

ЗВЕЗДЫ ПРОТИВ РАКА

Дарья Донцова



4

РАК ИГРАЕТ В ПРЯТКИ

трудности диагностики



6

БОЛЬ СТРАШНЕЕ СМЕРТИ

пациентам не хватает лекарств



9

СМОТРИ, ЧТО ТЫ ЕШЬ

диета против рака



10



1



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО

№2 НОЯБРЬ 2011
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

ВРАЧИ НИЗКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Коррупция и неустроенность здравоохранения в России превратили медицину в криминальный бизнес — не лучше полиции или армии. Все больше молодых людей идут учиться на врача, чтобы зарабатывать, а не чтобы лечить и спасать. И если не будет проведена не формальная, а реальная реформа в этой системе — лечить в России будет некому.

Проблемы медицинского образования (так же как образования в целом) системные и в то же время — ментальные. За последние 20 лет российское общество стало обществом непрофессионалов. В девяностые люди массово меняли профессии, бросали насиженные места, открывали бизнес, закрывали, открывали новый. В двухтысячные устраивались менеджерами всех звеньев, от менеджеров по уборке территорий до менеджеров крупных компаний. И этот полупрофессиональный, поверхностный подход закрепился во всех сферах деятельности. От учителей до руководителей государства. Люди сегодня не ставят перед собой задачу реального решения проблем. Задачи решаются на время — на сегодняшний день, создается видимость работы вместо самой работы. А думать о будущем, нести ответственность за последствия своих сегодняшних решений в обществе не принято.

Сегодня растет целое поколение людей, воспитанных в условиях такого дикого рынка. Они уже не выбирают себе профессию, которой готовы посвятить всю жизнь, они выбирают престижную корочку или способ заработать. Юрфак, эконом, журфак, иняз — а может быть, медицинский? Студенты, выбирая специализацию, зачастую руководствуются принципом — где больше денег. В акушеры, например, идти очень выгодно — будущие родители расшибутся в лепешку, чтобы у них родился здоровый малыш. В пластической хирургии тоже много денег. Не говоря уже об онкологии. На пороге смерти каждый продаст что угодно, чтобы зацепиться за

жизнь. Пациентские истории на форумах, как прием у онколога начинается с вопросов о собственности, все еще шокируют, но уже не удивляют. «Ну а квартира у вас есть? Да? Тогда будем лечиться!» И в соседнем кабинете может сидеть врач от Бога, который денег не возьмет. Или, по крайней мере, не потребует, пусть и не откажется от солидной благодарности уже после хорошо сделанной операции. Сделка с совестью врачей осуществляется на жизни пациентов. Есть и другая категория непрофессионалов. «Приходит студент на зачет и говорит: я не учил, но вы мне поставьте, я буду окулистом, зачем мне ваша онкология, поставьте так,— это типичная история из моей практики,— рассказывает преподаватель кафедры онкологии 1-го медицинского института.— Им кажется, что раз они выбрали себе специализацию, то знать, что происходит в соседнем кабинете или с соседним органом, им необязательно!»

Если говорить об онкологии, эта поверхностность специалистов первого звена отчасти и приносит нам неутешительную статистику по высочайшей смертности от раковых заболеваний. Каждый третий узнает о своем диагнозе, когда сделать уже ничего нельзя. И это не всегда значит, что человек сидел дома и не ходил по врачам, не пытался найти квалифицированную помощь. Нет. Он мог ходить сдавать анализы и лечиться от сопутствующих своей онкологии болезней годами. Простатит, цистит, геморрой, воспаление легких. Специалист лечит только то, на что в лучшем случае старательно выучился. Задуматься о причинах проявившейся болезни, посмотреть на клиническую картину чуть шире сегодняшние врачи поголовно не умеют и не хотят. Потому что они этому не учатся.

И как у студентов нет мотивации учиться, у профессоров нет мотивации учить. На последних курсах специальные предметы преподают практикующие врачи. Им нужно выкраивать время из своего рабочего графика, жертвовать временем пациентов, тратить силы и эмоции на медицинских недорослей, которые просят поставить зачеты за так. Да и профессорская зарплата ничтожна — доцент кафедры 1-го меда получает порядка 20 тыс. рублей. Само по себе это не должно толкать на коррумпированный путь. Но толкает. Или отталкивает от педагогики. И врачи-профессора старой закалки, которые уходят на пенсию или уходят из жизни, скоро кончатся. А новые не придут. По крайней мере, в том количестве, чтобы...

«МЫ ОТСТАЕМ НЕ ТОЛЬКО ОТ ЗАПАДА, НО И ОТ СССР»

С 15 по 17 ноября РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН проведет в Москве XV Российский онкологический конгресс. В интервью нашему изданию заместитель директора центра Сергей Тюляндин отметил, что такие съезды необходимы, но чтобы совершить качественный прорыв в сфере помощи онкобольным, нужно увеличивать госфинансирование в сотни раз.

— Сергей Алексеевич, как вы оцениваете положение онкологических больных в России?

— Мы понимаем, что ситуация в онкологии плохая, но насколько плохая — до конца неизвестно. У нас есть лишь поверхностная статистика и нет никаких регистров. В целом мы сильно отстаем не только от Запада, но и от СССР. В 80-м году у нас была 50-процентная пятилетняя выживаемость онкобольных. Мы уступали по этому показателю США, но не так сильно. Сейчас у США этот показатель 60%, а у нас катится к 40%. Разрыв становится больше и больше. Примерно 30% пациентов с нововыявленными диагнозами погибают в течение года после постановки на учет. Ежегодно в России выявляется 60–70 тысяч новых больных с раком легкого...

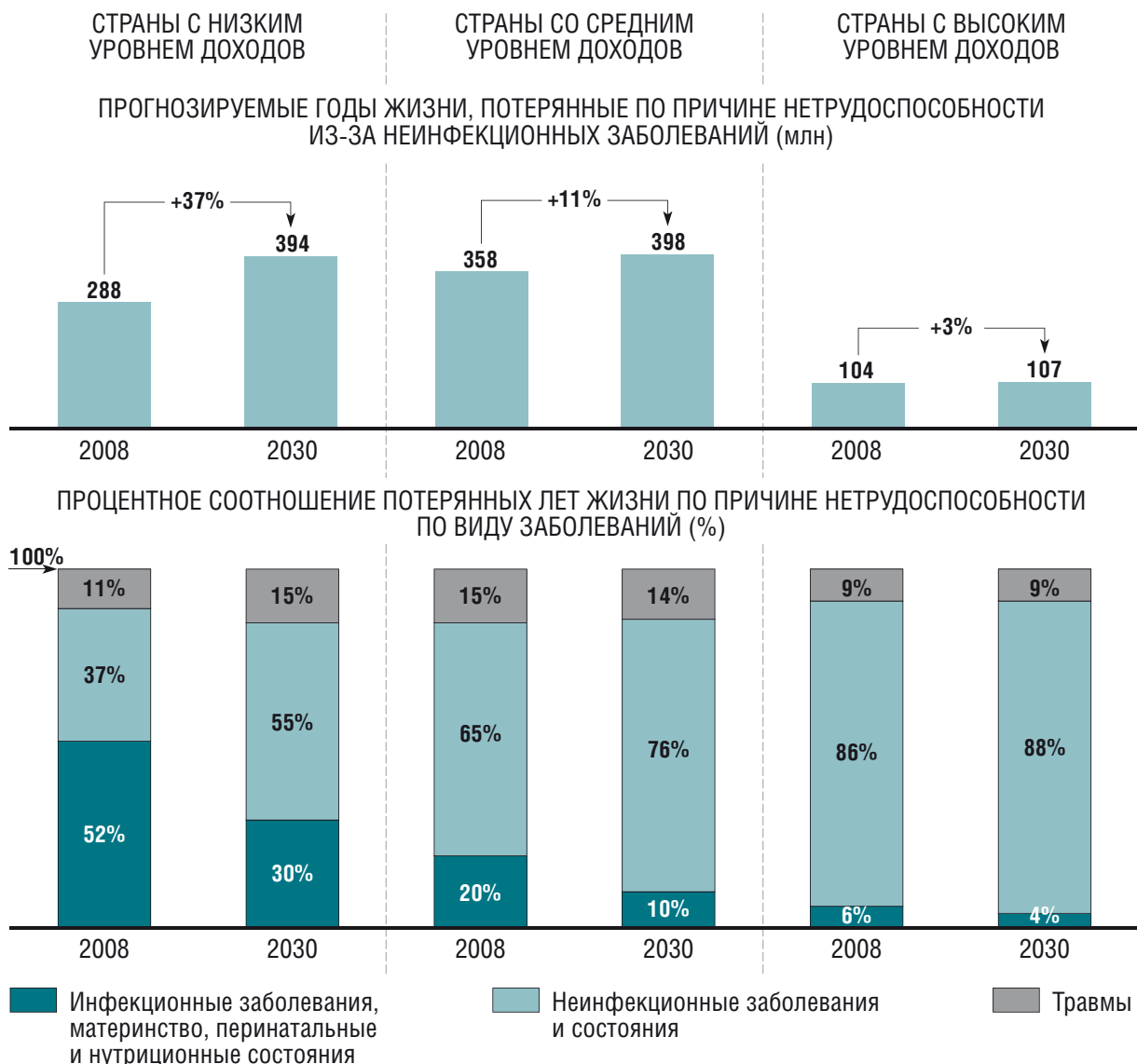
продолжение статьи на стр. 6

продолжение статьи на стр. 6



ДМИТРИЙ БОРИСОВ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ ОТ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Неинфекционные болезни сегодня являются основной причиной смерти людей на нашей планете и в ближайшие несколько лет могут превратиться в тотальную эпидемию, поражающую все страны и практически все возрастные категории. Рак — это одно из основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые были включены во Всемирную политическую декларацию ООН по борьбе с НИЗ, принятую в сентябре этого года в Нью-Йорке. Под этой декларацией подписались 150 стран, в том числе и Россия, где онкологические заболевания приняли угрожающие масштабы.

ООН объявила войну раку? Может, и так. По крайней мере, все, кто подписывал декларацию, заведомо согласился с тем, что победить эту болезнь человечество сможет только сообща. И если не лечить тех, кто болен сейчас, все заверения о модернизации здравоохранения и повышении сознательности нашего населения в области ранней диагностики — пустые слова.

Готова ли наша страна взять и внедрить все, что написано в декларации ООН, прямо завтра? Если смотреть правде в глаза, то ответ однозначен — НЕТ!

Но говорить, что все плохо и ничего не делается, — это не выход. По крайней мере, уверенность в том, что сегодняшняя реальность может быть изменена и наша страна получит возможность спасать жизни своих граждан, есть. Готова ли наша страна взять и внедрить все, что написано в декларации ООН, прямо завтра? Если смотреть правде в глаза, то ответ однозначен — НЕТ!

Но говорить, что все плохо и ничего не делается, — это не выход. По крайней мере, уверенность в том, что сегодняшняя реальность может быть изменена и наша страна получит возможность спасать жизни своих граждан, есть.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРЕЙСКУРАНТ ВРАЧЕБНЫХ УСЛУГ

С нового года должен вступить в силу новый закон «Об основах охраны здоровья граждан». Согласно этому документу, в России устанавливаются правила оказания платной медицинской помощи, причем как частными клиниками, так и государственными. Критики проекта опасаются, что бедным станет хуже, а обеспеченным лучше не станет.

21 октября Госдума одобрила во втором чтении скандальный проект закона «Об основах охраны здоровья граждан». До конца года документ должен быть утвержден в финальном, третьем, чтении и вступить в силу с 1 января 2012 года. Минздравсоцразвития называет свой проект «самым пациентоцентрированным в истории России» и предпочитает не слушать критиков. Ведь, по словам противников реформы, новшество положит начало переходу к платной медицине.

Законопроект заменит собой действующий сегодня профильный российский закон 1993 года. Теперь российское здравоохранение должно работать по рыночным законам, а регламентировать рынок медицинских услуг отныне будет также закон «О защите прав потребителей в РФ». Впервые в России официально вводится понятие платных медицинских услуг. Другими словами, теперь врачам бюджетных клиник разрешено открыто брать с пациента деньги за лечение. С больных и до этого собирали посылную мзду: кто на лекарства, кто взятками. Теперь речь идет о легализации этой теневой системы. Но разобраться, где можно заплатить, а где нужно, все еще не так просто.

Бесплатные медицинские услуги будут осуществляться в рамках программы госгарантий оказания гражданам бесплатной медпомощи, существующей с 1998 года. Других причин, по которым помощь должна оказываться бесплатно, в законопроекте выделено лишь шесть. На все другое у врача может быть свой прайс. Например, можно купить место в очереди — как на прием к терапевту в сезон ОРВИ, так и на операционный стол.

Критики закона переживают, что остается загадкой, когда в кабинет к врачу сможет попасть «бюджетная» пенсионерка,

если место в очереди перед ней всякий раз будут выкупать платные пациенты.

