

БЕСПЛАТНЫЙ СКРИНИНГ

онкодозор



КОГДА ДИАГНОЗ — РАК

как не потерять время



ЛЕКАРСТВ НЕ ЗАВОЗИЛИ

перебои с поставками



ЗВЕЗДЫ ПРОТИВ РАКА

Синтия Никсон



КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Всероссийский союз пациентов предупреждает, что онкологическим больным будет не хватать лекарств. В 2012 году прекратила действие федеральная программа «Онкология». Минздравсоцразвития не стало пролонгировать проект и до сих пор не предложило четкой альтернативы, как и за чей счет дальше лечить пациентов.

У чиновников возникла проблема с «идентификацией»: включить онкозаболевания в список орфанных болезней или признать социально значимыми. «Наша позиция здесь четкая: пациенту все равно, как там решится на бумаге, лишь бы был доступ к адекватному лечению и лекарства. Минздравсоцразвития совместно с пациентскими организациями должно решить, будет это программа госгарантий с регулярным финансированием, четкими тарифами и стандартами оказания помощи, специализированная программа льготного лекарственного обеспечения именно для онкобольных или они войдут в программу обеспечения необходимыми лекарственными средствами», — пояснил сопредседатель Всероссийского совета по защите прав пациентов Юрий Жулев.

Льготные лекарства остаются последней надеждой для большинства онкобольных. Однако программа ДЛО и сменившие ее программы ОНЛС и «Семь нозологий» предполагают бесплатное выделение медикаментов лишь для инвалидов. Процедура же получения инвалидности в условиях бюрократии может затянуться на месяц–три и по факту является скорее жестким и продуманным барьером от прироста новых льготников. Больного, услышавшего диагноз «рак», но не получившего инвалидность, подобные «льготные» программы вряд ли устроят. Да и какие гарантии дает справка, если схему получения нужного лекарства критикуют сами врачи. Сначала нужно встать на очередь на получение льготного препарата, потом ждать решения агентства здравоохранения, и в лучшем случае

через полтора месяца пациент начнет курс лечения. В схватке же больного с раком счет идет на дни.

По словам Юрия Жулева, пациентские организации накрывает шквал жалоб на систему закупки и получения лекарств. Чиновники ориентируются на закачивание в здравоохранение бюджетных миллиардов, большая часть из которых идет на ремонт больниц и оборудование, простаивающее потом из-за нехватки кадров или расходных материалов. Статья расходов на лекарственное обеспечение как была, так и остается недофинансирована, к тому же при госзакупках медикаментов во главе угла стоит цена, а не эффективность препарата.

По данным «Лиги защиты пациентов», на сегодняшний день медицинским обслуживанием в России недовольны 92% граждан. «В очереди к узкому специалисту можно простоять больше месяца. Поликлиническое звено сегодня — это способ выдавливания людей в платную медицину. Хотя медицина вообще не бывает бесплатной, ведь мы платим за свое лечение из своего же кошелька через налоги», — считает глава «Лиги защиты пациентов» Александр Саверский. Стационарное звено, как и амбулаторное, не гарантирует тяжелобольным адекватного лечения. В больницах мздой сегодня облагается все, начиная с назначения инновационного противоопухолевого препарата и заканчивая продвижением в очереди на операцию. Блогосфера каждый день пополняется рассказами о том, как пациентов шантажируют их же жизнью, выуживая взятки. «Если нет знакомых врачей, могущих помочь в выбивании этого лекарства бесплатно, выход один — дать взятку в онкодиспансере по месту жительства», — пишет nervalis. По данным Юрия Жулева, в больницах действительно есть негласное правило: пациент приходит со своим лекарством. Врачи говорят, что лечить нечем, советуют получить препарат в рамках льготной программы и уже с ним ложиться в стационар.

Государство сегодня делает ставку на программу оказания высокотехнологичной медпомощи, но и этот проект финансируется лишь на 80%. И главный дефект программы — в сроках оказания помощи. Минздравсоцразвития заявляет, что программа ВМП не «неотложка» и не рассчитана на экстренное лечение. Очереди и волокита в больницах порой доводят пациентов до паники. Два года назад во Владивостоке женщина с диагнозом «рак груди», не дождавшись своей очереди на



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО

№4 МАРТ 2012
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

СЕМЕЙНЫЙ РАК

В некоторых семьях заболевают раком чаще, чем в других. О том, когда люди попадают в группу риска из-за своей наследственности, рассказала заведующая кафедрой медицинской генетики Московского государственного медико-стоматологического университета, д.м.н., профессор Лариса Акуленко.

— В литературе иногда встречается такой термин — «раковая семья». Раскройте его, пожалуйста, подробнее.

— Этот термин связывается именно с Наполеоном Бонапартом. Впервые термин «раковая семья» был введен в 1913 году ученым Вартином. Он впервые описал семью, и именно семью Бонапарта, где было много заболеваний желудочно-кишечного тракта: в течение многих поколений предки и потомки французского императора умирали от рака желудочно-кишечного тракта. Кстати, они стали классическим образцом «раковой семьи», войдя как пример во все учебники по онкогенетике. Сейчас термин «раковая семья» практически не используется, вместо него говорят о «семейном раке».

— Термин «раковая семья» касается только рака желудочно-кишечного тракта?

— Отнюдь. После этого было большое количество исследований в литературе опухолей разных локализаций — яичников и молочной железы — в 1930–1950-е годы. Описательные случаи в конечном итоге и побудили в 1970-х годах провести специальные исследования, направленные на изучение роли генетических

продолжение статьи на стр. 6

продолжение статьи на стр. 5

ПРЯМЫЕ РАСХОДЫ НА ОНКОЛОГИЮ В ЕВРО НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ

До 50	50—100	100—150	150—200	Более 200
БОЛГАРИЯ РУМЫНИЯ	ЧЕХИЯ	ИТАЛИЯ	БЕЛЬГИЯ НИДЕРЛАНДЫ	США АВСТРИЯ НОРВЕГИЯ
ЭСТОНИЯ ЛАТВИЯ ЛИТВА	ФИНЛЯНДИЯ ВЕНГРИЯ	ИСПАНИЯ ПОРТУГАЛИЯ	ДАНИЯ	ФРАНЦИЯ ГЕРМАНИЯ
ПОЛЬША	СЛОВЕНИЯ	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	ИРЛАНДИЯ ИСЛАНДИЯ	ЛЮКСЕМБУРГ
СЛОВАКИЯ			ГРЕЦИЯ	ШВЕЦИЯ ШВЕЙЦАРИЯ

В России этот показатель — 19 евро.

Наглядно видно расхождение по объемам финансирования онкологии между странами. Например, есть кратная разница между развивающимися странами бывшего соцлагеря и странами с сильной экономикой. Диспропорция финансирования приводит к значительной разнице по количеству вылечившихся пациентов в этих странах.

ЭКОНОМИКА
ГУМАННОСТИ

ДМИТРИЙ
БОРИСОВ

Когда кто-то заболевает, его всегда жалко. Когда болезнь смертельная — это больно и страшно. Невыносимо тяжело терять близких людей. Несправедливо. Особенно когда речь идет о молодых людях, которые столько всего могли еще успеть.

Что-то похожее испытывает государство, когда подсчитывает экономический ущерб от смерти или инвалидности своих граждан при раковых заболеваниях. Это более 90 млрд руб. ежегодно. Такое внутри валовое сочувствие. Молодой, здоровый, успешный работник, ученый, менеджер, врач, политик — сколько он мог спасти жизней, заработать денег, сделать открытий, родить детей... Стариков государству жаль меньше. Они и так на пенсии, а тут еще лечи. Статистика цинична.

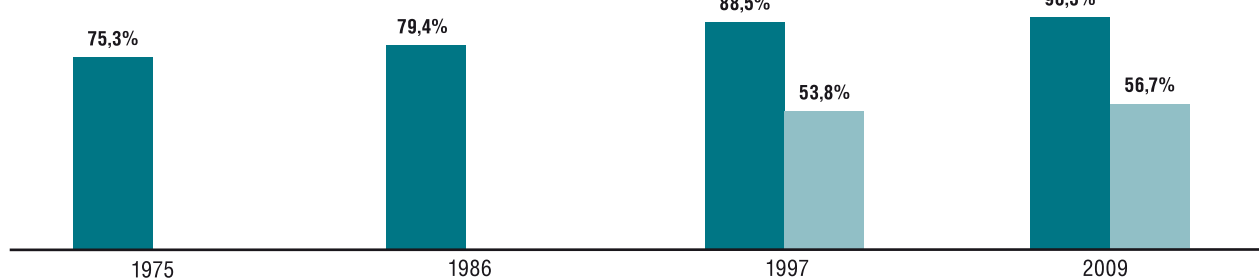
А ведь жизнь пациента не прервалась бы, если бы он вовремя получил необходимое лечение. Как, например, Дрю Фауст, ректор Гарвардского университета — 22 года назад ей поставили диагноз «рак». Но она вылечилась и продолжает жить, обучать студентов, руководить научными работами ученых, которые совершают открытия мирового масштаба. Или Амартия Сен — индийский ученый, нобелевский лауреат в области экономики. Диагноз «рак» ему поставили задолго до того, как он сделал свои открытия, 50 лет назад. Но благодаря успешному лечению он смог оказать влияние на помощь развивающимся странам во всем мире.

2011 году затраты на здравоохранение в России увеличили до 5% ВВП. В развитых странах эта цифра доходит до 10–12%. Потому что, согласно экономике медицины, не только благополучие государства влияет на здоровье граждан, но и здоровье граждан напрямую формирует экономику. И чем больше средств будет вложено, тем больше будет возвращено.

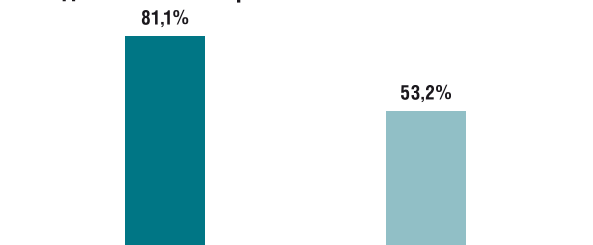
Онкология — дорогая болезнь. Чем более запущенной она является, тем дороже становится. Поэтому государству выгодно инвестировать средства в раннюю диагностику. Выгодно лечить своих граждан и выгодно спасать им жизни. Только этого недостаточно, чтобы государство поставило такую задачу — выживание. А боль, страх, искалеченные судьбы, оборвавшиеся жизни невозможно пересчитать на деньги. Этому нет материального исчисления. Экономике явно не хватает гуманности.

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАЗНЫХ ДИАГНОЗАХ

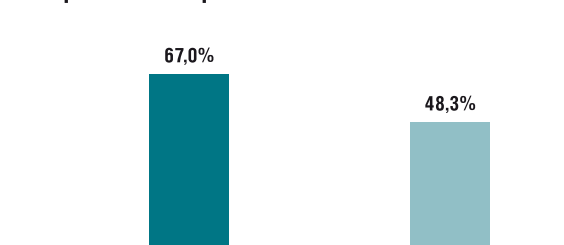
Рак молочной железы



Неходжкинские лимфомы



Колоректальный рак



■ США ■ Россия

Пятилетняя выживаемость — это процент пациентов, переживших пятилетний барьер после постановки диагноза.

Источники: National Cancer Institute SEER database; Справочник «Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году» под редакцией В. И. Чиссова.

ОПРОС
ЧТО ДАРОМ, ЧТО ЗА ДЕНЬГИ — ВСЕ ОДНО

В государственной условно бесплатной медицине так или иначе, больше или меньше, но не устраивает многое и почти всех. Необходимость перемен в этой сфере не поддержали лишь 9% опрошенных. 91% россиян отечественное здравоохранение не устраивает в принципе — таковы результаты опроса «Левада-Центра».

