАЗЕТЕ
«Ваш личный доктор»

Тел. 8-90-250-444-33
aokodprint@mail.ru

Люди унаследовали от неандертальцев лучшее

Группа ученых из Университета Вашингтона решила выяснить, какие гены в геноме современного человека были унаследованы от неандертальцев и денисовских людей, которые скрещивались с нашими древними предками, принадлежащими к виду *Homo sapiens*.

Известно, что геномы современных людей содержат примерно 2 процента неандертальской ДНК и 2–4 процента ДНК, унаследованной у денисовских людей.

Авторы проанализировали информацию о геномах денисовских людей и неандертальцев, а после этого изучили геномы 1523 современных людей, живущих в Европе, Азии и Африке. В ходе исследования ученым удалось идентифицировать 126 локусов, наиболее часто встречающихся в геномах.

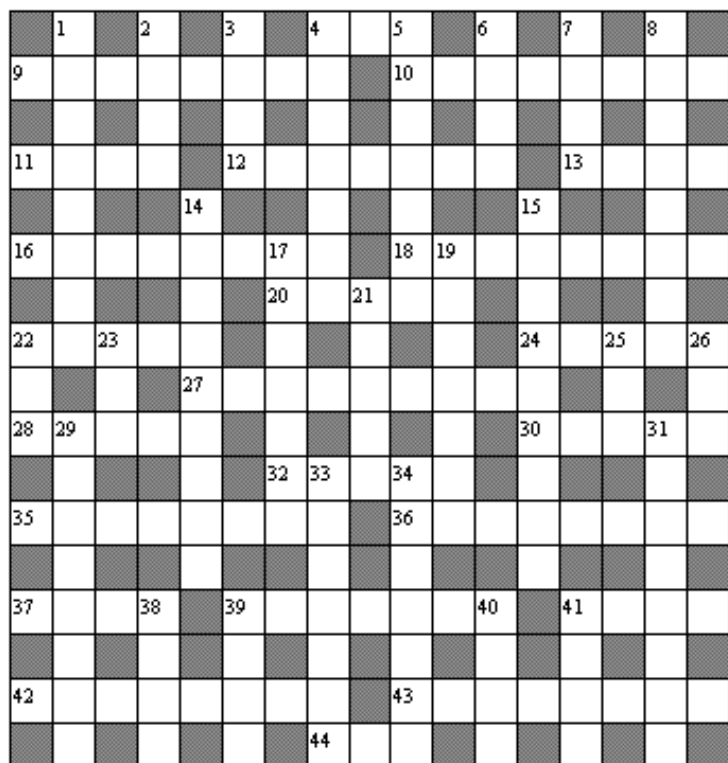
Они пришли к выводу, что закрепившиеся в результате скрещиваний гены были полезны для адаптации современных людей вне Африки. Изученные локусы относились к семи генам, отвечающим за пигментацию кожи, и 31 гену, ассоциированному с иммунитетом. Около 80 процентов локусов затрагивали регуляторные, а не кодирующие области гена, то есть они влияли на уровень экспрессии тех или иных белков.

Авторы отмечают, что полученные данные дают возможность по-новому взглянуть на эволюцию. Аллели, дающие адаптивное преимущество, не только появлялись в результате мутаций, но также попадали в геном в ходе скрещивания. Они закрепились и присутствуют в геномах современных людей по сей день.

МедНовости



КРОССВОРД



ПО ГОРИЗОНТАЛИ: 4. Парадная комната. 9. Русская поэтесса, автор сборника «Елки зеленые». 10. Хрущевская 11. Поперечная балка, связывающая бортовые ветви шпангоута судна. 12. Очень усердный военнос-

лужащий. 13. Выслеживание и розыск преступников. 16. Отдел в издательстве, готовящий рукописи к печати. 18. Свидетель происшествия. 20. Растительный мир. 22. В живописи и скульптуре изображение

Богоматери, оплакивающей мертвого Христа. 24. Музыкальный стиль с упрощенной мелодикой и жестким ритмом. 27. Поведение птиц в начале брачного периода для привлечения самки. 28. «Сын» Агаты Кристи. 30. Титул высших дипломатических представителей Ватикана. 32. Стенка над венчающим архитектурное сооружение карнизом, часто украшенная рельефами и надписями. 35. Унтер-офицерское звание в кавалерии и конной артиллерии. 36. Объем, размер знаний, интересов. 37. Застольная речь. 39. Столица зимних Олимпийских игр. 41. Роман Пауло Коэльо. 42. Странствие. 43. Рассказ Антона Чехова. 44. Бурная пленка на болотной воде.

ПО ВЕРТИКАЛИ: 1. Очень тонкая металлическая нить для вышивания. 2. Французская певица.

3. ... верности. 4. Альбом Олега Газманова. 5. Радар. 6. Водоплавающая птица. 7. Произведения народного творчества. 8. Древнерусский город в районе верховьев Западного Буга у истоков Серета. 14. Участок водной поверхности порта. 15. Остров в составе Навстреленных островов. 17. Афинский полководец. 19. В Чехии в первой половине XV века умеренное крыло гуситов. 21. Военный маневр. 22. ... земли. 23. Райская дама. 25. Рыба семейства лососей. 26. Горизонтальная подземная выработка. 29. Тара, обеспечивающая защиту товара. 31. Кляуза без подписи. 33. Венерическая болезнь. 34. Дама без головы. 38. Вулкан на Курильских островах. 39. Бывшая резиденция зейдитских имамов. 40. Город в Беларуси. 41. Пехотинец во французских колониальных войсках.