В то же время закон запрещает требовать деньги за скорую помощь и размещение пациента в маломестной палате, хотя эти услуги уже давно встали на коммерческие рельсы. В карете скорой можно купить себе госпитализацию в лучшую клинику, а у дежурного врача — место в палате, где не храпят. Пребывание одного из родителей в больнице с ребенком, как и партнерские роды, возможно за счет государства только при наличии на то показаний. Лекарства из перечня жизненно важных и необходимых пациент может получить в стационаре бесплатно, а вне списка — только по показаниям. Что касается дорогостоящих высокотехнологичных операций, то их финансирование начнется только с 2013 года. В бюджет следующего года эти статьи расходов не заложены.

Система софинансирования и участия граждан в финансовом бремени лечения болезней есть во всех развитых странах. И в этом нет ничего плохого, если государство четко обозначает зоны своей ответственности и дает возможность официально оплачивать медицинские услуги, оставляя за собой функции контроля качества и регулирования. Гораздо хуже, когда есть политические декларации о бесплатной медицине, которые не имеют необходимого финансирования и превращаются не в систему социальной помощи гражданам страны, а в систему геноцида и формирования социальной катастрофы. В развитых странах в данных процессах первостепенную роль играют страховые компании и система добровольного страхования. У нас, как это обычно бывает, про идею заявили, а про ее техни-



ческую реализацию в интересах граждан, которые в любой момент могут стать пациентами, забыли.

Документ закрепляет единые стандарты оказания медицинской помощи на всей территории России, вводит понятие всех видов медпомощи (в том числе и паллиативной), дает понятия ее качества, порядка оказания и стандартов. Кроме того, введено понятие «врачебная ошибка», прямой запрет на общение фармацевтических представителей с врачами и на эвтаназию. Вопросы лицензирования медицинских услуг передаются в ведение субъектов РФ.

В России стартовал амбициозный проект по модернизации здравоохранения. В 2011–2012 годах правительство выделит на его реализацию около 490 млрд рублей. Денег должно хватить на улучшение материальной базы больниц и поликлиник, а также внедрение информационных систем и единых стандартов оказания медпомощи.

По сути, модернизация должна завершить то, чего не успел нацпроект «Здоровье», — залатать дыры в бюджете регионального здравоохранения. Во многих провинциальных больницах, поликлиниках и роддомах нового оборудования не видели с 80-х годов. С другой стороны, регионы зачастую неспособны грамотно освоить выделяемые бюджеты. Так, например, в клинику Костромы современная медтехника поступает, но простаивает: не хватает расходных материалов, а главное, специалистов, которые могут обращаться с тем же маммографом. Дорогостоящее оборудование, закупаемое в рамках реформы

здравоохранения, как правило, производится за границей. На внутренний медицинский рынок сегодня поступает только 10% отечественной техники.

Учитывая разницу в потребностях, Минздравсоцразвития дало регионам право самостоятельно определиться с приоритетами. Таким образом, каждый субъект получит своего рода грант под конкретную программу модернизации. Московский департамент здравоохранения уже заявил о планах провести срочный капитальный ремонт минимум 37% зданий, занятых ЛПУ. Кроме того, в столице начнется капитальное строитель-

ство, которое увеличит суммарную площадь столичных больниц и поликлиник почти в четыре раза. «Московский план» оттянет на себя десятую часть всех средств, выделяемых центром на все регионы.

По итогам модернизации отрасль должна полностью уйти от пережитков «медицины советского периода». Это означает, что уровень доступности и качества медпомощи наконец приблизится к мировому, в поликлиниках исчезнут очереди, а продолжительность жизни населения увеличится до «европейских» 73–75 лет.

За два года как мегаполисы, так и райцентры полностью перейдут на единые стандарты оказания медпомощи. Таким образом правительство намерено побороть два главных недуга действующей системы здравоохранения — слабость первичного звена (поликлиник, диспансеров, женских консультаций) и специализированной помощи в стационарах. Амбулаторное звено при этом планируется приблизить к госпитальному по технической оснащенности и укомплектованности кадрами. Будущих врачей будут обучать «под заказ», практикующих — переучивать по наиболее востребованным специальностям. Теоретически это позволит привести структуру коечного фонда и укомплектованность ЛПУ медперсоналом в соответствие со структурой заболеваемости по регионам. Этот пункт программы встречает больше всего критики. Главной причиной нехватки кадров в регионах до сих пор остается низкий уровень зарплат и отсутствие социальных гарантий. На этом фоне господдержка программ подготовки молодых специалистов и правда кажется неперспективной. Ведь заранее известно, что большая их часть никогда не будет работать в бюджетных учреждениях.



ПРОПАВШАЯ БОЛЬНИЦА

Саратов оказался худшим среди городов России по выполнению программы по модернизации здравоохранения. Пока чиновники не могут освоить многомиллионные дотации, пациенты не получают даже необходимой медицинской помощи. Подробнее — в материале корреспондента в Саратове Маргариты Спиричевой.

Здравоохранение в Саратовской области занимает третье место среди министерств по уровню финансирования — на 2011 год было выделено 10,5 млрд рублей, в том числе 6,7 млрд — расходы областного бюджета. Однако денег явно не хватает. Рассказывает Владимир Пожаров, депутат Саратовской областной думы. «Здравоохранение стало резко недофинансироваться. Два года назад ситуация в больницах заметно улучшилась: нормализовалось снабжение медикаментами, мягким инвентарем, обеспечение питанием. Но сейчас идет возврат к прежней ситуации, когда пациенты в больницах вынуждены сами обеспечивать себя всем: от элементарных медикаментов до питания. За это время произошел переход на одноканальное финансирование — только за счет ОМС, — объясняет законодатель. — Но этих средств оказалось недостаточно: на начало 2011 года мы вышли с дефицитом бюджета в 450 млн рублей. На самом деле требуется гораздо больше средств.

Денег хватает только на выплату заработной платы и чуть-чуть остается на медикаменты и питание. Не лучше ситуация с лекарствами: даже когда за ними обращаются онкологические больные, федеральные льготники, которые не отказались от натурального получения льгот, их ставят в очередь. Хотя эти деньги областному бюджету возвращаются из федерального! С областными льготниками ситуация еще хуже. И причина этого не в плохом министре, а в скудном бюджете».

По словам депутата, на подпрограмму «Онкология» финансирование было увеличено практически вдвое. В Саратовской области до недавнего времени были самые низкие в ПФО тарифы по ОМС. Сейчас их потихоньку начали повышать: в бюджет заложено 45 млн рублей, чтобы профинансировать 4-процентное увеличение тарифов.

В то же время пока пациенты пытаются выжить на скудное финансирование лекарственного обеспечения, области выделены многомиллионные субсидии в рамках проекта модернизации здравоохранения. И даже эти деньги освоить чиновники не могут.

В конце августа губернатора Саратовской области на всю страну отчитал Владимир Путин, за то, что сданный по документам инновационный перинатальный центр был на самом деле не достроен. «В декабре администрация области доложила, что центр сдан в эксплуатацию. Потом выяснили, что поторопились доложить, что только монтируются инженерные системы», — сказал премьер. Руководству региона пришлось признать, что критика обоснованна, сроки затянуты. В середине октября Путин снова вызвал к себе саратовского губер-

натора Павла Ипатова, поскольку выяснилось, что, вместо того чтобы сдать проблемный объект к 1 ноября, регион обещает это сделать только в конце декабря. А еще через неделю СУ СКР по Саратовской области возбудило уголовное дело по нарушениям при строительстве перинатального центра.

ТЕРРИТОРИЯ НАДЕЖДЫ

О том, что в Ульяновской области создается ультрасовременный кластер, который вполне можно назвать самым крупным на сегодняшний день проектом в области ядерной медицины, в материале ульяновского корреспондента Михаила Белого.

Как сообщили в пресс-службе Федерального медико-биологического агентства, ядерный центр строится в рамках государственной программы «Создание федеральных центров медицинских радиологических технологий». «Центр медицинской радиологии обеспечит население Приволжского и Уральского регионов высокотехнологичной радиологической помощью, в том числе в области диагностики и терапии онкологических заболеваний», — отметили в ведомстве. Там также сообщили, что общая стоимость

центра составляет около 14 млрд рублей.

Как пояснил заместитель губернатора Ульяновской области Владимир Козин, в Димитровграде будут использоваться самые эффективные технологии, которые позволят вернуть государству затраченные на строительство средства. «В этом главная особенность нашего центра. Предполагается, что эффект от его работы составит более 30 млрд рублей в год», — сообщил Козин.

Лечебное учреждение в Ульяновской области будет иметь несколько отделений. Первое — протонной лучевой терапии. Именно этот метод позволяет эффективно воздействовать на облучаемую ткань, минимально затрагивая здоровые органы. Специалисты подчеркивают: для львиной доли онкологических больных протонно-лучевая терапия — наиболее действенный метод лечения. Известно также, что некоторые опухоли другими способами облучать просто невозможно — например, меланому глаза, новообразования центральной и периферийной нервной системы.

Второе отделение — радионуклидной терапии. Здесь будут использоваться радиофармпрепараты и имплантируемые радиоактивные микроисточники. Этот метод эффективен при лечении рака предстательной железы, который по темпам абсолютного прироста сегодня стал самым прогрессирующим онкозаболеванием.

Третье отделение в новом центре — позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр). В отделении будут заниматься диагностикой онкологических, сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний. Специалисты объяснили, как работает этот метод: пациен-

ту внутривенно вводят специальный радиоактивный фармпрепарат, который накапливается в разной степени в здоровых тканях и органах и в тех, которые подверглись изменениям. В итоге томографы получают их изображения с анатомической привязкой.

Основа создаваемого кластера — расположенный в Димитровграде НИИ атомных реакторов. Там ценный изотоп, который будет использоваться для диагностики онкозаболеваний, получают сразу на трех реакторах — в них помещают ураново-алюминиевые мишени, облучают их, выделяют молибден-99, затем в радиохимической установке очищают его, удаляют газы.

Директор НИИ атомных реакторов, заместитель генерального директора МАГАТЭ Александр Бычков заявил, что отечественная атомная отрасль позволяет не только обеспечить потребности зарубежной радиационной медицины, но и организовать аналогичные диагностические клиники в нашей стране. В 2013 году радиохимический комплекс в Ульяновской области должен заработать на полную мощность.

Стоит отметить, что в рамках этого проекта планируется также создать научно-производственный центр, где будут изготавливаться радиофармпрепараты и изделия медицинского назначения (радионуклидные генераторы, микроисточники).

По оценкам экспертов «Росатома», внедрение проекта позволит качественно улучшить диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, увеличить число вновь выявленных случаев онкологии на 15–20% и в пять–восемь раз уменьшить число рецидивов злокачественных новообразований.

ДАРЬЯ ДОНЦОВА: «ЭТО ПРОСТО БОЛЕЗНЬ. И ОНА — ЛЕЧИТСЯ»

Автор иронических детективов о диагнозе, докторах, шарлатанах, коварных родственниках, женщинах, которые не хотят вылечиться, и о том, что нужно говорить себе, чтобы выздороветь, рассказала в интервью Татьяне Медведевой.

— Дарья Аркадьевна, что вы почувствовали, когда узнали свой страшный диагноз?

— Вот терпеть не могу этого выражения — «страшный диагноз». Рак — это просто болезнь. Она лечится. Представьте, что человек, который только что заболел, читает про свою болезнь, что она «страшная, ужасная, неизлечимая...». Ну во-первых, это неправда, а во-вторых, больной сразу испугается, подумает: «Если все так плохо, то я никогда не сумею выздороветь». И бесполезно будет потом объяснять ему, что большинство людей выходят из онкологических больниц здоровыми. Женщины после операций выходят замуж, рожают детей. Не надо бояться диагноза, не впадайте в панику, идите к хорошему доктору и делайте все, что он скажет.

— Но как-то вы узнали, что больны?

— Узнала случайно. Была одной из тех глупых женщин, которые не ходят регулярно на осмотр к врачу. Ничего не болит, все прекрасно и слава богу! Это теперь я умная и раз в полгода анализы сдаю. А тогда мне это и в голову не приходило. Поехала отдыхать с семьей и очень близкой подругой, хирургом по профессии, в Тунис — на море и на солнце. И вот в кабинке для переодевания я похвасталась своей подруге: «Представляешь, какая радость! У меня за три месяца вдруг вырос такой аппетитный бюст!» А я всю жизнь вешу 45 кило, и бюста у меня никогда не было — минус первый размер. Подруга на меня посмотрела, лицо у нее вытянулось, говорит: «Быстренько в Москву и к маммологу». Она уже все поняла. А я пошла к врачу, потом оказалась в больнице.

— Вы сразу начали лечиться?

— Начинать лечиться надо сразу. Здесь выбора нет. Если не обратиться к хирургу, все может закончиться очень плохо. Невозможно опухоль победить при помощи экстрасенсов или бабушек-шептук. Само никогда ничего не рассасывается. У меня на операции, химиотерапию, лучевую терапию ушел год, и еще пять на прием гормональных препаратов. Честно скажу, это время было не самым приятным в моей жизни.