Перемен ждут от самого ведомства, но в чудо верят слабо. Сомневаются категорически более половины россиян.

Не доверяют конкретно и врачам. Их диагнозу, методу лечения. Таких недоверчивых тоже больше половины. Причем каждый пятый убежден: любые рекомендации медиков — пустые слова.

Чем дольше люди живут в нарастающем раздражении — что вообще у нас с медициной происходит?! — тем меньше они верят в самую возможность перемен. И то, что эти перемены будут им на пользу. И хоть убеждены, что все надо менять, категорически не желают, чтобы это происходило с их собственным участием в каком-либо виде.

Недовольные бесплатной медициной люди в большинстве своем (более 70%) не согласны либо абсолютно, либо в принципе с тем, что большая часть медицинских услуг должна стать платной. Предложения отчислений на медицину с зарплаты в виде налогов или на платную медицинскую страховку тоже вызывают как минимум неприязнь, а то и яростный (в ответах) протест.

И дело тут, если судить по опросам, не в какой-то привычке людей, часть жизни проживших при бесплатной (независимо от качества) медицине. Дело в том, что уже имеющийся уровень оплаты (через платные анализы, диагностику, платную консультацию специалиста, которого нет в местной поликлинике) сделал медицину многим не по карману.

Согласно другому опросу, проведенному год назад, две трети россиян постоянно, время от времени или иногда уже вынуждены были отказывать себе или своим близким в медицинских услугах потому, что у них просто на это не было денег.

В то же время десять лет назад тех, кто по финансовым причинам никогда не стеснял себя в медуслугах, было примерно в три раза меньше (13%). Но что означает этот наметившийся позитив, из опросов неясно. То ли десять лет назад меньше услуг предоставлялось за плату. То ли доходы трети россиян теперь таковы, что негласные расценки на операции и открытые анализы и процедуры их не смущают.

Косвенно проблемы с наличием средств для оплаты услуг сказываются на приличном количестве (более 50%) тех, кто старается идти к доктору лишь в самом крайнем случае. Если они заболеют, к врачам обращаться не станут, а станут лечиться сами. Среди мотивов лидирует нежелание стоять в очередях (но на платную клинику, где нет очередей, денег нет), непрофессионализм, невнимательность и хамство медперсонала (опять-таки в государственно-бесплатном секторе).

При этом оценка качества медицинских услуг — улучшились или стали хуже — в общем-то довольно стабильна за последние десять лет и от вложенных в нацпроект «Здоровье» денег почти не зависит. То есть если по итогам 2002 года 14% опрошенных качество медицинских услуг в течение года поставили оценку «улучшилось» и «значительно улучшилось», то и в 2010-м в разгар нацпроекта таких довольных и счастливых было чуть меньше — 13%. Тех же, кто считает, что в прожитый год медицина в России стала хуже, что в 2010 году, что десять лет назад было соответственно 42% и 44%.

Итог всех этих опросов таков — Россия больше, чем в какой-либо другой сфере, ждет перемен в здравоохранении. И если честно, в возможность их уже почти не верит.



В России нет государственной системы онкологического скрининга, который мог бы спасти сотни тысяч жизней ежегодно. Дело в том, что рак хорошо лечится, если обнаруживается на ранних стадиях. А в нашей стране 87% случаев рака выявляются, когда у пациентов появились симптомы болезни, что говорит о поздней диагностике. Некоммерческое партнерство «Равное право на жизнь» при поддержке частных клиник организует в Москве бесплатное обследование для всех желающих провериться. Название акции — «Онкодозор». Планируется, что акция станет постоянно действующим проектом

ЗАПИСАТЬСЯ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ КАЖДЫЙ ЖЕЛАЮЩИЙ ПО ТЕЛЕФОНУ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ НП «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ» 8-800-200-2-200 (С 9:00 ДО 21:00, ЗВОНОК ПО РОССИИ БЕСПЛАТНЫЙ).

Некоммерческое партнерство «Равное право на жизнь» при поддержке городской онкологической службы и в сотрудничестве с крупнейшими московскими частными клиниками «СМ-Клиника», ЛДЦ «Кутузовский» и «Клиника 31» начинает реализацию масштабного проекта для жителей Москвы по выявлению онкологических заболеваний и получению дополнительных медицинских консультаций. Бесплатная акция — это обязательство перед гражданами, которое готовы взять на себя ее организаторы для пропаганды обследования на онкологию у граждан.

В России ситуация с онкологическими заболеваниями абсурдная. В стране каждый год от рака умирают около 300 тыс. человек. Более 2,7 млн больных стоят на учете. Онкология — это реальная угроза жизни и здоровью общества. У каждого есть родственники или знакомые, которым ставили такой диагноз. Кто-то вылечивается, кто-то нет. Заболеть раком боятся все. И правильно боятся — в России рак почти не лечится. И не потому, что это смертельное заболевание. А потому, что находят его на поздних стадиях, когда вылечить его реально трудно. Дорого. А в условиях российского финансирования здравоохранения — еще и труднодоступно.

И в то же время у нас нет системы ранней диагностики онкологии. Ни государственной, ни частной, ни ментальной. Причем многие отказываются идти к врачу осознанно: «А вдруг найдут? Что я буду делать тогда?!»

Опасение оправданно — лекарств может не хватить, денег может не хватить, времени может не хватить. Но появится шанс.

В цивилизованных странах нет страха перед онкологией. Наоборот — есть привычка общества рак подозревать и искать. И у самих пациентов, и у врачей. А у нас страдает даже первое врачебное звено. Часто бывает, что пациент приходит к врачу и жалуется на недомогание, слабость, головокружение. И терапевт начинает искать у него гипертонию, гипотонию, внутричерепное давление или даже синдром хронической усталости. Витамины, уколы, санатории. На время помогает. Потом по новой. При этом правила отправить «подозрительного» пациента к онкологу на всякий случай у врачей нет. Хотя статистику по заболеваемости они знают.

Здесь есть и технические проблемы. Онкологов в стране не хватает. Они принимают только в диспансерах или федеральных центрах. На прием нужно записываться, ехать из деревни в город. Стоять в очередях. А если всех пациентов с упадком сил гонять к онкологу — очереди вырастут еще больше. Но иногда это нежелание врача лишний раз подстраховаться стоит кому-то жизни.

Проблему выявления рака мог бы решить обязательный скрининг для населения. Это понятная и изученная процедура с доказанной эффективностью. Но дорогостоящая для государства — большинство проверенных людей окажутся здоровы. А тех, у кого рак будет обнаружен, придется лечить. На это также нужно выделять деньги.

Пока государство взвешивает плюсы минусы ежегодного скрининга, общественные организации пытаются исправить ситуацию.

До сих пор проект «Онкодозор» реализовывался в различных регионах страны (Санкт-Петербурге, Казани, Альметьевске, Ульяновске, Нижнем Новгороде, Краснодаре, Иваново, Кемерово, Владивостоке, Иркутске). Всего за последние полтора года в рамках данного проекта прошли бесплатное комплексное обследование более 17 тыс. россиян. В Москве данный проект будет поддерживаться онкологической службой города, но именно в столице впервые к данной работе привлекаются частные клиники.

Это первый проект подобного рода в России. НП «Равное право на жизнь» реализует его в рамках программы сотрудничества с частным сектором. Данная инициатива НП «Равное право на жизнь» возникла и проводится в целях реализации положений Политической декларации совещания высокого



уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

«Целью нашей деятельности является повышение доступности современных технологий борьбы с тяжелыми заболеваниями. И чтобы декларируемое стало реальностью, нам необходима масштабная поддержка, в том числе со стороны частного сектора. Сотрудничество с частными клиниками даст нам возможность помочь еще большему количеству людей», — отметил исполнительный директор НП «Равное право на жизнь», председатель Общественного совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области к.б.н. Дмитрий Борисов.

Современной медициной доказана эффективность следующих видов скрининга: маммографический скрининг рака молочной железы у женщин 40–69 лет; цитологический скрининг предрака и рака шейки матки; скрининг рака и предрака толстой кишки с помощью теста на скрытую кровь; скрининг рака предстательной железы: тест на ПСА (простатический специфический антиген). Но большой проблемой остается стоимость скрининга, ведь основная часть издержек будет связана с обследованием людей, у которых будут получены однозначно отрицательные результаты, и затраты на выявление каждого случая рака будут выше стоимости конкретного теста.

Для жителей Москвы в «СМ-Клиника», ЛДЦ «Кутузовский» и «Клиника 31» будут организованы бесплатные консультации ведущих онкологов страны по вопросам профилактики, диагностики и лечения, а также стандартные диагностические исследования на наличие наиболее распространенных онкологических заболеваний: рака молочной железы, рака шейки матки, рака кожи, колоректального рака, рака предстательной железы.

«Сотрудничество с Некоммерческим партнерством «Равное право на жизнь» позволяет оказывать помощь тем, кому она действительно необходима», — отмечает генеральный директор ЛДЦ «Кутузовский» Андрей Занорин. — Поскольку наша миссия — помогать людям сохранять здоровье, мы поддерживаем инициативы партнерства, направленные на повышение доступности диагностики и инновационных методов лечения, а также в обеспечении равных прав российских пациентов и врачей в получении актуальной информации в этой сфере».

«Медицина не стоит на месте, в области диагностики и лечения онкологических заболеваний за последнее десятилетие появились новые методы, которые позволяют добиться еще более положительных результатов», — подчеркнул генеральный директор медицинского центра «Клиника 31» Андрей Гусев. — Благодаря нашей совместной работе с НП «Равное право на жизнь» многие люди смогут получить помощь европейского уровня, предполагающую применение самых современных технологий, которые, к сожалению, в нашей стране доступны еще далеко не всем».

УЧАСТНИКИ ОНКОДОЗОРА

«СМ-Клиника»

В команде холдинга «СМ-Клиника» более 600 врачей 45 различных специальностей. Возможности клиник холдинга позволяют оказывать медицинскую помощь на всех ее этапах. В распоряжении клиник новейшее оборудование — центр МРТ и КТ, собственная клиническая лаборатория; многопрофильные стационары, работающие в режиме как плановой, так и экстренной госпитализации, в том числе и детский; девять операционных; скорая и неотложная медицинская помощь; круглосуточный травматологический пункт; отделение реабилитации; отделение вспомогательных репродуктивных технологий; сеть стоматологий и аптек; отделение терапевтической и хирургической косметологии и эстетической медицины; собственный круглосуточный колл-центр.

<http://www.smclinic.ru>

ЛДЦ «Кутузовский»

Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» — московская клиника, качество услуг которой соответствует мировым стандартам. Центр ориентирован на индивидуальный подход к каждому клиенту. В клинике используются только современное оборудование и новейшие методики лабораторной и инструментальной диагностики, позволяющие выявить заболевание на самой ранней стадии и тем самым предотвратить его развитие и ускорить лечение. Врачи медицинского центра «Кутузовский» подробно консультируют всех желающих по результатам полного обследования организма, а также дают рекомендации по профилактике заболеваний.

<http://www.ldck.ru>

«Клиника 31»

Медицинский центр «Клиника 31» — новый многопрофильный медицинский центр полного цикла, включающий в себя возможности оказания медицинских услуг европейского уровня качества с проведением профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Центр оснащен современным высокотехнологичным оборудованием экспертного класса ведущих мировых производителей. Мы проводим любые виды лучевой, функциональной диагностики, лабораторных исследований, в том числе в срочном режиме.

<http://www.k31.ru>

ЧАСТНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Несовершенство системы бесплатной медицины по идее должно стать импульсом для развития медицины частной. Очереди, нехватка диагностического оборудования, перебои с поставками бесплатных препаратов — отличный фон для создания альтернативного предложения. Но правда в том, что людям не по карману самостоятельно вылечить рак. Да и чиновники не приветствуют отказ от госмонополии, чтобы не создавать положительных прецедентов.