ОТВЕТЫ НА КРОССВОРД

Скрестить: 43. «Каштанка»; 44. Ржа. 1. Кляуза. 2. Кавар. 3. Плов. 4. Салат. 5. Кавар. 6. Кавар. 7. Кавар. 8. Кавар. 9. Кавар. 10. Кавар. 11. Кавар. 12. Кавар. 13. Кавар. 14. Кавар. 15. Кавар. 16. Кавар. 17. Кавар. 18. Кавар. 19. Кавар. 20. Кавар. 21. Кавар. 22. Кавар. 23. Кавар. 24. Кавар. 25. Кавар. 26. Кавар. 27. Кавар. 28. Кавар. 29. Кавар. 30. Кавар. 31. Кавар. 32. Кавар. 33. Кавар. 34. Кавар. 35. Кавар. 36. Кавар. 37. Кавар. 38. Кавар. 39. Кавар. 40. Кавар. 41. Кавар. 42. Кавар. 43. Кавар. 44. Кавар.



АРХАНГЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

ОТДЕЛЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

телефоны:

67-19-19, 27-65-58, 8-909-556-16-16

Адрес:
пр. Обводный канал, 145, корп. 1

МАММОЛОГ

- Диагностика и лечение заболеваний молочной железы
- Иссечение образований кожи и мягких тканей

ГИНЕКОЛОГ

- Диагностика и лечение заболеваний органов малого таза
- Диагностика и лечение заболеваний шейки матки
- Коррекция нарушений менструального цикла и климактерических расстройств

УРОЛОГ

- Диагностика и лечение заболеваний и опухолей мочевого пузыря
- Лечение хронического простатита методом гипертермии
- Лечение-диагностические манипуляции (цистоскопия, инстилляции, биопсия, пункция и массаж предстательной железы)

ПРОКТОЛОГ

- Диагностика и лечение заболеваний и новообразований кишечника
- Диагностика и лечение геморроя и его осложнений
- Ректоскопия с забором биопсии с последующим гистологическим исследованием
- Лечение трещин заднего прохода, удаление полипов

ЭНДОКРИНОЛОГ

- Коррекция нарушений обмена веществ
- Диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы, гипоталамуса, надпочечников
- Лечение сахарного диабета, остеопороза

ОНКОЛОГ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВЫ-ШЕИ

- Диагностика и лечение узловых заболеваний щитовидной железы, гортани, полости рта, глотки, носа, губ
- Пункционная биопсия щитовидной железы (под контролем УЗИ), эндоскопическое удаление опухолей гортани

ОБЩИЙ ОНКОЛОГ

- Диагностика и лечение объемных заболеваний кожи, мягких тканей, лимфатической системы
- Операции на грудной клетке любой категории сложности
- Пункция и биопсия лимфатической системы

ЛАБОРАТОРИЯ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- Сцинтиграфия скелета
- Гепатобилисцинтиграфия
- Сцинтиграфия почек
- Сцинтиграфия щитовидной железы
- Сцинтиграфия паращитовидных желез
- Сцинтиграфия легких
- Сцинтиграфия молочных желез

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Желудка, кишечника, маммография

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Фиброгастродуоденоскопия (с биопсией)
- Фиброларингоскопия (с биопсией) • Бронхоскопия (с биопсией)
- Колоноскопия (с биопсией) • Риноскопия

ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЯ

- Диагностика остеопороза
- Оценка риска возникновения переломов
- Программа «Все тело» — цветное картирование с выделением жировой, мышечной и костной ткани

РАДИОЛОГ

- Воспалительные заболевания мягких тканей и костей: фурункул, абсцесс, панариций, остеомиелит
- Дегенеративно-дистрофические заболевания костно-суставного аппарата, сопровождающиеся болевым синдромом: артрозо-артрит, бурсит, тенденит, пяточные шпоры

ТЕРАПЕВТ

- Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов
- Лабораторные исследования
- Эхокардиография (УЗИ сердца), электрокардиография
- Направление к узким специалистам для последующего лечения

Лицензия № ЛО-29-01-001786 от «13» мая 2015 г.

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА.



Адрес редакции:
163045, г. Архангельск, пр. Обводный канал, 145, корп. 1.
Главный редактор Е.В. Абрамова
E-mail: aokodprint@mail.ru
www.onko29.ru/newspaper/

Материалы, помеченные *, публикуются на правах рекламы. Ряд рекламируемых товаров и услуг подлежит обязательной сертификации и лицензированию. За рекламные материалы, размещенные в газете, ответственность несет рекламодатель. Позиция авторов не всегда совпадает с позицией редакции.

Учредитель: ГБУ АО «АКОД».
Издатель: Фонд содействия и развития онкологической службы Архангельской области.
Адрес учредителя и издателя:
163045, г. Архангельск, пр. Обводный канал, 145, корп. 1.

Газета зарегистрирована в Северо-Западном окружном межрегиональном управлении Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания, средств массовых коммуникаций. Регистрационный номер ПИ № ТУ29-00558 от 17 марта 2016 г. Ограничение по возрасту 16+.
Отпечатано в ООО «Типография «Правда Севера», 163002, г. Архангельск, пр. Новгородский, 32. Тираж 10000 экз. Заказ № 5870. Подписано в печать 17.11.2016 г. По графику в 13.00, фактически в 13.00. При перепечатке материала ссылка на газету обязательна. Распространяется бесплатно.