— Сейчас вы так легко об этом рассказываете, как будто не было ни страшно, ни тяжело...

— Было и то и другое. Я жила себе и жила, чувствовала себя молодой, почти одногодкой своей дочери. И вдруг — бах — такая штука. К тому же сначала я попала к «замечательному» доктору, который мне сказал: «Вам осталось жить четыре месяца». Я спросила: «А операцию делать будем?» Он сказал: «А зачем?» Потом подумал и назвал сумму — сколько мне это будет стоить, сколько я должна заплатить ему, анестезиологу, медсестрам. У нас таких денег с мужем не было. Теперь-то я знаю, что онкологию в России лечат бесплатно.

— Приходилось слышать, что люди отдают за лечение большие деньги...

— Бывает врачебный шантаж, когда доктор смотрит родственнику больного в лицо и говорит: «Дорогой Иван Иванович! Мы можем вашей жене сделать немецкую химию или русскую. Русская бесплатно, а немецкая за деньги. Но она лучше». Ну и как поступит Иван Иванович, который ничего не понимает в лекарствах? Вот вам свежий пример, в Подмоскovie была клиника, где онкологических больных лечили за огромные деньги «методом радиоэлектронной терапии». Больные в этой больнице массово умирали, на смену им поступали новые пациенты.

Но есть и другие врачи. Я своего хирурга Игоря Анатольевича Грошева нашла в муниципальной 62-й больнице. Кстати говоря, он очень не любит, когда я называю его фамилию в прессе, но я не хочу скрывать, где меня лечили. Это обычная московская 62-я больница. Там очень хорошая атмосфера. У врачей нет трагизма ни на лице, ни в голосе. При этом никто от человека не скрывает тяжести его состояния.

— Бывает, что родственники отказываются от больного человека. Как это перенести?

— Это не родственники. Это свиньи. Я помню одного мужчину, который вошел в нашу палату, посмотрел на свою жену и сказал: «Ну и зачем ты мне теперь нужна?» Развернулся и ушел. Бедная женщина разрыдалась. Мы к ней кинулись, стали уговаривать: «Ну и хорошо, что это случилось. Раз он такой, он все равно бы от тебя ушел. Но не сейчас, когда тебе 35, а когда тебе было бы 50. А теперь ты поправишься, выйдешь



Дарья Донцова

из больницы и устроишь свою личную жизнь». Длительная болезнь — проверка знакомым, близким, родным. У меня были приятели, которые, узнав, что я заболела, перестали появляться у меня дома. Они посчитали меня заразной. Это было очень смешно. Рак не передается воздушно-капельным путем. Но у меня есть и другие подруги. Одна из них, та самая — хирург, которая первая поставила мне диагноз, когда я лежала в больнице, прибежала ко мне в палату после дежурства, расстилала на полу матрасик и спала на нем рядом. Ей было так спокойнее, что первую неделю после операции она рядом со мной и может все контролировать. А другая подруга принесла мне пятилитровую банку черной икры. Кто-то ей сказал, что черная икра полезна для выздоровления. Потом выяснилось, что это неправда. Но меня заставили съесть всю эту банку. С тех пор я на черную икру не могу смотреть. Людей, которые мне помогли справиться с болезнью, было намного больше, чем тех, кто решил от меня дистанцироваться.

— После химиотерапии у вас были проблемы с волосами...

— Утром я проснулась, выхожу на кухню, а там сидит моя дочь и муж. Они смотрят на меня с вытянутыми лицами и молчат. Я понимаю, что что-то не так, иду в ванную, смотрю в зеркало и вижу: почти все волосы выпали, на голове торчат только отдельные «кустики». Первой мыслью было: «А как же мне на работу ехать?» Я тогда преподавала немецкий язык в книжном магазине «Молодая гвардия». Моя дочь не растерялась, сбегала на улицу и купила мне синтетический, скрипучий парик в киоске рядом с домом. Я обрадовалась, надела его и поехала на работу. Был душный август, я ехала в метро, мучаясь от жары, а потом поняла: еще секунда и упаду в обморок. Парик, он как шапка, а каково в подземке летом и в шапочке? Я сняла парик и сунула его в сумку. Представляете себе реакцию людей, которые присутствовали при этой метаморфозе? А вот на работе к моему появлению в эпатажном виде отнеслись совершенно нормально. Директору «Молодой гвардии» Нине Егоровне Беликовой и в голову не пришло уволить преподавательницу. Кто же знал, что через несколько лет я буду приходить в ее прекрасный магазин уже в качестве писателя на автограф-сессии. А волосы у меня выросли, и с ними проблем не было.

— При лечении очень важен психологический настрой. Почему кто-то побеждает болезнь, а кто-то нет?

— Вы знаете, некоторые женщины не хотят выздороветь. Вы удивлены? А теперь представьте себе женщину с очень удачной семейной жизнью. Муж пьет, дети-подростки маму не слушают, свекровь пилит невестку, и на работе она седьмая у пятой батареи. Никто ее не хвалит, зарплата неболь-

шая, и вдруг бац — онкология. Муж пьяный пугается, он понимает, что может остаться один с детьми, и даже пытается не пить. Свекровь прикусывает змеиный язык, потому что невестка одной ногой в могиле. Детям тоже неудобно: мама скоро умрет, а они ее презирали. И на работе сотрудницу начинают активно жалеть. Женщина получает заботу, которой в жизни никогда не имела, в психологии это называется «вторичная выгода». Только из-за болезни человек увидел хорошее отношение к себе. Такая женщина будет говорить, что она хочет выздороветь, но в душе она боится потерять то, что получила вместе с болезнью. Ей будет трудно поправиться. А еще есть люди, которые «профессионально» уходят в болезнь, начинают ею шантажировать своих близких. Есть ипохондрики, которые всегда всем недовольны. Быть несчастным, больным и убогим — легче, чем добиваться здоровья и счастья. Не всякий хочет работать над собой.

— Минуты отчаяния... Как вы их преодолевали?

— Я взяла на вооружение две фразы. Первую говорила главная героиня романа Маргарет Митчелл «Унесенные ветром» Скарлетт О'Хара: «Я подумаю об этом завтра». Вторую я придумала сама: «Деточка, ты же сильная». У меня был стимул, чтобы выздороветь. Это моя семья — дети, муж, мама, свекровь, собаки, кошки. Я все время думала: ну как же мой супруг справится без жены с двумя мальчиками-подростками, маленькой девочкой, нашими бабушками и многочисленным зоопарком? Что будет с моей семьей, если я умру? И стало понятно, что умирать никак нельзя.

— Ваш муж, Александр Иванович Донцов, предложил вам писать романы для восстановления после хирургии с терапией?

— Я всю жизнь работала журналистом, но когда начала писать свой первый детектив, я удивилась — какой это захватывающий процесс, как он отвлекает меня от всех проблем и сколько у меня в голове разных фантазий. Я всегда была врушкой, но не знала, что до такой степени. Помню, когда мы были маленькими — я, Катя Рождественская, теперь она известный фотохудожник, и Тина Катаева, внучка Валентина Катаева, сидели на даче во дворе. И Тина говорит: «Давайте врать истории». Подруги свои истории быстро рассказали, и вот наступает моя очередь. И я начинаю петь соловьем, причем не понимаю, откуда что берется. Подружки притихли, а потом Катя сказала: «Ну, Грушка, я так врать не умею». Я и теперь не могу остановиться. Однажды ко мне на ярмарке подошла женщина, обняла меня и сказала: «Я беру вечером твою книжку и читаю. И я понимаю, что я не умру. Пока ты пишешь, я буду тебя читать и жить».



РАК — БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Первую раковую опухоль описал Гиппократ еще в IV–V веках до нашей эры. Но тогда и позже, в Средние века, онкологические заболевания были разовыми и не имели такой массовости, как сегодня. Онкология стала одним из печальных символов цивилизации.

Согласно историкам, первое упоминание рака относится к 1600 году до нашей эры. В одном из старейших образцов древней медицинской литературы, Папирусе Эдвина Смита (названном так в честь американского археолога Эдвина Смита, который купил этот папирус в 1862 году в Луксоре), рассказывается о нескольких формах рака молочной железы и сообщается, что от этой болезни нет лечения.

В наши дни ежегодно в мире регистрируется порядка 6 млн новых случаев заболевания злокачественными опухолями. Отчасти это объясняется старением населения, ведь большинство опухолей развивается у лиц старше 50 лет, а каждый второй онкологический больной — старше 60 лет. Но есть и другие причины. О них на примере рака толстой кишки рассказывает руководитель отделения колопроктологии и хирургии тазового дна Российского научного центра хирургии имени академика Б. В. Петровского РАМН профессор Петр Царьков.

— Всего лишь два десятилетия назад рак толстой кишки занимал скромное четвертое место среди всех онкологических

заболеваний в нашей стране. Однако сейчас он является второй по частоте причиной гибели россиян от злокачественных процессов.

— С чем связан такой рост заболеваемости раком толстой кишки?

— Важно осознать, что этот рост связан не с распространением какой-либо бактериальной или вирусной инфекции, а есть не что иное, как расплата населения нашей страны за приобщение к цивилизованному образу жизни. В развитых странах образ жизни характеризуется гиподинамией, потреблением продуктов с большим содержанием животных жиров и продуктов из красного мяса, нередко содержащих не только консерванты, но и вредные красители. Прибавьте сюда загрязнение окружающей среды и вредные привычки — курение и употребление крепких спиртных напитков и пива, — и перед вами откроется далеко не полная, но достаточно яркая картина, дающая ответ на вопрос, почему растет уровень заболеваемости раком.

НЕИНФЕКЦИОННАЯ БОРЬБА

В 2008 году от раковых заболеваний умерли 36 млн человек, что составило 63% от общего числа умерших за год. 80% из них пришлось на развивающиеся страны. В 2030 году, согласно прогнозам, смертность вследствие неинфекционных заболеваний (НИЗ) вырастет до 52 млн человек и в пять раз превысит показатели по инфекционным болезням. В конце сентября в рамках Генеральной Ассамблеи ООН состоялось совещание по проблеме борьбы с неинфекционными заболеваниями.

К основным неинфекционным относятся сердечно-сосудистые заболевания (на них приходится 48% смертей), рак (21%), хронические болезни дыхательных путей (12%) и диабет (3%). Исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показывают, что основными факторами риска, вызывающими преждевременную смерть из-за НИЗ, являются повышенное кровяное давление, курение, повышенный уровень глюкозы в крови, отсутствие физической активности, избыточный вес и ожирение.

На сегодня демографические показатели потерянных жизней не до конца очевидны: люди, страдающие от неинфекционных заболеваний, часто умирают молодыми. По данным ВОЗ, ежегодно от НИЗ умирает 9 млн человек в возрасте моложе 60 лет.

Неинфекционные болезни сильнее всего воздействуют на развивающиеся страны и на группы населения с низким уровнем доходов. Исследования показывают взаимосвязь

между такими социальными показателями, как достаток, образование, и развитием неинфекционных заболеваний и их факторами риска. «Эпидемия создает порочный цикл, когда неинфекционные болезни и их факторы риска усугубляют нищету, а нищета приводит к увеличению количества таких болезней», — говорится в докладе генерального секретаря ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними от 19 мая 2011 года.

Международные усилия

Такие высокие показатели смертности уже давно вызывают тревогу врачей, которые стремятся вынести обсуждение этой проблемы на самый высокий уровень.

Как заявил председатель предыдущей, 65-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН Йозеф Дайсс, решать эту проблему необходимо усилиями всего международного сообщества. «Никто в одиночку не может мобилизовать ресурсы, необходимые для разрешения целого комплекса факторов, которые приводят к росту

такого рода заболеваний», — отметил он, открывая неофициальное заседание ассамблеи, посвященное диалогу с гражданским сообществом по вопросу НИЗ. — Для этого правительства должны развивать сотрудничество с частным сектором и гражданским обществом».

В этом году на встрече, проходившей 19–20 сентября в рамках 66-й сессии Генеральной Ассамблеи, представители многих стран, экспертного сообщества и бизнес-кругов выступили со своими предложениями, как снизить смертность от НИЗ и уменьшить факторы риска.

Участники сфокусировались на нескольких ключевых проблемах.

Первая — это профилактика неинфекционных заболеваний, на которую некоторые страны выделяют значительные суммы. Так, Бельгия направила €380 млн на трехлетнюю программу по профилактике борьбы с онкологическими заболеваниями.

Вторая проблема — привлечение к работе над этим вопросом как можно большего числа общественных организаций, бизнеса, в частности страховых компаний, и госструктур. Необходимо донести до крупных корпораций и правительств как развитых, так и развивающихся стран, что НИЗ сказываются на темпах экономического роста и на ВВП. Так, по данным Гарвардской медицинской школы, в ближайшие несколько лет урон мировой экономике от НИЗ составит

\$47 трлн. Эта сумма в несколько раз превосходит совокупные расходы стран на здравоохранение. При этом основное бремя расходов возьмут на себя развитые страны по причине высокого уровня медицины и старения основной части населения.