Что такое частная медицина в России?

В частной медицине РФ прямо или косвенно в 2011 году были заняты уже до 80% врачей по всей стране. В ситуации недостаточной доступности бесплатных медуслуг 25–30% жителей РФ пользуются платными медуслугами как в частных, так и в государственных и муниципальных ЛПУ. По разным данным, это от 20 млн до 72 млн жителей РФ. Согласно ежеквартальному исследованию HealthIndex, в 2010 году каждый пятый россиянин старше 16 лет прибегал к платным медуслугам.

По данным Объединения частных медицинских клиник и центров, к концу 2010 года в России работало 56 400 медузведений, из них частных клиник 34 800, и это в два раза больше, чем государственных (остальные — муниципальные). Частная медицина оказывает сегодня до 10% общего объема медуслуг.

Направление деятельности частных медорганизаций:

услуги общего медицинского профиля — 38%;
услуги урологов и гинекологов — 25%;
стоматология — 24%;
реабилитация — 10,4%;
эстетическая медицина — 1,2%;
нетрадиционная медицина — 1,4%.

Конкуренты на одном поле

В «частниках» государство явно не желает видеть своих конкурентов. «Сегодня нет урегулированной правовой базы и, соответственно, нет добросовестной конкуренции на медицинском рынке между частными и государственно-муниципальными медузведениями», — говорит член правления НП «Объединение частных медицинских клиник и центров», руководитель сети клиник НИАРМЕДИК Олег Рукодайный. Врач в госсистеме пользуется бесплатным кабинетом, оборудованием, реагентами, притоком пациентов по ОМС, которые не требуют вложений в рекламу, и переводит это все в личный доход. Даже в случае 100-процентного легального проведения этих коммерческих услуг лечебное учреждение

пользуется госдотациями в виде оборудования, аренды, компенсаций по ОМС, что изначально создает неравные условия на рынке платных услуг.

«Таких частных клиник, которые могли бы оказывать помощь онкобольным, нет и потому, что частный сектор в медицине ограничивают административные барьеры при лицензировании и проведении государственного надзора, — добавляет вице-президент правления НП «Содействие объединению частных медцентров и клиник», к.м.н. Сергей Лазарев. — Кроме того, наличие платных медицинских услуг в госучреждениях создает демпинг цен на рынке, что не только не способствует созданию цивилизованного рынка медуслуг, но, наоборот, препятствует становлению этого рынка в России».

100 млрд рублей в тени

Главной же причиной недопущения «частников» к онкологическим больным, то есть к «карману» пациентов, по мнению экспертов, являются теневые платежи. Это огромный теневой рынок в государственно-муниципальной медицине, связанный с отсутствием регулирующих рыночных условий. Законодательно сегодня можно оказывать коммерческие медуслуги и в государственных, и в муниципальных ЛПУ. И это — питательная среда теневого сектора здравоохранения.

«Объем легального рынка платных медуслуг в России, по официальной статистике, был равен в 2010 году 244 млрд руб., а объем теневого медицины оценивается в 100 млрд, — заметил 31 января на I Национальном конгрессе частных медорганизаций, в котором приняли участие 300 представителей из регионов России, Олег Рукодайный, — то есть в тени находится до 40% общего объема». Это те деньги, которые пациенты приносят в конвертах в государственные клиники и медцентры, и это не плата за качество медпомощи, а плата за «доступ к медуслуге». «Все прекрасно знают, что за полномасштабные операции в государственных учреждениях у врачей существует определенная такса. Принимая от пациента деньги, врач использует технику, помещение, перевязочный материал, коечный фонд и

не платит за амортизацию оборудования, не платит налоги, не платит за перевязочный материал, он просто кладет деньги в свой карман», — пояснил Олег Рукодайный. В частной клинике оплата производится однократно в кассу по преискуранту.

С комфортом дороже

Несмотря на то что подавляющее количество российских врачей совмещает работу в государственно-муниципальных медицинских учреждениях и частных медорганизациях, по данным исследования антимонопольного ведомства РФ (ФАС) за 2008–2010 годы, в 2010 году жалобы на обслуживание в частных клиниках составили только 1,44% от общего количества жалоб, а на государственные — 36%. Остальные пришлось на муниципальные ЛПУ, правда, они оказывают больше услуг, чем ЛПУ других видов собственности. Кроме того, контрольные органы и проверяют частные ЛПУ и организации вдвое чаще государственных, и, по мнению ФАС, избыточно и с нарушениями законодательства, сообщил на конгрессе заместитель руководителя ФАС Андрей Кашеваров.

«Статистику по врачебным ошибкам и качеству медицинской помощи никто не ведет, но, как правило, она такая же, как и в государственно-муниципальной медицине. Врачи одни и те же, — считает Олег Рукодайный. — Если говорить об ответственности врачей, то могу сказать следующее: к сожалению, сегодня, за врачебные ошибки в большей степени несет ответственность работодатель, эта ситуация одинакова и в государственных, и в частных медузведениях».

«Частники» хвалятся тем, что лучше и качественнее повышают квалификацию. «Все врачи обязаны проходить повышательные квалификации каждые пять лет, для того чтобы получить сертификат специалиста. Другой вопрос в том, что в частных клиниках, кроме обязательных курсов повышения квалификации, мы направляем врачей на дополнительные семинары, курсы, в том числе и за рубеж, для получения передовых методик, знаний, опыта. А это обучение нельзя назвать дешевым», — считает Олег Рукодайный.

«Государственники» часто упрекают «частников» в том, что частное здравоохранение — это всего лишь бизнес, предпринимательство. Кроме того, в России мало частных действительно многопрофильных ЛПУ, которые оказывают 20–30 видов медуслуг. Чаще всего они предоставляют услуги гинекологии, урологии, стоматологии, косметологии, реабилитации или лабораторной диагностики. Упор во многих частных клиниках больше делается на комфорт и на то, «чтобы посетителям все улыбались голливудской улыбкой».

Бедный больной

«У каждой добропорядочной клиники есть лицензия, действительная на данную дату. Есть журнал внешних проверок, — считает заместитель меддиректора по клинко-экспертной и лечебной работе одного из московских медцентров, не желавшая публиковать свою фамилию (имеется в редакции). — Его тоже можно попросить посмотреть, как еще один документ — заключение санэпиднадзора. Очень важно понять уровень услуг, прислушаться к «сарафанному радио»: что говорят и пишут о клинике или медцентре. Только не стоит ориентироваться на сайт и форум данного лечебного учреждения. Стоит помнить также о том, что в Москве, к примеру, убрать негативный отзыв с сайта стоит 15–20 тыс. руб., и крупные клиники столицы так обычно и поступают, — заметила доктор, — лично я бы предложила каждому москвичу ориентироваться на своего врача». Эксперт также указала, что «соотношение цена/качество медуслуг в частных медцентрах столицы сейчас сильно завышено, кроме того, в Москве чаще, чем в других мегаполисах, навязывают лекарства, которые диктуют фармпроизводители, а из крупных московских медцентров лучшие специалисты уже пять-шесть лет как поужезжали в ЕС, США или на острова вроде Кипра».

К сожалению, даже специалистам по качеству медуслуг оценить их в условиях отсутствия публичных данных о летальности и инфекционных осложнениях, а также рейтингов ЛПУ, обычных для западных стран, бывает непросто. «Сама я при необходимости медицинской помощи всегда спрашиваю, когда и где в последний раз доктор проходил повышение квалификации, каков его опыт, дает ли он мастер-классы, сколько операций, подобных той, что нужна мне, он сделал, — рассказала Гюзель Улумбекова, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству. — И всегда смотрю, насколько свежими источниками и руководствами по назначению лекарств доктор пользуется».



Диагноз «рак», по данным статистики, ставится в России каждую минуту. По наблюдениям онкологов, в первые дни после постановки диагноза многие пациенты делают свои главные ошибки: поддаются панике, уходят в себя и игнорируют советы врачей, предпочитая консультироваться с онкобольными на форумах в интернете. Рак в это время быстро прогрессирует и часто люди тратят впустую драгоценное время.

Сегодня рак уже не считается неизлечимым заболеванием. Другое дело, что лечить его нужно вовремя. Лечение, начатое на 1-й стадии, заканчивается полным выздоровлением больного в 94% случаев, на 2-й — в 90%, но в будущем возможны рецидивы заболевания. Прогноз для 3-й и 4-й стадий, когда речь идет уже о запущенном раке, гораздо менее благоприятен. От первой к последующим стадиям стоимость лечения возрастает в десятки и в сотни раз.



По данным официальной статистики, при профилактических осмотрах — по сути, случайно — выявляются всего 13% опухолей. В 87% случаев люди приходят к онкологу сами, когда уже есть симптомы: боли, узловые образования, кашель с одышкой. Тогда уже нет времени на промедление — нужно как можно быстрее начинать лечение. От того, как быстро врач сделает операцию и назначит необходимую химиотерапию, будет зависеть выздоровление пациента.

Со стороны очевидно — после постановки диагноза нужно срочно проходить дополнительные обследования, брать долгосрочный больничный и начинать лечение, чтобы спасти себе жизнь. Но часто пациенты впадают в ступор. Они не чувствуют себя больными или умирающими и тянут время, надеясь на врачебную ошибку и не веря, что с ними может случиться что-то плохое.

Иногда промедление в лечении может быть вызвано и медицинскими показаниями, например, когда онкология выявляется на фоне сопутствующего заболевания. И если последнее находится в острой фазе, онкологи рекомендуют сначала пролечить его. Так, например, после выхода из острой фазы печат онкобольных с гепатитом. Помимо противоопухолевого лечения таким пациентам показана терапия, поддерживающая функцию печени. Если по прогнозу выход из острой фазы займет длительное время, то рак начинают лечить совместно с сопутствующими заболеваниями прямо в онкоцентре, куда поступил больной, либо в специализированном заведении, если позволяет состояние пациента. Если рак выявляется на фоне хронического заболевания, например сахарного диабета, то спектр противоопухолевых мероприятий проводится с учетом соматического состояния пациента, с одномоментной коррекцией уровня сахара в крови. Но лидирующей тут становится опухолевая патология.

В России одной из главных причин промедлений во время лечения становятся бюрократические проволочки. Бюджет

государства на здравоохранение не способен покрыть нужды всех пациентов. Так что после удачно выполненной операции жизнь пациента ставится под угрозу из-за нехватки лекарств. И тут приходится бороться за свою жизнь с чиновниками.

Цинично, но факт: в России денег на лечение всех онкобольных нет, да и выстоять в бюрократическом шторме способны далеко не все пациенты. «Сейчас у нас разведены варианты лечения: какие-то покрываются из ресурса ОМС, какие-то — бюджетом на высокотехнологичную медпомощь, а какие-то — на дорогостоящее лечение. И мало кому из врачей понятно, в чем разница между ВМТ и дорогостоящей помощью. Это всего лишь разные статьи расхода в бюджете, а пациент от этого страдает», — поясняет ситуацию эксперт из РОНЦ имени Блохина.

Чтобы иметь право на социальный пакет и бесплатные дорогостоящие препараты, в том числе и для «химии», пациент должен получить инвалидность.

Практикующие онкологи считают, что получение инвалидности — это скорее социальная проблема, а не медицинская. «Нет такого закона, по которому мы не должны давать жизненно важные лекарства, пока человек не принесет справку. Государство взяло на себя обязательство по лечению всех онкобольных, без деления на социальные группы. Поэтому за человеком должен оставаться выбор», — считает эксперт.