Наконец, третья проблема — как обеспечить высокий уровень доступа всех слоев населения, независимо от уровня дохода, к диагностике, профилактике и лечению

НИЗ, а также к соответствующим медикаментам. Неинфекционные заболевания требуют серьезных затрат, поэтому факторы риска наиболее остры среди малообеспеченных слоев населения, а также в бедных и развивающихся странах. Для этого было выдвинуто предложение о том, чтобы законодательным образом закрепить право каждого человека на надлежащую медицинскую помощь и уровень лечения.



— Высокая смертность от рака толстой кишки объясняется ростом заболеваемости?

— Нет. Давайте попробуем разобраться в причинах этого феномена. Прежде всего, наши граждане плохо оповещены о предвестниках и симптомах данного заболевания — это изменение привычного порядка опорожнения кишечника, вздутие и боли в животе и, конечно, любые патологические выделения, такие как кровь, слизь или гной. Игнорирование этих признаков ведет к тому, что почти у 40% больных раком прямой кишки диагностируется запущенная стадия заболевания.

Второе — это прохладное отношение врачей общей практики к вышеперечисленным признакам, поскольку все они могут характеризовать целый ряд менее серьезных и опасных заболеваний, таких как геморрой, трещина заднего прохода, колит или проктит, а нередко и сочетаться с ними. В такой ситуации доктор, не углубляясь в диагностический процесс, останавливается на более простом заболевании, назначает лечение и тем самым откладывает постановку правильного диагноза на недели, а иногда и месяцы. Естественно, что болезнь не стоит на месте, а прогрессирует.

— Будет ли рак когда-нибудь излечим?

— Уже сейчас многие формы рака излечимы, причем терапевтическими методами, а не хирургией. Думаю, что будущее за химиотерапевтическим лечением, а возможно, даже за препаратами, которые будут основаны на изменениях в структуре генов. Даже при последней стадии рака мы получаем позитивные результаты при сочетании агрессивной хирургии на толстой кишке и печени в сочетании с химиотерапией. Зачастую метастатические очаги в печени вначале выглядят неудаляемыми. Применение современных схем терапии в сочетании с таргетными (от английского слова target — «мишень») средствами воздействия на опухоль у двух пациентов из десяти способствует регрессу опухоли и делает возможным ее удаление хирургическим путем. Будущее, так или иначе, за лекарственными средствами. Какого оно будет характера — это я не берусь сказать. Сегодня скорее действенна химиотерапия, в будущем, возможно, генная терапия. Если говорить о разработке новых, современных форм лечения, то они должны базироваться на достижениях фундаментальной науки в тесном сотрудничестве с прикладной наукой.

В ПОИСКАХ ОПУХОЛИ

Рак очень трудно диагностировать. Часто на начальных стадиях болезни, кроме общего недомогания, никаких симптомов просто нет, а опухоль еще очень маленькая, и найти ее не проще, чем иголку в стоге сена. Особенно врачам, у которых нет необходимого оборудования или знаний. А время упускать нельзя.

Есть довольно традиционный путь пациента к онкологу. Человек чувствует недомогание, иногда просто слабость и головокружение, иногда обострение хронических болезней, падает иммунитет, мучают простуды и насморки. Он начинает ходить по врачам. Сначала — терапевт, он измеряет давление, ставит, например, гипертонию или гипотонию и назначает лекарства и витамины. А от простуды иногда антибиотики. Становится лучше, но ненадолго. Опять вы? Ну может, вам к невропатологу сходить? Там тоже наверняка есть проблемы, кровообращение головного мозга у каждого второго нарушено. Можно укольчики поделать. И от этого наверняка станет получше, на какое-то время. Но болезнь-то прогрессирует. Одной пациентке за три месяца до того, как у нее нашли рак груди 4-й стадии, терапевт сделала выговор: «Вы здоровая женщина, а все время жалуетесь! Возьмите себя в руки!»

«У меня был пациент, который за год девять раз лежал в больнице с воспалением легких. Девять раз! И никому в голову не пришло спросить: а чего это он так болеет часто? Лечащие врачи не догадывались, что проблема-то и не в вирусах

ВРАЧИ НИЗКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

окончание. начало на стр. 1

хватило на всех студентов. Чтобы хватило сил достучаться до тех, кто пытается учиться по формальному признаку и не хочет понимать и признавать всей ответственности выбранной профессии. И даже те, кто в мединституте на своем месте, кто действительно хочет выучиться и стать хорошим и грамотным врачом, страдают от системы непрофессионалов. Например, современную учебную литературу пишут как детективные романы — рассчитанной на массовую низкоформатную аудиторию.

Современные учебники не выдерживают никакой критики, а старые, советские добротные, далеки от современных норм и медицинских методик. Институтам не хватает средств не только на закупки оборудования, но даже на бумагу для ксерокса. И если ее студенты как раз купить могут, то ткани на гистологию, которые часто в лабораториях заменяют на ткани животных, чтобы сэкономить, — уже нет. Ощущение полной безысходности перед рушащимися как карточный домик системами образования и медицины и чудовищное положение обеих в точке их пересечения — медицинском образовании создается оттого, что на реформирование и той и другой системы уже много лет постоянно выделяются огромные бюджеты. Вся новейшая история прошла под обещания властей реформировать, модернизировать, улучшить и довести до европейского уровня и то и другое.

Но поскольку традиционно чиновники предпочитают популистские заявления и шаги реальным — на ремонте больничных коридоров и точечной закупке дорогостоящих диагностических аппаратов все и заканчивается. Потому что не думают власти о том, что мало привезти в далекий регион томограф. Нужно еще подумать, кто будет на нем работать. Такого человека нужно выучить и в далекий регион доставить, иначе многомиллионный пиар по передаче американского (или японского) чудо-аппарата в глубинку так на стадии красной ленточки перед телекамерами и остановится. Но в системе об этом не думают. Профессионализма не хватает.



и рецидивах, а в онкологии. Когда он попал ко мне, рак у него был уже в запущенной стадии», — рассказывает врач-онколог Онкоцентра на Каширке Александр Петровский.

Дело в том, что рак часто провоцирует побочные заболевания, которые врачи первого звена начинают лечить, не думая о возможных причинах. Например, у пациента обостряется геморрой, и ему его лечат и вылечивают, а в четырех сантиметрах выше по прямой кишке может расти опухоль. Но проктолог ее не нашел и не искал, потому что картина ему казалась простой и типичной. Отчасти поэтому из всех выявленных случаев рака прямой кишки 80% — рак в 3-й и 4-й стадии.

«У наших врачей специалистов и широкого профиля нет рефлекса отправлять пациентов на консультацию к онкологу. Узнать у женщины, которой уже исполнилось 40 лет, давно ли она делала маммографию — а это обследование должно быть обязательным для женщин этого возраста и должно делаться не реже чем раз в два года, — может и терапевт, и окулист и стоматолог. И сказать, что нужно пройти на всякий случай, можно и нужно было бы. Но такой привычки нет», — объясняет Петровский.

И сложность еще в том, что нет универсальной диагностики рака. Нет такого анализа крови, который показал бы наличие раковой опухоли. Хотя повышенное содержание СОИ в крови может свидетельствовать об онкологии, но уровень СОИ может быть повышен и когда рака нет. И наоборот, рак может

не вызывать повышения СОИ в крови. Даже компьютерная томография всего тела не даст 100-процентной гарантии, что раковой опухоли нет. Иногда это может показать только отданная на биопсию пункция опухоли, которую сначала надо найти.

Особенно сложно с диагностикой дела обстоят в регионах, где на округ может быть один-единственный онкодиспансер с одним врачом-онкологом. А участковый терапевт и хирург, например, сидит в своей поликлинике поселковой и поставить такой диагноз на ранней стадии не в состоянии. У него и оборудования нет, и консультантов. Если он умница и онкологию хотя бы подозревать начнет, он посоветует бабке Дарье: «Поехать бы вам в райцентр, провериться». А что она ему ответит? «Сынок, времени нету. Корову доить, суп варить, внуков нянчить». Потому что до онколога ехать ей пешком до станции, а потом еще электричка и два автобуса. А там очередь. А тут корова.

«Случается, что диагноз поставить не может и московская частная и очень дорогая клиника, отлично оснащенная и с огромным штатом персонала. Ко мне на днях пришел пациент как раз после такой клиники, где из него вытрясли все деньги. У него в крови был повышен в сотни раз онкомаркер, но врачи сказали ему, что рака у него точно нет и вообще он абсолютно здоров. А этот показатель — это просто аномалия», — рассказывает Петровский. После повторного исследования кроме рака поджелудочной железы в запущенной стадии у него нашли язву желудка и гипертонию.

«МЫ ОТСТАЕМ НЕ ТОЛЬКО ОТ ЗАПАДА, НО И ОТ СССР»

окончание. начало на стр. 1

в основном это 3–4-я стадии. Из них только 24% получают лечение, а две трети больных не получают ничего. По международным стандартам они должны проходить химиотерапию. У нас она показана 40 тысячам человек, а проходят ее только 1,3 тысячи. Остальные получают паллиативную помощь.

— Насколько эффективна сегодня система квотирования онкобольных?

— Квоты в рамках федеральных программ дают пациентам возможность проходить лечение в федеральных центрах. В этом случае пациенты гарантированно попадают в руки лучших специалистов — хирургов, лучевых терапевтов, на хорошее оборудование. Только объем этих квот — капля в море.



Сергей Тюляндин

— Тем не менее такие программы являются приоритетным направлением господдержки?

— Политике приоритетов не хватает комплексности. Пациенту нужна простая доступность лечения без громоздких конструкций. Низкотехнологичной медицины в принципе не должно быть. Вот есть федеральная программа «Онкология», она направлена на улучшение диагностических возможностей центров — покупку томографов, ультразвука. Идея государства понятна: чем раньше диагностировать рак, тем легче будет лечить. Но нужно быть готовыми к тому, что ранняя диагностика выявит гораздо больше новых больных, которые потребуют новых затрат.

— Сергей Алексеевич, что заявлено в программе конгресса и сколько будет участников?

— Конгресс дает срез для практического врача по ситуации в онкологии: диагностике, лечению, реабилитации. Участники делятся своим опытом создания и работы в команде при ведении пациента. Специалисты по лекарственной и лучевой терапии, хирурги должны уметь работать слаженно, как оркестр. В этом году мы ожидаем около 1,5 тысячи участников. Активность медсообщества всегда поддерживал бизнес, фармкомпания привозили ведущих экспертов и часто компенсировали расходы участникам. В бюджетах периферийных клиник командировочные заложены из расчета 200 рублей в сутки. В этом году все тезисы выступлений и видеозаписи лекций будут доступны всем, кто не смог приехать к нам, на сайте www.rosoncweb.ru.

Мы беспокоимся о том, что будет в следующем году с проведением конгресса. Новый закон об охране здоровья ограничивает прямые контакты врачей и фармкомпаний, но и не подразумевает господдержки встреч онкологов для обмена опытом. Опасения отчасти оправданы, но нужно искать замещающие механизмы.

Когда в семье есть больной с тяжелым заболеванием, близким часто приходится выполнять роль сиделки. И тут важно не сделать хуже, потому что даже уколы нужно делать правильно.



АЛЕКСЕЙ КУДИН

Как поясняют специалисты, многие осложнения после уколов связаны с техническими погрешностями при их выполнении. Реальное осложнение вызывает введение или попадание лекарства не в ту среду, в которую проводилась инъекция. Так, проникновение некоторых лекарств, предназначенных только для внутривенного введения (например, хлорида кальция), в подкожный жировой слой, может повлечь за собой его некроз. А попадание масляных растворов при подкожных инъекциях в просвет кровеносных сосудов чревато последующей закупоркой капиллярами жира ветвей легочной артерии (жировой эмболией). Воздушная эмболия возникает иногда при попадании в кровеносное русло пузырьков воздуха.

Осложнения могут иметь причиной несоблюдение правил асептики и антисептики, травматизацию тканей тупыми иглами, использование слишком холодных растворов, особенно масляных, в этих случаях на месте инъекций возможно развитие уплотнений (инфильтратов). В некоторых случаях они нагнаиваются, возникает абсцесс. Травма сосудов во время инъекций способна привести к возникновению кровоизлияний, на месте укола формируется гематома. Такие гематомы, осложняющиеся воспалением стенки вены и закупориванием ее просвета (флебитом, тромбофлебитом), иногда наблюдаются в результате неудачной пункции вены (прокола двух ее стенок).

При выполнении любых инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) может произойти облом иглы в тканях. Это осложнение возникает как из-за дефектов самой иглы, так и в результате грубого проведения укола, сопровождающегося резким рефлекторным сокращением мышц.

Ряд инъекционных осложнений связан с непосредственным действием введенного лекарственного препарата. Из-за невнимательности больному может быть введена слишком большая

доза сильнодействующего препарата или ошибочно другого препарата. Даже при правильном введении лекарства, причем не только путем инъекций, в ряде случаев развиваются неблагоприятные побочные реакции на него.

Проявления лекарственной аллергии могут быть многообразными. Это может быть острая крапивница (появление волдырей на коже), отек Квинке (внезапный отек слизистых оболочек), узловатая эритема (глубокие поражения сосудов кожи), аллергические дерматиты, риниты, конъюнктивиты, аллергические поражения пищеварительного тракта и др.

Очень серьезной аллергической реакцией, возникающей на фоне лекарственной терапии, является анафилактический шок, который развивается внезапно: резко падает артериальное давление, происходит спазм бронхов и потеря сознания. В таком случае нужно срочно ввести пациенту антигистаминный препарат.

НОВАЯ ГРУДЬ

Маммопластика — восстановление груди после удаления опухоли молочной железы — перестала быть причудой эксцентричных пенсионерок. Заболевание молодеет — от него страдает все больше женщин в возрасте от 30 до 40 лет. Потеря груди для них едва ли не тяжелее самого онкологического заболевания.

90% пациенток после операции чувствуют себя неполноценными. 75% впадают в депрессию. 30% теряют половое влечение. В 22% случаев семья вообще распадается.

И никакие внешние накладки и экзопротезы проблему молодых и зрелых женщин не решают. Но ее может решить маммопластика, которую в целом ряде случаев производят прямо в процессе удаления пораженной молочной железы. Такая маммопластика называется первичной. В отличие от отсроченной — восстановления груди через несколько недель, месяцев или даже лет после удаления опухоли.

Если нет противопоказаний, первичная маммопластика в ходе операции по удалению опухоли почти наверняка поможет женщине избежать потрясения от потери груди.

В настоящее время в онкологии успешно применяются методики реконструктивной и пластической хирургии. Одними руками выполняется не только радикальное хирургическое вмешательство с соблюдением всех онкологических канонных, но и восстановление оперированного органа с использованием современных методов пластики и реконструкции.

Задача первичной маммопластики — создать в грудной мышце полость или карман. Подготовить место для установки

здесь через какое-то время импланта. Для этого после удаления пораженного участка или полностью молочной железы в грудную мышцу помещается эспандер — полость, в которую после операции постепенно закачивается физиологический раствор или силикон. Тем самым мышца раздвигается, кожа растягивается, принимая форму груди. Позже в ходе вторичной маммопластики на это место может быть установлен постоянный имплант. Но чаще и предпочтительнее устанавливать в ходе мастэктомии эспандер со всеми свойствами импланта. Такой эспандер, наполненный физраствором или силиконом, сам становится имплантом и формирует будущую искусственную грудь. Необходимость во вторичном оперативном вмешательстве отпадает.

Сосок формируется на этой новой груди из ее кожи. Пигментированная ареолярная область вокруг него восстанавливается с помощью татуажа.

Сформированная новая грудь, как правило, приподнята, подтянута, близка к «девичьей», что предполагает подтяжку и иногда уменьшающую маммопластику здоровой груди.

Несомненные преимущества искусственных материалов при протезировании — быстрота, эффективность, отсутствие дополнительных швов и операционных травм. Недостатки связаны с возможными осложнениями от вживления искусственного образования в живую ткань и возможностью сокрытия имплантом возобновления опухолевого процесса.

В этом смысле маммопластика с использованием кожи и тканей пациентки предпочтительнее, несмотря на то что она более трудоемка и требует от больной выдержки и терпения.

Прежде всего, операцию с использованием живых тканей в ходе удаления опухоли провести не удастся. Занимает такая операция до четырех часов. Делается под общим наркозом. Проводится после того, как восстановительный период закончится, швы зарубцуются, на месте удаленной железы начнет формироваться соединительная ткань.

Кожа для операции берется у пациентки со спины или из подпупочной области живота — там и кожа, и соединительная ткань очень похожи по эластичности и упругости на женскую

грудь. И в том и в другом случае шрамы после забора тканей и кожи в дальнейшем будут скрыты под бельем.

Основная операция по пересадке кожи и тканей производится под общим наркозом с обязательным участием микрохирурга (придется поработать над сшиванием сосудов — ткань и кожа должны нормально питаться). Формирование же соска на новой груди из ее кожи или с помощью пересадки кусочков от здорового соска производится под местной анестезией позже.

Разумеется, какой вид маммопластики выбрать, решает сама пациентка на основе рекомендаций хирурга-онколога и пластического хирурга. В любом случае если не полная чувствительность, то природная форма груди будет восстановлена, и от всех комплексов от того, что ты теперь «не женщина», можно будет избавиться. В Европе, например, до 90% женщин в возрасте до 40 лет делают маммопластику груди после удаления опухоли.



ИРИНА АГА

УДАЛЕНИЕ РАКОВЫХ ПЯТЕН

В США открыли новое лекарство от рака кожи — Зелбораф. Оно дает отличные результаты при лечении меланомы, и специалисты возлагают на него большие надежды. В Америке препарат уже применяют практикующие врачи, в России он появится в следующем году.

Меланома является самой опасной из трех разновидностей рака кожи. Если меланома диагностируется на ранней стадии, она обычно хорошо поддается лечению. Но в случае распространения процесса на другие органы и системы она становится наиболее агрессивной формой злокачественных новообразований кожи и характеризуется высокой летальностью. Продолжительность жизни пациентов с метастатической меланомой, как правило, измеряется месяцами.

У половины всех больных меланомой определяется метастатическая меланома с мутацией BRAF. Продлить жизнь пациентам с таким диагнозом теперь поможет препарат Зелбораф, разработанный группой компаний «Рош». Этот препарат является первым лекарственным средством, которое продемонстрировало свою способность продлевать жизнь почти половине больных с таким диагнозом.

Регистрация препарата Зелбораф была основана на результатах двух клинических исследований (BRIM3 и BRIM2) при участии пациентов с неоперабельной или метастатической меланомой с этим типом мутации.

В первом исследовании Зелбораф сравнивали с действием химиотерапии на больных неоперабельной или метастатической меланомой, ранее не получавших лечения. В исследование было включено

675 пациентов. Основными целями были оценка общей выживаемости и оценка исследователями выживаемости без прогрессирования заболевания. Дополнительные цели включали в себя частоту подтвержденного ответа на терапию по оценке исследователей. В этом исследовании были получены следующие результаты: а) Зелбораф на 56% снижает риск смерти по сравнению с химиотерапией; б) Зелбораф на 74% снижает риск прогрессирования заболевания; в) частота подтвержденного ответа на терапию, оцениваемая исследователями (количество пациентов, у которых наблюдалось уменьшение размеров опухоли), среди тех, кто получал Зелбораф, была равна 48,4% в сравнении с 5,5% у тех, кто получал химиотерапию.

Во второе исследование — BRIM2 — было включено 132 больных ранее леченной неоперабельной или метастатической меланомой. В результате было доказано, что применение препарата Зелбораф приводит к уменьшению опухоли у 52% пациентов.

«Разрешение на применение препарата Зелбораф знаменует собой важный шаг вперед в персонализированном подходе к лечению метастатической меланомы, выбор методов лечения которой до настоящего времени был крайне ограничен, — считает Хал Баррон. — Мы продолжим изучение препарата с целью дальнейшего улучшения результатов лечения пациентов с меланомой и другими онкологическими заболеваниями, развитие которых связано с мутацией BRAF».

ЭКОНОМИЯ ЦЕНОЮ В ЖИЗНЬ

В прошлом году власти обязали производителей медикаментов из списка жизненно важных лекарственных средств снизить цены на свою продукцию. Заставив производителя из своего кошелька платить за здоровье больных, государство спровоцировало передел фармрынка и наводнение его дженериками — устаревшими препаратами, которые могут копироваться компаниями, не обладающими уникальным патентом.

Государственный контроль за ценами на лекарства категории жизненно важных лекарственных средств (ЖНВЛС) был введен после того, как в 2008 году медикаменты подорожали сильнее, чем все потребительские товары. Теперь, при регистрации лекарств из списка ЖНВЛС, фармкомпании должны были отчитаться по продажам за предыдущий год. Исходя из этих показателей, для производителей рассчитывалась допустимая наценка на препарат. Как правило, при расчете цены происходило ее усреднение, и производитель был вынужден

Каждый год в России от рака умирает больше 300 тыс. человек. 2,5 млн — больны и нуждаются в лечении. Но система финансирования закупок лекарственных препаратов такова, что гарантированно получить лечение могут лишь 5% этих больных.

Самой финансируемой программой закупки дорогостоящих лекарств в России является программа «Семь нозологий». Проект стартовал в 2008 году как решение проблемы нехватки средств в программе ДЛО. В «Семь нозологий» вошли заболевания, лечение которых обходится дороже всего: гемофилия, муковисцидоз, гипопизарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, а также терапия иммунодепрессантами для пациентов после трансплантации органов.

Сегодня программа охватывает около 77 тыс. хронических больных, которые аккумулируют на себе около 40 млрд рублей, выделяемых федеральным бюджетом на закупки «дорогостоя». К 2013 году может быть расширен перечень нозологий, входящих в нее, а размер госрасходов вырастет до 54 млрд рублей. Между тем в рамках этой программы из числа всех онкологических пациентов лекарствами обеспечиваются только онкогематологические больные. Это лишь 2% (55 тыс.) из 2,5 млн всех больных раком в стране, однако на них приходится 45% всех средств, выделяемых на лекарства для лечения рака. С момента запуска программа, безусловно, стала прорывом в обеспечении лечения пусть даже малой толики больных. Однако она явно недостаточна и неспособна воздействовать на снижение смертности от онкологии в стране.

В «Семь нозологий» не входит ни одна из наиболее распространенных онкологических патологий, таких как рак молочной железы, рак толстого кишечника, рак легких, рак желудка, злокачественные опухоли женской репродуктивной системы. Таким образом, 95% пациентов, чей диагноз не присутствует в списке, обеспечиваются лекарствами по остаточному принципу. Их лечение возложено на региональные бюджеты из расчета до 500 рублей в месяц на одного льготника, не монетизировавшего свои льготы. При этом стоимость курса терапии современными высокоэффективными препаратами может достигать до 2–3 млн рублей в год.

По данным экспертов, в расчете на душу населения лекарственное лечение онкологического пациента в год обходится



сбывать препарат на рынке едва ли не ниже себестоимости. Ценовая диктатура привела к тому, что некоторые медикаменты стали навсегда отзываться с рынка: прибыль не покрывала затрат на производство, а без снижения цены государство отказывалось выкупать даже выпущенные специально под госзаказы лекарства.

Оригинальные препараты создаются фармгигантами, которые тратят миллиарды долларов на их разработку и клинические исследования и получают на них патент сроком на 15–20 лет. По истечении срока патента разработчик обязан раскрыть химическую формулу действующего вещества, и его могут изготавливать другие компании. Важную роль при этом играет технология производства, секрет которой продавец лицензии раскрывать не обязан. Производитель дженерика может сэкономить на любом этапе технологического процесса, не тратиться на его испытания и раскрутку бренда, поэтому копии стоят в разы дешевле оригиналов. Это и позволило им занять доминирующее положение в списках препаратов, закупаемых за счет федерального и региональных бюджетов. Однако их качество нередко вызывает у экспертов сомнения.

В России занижены требования к выпуску на рынок дженериков и почти нет ограничений на копирование фармигигантов. Выпускать копии могут даже мелкие компании, нередко нарушающие процесс производства. У ходового пре-

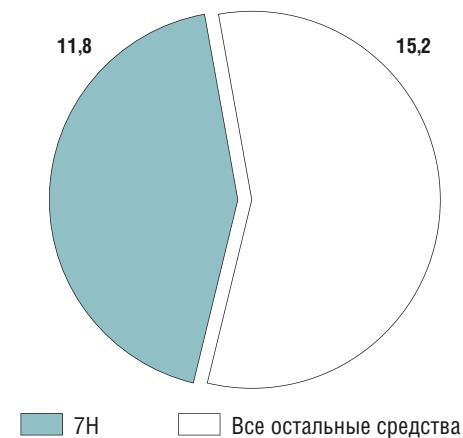
парата в кардиологии может быть до 120 российских аналогов, а в США — максимум 10–15. При этом на западных образцах всегда указаны коды, информирующие о степени изученности дженерика на доклинической стадии, его побочных эффектах и соответствии оригиналу. У нас же качество дженерика оценить невозможно.

С 2010 года в системе госзакупок стали появляться и так называемые биоаналоги — подобию биотехнологичных препаратов. Из-за невозможности точно воспроизвести биологическую молекулу «клонированный» препарат по свойствам сильно отличается от оригинала, но стоит порой даже дешевле дженериков. «В России до сих пор нет закона, регламентирующего вывод на рынок биоаналогов, нет даже понятия «биоаналог». Поэтому подобные препараты с юридической точки зрения являются точными копиями оригиналов. Даже воспроизведенные противоопухолевые средства перед регистрацией не проходят обязательной клинической апробации», — рассказал консультант НП «Равное право на жизнь» Анатолий Печенкин.