Чем хуже ситуация с финансированием в регионе, тем меньше возможности получить адекватное лечение. «Об от-

сутствии нужных препаратов пациенту сообщают сразу и советуют делать все, что в его силах: покупать лекарство самому, жаловаться или ехать на лечение в другой регион. Или согласиться на альтернативную схему лекарственной терапии. Допустим, мы назначили больному дорогостоящий препарат А, эффект от которого составляет 50%, но его нет, тогда мы заменим его на препарат В, эффект от которого 40%, но и стоит он в десять раз дешевле, поэтому получить его реальнее», — рассказывает Александр Петровский.

Если после курса лечения человек выздоравливает полностью, ему рекомендуется длительное динамическое наблюдение у врача, интенсивность которого варьируется от одного до шести раз в год. Бывает и так, что после ВМТ человеку требуется продолжение лечения в районных диспансерах, ведь и лекарства для химиотерапии распространяются именно через это звено. Там же можно пройти таргетную, гормоно- или иммунотерапию. Однако районные онкологи готовы проводить в амбулаторном режиме далеко не все схемы лечения, так как многие из них опасны осложнениями. Поэтому районные химиотерапевты могут не учитывать рекомендации своих высококвалифицированных коллег из федеральных центров и изменять схему лечения. Бывает, что после эффективного лечения в рамках ВМТ и неудачной поддерживающей терапии в диспансерах пациенты снова вынуждены получать квоты и ложиться в федеральные онкоцентры.

СЕМЕЙНЫЙ РАК

окончание. начало на стр. 1

факторов в развитии рака, в основном в США. Исследовались тысячи родословных, шел опрос больных той или иной формой рака. Использовались клинико-генеалогический и популяционно-статистический методы. Эти работы получили сходные данные, что рак в семьях больных от трех до шести раз выше, чем следовало бы ожидать исходя из популяционной частоты. Тогда возник вопрос, заразен ли рак. Изучалась частота среди супругов. Было показано, что среди родственников частота выше, а у супругов соответствует популяционной. Таким образом, предположение о том, что рак заразен, было полностью отвергнуто.



— Сколько людей среди ближайших родственников должны иметь рак, чтобы можно было говорить о «раковой семье»?

— Два родственника и более первой степени родства (это родители, дети, сестры, братья). По так называемому амстердамскому критерию — три случая и более.

— Можно ли сказать, что рак — это болезнь генома?

— Да, именно так и есть. Рак и есть болезнь генома.

— Какие методы разрабатываются генетиками для того, чтобы предупредить болезнь? Можно ли сказать, что будущее — за геной инженерией?

— Если говорить о лечении, то будущее действительно за геной инженерией. Но рак по наследству не передается, передается только предрасположенность. Это болезнь соматических клеток. Передаются мутации, которые обуславливают предрасположенность, но для этого должен быть пройден долгий путь. Если мы говорим о наследственной предрасположенности, мы ее должны в первую очередь установить с помощью, например, ДНК-диагностики. Если ген известен или известно много мутаций — изучаются наиболее частые случаи. Существуют также методы секвенирования, или с использованием биочипов, однако пока эти методы не введены в научную практику.

— Кто в России разрабатывает подобные методы?

— У нас этим занимаются разные генетические лаборатории, однако требуется дорогостоящее оборудование для расшифровки всех данных.

— Насколько регулярно человеку нужно проходить обследование, чтобы зафик-

сировать рак на ранней стадии и принять меры? Раз в полгода — этого достаточно?

— Когда мы говорим о профилактике, есть понятие комплексной, вторичной и третичной профилактики. Для тех, у кого имеется предрасположенность к раку, мы можем говорить о вторичной профилактике, которая включает и раннюю диагностику, и предупреждение. Наследственный рак, как правило, возникает раньше, чем ненаследственный. Часто проявляется в первичном множественном поражении разных органов, в первичном поражении парных органов (почки).

При ранней диагностике мы выделяем группы по возрасту. Группа молодого возраста — с 18 до 35 лет. 35 лет — самый пик проявления наследственного рака. Второй период — с 35 до 55 лет. Как правило, наследственный рак проявляется до 55 лет. Существуют так называемые золотые стандарты. Например, при профилактике рака женской репродуктивной системы показаны осмотр профильных врачей (гинеколога, маммолога), УЗИ, маммография, опухолевые маркеры. Молодым женщинам (до 35 лет) это делается один раз в год, более старшим — два раза в год. Естественно, если выявляются какие-то патологии, проводятся более глубокие исследования.

Диагностику можно пройти не только в Москве, но и в регионах, в лабораториях сетей

«Ситилаб» www.citilab.ru
 «Инвитро» www.invitro.ru
 «Он клиник» www.onclinic.ru
 «РНЦРР» www.rncrr.ru

ЛЕКАРСТВ НЕ ЗАВОЗИЛИ

Пациентам в России не хватает лекарств. Причем не всегда из-за недофинансирования или некомпетентности врачей. В конце прошлого года начались перебои с поставками противоопухолевых препаратов с аптечных складов. Московские власти обещают реформировать систему поставок противоопухолевых препаратов с частной на бюджетную.

Еще в декабре 2011 года Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздравсоцразвития обсуждал необходимые меры для того, чтобы в январе льготники (а большинство онкобольных — инвалиды, на которых распространяется снабжение льготными препаратами) могли без перебоев получать лекарства. Заместитель председателя отделения Совета по защите прав пациентов при управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области Николай Дронов рассказал тогда, что только по электронной почте и из одной лишь Московской области за 2011 год в «Движение против рака» поступило 68 обращений, касающихся отказов в предоставлении противоопухолевых препаратов. Особенно остро сложилась ситуация со снабжением лекарствами в Нижегородской области. По этому поводу МОД «Движение против рака», АНО «Содействие» и МОО «Общество помощи паци-



ентам с онкогематологическими заболеваниями» отправили запрос на имя министра здравоохранения и социального развития Татьяны Голиковой.

Однако в январе 2012 года проблемы коснулись даже таких мегаполисов, как Москва. 27 января руководитель департамента здравоохранения Москвы Леонид Печатников рассказал журналистам, почему после новогодних праздников столичные льготники остались без лекарств. «Виню всему стали поставщики, которые вовремя не заполнили необходимыми лекарствами аптечные киоски в поликлиниках. Мы будем добиваться, чтобы самые злостные нарушители попали в список недобросовестных поставщиков», — заявил Леонид Печатников.

Кроме применения штрафных санкций департамент будет настаивать на недопущении ряда дистрибуторов к последующим конкурсам.

Чтобы впредь не возникало подобных ситуаций, в департаменте принято решение о преобразовании 76 аптек и 2 складов ГУП «Столичные аптеки» в бюджетные учреждения. «Это позволит нам уйти от поставщиков, которые по разным причинам не могут рассчитать своих сил», — заявил Леонид Печатников. По его словам, такой документ о реорганизации согласовывается в мэрии. По данным на середину января, на

отсроченном обслуживании в столице находилось 43 рецепта, а к концу января их число увеличилось.

«В создавшихся проблемах виновата организация аукционов и конкурсов, которые традиционно проводят в конце года, а договоры заключают уже в январе, то есть лекарства заведомо будут поставляться в аптеки с опозданием. Так что департаменту особо не на кого пенять», — поясняет руководитель департамента аналитических исследований и консалтинга ЦМИ «Фармэксперт» Николай Беспалов.

Для улучшения обеспечения льготников лекарствами столичный департамент хочет к киоскам в поликлиниках добавить еще часть аптек компании «Столичные аптеки», но для минимизации потерь на социальные нужды пройдет их преобразование.

«Несмотря на поставленные цели улучшения снабжения препаратами населения Москвы, скорее происходит передел московского ритейла», — заметил директор исследовательской компании Cegedim Strategic Data Давид Мелик-Гусейнов. — Оптик «Мособлфармация» уже продан, проданы в частные руки нижегородская аптечная сеть, та же участь ждет и московскую. Но сначала нужно построить инфраструктуру для обеспечения льготников лекарствами. Это может занять около года, и тогда до 60% сети «Столичные аптеки» могут выставить на продажу».

КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

окончание. начало на стр. 1

госпитализацию, прооперировала себя сама. Чтобы такие случаи не повторялись, определять очередность госпитализации онкобольных по квотам должны лечебные учреждения, а не чиновники от Минздрава, уверены правозащитники.

Но даже если пациенты добьются увеличения количества квот и сокращения сроков ожидания в очередях, по возвращении в свой регион после курса химиотерапии в крупном онкоцентре они могут остаться без сопровождающей терапии. Разрыв между стоимостью ВМП и тарифами на лечение в провинции колоссален. В менее крупных больницах не предусмотрены современные методы терапии, и достигнутый эффект может быть нивелирован плохим уходом.

Что касается больных орфанными заболеваниями, то в регионах они не могут добиться даже адекватной диагностики. В провинции нет специализированных клиник, оборудования, да и квалификация врачей оставляет желать лучше-

го. Больным гемофилией, например, приходится ездить в Москву или Санкт-Петербург, так как нужные специалисты принимают лишь в двух центрах на всю страну. Нехватка орфанных препаратов — из-за их крайне высокой стоимости или того, что препарат попросту не зарегистрирован на территории России, — также повод писать жалобу в союз защиты пациентов. За помощью в приобретении лекарств больные с редкими заболеваниями зачастую обращаются в благотворительные фонды, а некоторые добиваются лекарств только через суд или переезжают в более богатый регион, выделяющий из местного бюджета приличные средства на закупку орфанных препаратов.

«Недавно из Татарстана к нам пришла жалоба о нехватке в регионе фактора свертываемости крови №9. Фирма-производитель завезла препарат на полгода вперед еще 1 декабря 2011 года, но из-за проволочек он так и лежит на складе. Лечение не получают все больные региона, а жалоба одна. Уговорить пациента заявить о своих проблемах бывает очень тяжело. Я вижу другой путь: нам нужно собраться в кулак и отстаивать свои права, потому что есть программа госгарантий, есть Конституция. Надо заставлять эти законы работать, заявляя о себе», — уверен Юрий Жулев.



ЧИСТАЯ КОЖА

Меланома — это самый агрессивный тип рака кожи. Быстро развивается и плохо лечится на поздних стадиях. Скоро в России пройдет регистрацию новый препарат «Зелбораф», который продлевает жизнь почти половине больных.

Меланома — злокачественная опухоль, которая развивается из меланоцитов — клеток, продуцирующих темные пигменты, меланины. Если меланома диагностируется на ранней стадии, она обычно хорошо поддается лечению. Но в случае распространения процесса на другие органы и системы продолжительность жизни пациентов, как правило, измеряется месяцами. В различных регионах мира ежегодный показатель заболеваемости колеблется от 5 до 30 на 100 тыс. населения. Так, по оценкам Американского общества по борьбе с опухолевыми заболеваниями, в 2011 году в США было зарегистрировано около 70 тысяч новых случаев меланомы и примерно 8800 смертей от этого заболевания. Заболевают меланомой кожи в основном лица после 30 лет.

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». «Зная, что метастатическая меланома характеризуется неблагоприятным прогнозом, а выбор методов ее лечения крайне ограничен, мы проводим интенсивные исследования вемурафениба», — говорил в начале 2011 года доктор Хал Баррон, глава междуна-

родного направления по разработке лекарственных препаратов и главный исполнительный директор по медицине компании «Рош».

Исследования доказали, что «Зелбораф» на 56% снижает риск смерти по сравнению с химиотерапией и на 74% — риск прогрессирования заболевания. Количество пациентов, у которых наблюдалось уменьшение размеров опухоли, среди тех, кто получал «Зелбораф», составляет 48,4–52% в сравнении с 5,5% у тех, кто получал химиотерапию.

«Мы достигли значительного прогресса в терапии метастатической меланомы и надеемся на дальнейшее улучшение результатов лечения данного смертельного опасного заболевания», — заявил доктор Хал Баррон.

«Рош» (Базель, Швейцария) входит в число ведущих компаний мира в области фармацевтики, а также занимает первое место в мире в области диагностики. В компании налажено производство фармацевтических препаратов нового поколения, применяемых в онкологии, вирусологии, ревматологии и трансплантологии. Также «Рош» предлагает инновационные современные средства диагностики, которые спасают жизнь пациентам, значительно продлевают и улучшают качество их жизни.

При поддержке некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» вышла третья редакция «Белой книги» общества пациентов «Движения против рака». Это скорбная книга. Свидетельство того, что люди, страдающие тяжелой болезнью, вынуждены воевать на два фронта. Второй фронт — борьба за свои права с теми, кто имеет власть предоставить обязательную бесплатную помощь или отказать, ссылаясь на кризис, отсутствие препаратов, средств, справок, заявок, нужной им стадии болезни или инвалидности.

Движение помогает больным, у которых возникли проблемы с гарантированным бесплатным лечением, в первую очередь — со всем, что касается бесплатных лекарств. С помощью анкет получает полную информацию о проблемах с бесплатным лечением. По каждому случаю проводит расследование. В сотрудничестве с Росздравнадзором помогает больным. Анкеты и результаты работы по ним обобщает, анализирует и публикует в очередном издании «Белой книги».

Третье издание по итогам 2011 года статистически печально. Число случаев отказа в разной форме и под различными предложениями в бесплатном лечении по сравнению с предыдущими годами выросло. Причем по всем позициям. Онкобольным стали чаще отказывать в выписке рецепта на показанный препарат. В минувшем году таких случаев в три раза больше, чем в предыдущие три года. С 2008 по 2010 год таких жалоб в анкетах было 87. За один прошлый год — 114.

Все случаи отказов в помощи систематизированы, разложены по главам «Мотивировки отказов в лечении», «Рецепт есть. Лекарства нет», «Операция вместо лекарства». В каждой главе — цитаты из анкет.

Ольга А., Краснодарский край:

«В армавирском горздравотделе сначала говорили, что нет средств в бюджете. Сейчас говорят, что препарата нет на складах Краснодарского края. Также было сказано, что лечение герцептином будет оплачено ча-

стично. А так как он является препаратом длительного лечения и у меня нет средств покупать его самостоятельно, боюсь, что будут перерывы в лечении...»

Чаще всего отказ пациентам в лекарствах в российских регионах объясняют тем, что нет бюджетных средств, квоты израсходованы... В свете планируемой передачи полномочий по закупке лекарств для льготников с федерального уровня на региональный проблема финансирования лекарственного обеспечения в субъектах РФ приобретает угрожающий характер. И в первую очередь, по мнению представителей Движения, это может коснуться онкологических пациентов.

Еще в книге поднимается вопрос отсутствия единого стандарта оказания медицинской помощи онкобольным. С одной стороны, каждый случай индивидуален, а каждый доктор в выборе методов лечения должен быть свободен. С другой — введение некоего стандарта, обязательного к исполнению медицинскими учреждениями, повысит гарантии того, что уж этот минимум лечения пациент получит в любом случае. И без отговорок.

И таких вот историй, какая описана в анкете Маргариты П. из Москвы, не будет:

«При очередном обращении в получении аримидекса мне был дан отказ. Лечащий врач направил меня к завонкоотделением за разъяснением. Мне объяснили, что отделению не поставляют это лекарство в должном объеме и есть более нужда-

ющиеся пациенты, что жаловаться на сложившуюся ситуацию бесполезно, что окружной онколог в курсе сложившейся ситуации. Мне предложили прервать курс лечения на 2–3 месяца со словами, что данный перерыв даже пойдет мне на пользу...»

Лидия Ф., Омская область:

«В лекарстве отказали, сказав: “мы больше не можем вас «тянуть», это слишком дорого”».

В сущности, подобная практика — во вред и пациенту, и бюджету. После перерыва курс лечения надо начинать снова. Или идти на дорогостоящую операцию. В итоге — рост трат бюджетных денег. Точно так же вводят бюджет в лишние расходы отказы в прописанном врачами лечении на ранней стадии заболевания или отказ в лекарствах, потому что процесс, дескать, стабилизировался.

Отказывают в бесплатных лекарствах независимо от возраста и состояния — молодым и старым, пожилым и детям. Отказывают и тем, кто нуждается уже только в болеутоляющих.

Владислав Р., Свердловская область:

«Врач-онколог письменно рекомендовал обратиться к районному онкологу по месту жительства для получения адекватного обезболивания пластырем “дюрогезик”. Но тот в выписке рецепта отказал, сказав, что “для одного человека дорогостоящее лекарство заказывать не будут”».

Одна из причин нежелания выписывать рецепты на наркосодержащие обезболивающие средства заключается в крайне сложной процедуре заказа и отчетности по препаратам этого класса.

Меньше всего надежды на органы здравоохранения. Пациенты цитировали просто издевательские отписки, в которых сообщалось, что, по данным органа управления здравоохранением, они были обеспечены лекарственными средствами в полном объеме. Хотя на деле пациенты лекарств не получали.

Обращения к страховщикам результатов не дают. Равно как и обращения к президенту, из приемной которого жалобы пересылаются в местные органы здравоохранения. Зато заявления в прокуратуру и суд, если они правильно составлены и сопровождаются квалифицированной юридической поддержкой, как правило, дают результат.

И все же, как следует из «Белой книги» «Движения против рака», единственный постоянный и надежный помощник в борьбе за право на жизнь вот такие общественные организации. Они помогают объединить собственные усилия с влиянием Росздравнадзора (с которым во многих регионах у Движения заключены соглашения), а при необходимости прокуратуры и даже суда, и добиться решения в свою пользу.

Анастасия Д., Ленинградская область:

«Спешу сообщить хорошую новость — мы получили 2 упаковки кселоды на 2 курса до конца июля. Получили лекарство с опозданием и основательно помогли нервы. Хочу сказать большое спасибо за помощь представителям “Движения против рака” в Санкт-Петербурге, они нам очень помогли».

Анкету о факте отказа в противоопухолевом препарате можно заполнить на главной странице сайта «Движения против рака» — <http://www.rakpobedim.ru/law/refused>.



ВИКТОР КУЛИКОВ

ШАНС НА ЖИЗНЬ

ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ «ШАНС НА ЖИЗНЬ»

Иногда люди чувствуют ответственность за других. Пусть даже незнакомых, но тем, кому очень нужна помощь. Производитель лекарственных препаратов против рака молочной железы компания «Санофи» вылечит несколько тысяч российских пациенток, которым не хватает лекарств за свой счет.

Представители компании говорят, что в фармацевтическом бизнесе нет места цинизму. Если компания работает над созданием лекарств, которые спасают людей жизнь, то нужно обеспечить этим лекарством как можно больше людей. Даже если государство, которое должно это финансировать, со своими обязанностями не справляется. Именно поэтому

в 2011 году компания Санофи инициировала Всероссийскую Программу помощи пациентам с раком молочной железы «Шанс на жизнь».

Рак молочной железы (РМЖ), от которого «Санофи» производит лекарство «Таксотер», — это одна из самых острых проблем женского здоровья в России. Печальная статистика гласит, что ежегодно более 52 тыс. российских женщин заболевают, а более 22 тыс. умирают от этого заболевания. Каждый день в России 47 детей остаются без матерей, жизни которых уносит рак молочной железы.

На ранних стадиях при адекватном лечении РМЖ излечим. «Таксотер» является основным препаратом для лечения РМЖ, он включен во все международные стандарты химиотерапии этого заболевания.

К сожалению, в России доступность современных высокоэффективных препаратов крайне низка и терапия «Таксотером» доступна далеко не всем. Лишь около 25% женщин получают адекватную терапию, способную дать максимальный результат. Недостаток финансирования на лечение РМЖ очевиден. Так, затраты на лечение одной

женщины с РМЖ в 30 раз меньше расходов на лечение одного пациента в рамках действующей федеральной программы лекарственного обеспечения высокотратных заболеваний «Семь нозологий».

Являясь социально ответственной компанией, обладающей многолетним опытом в борьбе с онкологическими заболеваниями, «Санофи» с 2011 года совместно с ведущими онкологическими учреждениями России запустила всероссийскую программу поддержки пациентов с РМЖ «Шанс на жизнь». Уже в 2011 году 2037 пациенток получили лечение препаратом «Таксотер» за счет средств компании. Программа охватила более 55 городов России.

В Орле, где расположена производственная площадка «Санофи», в рамках программы все пациентки с диагнозом РМЖ, а их 230 человек, получили в 2011 году адекватное лечение режимами химиотерапии на основе «Таксотера».

В 2012 году компания Санофи готова обеспечить терапию препаратом Таксотер для 3000 пациенток в 67 городах России за счет средств компании.



СТАНИСЛАВ ТИХОМИРОВ

МАЛЕНЬКИЕ И ЗЛЫЕ

Парадоксальное открытие, которое может скорректировать методы химиотерапии раковых больных, сделано учеными из Гарварда. Большие злокачественные опухоли с развитой кровеносной системой менее склонны к метастазированию, чем маленькие с подавленной кровеносной сетью, установили молекулярные биологи, искавшие новое средство для подавления роста сосудов.



ДМИТРИЙ ЛЕКАЙ

Перициты — разновидность малоисследованных периферийных клеток, входящих в состав мелких кровеносных сосудов, — могут выполнять важную функцию, сдерживающую метастазы рака. Как показали эксперименты, результаты которых публикует журнал *Cancer Cell*, современная химиотерапия, подавляющая рост кровеносных сосудов и снижающая число перицитов в опухоли, может вызывать прямо противоположный эффект, делая раковые клетки более агрессивными и склонными к метастазированию.

Ангиогенез, или процесс образования новых кровеносных сосудов в растущей клеточной ткани, считается пока что одной из самых эффективных мишеней в клинической терапии некоторых разновидностей рака, например рака груди. Поскольку интенсивное образование сосудов является одним из ключевых факторов быстрого роста опухолей, не прекращается поиск все более совершенных лекарств, которые подавляют рост сосудов, снабжающих раковые клетки питательными веществами и кислородом, без которых злокачественные клетки деградируют.

Сфокусировав внимание на перицитах — специфических клетках, участвующих в образовании стенок мелких кровеносных сосудов, группа исследователей, возглавляемая профессором Гарвардской медицинской школы Рагу Каллури, решила выяснить, можно ли, избирательно «выключая» эти

клетки, достигнуть того же эффекта деградации опухоли, что и при использовании лекарств, угнетающих ангиогенез. Далее в случае положительного результата химиотерапии, угнетающую рост сосудов, можно было бы усовершенствовать, сделав более точечной.

Посмотреть, являются ли перициты ахиллесовой пятой рака, удалось, как обычно, с помощью лабораторных мышей. Сначала были выведены генетически измененные животные, чувствительные к действию препарата, подавляющего эти клетки. Затем, после введения этого препарата в имплантированные опухоли грудных желез, число перицитов в злокачественных тканях было снижено до 40%. Через 25 дней опухоли с пониженным содержанием перицитов уменьшились в размерах на треть. Но радоваться, как оказалось, было нечему: вскоре была зафиксирована сильная корреляция между снижением числа перицитов и более агрессивными метастазами.

Как выяснили авторы статьи в *Cancer Cell*, защитной реакцией на удущье становится обратное перепрограммирование раковых клеток из дифференцированных эпителиальных (эпителий образует большинство желез организма, в том числе грудные железы) в мезенхиму — клетки зародышевой соединительной ткани, обладающие большей подвижностью и, аналогично стволовым клеткам, большей выживаемостью.

Таким образом, развитые большие опухоли с нормальным содержанием перицитов оказались, как это ни парадоксально, менее склонны к метастазированию, чем неразвитые опухоли того же типа с подавленными перицитами.