Между тем не прошедшие клинических испытаний противоопухолевые препараты могут быть даже опасны из-за своей токсичности. Часто на рынок поступают партии одного и того же препарата, которые из-за недоработок или ошибок в цепочке производства кардинально отличаются друг от друга.

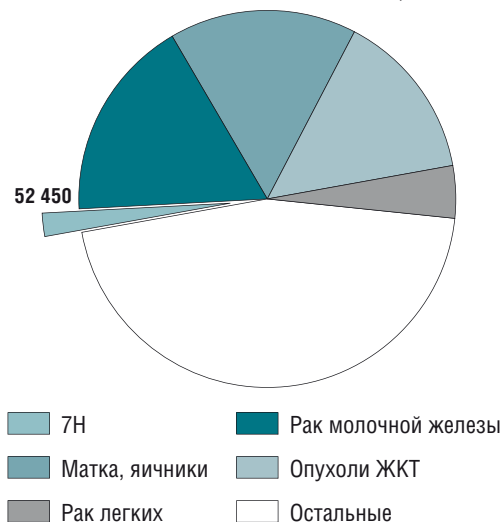
ОНКОЛОГИЯ: ПАЦИЕНТЫ И ФИНАНСИРОВАНИЕ

СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ (млрд руб.)



СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ

Всего 2,5 млн



нашему государству в €3,3, в то время как в Швеции и Франции этот показатель равен €17. «По сравнению со Штатами уровень обеспечения наших онкобольных жизненно важными лекарствами ниже почти в девять раз. За каждой сухой цифрой стоят реальные человеческие жизни: в России женщины с раком молочной железы умирают в два раза чаще без достаточной лекарственной терапии», — пояснил консультант НП «Равное право на жизнь» Анатолий Печенкин.

Катастрофическая нехватка средств вынуждает врачей отказывать пациентам в выписке бесплатного рецепта на спасительное лекарство. В ряде регионов существует негласный запрет на выписку «дорогостоя», вводится так называемый список ожидания, когда новые пациенты получают лекарство лишь при снятии с терапии больных из утвержденного списка. Цинично звучит, но пациенты вынуждены ждать смерти тех, кто делит с ними палату, чтобы получить шанс на выздоровление. Молодых женщин с гормонозависимыми опухолями молочной железы могут направить на операцию по удалению яичников, навсегда лишая возможности иметь детей. Между тем им показано лекарственное лечение в федеральных клиниках.

Ситуацию может еще больше усугубить новая инициатива Минздравсоцразвития. В июле в ходе обсуждения нового законопроекта об охране здоровья ведомство Татьяны Голиковой предложило передать полномочия по организации торгов и закупкам лекарств по «Семи нозологиям» в регионы. Чиновники признались, что испытывают сложности в администрировании программы, поэтому решили еще больше усложнить схему госзакупок. Средства на закупку «дорогостоя» предлагалось передавать в виде субвенций регионам, которые на местах должны были устраивать аукционы. При централизованном проведении торгов начальную стоимость лотов во многих случаях удается снизить на 10–15%. В случае проведения тендеров в регионах стоимость лекарств будет превышать их оптовую цену, что приведет к их удорожанию, предупреждали

аналитики фармрынка. Столкнувшись с критикой законопроекта со стороны медицинского сообщества, Минздравсоцразвития решило придержать данную поправку до 2014 года. Если инициативе все же дадут ход, то через два года лекарств могут лишиться даже те 2% онкобольных, кто еще сегодня гарантированно получает спасительное лечение.

Увы, в XXI веке в России учащаются случаи убийств и самоубийств неизлечимо больных людей, не получивших достаточной и адекватной медпомощи. О том, как люди из-за несовершенства системы и нехватки финансирования не получают даже обезболивающих препаратов и просто не выдерживают страданий, в материале Ирины Власовой.

Обеспечение онкологических, ревматологических и других страдающих пациентов обезболивающими лекарствами за государственный счет — очень длительный и сильно формализованный процесс. Скорее всего, новый законопроект об охране здоровья, который принят уже во втором чтении, ничего не изменит к лучшему. А ряд врачей, забыв о милосердии, не хотят «портить себе жизнь» лишними отчетами. Помочь могут только упорство в получении препаратов, жесткие, гласные и настойчивые требования к организаторам здравоохранения.

Когда надежда тает...

Следственное управление следственного комитета РФ по Курганской области сообщило о трагическом случае. 9 января 2011 года 59-летний житель села Просвет Кетовского района Курганской области в собственной квартире задушил ремнем свою 55-летнюю супругу «по просьбе своей жены и исходя из гуманных побуждений». Женщина три года болела раком, перенесла операцию, муж неоднократно возил ее к врачам в Курган, где медики сообщили, что надежды на выздоровление нет. Семье не хватило сил и настойчивости в требованиях адекватного обезболивания. «Общее состояние жены было удручающим, — сказал муж, — она страдала от болей, не могла отправлять физиологические потребности». Супруги жили вдвоем, детей у них не было.

По словам руководителя Кетовского следственного отдела управления следственного комитета при Прокуратуре РФ по Курганской области Михаила Панова, убийство больного даже по его просьбе — факт достаточно редкий, а со случаями суицидов тяжелых больных криминалисты встречаются.

«Да, случаи такие бывают, — говорит и руководитель отдела Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского профессор Борис Положий, — зависят эти случаи суицидов, на мой взгляд, от индивидуальных особенностей человека, а возможно, и от некоей биопредрасположенности к самоубийству, хотя этот фактор пока дискутируется. Индивидуальная предрасположенность к суициду проявляется не всегда, зато мы знаем, что у суицидов чаще всего бывает много причин».

Не дождалась милосердия

Несколько лет безуспешно судится с медиками и властями города Королева Московской области пенсионер Владимир Зимин. Он не может смириться, что из-за не оказания надлежащей медпомощи его жена, 71-летняя Людмила Зимина, покончила с собой. Женщина страдала от невыносимых болей, но лекарств ей не предоставляли. У Людмилы Зиминной начал разрушаться тазобедренный сустав, амбулаторное лечение ухудшало ее состояние, боли нестерпимо усиливались, медики затягивали с операцией, и женщина не выдержала. Но все ответственные лица остались практически безнаказанными.

По словам Владимира Зимина, в больнице сказали, что госпитализируют больную только по предъявлению справки о сдаче крови. В госпитализации для обезболивания Людмиле Зиминной отказали, невзирая на ее жалобы на сильную боль. «За день до переливания крови жена не выдержала боли, приняла много снотворного и умерла, — говорит Владимир Зимин. — Мы не успели выполнить бесчеловечное требование медиков».

Дадим, что есть

Новый законопроект «Об основах здоровья граждан» впервые содержит положения о паллиативной помощи, обезболивания, говорит президент Общества специалистов доказательной медицины профессор Василий Власов. Вся беда в том, что нормативы и требования хотят узаконить на низком, нецивилизованном уровне, который обрекает в том числе и неизлечимых больных на мучения. Чего стоит только одно признаваемое законом право на обезболивание «доступными средствами».

Важно, чтобы оно оказывалось в соответствии со стандартами медицинской помощи. В России в разы меньше, чем в цивилизованных и даже в развивающихся странах, в основном из-за плохой организации медпомощи, используются обезболивающие препараты, а те, которые используются, — устаревшие.

Например, значительную долю от применяемых препаратов составляет промедол — препарат плохой, неудобный, плохо переносимый больными. Современные формы обезболивания — трансдермальные пластыри и другие фармацевтические формы — медики используют в сотни раз меньше, чем в странах с нормальной медицинской помощью. Законопроект, если он будет принят в его нынешнем виде, узаконит обезболивание лекарствами только «по наличию».

Еще один риск состоит в том, считает профессор Власов, что узаконивается централизованный выпуск рецептов

на опиоидные анальгетики. Под флагом борьбы с наркоманией это сделает жизнь онкологических пациентов, да и всех других, страдающих от боли, еще тяжелее. В какой-то момент в регионе не окажется даже не препаратов, а просто этих рецептов, или отчетных бланков, или других бумаг. Пациентским организациям придется неоднократно проверять: а достаточно ли бланков на болеутоляющие препараты на территории. Как их можно пролонгировать, не забыли ли их заказать. Необходимость учета медицинского использования наркотиков существует, но нет никакой необходимости делать это «в Кремле».

Теоретически все проблемы решены

В общероссийском общественном движении «Медицина за качество жизни» поясняют, что на сегодняшний день нормативные проблемы доступности обезболивания решены. И если где-то есть сбой, полагают в этой общественной организации, то это «просчеты конкретных работников на конкретной территории, все заявки на обезболивающие препараты в регионах обеспечиваются и оплачиваются полностью».

Но неоднозначно оценивают ситуацию с доступностью лекарств от боли и в межрегиональной общественной организации «Движение против рака». В каких-то регионах организация помощи таким больным осуществляется лучше, в каких-то — хуже, пояснил руководитель движения Николай Дронов. «Причем самое большое количество жалоб у нас на организацию медпомощи из Москвы и Санкт-Петербурга, и мы это связываем с тем, что здесь самое большое количество лечебных учреждений и больные более „продвинутые“, чем в отдаленных местах, в национальных республиках, где просто боятся жаловаться, „чтобы не было хуже“, — сказал Дронов.

А как у них?

К сожалению, большинство неизлечимо больных людей в мире не имеют возможности умереть в достойных условиях. К такому выводу пришли специалисты, опрошенные The Economist Intelligence Unit. Из 100 млн людей, которым ежегодно требуется паллиативная помощь и услуги хосписов, лишь менее 8% такую помощь получают.

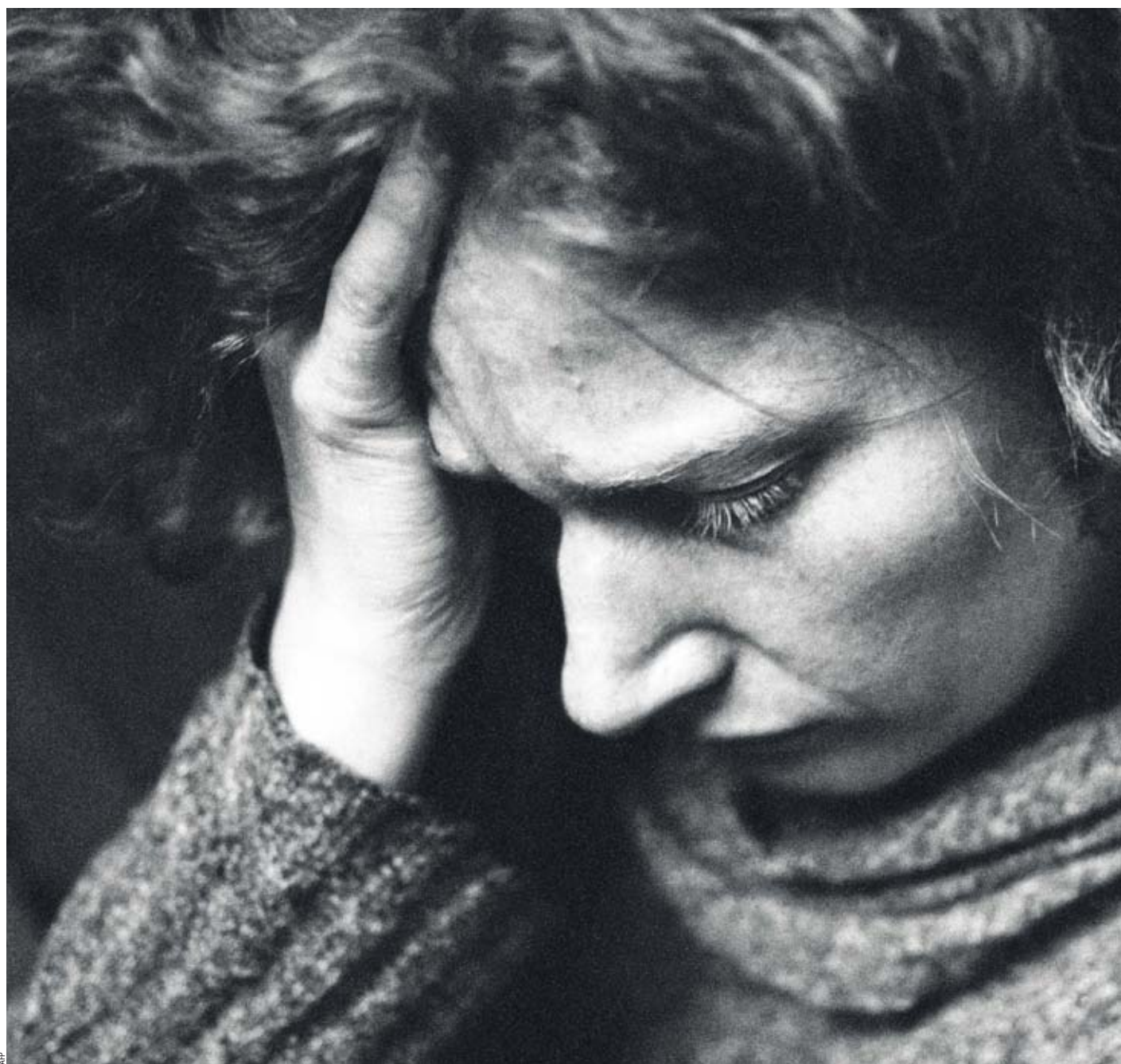
По результатам опросов экспертов и анализа данных исследований был составлен «Индекс качества смерти», включающий данные из 40 стран. В рейтинге лидирует Великобритания, за ней следуют Австралия и Новая Зеландия. Россия же занимает 35-е место, ей уступают лишь Мексика, Китай, Бразилия, Уганда и Индия.