Авторы испытали на мышах «Иматиниб» и «Сунитиниб» — клинические онкопрепараты, подавляющие ангиогенез. И тот и другой вызвали 70-процентное уменьшение числа перицитов в раковых тканях мышей, однако число вторичных опухолей выросло втрое. Аналогичная зависимость была обнаружена при повторении тех же экспериментов на других типах рака — почечной карциноме и меланоме, а также при сравнении полученных данных с результатами анализа 130 образцов человеческих опухолей, подтвердившими ту же зависимость между пониженными перицитами и высокой Met-экспрессией, с одной стороны, и более развитыми метастазами, а также меньшим коэффициентом выживаемости пациентов в ближайшие пять и десять лет после лечения препаратами, подавляющими ангиогенез, — с другой.

Как резюмируют авторы, полученные результаты должны вызвать существенный пересмотр некоторых устоявшихся догм клинической онкологии и скорректировать распространенную терапию рака, основанную на угнетении ангиогенеза в опухолях.

ПЕРЕДОЗИРОВКА ВИТАМИНОВ ВРЕДНЫЙ ВИТАМИН

Рекламируя витамины, маркетологи любят утверждать, что людям с ослабленным иммунитетом нужно принимать больше витаминов, чем здоровым. На самом деле людям со сложными заболеваниями не нужно хватать с полок все баночки с поливитаминами подряд, потому что результат их применения может быть, наоборот, негативным.



СТАНИСЛАВ ТИХОМИРОВ

Как говорят ученые, изучавшие вопрос, существовала теория, что витамины обеспечивают жизнедеятельность, которое необходимо онкологическому больному априори. А значит, прием витаминов должен помочь организму перенести лекарственное воздействие. Но клинические испытания показали, что от приема ряда витаминов для

онкологического больного может быть и вред.

Кормит опухоль

Сомнения в эффективности синтетических витаминов возникли в 1984 году после проведенного в Финляндии исследования на 29 тысячах курильщиков. Исследователи давали им витамин Е, бета-каротин (витамин А) или плацебо. Длится

научный эксперимент от пяти до восьми лет. К удивлению ученых, те, кому выдавали витамины, не стали меньше болеть онкологическими заболеваниями. В группе заядлых курильщиков, которые принимали бета-каротин, даже увеличилось число заболеваний раком легких, а среди тех, кто принимал витамин Е, также чаще наблюдались инсульты. До этого исследования врачи считали, что витамины А и Е препятствуют образованию опухоли и сосудистых заболеваний.

Побочные эффекты

Неоднозначность влияния витаминов, особенно их больших доз, подтвердило и объединение по вопросам питания и витаминов Германии: так, передозировка витамина А вызывает головную боль и кожные раздражения. Передозировка витамина В6 может провоцировать нарушение кровообращения в конечностях, а существенное превышение дозы витаминов С, D, E влечет расстройство работы кишечника, кровотечение десен, атеросклероз.

Чрезмерное употребление кальция вредно для почек, а злоупотребление витамином В расстраивает нервную систему. И врачи, и химики предупреждают еще об одном эффекте: витамин С не может

приниматься параллельно с препаратами или пищей, богатой железом. Само железо в неумеренных дозах провоцирует заболевания сердца, селен приводит к потере волос, а цинк в избытке — к расстройству иммунной системы. Завышенные дозы витамина D высокотоксичны, они даже входят в состав крысиного яда. Ученые предупреждают: одни и те же витамины и микроэлементы по-разному воздействуют на людей разного возраста, пола, эффект также зависит от состава воздуха в месте проживания или воды, которую постоянно пьет человек в той или иной местности.

Что в горошках?

«Трудно говорить, как обстоят дела с качеством синтезированных витаминов сейчас, ибо его никто не контролирует, — пояснил директор Института химической биологии и фундаментальной медицины академик Валентин Власов. — В их составе есть жирорастворимые и водорастворимые части, есть растительные добавки. Витамины очень быстро окисляются, особенно С. Конечно, человек от них не пострадает, но у меня уверенности в их качестве нет».

Академик Власов предупредил, что особенно тщательно у всех витаминов следует следить за указан-

ным на упаковках сроком годности, если он истек — никаких витаминов в баночках и коробочках уже не сохранилось. Такие же опасения есть у химиков относительно лежалых овощей и фруктов.

Как же выбрать витамины?

Если точно известно, что у человека не хватает конкретного элемента, то одиночные полезнее. К примеру, при цинге необходим конкретный витамин С. Мужчинам старших возрастов, имеющих проблемы с простатой, назначают препараты, содержащие цинк. Женщинам старших возрастов с ломкостью костей — препараты с витамином D. Для женщин репродуктивного возраста — с добавлением железа, для детей с кальцием.

«Скажем, при ломкости сосудов, кровоизлияниях в глаза, лечении воспалительных процессов, происходящих непосредственно в тканях при недугах, возникших на фоне чрезмерной проницаемости сосудов, врач назначает аскорутин. Это сочетание аскорбиновой кислоты — витамина С и рутина — витамина Р,» — сказал академик Власов. В любом случае, потенциальную пользу и вред витаминов может оценить только специалист, поэтому назначать их прием должен врач-онколог.

В медицине нет международного соперничества — врачи развитых стран, где рак уже давно перестал быть смертельным заболеванием, очень хотят помочь выздороветь российским пациентам. Для этого специалисты из Европы и Америки приехали в Москву на ежегодный форум Межрегионального общественного движения «Движение против рака».

Онкология — проблема во многом социальная. Низкий уровень жизни в развивающихся странах провоцирует неконтролируемый рост числа заболевших раком людей. Плохая жирная пища, курение, алкоголь, постоянный стресс из-за нестабильности — все это является причиной раковых заболеваний. С другой стороны, низкий уровень экономики, недостаточное финансирование медицинской отрасли не позволяют наладить систему ранней диагностики рака и его эффективного лечения. Люди заболевают и зачастую умирают, не получив необходимых лекарств.

Жизнь для здоровья

В стабильных развитых странах ситуация давно переломлена. Здоровый образ жизни культивируется, медицина развита настолько, что большинство случаев рака выявляется на ранней стадии и лечится должным образом. Поэтому сейчас наблюдается переход роста заболеваемости от стран с высоким доходом к странам с низким доходом на душу населения. Основные виды — рак молочной железы и рак шейки матки. По данным журнала *Lancet*, опубликованным в 2010 году, в мире 90% всех смертей от рака шейки матки и 60% всех смертей от рака молочной железы приходится на долю стран с низким и средним доходом.

По данным, полученным Гарвардским университетом, в России самый высокий уровень заболеваемости раком молочной железы и очень высокий уровень заболеваемости и смертности по сравнению с другими странами, имеющими подобный доход на душу населения. Это прежде всего страны Центральной и Восточной Европы. С другой стороны, за последние 30 лет в России снизилась заболеваемость раком шейки матки и сократилось количество смертельных исходов.

«Если говорить конкретно о раке молочной железы, то факторами роста заболеваемости можно назвать слабую осведомленность общественности и недостаточные медико-санитарные нормы, ограниченный скрининг, слабый доступ к системе лечения, более позднюю стадию диагностики, культуральные различия», — считает профессор Университета Вашингтона Джулия Грэйлоу, выступившая на форуме «Движение против рака».

Лекарственная недостаточность

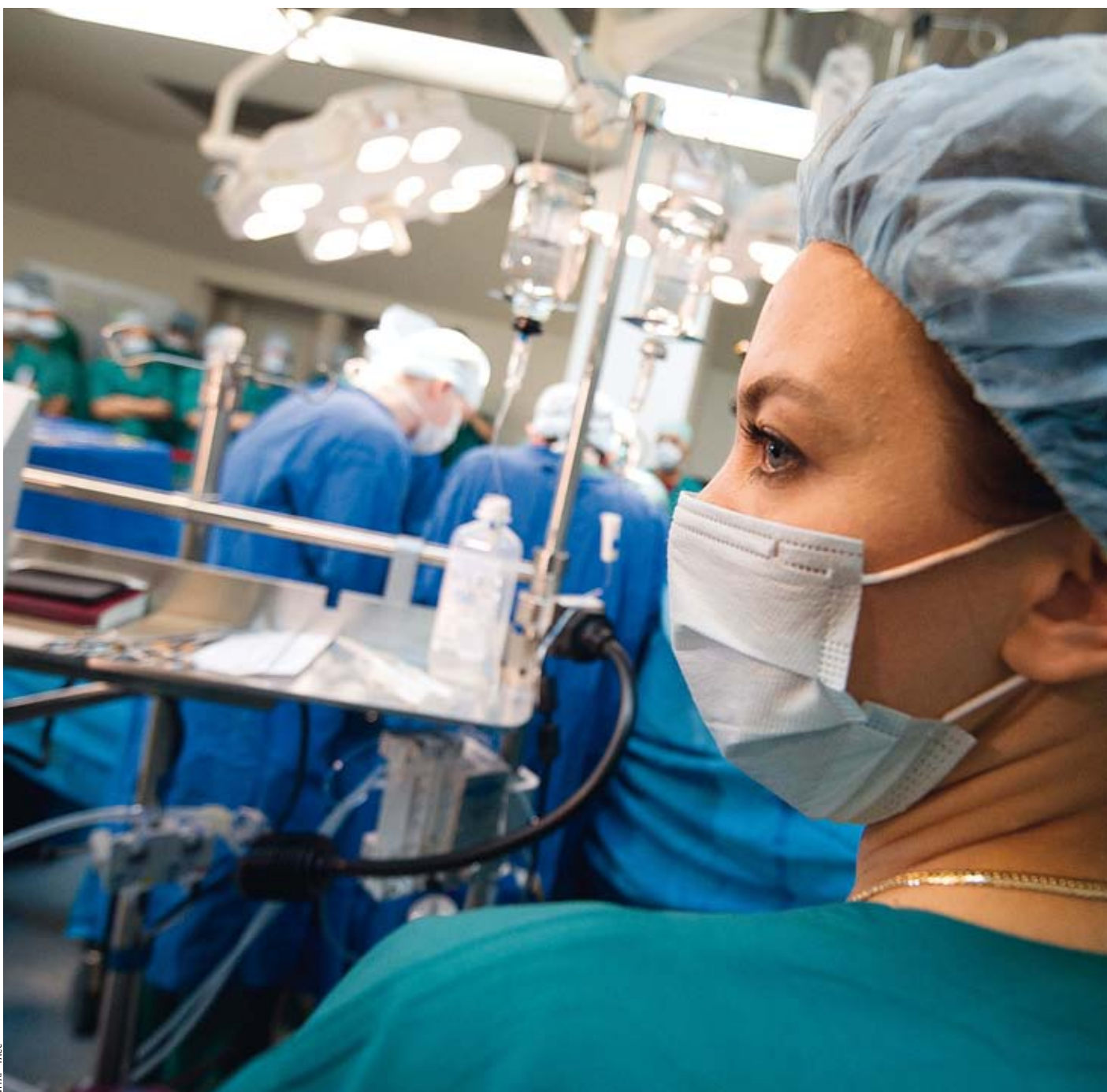
Профессор оценивает уровень лекарственной обеспеченности в России, в том числе обезболивающими препаратами, как крайне недостаточный. Использование метадона и морфина было зафиксировано в России в 937 случаев, тогда как в других странах этот показатель составляет чуть более 57 тыс. В соотношении общих затрат на онкологическую помощь в пересчете на душу населения меньше всего средств (менее €50 на душу населения) выделяется в странах Восточной и Центральной Европы (Латвии, Литве, Словакии, Румынии и ряде других), в Российской Федерации этот показатель еще ниже — €19 на душу населения.

Рак легких напрямую связан с курением. Стоит отметить, что в отличие от большинства европейских стран процент постоянных курильщиков, так называемых ежедневных курильщиков, в России очень высок — более 30%. Больше всего (более €200 на душу населения) тратится на лечение этого заболевания в Австрии, Норвегии, Франции, Германии, Люксембурге, Швейцарии и Швеции. Причем стоит отметить, что курильщиков в Германии, расходы на лечение рака в которой одни из самых высоких, так же много, как и в России. При этом налог на табачную продукцию в России самый низкий — более чем в три раза ниже по сравнению с европейскими странами.

Статистические данные GlobalCan, полученные в 2008 году (в настоящий момент являются последними статистическими данными), свидетельствуют, что наибольшее количество больных раком молочной железы зафиксировано в США, однако там самый высокий процент выживаемости. Для этого в США усилили профилактику и ранее обнаружение болезни, а для снижения смертности — скрининг и маммографию, увеличили доступность химиотерапии для нуждающихся в ней пациентов. Воздействие скрининга и адъювантной (послеоперационной) терапии привело к значительному снижению смертности.

Европейские онкологи утверждают, что снижение смертности от рака произошло после того, как изменилось отношение к фармакотерапии. До 80-х годов прошлого века среди врачей преобладало нейтральное отношение к этому виду лечения, однако сегодня лекарственное лечение рака является основным, за счет которого достигается снижение смертности и во многих случаях полная победа над болезнью.

«В частности, применение новейших лекарственных препаратов при лечении рака молочной железы снижает риск выявления рецидива заболевания у женщин моложе 70 лет



на 50%. Это удивительное улучшение. Конечно, скрининг тут тоже играет важную роль, но, по нашим подсчетам, влияние скрининга на смертность от данного заболевания — примерно 30%, а 70% приходится на инновационные лекарственные препараты», — говорит Джулия Грэйлоу.

Главное улучшение связано с применением адъювантной, особенно эндокринной терапии, тамоксифена, ингибиторов ароматазы и, конечно, таргетных препаратов, позволяющих прицельно воздействовать на раковые клетки, убивая их и тем самым предотвращая возможность развития метастазов и рецидива заболевания. Правда, в России доступ к эндокринной и таргетной терапии значительно ниже рекомендуемого ВОЗ уровня.

В Великобритании, по словам генерального секретаря европейской Объединенной онкологической коалиции Джин Мосман, уровень заболеваемости раком стал снижаться после того, как была разработана четкая программа борьбы с данным заболеванием.

План лечения

«До недавнего момента в Великобритании наблюдалась печальная картина: не было хорошей организации, клиники не специализировались по конкретным формам рака, а лечили все одновременно, не было средств, персонала, оборудования, лекарственных препаратов. У пациентов были очень низкие ожидания: они не знали, что есть в наличии. Первое, что мы сделали, — признали проблему», — отмечает Джин Мосман.

Часто пациентов не наблюдают специалисты, лечение начинается с запозданием, что приводит к неблагоприятному исходу. Национальный институт здравоохранения разработал план, какие услуги должны предоставляться в этой области, а также план по организации противораковой службы. Теперь пациент с подозрением на рак обращается к врачу общей практики, после этого его направляют в специальное раковое отделение, где лечат все формы рака, а если у пациента более сложная форма рака, его направляют в раковый центр.

Также согласно этому плану было предписано бороться с неравенством в доступе к системе здравоохранения. Неквалифицированные рабочие имели вдвое меньше возможностей

доступа к подобным услугам и вдвое больше вероятности заболеть раком.

Помимо этого, для каждой формы рака было разработано руководство по клиническим исходам и введены стандарты для противораковых служб. Благодаря активному лобби правительство выделило €600 млн для поддержки противоракового фонда. Он занимается тем, что финансирует приобретение противораковых лекарств.

Цена здоровья

Проблема финансирования противораковых программ характерна в основном для стран с низкими и средними доходами на душу населения. «Мы видим, что сейчас происходит в Европе, и сталкиваемся с тем, что некоторые страны считают, что не могут позволить себе новейшие дорогостоящие лекарственные препараты», — говорит преподаватель Королевского университета Швеции доктор Нильс Уилкинг.

Еще одна проблема — недостаточный сбор данных, которые есть в наличии. По мнению Нильса Уилкинга, необходимо задокументировать имеющиеся различия в области доступа к лекарственным препаратам, чтобы проводить соответствующие дискуссии и дебаты. Также должна быть сформирована политика в области решения проблем, связанных с вариативностью доступа к лекарственным препаратам, особенно в странах с ограниченными ресурсами. Следует фокусировать внимание прежде всего на таких странах.

Новые методы лечения должны быть задокументированы, чтобы мы могли видеть результаты и, безусловно, вопросы, связанные с экономическими детерминантами. Также должно быть произведено перераспределение ресурсов от стран с высоким доходом в страны с низким доходом на душу населения.

«Многие считают, что инвестиции в борьбу с раком — колоссальные, из-за чего боятся вкладывать в это деньги. На самом деле использование многих гормональных и таргетных препаратов, которые необходимы раковым больным, стоит не так много. Цены на многие препараты снизились, особенно в тех странах, которые имеют право получать лекарство через GAVI», — заявила в своем видеообращении член Секретариата рабочей группы по обеспечению доступа к онкологическому лечению Гарвардского университета Фелиция Ноул.

О БОЛЕЗНИ НИКОМУ НЕ СКАЗАЛА. ТОЛЬКО ДЕТЯМ



Синтия Никсон

Актриса Синтия Никсон — исполнительница роли Миранды в сериале «Секс в большом городе» — перенесла операцию и опять чувствует себя отлично.

В сериале «Секс в большом городе» раком груди болела одна из четырех героинь. Но не Миранда, а Саманта. В кино выбор судьбы не случаен. Адвокат Миранда Хоббс в исполнении Синтии — она такая вся из углов, жесткая, прямая. Сама немножко мужчина, так что не совсем понятно, зачем ей мужчины нужны. Особенно после рождения ребенка. Так что рак груди — не ее болезнь.

Саманта же вся воплощение женственности, сексуальности. Ненасытна в этом. Рак груди — ей испытание. Поражение того, что она так в себе любила. Чтобы героиня получила повод найти в жизни какие-нибудь смыслы, кроме счастья предаваться любви. Саманта нашла. Заплатила несколькими курсами химиотерапии.

В жизни же заболела исполнительница роли Миранды Синтия Никсон.

Сколько ни думай о ней, готовить себя к болезни можно, а подготовиться так, чтобы встретить сообщение о раке без эмоций, мало кому удается.

Хотя, судя по собственным рассказам Синтии, в их семье наследственна не только болезнь по женской линии — болели раком груди и мать, и бабушка, — но и твердость и выдержка при встрече с недугом, само известие о котором может повергнуть заболевшего в отчаяние.

— Моя мама никогда не поднимала шума из-за своих проблем, — рассказывает Синтия. — Даже когда у нее обнаружили рак груди, она не стала делать из этого трагедию. Мне было около тринадцати лет, я снималась в своем первом фильме, и все, что я помню об этой ситуации, — ее спокойные разговоры вполголоса с бойфрендом. Она поговорила со мной о своей болезни, но так, между делом, и это совсем не выглядело как вопрос жизни и смерти.

Энн Никсон победила болезнь и в первый, и во второй раз — через пять лет.

— В любой ситуации главное — не паниковать, — утверждает ее дочь, актриса. — У человека всегда есть выбор. Просто он не всегда об этом знает.

Зная, что у мамы и бабушки был рак, Синтия отнеслась к перспективе заболеть самой очень прагматично. Голову в песок не прятала, в положенные для группы риска сроки прошла обследования. По результатам очередного обследования в 40 лет у нее диагностировали рак.

Когда узнала диагноз — не сказала никому. Только детям.

— Я сказала им, что в правой груди у меня обнаружили опухоль. Очень маленькую и на очень ранней стадии. Мне сделают операцию, и я пройду шесть недель лучевой терапии. Бабушка тоже через это прошла, и со мной все будет в порядке.

Операция прошла успешно. Курс лучевой терапии Синтия перенесла мужественно. И никто из коллег и журналистов об этом не узнал.

Только спустя два года в эфире телепередачи «Good Morning America» она сообщила телезрителям о том, что у нее был рак. И что она не хотела, чтобы ее личная проблема стала достоянием публики. А рассказывает о своей болезни, чтобы поддержать женщин, которые сейчас борются с недугом. Чтобы они не падали духом. Потому что на самом деле, когда ей сообщили диагноз, она страшно испугалась и знает, сколько нужно сил, чтобы справиться со страхом и пережить все это.

Победив болезнь, Никсон стала представителем некоммерческой организации по борьбе с раком груди Susan G. Komen Breast Cancer Foundation. Она снялась в семи фильмах, играет на Бродвее, появилась в полнометражной версии «Секса» топless уже после операции, стала театральным продюсером и активисткой движения против сокращения финансирования социальных программ.

Казалось бы, излечившийся от рака постарается держаться подальше от всего, что может напомнить тяжелые дни. Но когда Синтии предложили роль героини с онкологией, она согласилась. И в нынешнем январе предстала перед телезрителями в новом образе. На экране интервью давала Синтия... совершенно лысая. Актриса добровольно обрилась наголо, чтобы войти в роль женщины, потерявшей волосы в результате химиотерапии.

— А что, мне нравится, — говорит Синтия о своем новом образе. — Не думаю, что буду ходить так всегда, но сейчас мне хорошо.

В общем, режиссер сериала «Секс в большом городе» при выборе актрисы на роль Миранды не ошибся. Образ совпал с человеческой сутью. Синтия Никсон — очень мужественный человек. Так что может этим качеством даже немного побравировать.

КОГДА СТРАХ СТРАШНЕЕ РАКА

СЕРГЕЙ ТОЛЕТСКИЙ, ПСИХОЛОГ

Едва ли не самая близкая онкологии болезнь — канцерофобия — неконтролируемый, навязчивый страх онкозаболевания. Во всяком случае, среди фобий эта — лидирует.

С фобиями все непросто. Начать с определений. В них легко запутаться. То, что фобией не является, принять за нее. И наоборот.

Потому что «фобия» мы переводим для себя как «страх». А кто же не боится заболеть раком? Особенно из тех, у кого болели родители, близкие, друзья. А он это все видел, переживал. Знает, как развивалось и чем кончилось. И теперь боится. И любую необъяснимую физическую боль, ухудшение самочувствия, легкую утомляемость, потерю в весе толкует исключительно в смысле — «0-0, кажется, это он!».

Такой страх — это уже фобия и с ним пора к психиатру? Или это пока еще в пределах нормы?

Такая первичная диагностика проста, но требует откровенности с самим собой. Если страх заболеть раком вам реально мешает жить, если каждый день вы думаете о том, как это будет и чем кончится, если, начав думать об этом, вы не можете

съехать с темы, если любое упоминание болезни способно напугать вас и испортить настроение, если вы сами постоянно ищете и находите у себя симптомы, если не можете уснуть, думая о болезни и смерти, если страх переходит в панику с учащением пульса, дыхания, пот прошибает, все в вас трясется и вы места себе не находите — такой страх — веская причина обратиться как минимум к психотерапевту.

Опасен только патологический страх. Нормальный, может быть, полезен.

Потому что это естественно — бояться тяжело заболеть. И чтобы этого не произошло, периодически проходить обследование. Бросить курить и делать флюорографию. Женщинам посещать маммолога, а если в роду был рак — сдавать пробы на наличие мутации генов *brca1* и *brca2*.

Эти меры принесут естественное удовлетворение и спокойствие здоровому человеку — я сделал все, что мог, и будь что будет. Но совершенно не успокоят больного канцерофобией. Потому что фобии — это такие иррациональные страхи. Ни сам себя, ни окружающие не убедят тебя, что в данный момент ты здоров и бояться тебе нечего.