По данным представителя ВОЗ Виллема Шолтена, который ранее презентовал исследование по доступности наркотических анальгетиков, «в мировых масштабах несколько сотен миллионов людей нуждаются в обезболивании хотя бы раз в жизни, и только крупница в сравнении с этой цифрой злоупотребляет наркотиками». Еще в 1996 году комитет по контролю наркотиков в РФ утвердил новые нормы отпуска ЛС на один рецепт. По некоторым препаратам они были увеличены в 20 раз. Также были введены понятия «койка паллиативной помощи», «койка хосписа», где нормы отпуска наркотических анальгетиков были увеличены в 100–150 раз, что позволяет проводить адекватную терапию в стационарах. Однако эти препараты доступны только в том случае, если их заказывают органы здравоохранения. Приобрести такие ЛС за наличный расчет законным путем невозможно.

«Такие лекарства — убыток в чистом виде»

«Очевидно, что вопросы продаж, производства и доступности анальгетиков и, в частности, наркотических анальгетиков должно регулировать государство, — сказал директор российского представительства компании CegeDim Давид Мелик-Гусейнов. — Себестоимость содержания охраны, камер слежения, сейфов, а только при этих условиях аптека может получить лицензию на продажу таких препаратов, продажи окупить не могут. Такие лекарства несут убыток в чистом виде».

Эти препараты крайне дешевы, заметил эксперт, бизнесу невыгодны, и у аптек, которые продают их, на первом плане должна стоять социальная функция, это в абсолютном большинстве случаев государственные аптеки или аптечные сети. Но все чаще государство их продает из-за слабого менеджмента. В этом случае доступность таких препаратов сильно ухудшается, поскольку «частнику они неинтересны», заметил эксперт.



ОПАСНЫЙ ДЫМ

Марк Твен некогда сказал: «Нет ничего проще, чем бросить курить. Я сам раз двадцать бросал». Шутки шутками, однако курение табака является непосредственной причиной рака губы, языка, глотки, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, трахеи, бронхов, мочевого пузыря, почки, шейки матки, а также миелоидного лейкоза.

Более 90% сигаретного дыма состоит из 350–500 газообразных компонентов, особо вредоносными из которых являются окись и двуокись углерода. Остальные 10% приходятся на твердые микрочастицы, включающие различные токсические соединения.

Человек, выкуривающий пачку сигарет в день, получает дозу радиации в 3,5 раза больше биологически допустимой. Радиоактивные изотопы имеют свойство накапливаться в организме, в связи с чем радиоактивный фон организма курящего в 30 раз выше, чем у некурящего.

Показатель риска, связанный с курением, различен для опухолей различных локализаций и зависит от возраста на момент начала курения, длительности курения и количества сигарет, выкуриваемых в день.

Риск возникновения рака полости рта и глотки у курящих повышен в два-три раза по сравнению с некурящими и в десять раз у тех, кто курит более одной пачки сигарет в день. Риск развития рака гортани и легкого у курильщиков очень высок. Так, риск возникновения рака легкого увеличивается в три-четыре раза при выкуривании более 25 сигарет в день. Наибольший риск возникновения рака легкого отмечен у мужчин, начавших курить до 15 лет. Риск возникновения рака пищевода в пять раз выше у курящих по сравнению с некурящими, а риск рака желудка — в полтора раза.

Риск рака мочевого пузыря и почки среди курящих повышен в пять-шесть раз.

Однако вернемся к раку легкого. Из редкого заболевания, которым он считался в начале XX века, он превратился в одну из самых частых причин смерти мужчин старше 45 лет.

Статистика показывает, что коэффициент летальности от рака легкого на 100 тыс. населения выражается следующими цифрами: некурящие — 3,4, курящие менее половины пачки сигарет в день — 51,4, от половины пачки до пачки — 144, более 40 сигарет — 217.

Чаще всего рак легкого поражает людей в возрасте от 40 до 60 лет. На этот возраст приходится около 85% случаев.

Курение способно не только спровоцировать рак легких, но и подстегнуть рост уже существующих опухолей. Согласно одной из теорий, никотин из сигаретного дыма может стимулировать деление и размножение раковых клеток в легких.

Активное курение увеличивает вероятность развития не только рака легких, но и других видов злокачественных опухолей, в частности рака поджелудочной железы. Следует отметить, что рак поджелудочной железы — намного более опасная опухоль, чем традиционный для курильщиков рак легкого. Если рак легкого сравнительно хорошо поддается как медикаментозному, так и хирургическому лечению, то устранить опухоль поджелудочной железы практически невозможно.

Тут самое время еще раз процитировать Марка Твена: «Есть несколько рецептов устоять перед соблазнами, но лучший — трусость».

Многие курильщики, утверждавшие, что они не в состоянии расстаться с этой привычкой, тем не менее резко и навсегда бросали курить после попадания в кардиологическую или онкологическую клинику с диагнозом «инфаркт миокарда» или «раковое заболевание». Попробуйте представить себе такую ситуацию, и вам наверняка будет легче отказаться от курения.



ДИЕТА ПРОТИВ РАКА

На возникновение опухолевых заболеваний оказывает влияние характер питания. Рекомендуемая сбалансированная диета содержит минимум насыщенных жиров, она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно групп А, В, С и Е.

С точки зрения профилактики онкологии идеальным является употребление в пищу только экологически чистых продуктов, что сегодня просто невозможно для большинства людей. Даже если выращивать продукты на своем дачном участке и не использовать «химию», вредные дождевые осадки, неблагоприятный радиационный фон, накопившиеся в почве ядохимикаты все равно попадут в выращенный урожай. Поэтому если на упаковке написано «экологически чистый продукт», то это рекламное преувеличение. Есть более загрязненные и менее загрязненные продукты. Причем пестициды, тяжелые металлы, микотоксины, диоксины не разрушаются ни при варке, ни при жарке, ни при какой другой переработке пищи.

В связи с тем что вредные химикалии концентрируются в верхних слоях растительной продукции, овощи и фрукты необходимо тщательно мыть и срезать с них толстый слой кожуры, а также верхушки корнеплодов, картофель варить желательно очищенным, и не целиком, а разрезанным на дольки, с капусты следует снимать два-три верхних слоя, у моркови желательно не использовать в пищу также и сердцевину, у петрушки и сельдерея использовать для еды только листья, а стебельки и веточки выбрасывать. Овощи лучше несколько минут поварить, затем слить отвар, снова залить овощи кипятком и доварить их до готовности. В животных продуктах канцерогены концентрируются в основном в жире, поэтому следует есть меньше животных жиров, употреблять нежирные сорта мяса и рыбы.



Канцерогены могут образовываться и при приготовлении пищи. Полициклические углеводороды могут возникать, когда мясо или рыба жарится или когда любые продукты жарятся в жиру, особенно используемом неоднократно. Жарка на сковороде — вредный для здоровья способ приготовления пищи. Выходом из положения для любителей жареных продуктов являются сковороды с тефлоновым покрытием, на которых пища не пригорает.

Еще более опасным является копчение пищи. Коптильный дым сам по себе прекрасный консервант, придает пище приятный вкус, поэтому издревле люди коптили мясные и рыбные продукты с целью их сохранения и улучшения вкусовых ощущений. Однако при копчении мясных, рыбных и других продуктов в них образуется большое количество канцерогенных полициклических углеводородов и нитрозосоединений.

Американские ученые выявили, что женщины, регулярно употреблявшие хорошо прожаренное мясо с хрустящей корочкой, в пять раз чаще заболевали раком молочной же-

лезы, чем женщины, употреблявшие вареное или умеренно прожаренное мясо.

Особо следует сказать о шашлыке. Хороший шашлык из мяса и рыбы готовят на потухающих углях, когда уже нет дыма, а есть только тепло. В таком шашлыке канцерогенов нет. Однако в барбекю канцерогенов много, так как при этом целую тушу животного готовят на открытом огне с дымом.

Не следует постоянно готовить мясо и рыбу в кастрюлях-скороварках с крышкой, потому что по законам физики жидкости в герметически закрытых сосудах кипят при температуре гораздо более высокой, чем на открытом воздухе.

При варке и тушении в продуктах практически не образуются канцерогены, поэтому эти способы должны стать повседневными при приготовлении пищи. Хорошим способом с точки зрения онкологической безопасности является приготовление пищи в пароварках. При тепловой обработке водяным паром в продуктах не образуются канцерогены, при этом потери ценных веществ и вкусовых качеств значительно меньше, чем при обычной варке в воде. Безопасно готовить и особенно повторно разогревать пищу в микроволновых печах, в них продукты подвергаются щадящей и менее длительной термической переработке, в продуктах образуется меньше канцерогенов, а с другой стороны, меньше разрушаются витамины и другие полезные вещества, для кулинарной обработки пищи в микроволновых печах не требуется жиров.

Имеет значение и температура поедаемой пищи. Давно установлено, что хроническое употребление слишком горячей еды и чая повышает риск рака пищевода.

Доказано, что избыточное потребление поваренной соли повышает риск рака желудка и мочевого пузыря. Ежедневная физиологическая потребность организма взрослого человека в поваренной соли, или хлориде натрия, составляет 4–5 г (чайная ложка).

При сбалансированном питании необходимое количество соли содержится в потребляемых за сутки продуктах без дополнительного подсаливания.

Таким образом, с целью диетической профилактики рака следует ограничить употребление жареной на жиру пищи, белковых продуктов после высокотермической переработки, консервированных, маринованных и соленых продуктов. При приготовлении пищи следует руководствоваться принципами здоровой кулинарии: подвергать белковую пищу щадящей тепловой обработке, не жарить продукты, а лучше варить и тушить, не употреблять чрезмерно горячие пищу и питье, широко использовать микроволновую печь, сковороды с тефлоновым покрытием.

Наш образ жизни может являться непосредственной причиной развития рака. Курение, сидячий образ жизни и неправильное питание могут привести к раку. Поэтому пропаганда здорового образа жизни — это не просто красивые слова о красивой жизни. Это реальная помощь своему организму.

Теоретически эффективные профилактические мероприятия способны снизить уровень онкологической заболеваемости на 70–80%. Первичная профилактика злокачественных новообразований заключается в предупреждении возникновения злокачественных опухолей и предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации неблагоприятных факторов окружающей среды и изменения образа жизни человека.

Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается контролю курения. Это обусловлено тем, что табак и табачный дым содержат более 3,8 тыс. химических веществ, из которых многие являются сильнейшими канцерогенами. Значительно повышается онкологическая заболеваемость и при употреблении алкоголя, особенно крепких напитков. Развитие злокачественных опухолей стимулируют ионизирующие излучения, ультрафиолетовое облучение, а также электромагнитные излучения радио- и микроволнового диапазона. Установлена связь между стрессовыми ситуациями в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. На возникновение опухолевых заболеваний оказывает влияние характер питания и загрязнение окружающей среды.

К числу основных направлений предупреждения злокачественных новообразований относится медико-генетическая профилактика. Она заключается в определении семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организации мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. К примеру, если у женщины был обнаружен рак молочной железы, то риск аналогичного заболевания у ее дочерей повышается в 4,5 раза.

Рекомендуется также проводить иммунобиологическую и эндокринно-возрастную профилактику, каждая из которых теоретически способна снизить уровень онкологической заболеваемости на 10%.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований представляет собой комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний и состояний, а также раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает наиболее высокую эффективность их хирургического и других видов противоопухолевого лечения. В осуществлении этого вида профилактики большое значение имеет



применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования, так как простой визуальный осмотр и применение обычных методов врачебного обследования без применения перечисленных выше методик недостаточно эффективны для выявления ранних стадий онкологических заболеваний.

В индивидуальной профилактике сохраняет свое большое значение диспансеризация, которая в достаточной степени обеспечивает своевременное выявление ранних стадий онкологических заболеваний и лиц с повышенным риском их возникновения, что позволяет формировать группы риска. Лица, отнесенные к этим группам, должны подвергаться специальным методам исследования: цитологическим, гистологическим, эндоскопическим, УЗИ, рентгенологическим, лабораторным с соблюдением строгой периодичности их проведения. В эти группы включаются курильщики и страдающие алкогольной зависимостью, лица, имеющие кровных родственников, боль-

ных или болевших онкологическими заболеваниями, прежде всего раком легкого, раком желудка, раком толстой и прямой кишки, раком молочной железы и др. В группы риска должны включаться также лица, у которых обнаружена триада: гипертоническая болезнь, диабет и ожирение.

Ранняя диагностика и скрининг позволяют значительно улучшить результаты лечения. Скрининг — это комплекс недорогих и эффективных диагностических методик, позволяющих регулярно проводить информативные обследования больших групп населения.

Программы скрининга разработаны для всех распространенных видов онкологических заболеваний. Список исследований одинаков для всех групп населения, однако людям с высоким риском развития злокачественных новообразований следует проводить их с более раннего возраста, то есть на пять лет раньше самого раннего возраста постановки диагноза онкологического заболевания у родственника первой линии.

АНАЛИЗ НА РАК

В будущем рак можно будет лечить еще до образования опухоли. С помощью регулярного анализа крови медики смогут на самых ранних стадиях выявлять предрасположенность к заболеванию и начинать лечение. Уже сейчас в ведущих научных центрах мира проводятся исследования генетических изменений, происходящих в клетках при развитии рака, которые помогут заранее прогнозировать и прерывать развитие заболевания.

Активной стадии онкологического заболевания предшествуют долгие (иногда — десятки лет) генетические изменения в клетках человеческого организма. Его финальной стадией является злокачественное перерождение клеток в раковые. Их отличают от обычных клеток две важнейшие особенности. Первая носит название «тканевой атипизм» — это утрата клетками способности к дифференциации, которая вызывает критическое нарушение структуры ткани, из которой происходит опухоль. Вторая особенность — агрессивный рост (так же быстро растут только стволовые клетки, но они как раз характеризуются максимальной способностью к дифференциации — из них происходят все клетки организма). Размножающиеся раковые клетки атакуют как сам пораженный орган, так и другие близлежащие органы, происходит «метастазирование» — распространение клеток опухоли с током лимфы или крови по всему организму с образованием новых очагов в других органах.

Сейчас рак обнаруживают на поздней стадии — стадии пора-

жения ткани. В этом случае лечить его сложно — необходимо хирургическое или иное вмешательство в организм, потому что уже нет одного «сломанного» фермента. В клетках опухоли вся машина ферментов работает неправильно, мутации накапливаются со скоростью, превосходящей нормальную в сотни тысяч раз. Терапевтически уже ничего нельзя сделать: раковая клетка выработает устойчивость против любого лекарства, мутируя с огромной скоростью.

Все эти изменения носят генетический характер, и самые важные из них те, что возникают на ранних стадиях развития болезни, когда ее еще невозможно диагностировать существующими сегодня методами.

Если удалось локализовать и диагностировать самое раннее генетическое изменение, то нужен всего один препарат, воздействующий на него: он может победить заболевание. При этом полная ремиссия наблюдается у статистического большинства пациентов. Такая направленная терапия более эффективна: она прерывает болезнь на ключевой

для ее развития стадии, она не вызывает побочных эффектов. Хотя через какое-то время болезнь может вернуться, это снова будет мутация в определенной молекуле, которая стала устойчивой к действию разработанного лекарства.

Это подтверждает, что генетические изменения — ключ к развязке рака.

В будущем, полагают специалисты, выявление ранних стадий рака превратится в профилактический осмотр — простой анализ крови. В ходе такого осмотра каждый сможет периодически сдавать кровь для специального анализа на особые биомаркеры, присутствие которых в крови говорит о раннем этапе развития того или иного вида рака. Такой анализ станет экспрессным. Если выяснится, что есть опасность развития заболевания, пациент сразу получит превентивное лечение. К сожалению, такая радужная картина — дело довольно отдаленного будущего, но уже сегодня существует ряд медицинских методик, основанных на диагностике ранних признаков рака.

Сегодня ученые говорят уже о принципиально новом разделе медицины — персонализированной медицине. Благодаря определению уникальных характеристик опухоли можно подобрать эффективное лечение, которое будет поражать только раковые клетки и не обладать токсичностью для всего организма.

«ОНКО-ДОЗОР»

Вовремя поставленный диагноз по отношению ко всем видам рака означает 90% случаев победы над заболеванием. А чем позже будет поставлен диагноз, тем меньше даст шансов на полное выздоровление. «Онко-дозор» ищет рак.

В нашей стране более 2,5 млн человек больны раком. Каждый день диагностируется 1250 новых случаев онкологических заболеваний. Более 50% из них уже на 3-й и 4-й стадии. Число излечившихся от болезни в последней стадии составит уже не более 10%. Более того, терапия на ранних стадиях рака самая недорогая и доступная. А дальше ее стоимость возрастает в геометрической прогрессии. Эта пугающая математика должна научить каждого человека лишь одному простому навыку — регулярно (раз в один-два года) проходить медицинские обследования даже в том случае, если ничто не беспокоит, и тем более моментально реагировать на все тревожные сигналы, которые посылает организм.

Для обнаружения опухоли на самой ранней стадии, когда еще нет симптомов болезни, используется метод скрининга. Среди примеров скрининга — маммографическое исследование для выявления рака молочной железы, тест на скры-

тую кровь для обнаружения рака толстой кишки, цитологическое исследование для определения рака шейки матки.

В России существуют такие программы, как «Онко-дозор». Этот проект по профилактике онкологических заболеваний реализует Некоммерческое партнерство по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения «Равное право на жизнь», которое объединяет усилия врачей, представителей государственной власти и общества. Нужно только прийти в ближайшую клинику, которая является партнером «Онко-дозора» в борьбе с раком, и пройти обследование.

Полную информацию о программе «Онко-дозор», календарь мероприятий, географию клиник первичной диагностики и ответы на вопросы вы найдете на сайте www.onko-dozor.ru.

ДОВЕРЧИВЫЙ СТРАХ

В том, что многие пациенты и их родственники попадают в руки к шарлатанам, виноват страх, который охватывает людей, лишает их возможности критично мыслить и заставляет верить даже самым бездарным обманщикам. Чаще всего в крайности бросаются те, кому придется пожертвовать качеством жизни ради самой жизни.

В момент, когда доктор ставит страшный диагноз, зачастую люди не чувствуют себя больными или умирающими. И поверить в то, что с ними это действительно происходит, очень трудно. Вчера был здоров, пришел сдать анализы — и уже умираю! И совсем тяжело согласиться изменить полностью и в заметно худшую сторону свою жизнь. Решиться на удаление груди или яичек или вырезать часть

кишечника и до конца жизни ходить с калоприемником на животе.

Иногда желание спрятаться от такой реальности становится сильнее разума.

Одной женщине сказали, что, если она будет прикладывать к опухоли вареную луковицу, опухоль сама рассосется и рак пройдет. Ни операция, ни химиотерапия не понадобятся. Через полгода на месте, куда несчастная прикладывала обжигающий едкий лук, образовалась огромная язва. Она с торжеством показывала ее онкологу: «Смотрите, доктор, рак выходит прямо через кожу! Еще немного — и я совсем поправлюсь!» Несмотря на свою уверенность в чудодейственной силе своей язвы, от контрольного обследования она отказалась.

Эта пациентка закрылась в своем видении проблемы, и отрицание реальности для нее способ самозащиты.

Иногда люди уходят от осознания своей болезни и без применения народных средств. Отказываются ложиться на операцию, проходить лечение или даже дополнительное обследование, ссылаясь на неотложные текущие дела. И к уговорам врачей, что времени нет как раз на промедление, потому что болезнь прогрессиру-

ет, полностью равнодушны. Еще сложнее принять правильное решение родителям заболевших малышей. Одна пара не согласилась на удаление опухоли мозга своему десятилетнему сыну, который мучился от мигреней, а быстро растущая, хотя и доброкачественная опухоль грозила перекрыть кровоток, что привело бы к смерти ребенка. Отказались от операции родители потому, что врач не дал им 100-процентной гарантии на успех. Зато женщина-экстрасенс, без медицинского образования, но с убежденностью в своих сверхъестественных способностях, гарантировала и 100, и 200 процентов успеха.

Через год умирающего мальчика привезли опять. Врачи на свой риск взяли его оперировать, и, пережив клиническую смерть на операционном столе, ребенок выжил. Но остался инвалидом.

Есть целители, которые сами глубоко больны, иногда это неизлечимые психиатрические диагнозы. Одержимы своими мнимыми возможностями и, возможно, даже желанием помогать. Но часто это циничные, холодные люди, которые просто наживаются на слабости других. Зарабатывают на страхе смерти и не несут за это никакой ответственности.



МУХОМОРЫ, КЕРОСИН, САМОВНУШЕНИЕ И ПРОЧИЕ СРЕДСТВА ОТ РАКА

Неустроенность современного российского здравоохранения, бюрократия, очереди, нехватка лекарств становятся причиной недоверия пациентов к традиционной медицине. К знахарям и шарлатанам обращаются не только безнадежные больные, но и те, кому врачи дают хорошие шансы на выздоровление.

Рецепты отваров и настоек из трав и грибов разной степени ядовитости подкупают своей долгой историей существования. Те, кто ратует за отказ от медицинской помощи и уверяет, что вылечиться можно дедовскими способами.

В интернете множество сайтов и справочников по приготовлению лекарств от злокачественных опухолей. Также эти рецепты издаются в печатной литературе. И теоретически могут приносить пользу. Многие современные препараты действительно сделаны на основе вытяжек из растений, но их польза проверена испытаниями. А влияние настоя из гриба чаги или керосина с маслом — нет.

Не все врачи-онкологи категорически отрицают возможную

пользу нетрадиционной медицины. Они лишь объясняют, что не могут утверждать, что все эти методы в 100% случаев недействительны. Дело в том, что их действие не изучено в достаточной степени. Может быть, при определенном стечении обстоятельств лекарство из мухомора или лягушки поможет одному из десятка или сотни пациентов. И это хорошо. Но это не подтверждает действенность рецепта в целом.

Не все пациенты, выслушав аргументы обеих сторон, полностью доверяются только одной из них. Есть данные, что во всем мире к средствам нетрадиционной медицины для лечения рака прибегают до 70% пациентов. Многие делают это втайне от своих лечащих врачей.

УЧИМСЯ ЛЕЧИТЬСЯ

Неосведомленность пациентов о современных медикаментах и о своем праве на их получение — одна из основных бед заболевших людей в борьбе с бюрократией за свою жизнь. Врачи и чиновники часто пользуются этим незнанием, не утруждая себя информированием. Информационную поддержку пациентов взяло на себя НП «Равное право на жизнь» и «Движение против рака».

Права пациентов в России нарушаются очень часто. Людей не обеспечивают своевременной диагностикой, лекарствами последнего поколения, которые им положены бесплатно и по законам РФ. Сегодня пациенты стали более образованными, чем раньше. Они могут прочесть в интернете о своей болезни и о способах лечения и задать вопросы своему врачу. Но многие не могут заступиться за свое здоровье и свою жизнь, потому что ни об этих лекарствах, ни о правах на них даже не знают.

Межрегиональное общественное движение «Движение против рака» при поддержке некоммерческого партнерства «Равное право на

жизнь» регулярно проводит информационно-образовательные мероприятия для онкологических пациентов и их родственников с участием специалистов ведущих профильных медицинских учреждений, представителей органов управления здравоохранением, общественных организаций, психологов и юристов.

Практикующие врачи информируют участников «Школы пациентов» о современных методах лечения рака, методах диагностики онкологических заболеваний, проводимой для постановки первичного диагноза и в процессе лечения. А также помогают разобраться в принципах про-

водимого лечения, процедурах подготовки, проведения и последующих действий при диагностических и лечебных мероприятиях, подсказывают, как себя вести и что делать при возникновении побочных эффектов химиотерапии.

Не менее важным блоком «Школы пациентов» является участие психолога, который рассказывает больным, их родственникам и близким, как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием. Во время занятий школы пациенты, их родственники и близкие могут задать вопросы специалистам и получить компетентные ответы.

За прошедшие годы были проведены сотни таких семинаров, на которых присутствовали тысячи пациентов. Помощью людям получается адресная, потому что у каждого есть возможность задать вопрос и проконсультироваться по своей проблеме. Кому-то нужно узнать про лекарства, а кому-то помочь написать заявление о том, что пациенту отказывают в назначении лекарства. Часто на семинары приходят родственники пациентов и все внимательно выслушивают и записывают, чтобы потом обсудить на семейном совете.

Узнать о том, где пройдет следующий семинар «Школы пациентов», можно в интернете:

на сайте межрегионального общественного движения

«Движение против рака»: www.rakpobedim.ru;

на сайте некоммерческого партнерства

«Равное право на жизнь»: www.ravnoepravo.ru;

в микроблоге некоммерческого партнерства

«Равное право на жизнь»: twitter.com/ravnoepravo;

в блоге Дмитрия Борисова, исполнительного директора некоммерческого партнерства

«Равное право на жизнь»: dborisov.livejournal.com.

Телефон горячей линии: 8-800-200-2-200

с 9:00 до 21:00 (по России звонок бесплатный)