Граница между нормой и патологией тут нечеткая. Но она есть. Бояться заболеть и принимать меры, чтобы этого не произошло, — норма. Бояться постоянно, независимо от

принимаемых мер и вопреки медицинским показателям и здравому смыслу — сигнал о патологии.

Канцерофобия не отличается от других навязчивых и беспричинных страхов. В каждом из них как бы присутствует логика. Большой аэрофобией (боязнь летать самолетом) объясняет свой панический страх тем, что самолеты падают. Арахнофобии (боязнь пауков) скажут, что среди этих тварей есть смертельно ядовитые. Канцерофобик также объяснит свой страх. Но не его постоянство, степень, глубину. И то, отчего он страшнее самой гипотетической болезни, которой он к тому же еще и не болен.

Картина усложняется и смазывается тем, что фобия может сопровождаться психосоматическими проявлениями. В частности, болевые синдромы, когда страх проявляет себя необъяснимыми и постоянными болями в спине, суставах, груди, шее. Для больного — лишнее доказательство того, что страх его небеспочвен. И если обследования ничего ракового не обнаружат — тем хуже.

Кстати, постоянный стресс, в котором проживает канцерофобик, косвенно может все же способствовать развитию злокачественного образования. Подозрения невротика оправдаются. Но будет ли ему от этого легче?

Иногда канцерофобия проявляется как посттравматический синдром. Например, у заболевших,



PHOTONONSTOP/AF/EP/EAST NEWS

прошедших курс лечения, может развиться канцерофобия как боязнь возвращения болезни. Или пережившие болезнь близкого человека обнаруживают вдруг у себя страх заболеть раком. Или пораженные смертью близкого в детстве (в основе канцерофобии, как правило, более глобальный страх — смерти). В этом случае обращение к психотерапевту показано, а прогноз лечения с применением релаксационных методик, дыхательных гимнастик, методов нейролингвистического программирования вполне благоприятен.

Иное дело, когда канцерофобия лишь симптом глубокого невроза, синдрома тревожного состояния. Когда беспокойство и беспричинная

необъяснимая тревога, доходящая до панических атак, ищет и находит причину в том, что вот я боюсь заболеть раком и от этого не нахожу себе места. Так тревога, причина которой скрыта, скорее всего, в детской психологической травме, в глубоком неврозе, находит другую, понятную себе и окружающим и вполне объяснимую причину.

В этом случае лечение у психотерапевта необходимо. Оно может быть длительным, с подбором психотерапевтических методик в сочетании с медикаментозным лечением. Причем успех лечения зависит от сотрудничества больного с доктором при равенстве их усилий и желании избавиться от болезни.



Одним из наиболее эффективных методов профилактики рака сегодня является предотвращение его развития на стадии предрака, то есть еще до формирования злокачественной опухоли.

Онкологи отмечают, что любые хронические заболевания любого органа, протекающие в сопровождении дистрофии и атрофии тканей при механизме регенерации, являются предраковым состоянием. В переложении на простой язык это означает, что в больном органе есть патологические изменения и больший, чем в других случаях, риск перехода данного заболевания в злокачественную онкологию.

Между тем наличие предрака еще не означает, что он в любом случае со временем приведет к развитию опухолей. Переход в злокачественные фазы наблюдается лишь в 3% случаев и характеризуется различным временем перерождения. Так, например, в области шейки матки в течение десяти лет может не быть злокачественных изменений, а в желудке и мочевом пузыре они наступают гораздо быстрее.

Онкологи различают три стадии предрака. На первой стадии — неравномерной диффузной гиперплазии — ткань сохраняет свое нормальное строение, но число ее клеток, волокон увеличивается. Далее на стадии очаговых пролифератов в общей массе размножающихся клеток появляются очаги с наиболее интенсивным делением клеток. Третья стадия «от-

носительно доброкачественной опухоли» характеризуется тем, что очаги размножающихся клеток утрачивают сходство с исходной тканью, хотя и не врастают в здоровую ткань и не разрушают ее.

Кроме того, предрак классифицируют на факультативную и облигатную формы. В первом случае предраковое состояние всегда развивается в опухоль, во втором предрак может в опухоль и не перейти.

В разновидности предрака включаются почти все специфические и неспецифические воспалительные процессы хронического течения. «К предраковым состояниям желудка относят гастрит хронического характера различного происхождения, к предраку легкого — хронические воспаления легких, печени — хронические циррозы и гепатиты. В молочной железе могут происходить процессы, сбивающие гормональный фон, например мастопатия», — пояснил научный сотрудник отделения радиохирургии РОНЦ имени Блохина Александр Петровский.

К предраку также относят железистую гиперплазию эндометрия, эрозию шейки матки и лейкоплакию, узлы на щито-

видной железе, дистрофию на фоне расстройства обменных процессов организма, дерматиты по причине облучения, травмы тканей в результате облучения ультрафиолетовыми лучами или радиацией. Продолжают список опасных патологий долго незаживающие механические травмы с раздражениями оболочки слизистой — имплантаты зубов, протезы для поддержания полости матки. Спровоцировать развитие рака могут вирус папилломы человека, поражающий маточную шейку, патологии внутриутробного развития плода и новообразования доброкачественного характера — полипы и фибромы.

В злокачественные опухоли кожи чаще всего перерождаются сенильные кератозы и атрофии, актинические кератозы, длительно существующие трофические язвы, хроническая язвенная и вегетирующая пиодермия, язвенная и бородавчатая формы красного плоского лишая, рубцовые изменения кожи в очагах эритематозной и туберкулезной волчанки, старые послеожоговые рубцы, невусы, гиперкератоз красной каймы губ и келоиды.

Степень злокачественного потенциала каждого из указанных предраковых состояний кожи различна. Так, по данным Российского онкологического центра, карциномы из послеожоговых рубцов отмечаются в 5–6% случаев. Из доброкачественных эпителиальных опухолей к переходу в злокачественные склонны кожный рог (12–20% случаев) и эпидермальная опухоль волосных фолликулов — кератоакантома (17,5%).

Клиническая картина предраковых состояний не имеет специфической симптоматики, а нередко протекает бессимптомно. К тому же традиционные методы скрининга в отношении рака внутренних органов чаще всего неэффективны. Например, при предраках шейки матки обычно не бывает боли, а заболевание не выявляется, пока женщина не пройдет гинекологический осмотр или цитологическое исследование мазка из органа.

Пациенты с предраковыми состояниями должны находиться под постоянным медицинским контролем и по собственной инициативе проходить качественные обследования у терапевтов, гинекологов, отоларингологов, гастроэнтерологов и врачей других профилей. В процессе лечения специалисты могут прописать пациенту противовоспалительные и антибактериальные препараты, витаминные комплексы и лекарства для нормализации гормонального фона и поддержки иммунитета.

ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ

В стране, где никто не может гарантировать пациентам своевременное лечение в полном объеме, нужно уметь отстаивать свои права. Это становится просто способом выживания. Профессиональные бесплатные on-line-консультации врачей и юристов организует 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. 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 формируют 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 проводимого 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. Помощь людям получается адресной, потому что у каждого есть возможность задать вопрос и проконсультироваться по своей проблеме. Кому-то нужно узнать про

лекарства, а кому-то — 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.

«В настоящий момент в арсенале врачей имеются практически все средства для улучшения состояния и повышения качества жизни онкологических больных», — комментирует кандидат биологических наук Дмитрий Борисов, исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь». — В рамках программы «Школа пациентов» мы ведем диалог и с самими больными, и с их родственниками, лучшие эксперты и онкологи рассказывают о том, что лечение возможно, дают профессиональные консультации, разъясняя пациентам их права, оказывают моральную и психологическую поддержку».

Семинары «Школы пациентов» теперь проходят в интернете — www.ravnoepravo.ru

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

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



СТРАХОВКА ОТ БОЛЕЗНИ

Удобные и понятные программы страхования от онкологии могли бы сильно выручить российских граждан. Но наши законы таковы, что от онкологии можно только «подстраховаться». И то всего в двух страховых компаниях на всю страну.

Добровольное страхование — это способ обеспечения доступности тех услуг, которые могут понадобиться человеку экстренно. Человеку с диагнозом «рак» нужна профессиональная помощь и эффективное лечение — именно это должны обеспечивать средства, которые формирует для него страховая компания. Важно, чтобы помощь, оказываемая пациенту, была реально доступна и не требовала дополнительных усилий

в виде перелетов или переездов для ее получения. Также нужно понимать, каким образом застрахованный может совместить личные средства, которые выплачивает ему страховая компания, с теми возможностями, которые ему обеспечиваются в рамках системы государственных гарантий.

Полис, который можно сегодня купить в России, — не идеальная страховка. Потому что по закону застраховаться от дорогостоящей болезни в России нельзя. Бесплатное лечение положено каждому. Даже несмотря на то, что не каждому оно достается. Так вот этот полис обеспечивает не только одновременную выплату при постановке диагноза минимум 600 тыс. руб., но и последующее бесплатное сопровождение для пациента на всех этапах специализированного лечения и диагностики. Дополнительный сервис уже включен в стоимость полиса, и застрахованному будет оказываться помощь внешним экспертом-онкологом, психологом и юристом. Данный вид полисов ориентирован на максимально эффективную помощь пациенту по месту его жительства, обеспечение его прав и реализацию государственных гаран-

тий. Выплачиваемая сумма может быть использована пациентом по его усмотрению, но в случае недостаточного государственного финансирования может быть инструментом частичной сооплаты необходимого лечения. Стоимость таких полисов зависит от половозрастных особенностей и начинается от 8–10 тыс. руб. в год. Сегодня такие полисы доступны в компаниях «Альянс РОСНО Жизнь», «МСК-Лайф» и в ближайшее время планируются к выпуску компанией «МетЛайф-Алико».

Существует и другой вид полисов при страховании от рака — он призван обеспечивать лечение за рубежом. При вроде бы логичном сервисе по подготовке визы, отправке пациента и всесторонней помощи со стороны страховой компании важно понимать, что ответственность страховщика заканчивается в момент выплаты денег за поставленный диагноз и дальше пациент получит ровно такой объем помощи, на который у него хватит средств. Стоимость таких полисов начинается от 35–50 тыс. руб. в год. Выплачиваемые страховыми компаниями суммы начинаются от €25–30 тыс.

В РОССИИ ОБЕЩАЮТ ДОЛГУЮ ЖИЗНЬ

По данным российской статистики за прошлый год продолжительность жизни в России увеличилась на 18 месяцев, составила 70,3 года и приблизилась к европейскому уровню. Хотя на деле мы все еще живем как минимум на десять лет меньше европейцев.

В этой цифре есть некоторая неточность. Во-первых, увеличилась не реальная продолжительность жизни, а «ожидаемая». Этим термином в демографии определяют прогноз, сколько в среднем проживут люди разных поколений с момента объявления прогноза, если дела со здоровьем и смертностью в стране будут идти, как идут в год прогноза. И насчет «европейского уровня» тоже не совсем верно — жизнь там в среднем на десять лет длиннее.

Показатель тем не менее довольно объективный. Но для его оценки нужна более полная информация. Например, за счет чего достигается увеличение, какие средства вкладываются в здравоохранение, как удается снизить смертность от тех или иных болезней и какова уверенность, что так будет и впредь.

Нацпроект как увеличение вкладываемых в здравоохранение средств вполне реальность. За три года с 2005-го по 2008-й, например, вложили около 400 млрд руб. В год — около 133 млрд. Или более \$4 млрд — чуть больше 1% годового бюджета России в тогдашних ценах.

Объясняя во Всемирной организации здравоохранения улучшение демографической ситуации в России, министр экономического развития Эльвира Набиуллина сослалась на построенные 500 диагностическо-профилактических центров (на 142 млн человек), на развернутую борьбу с алкоголизмом, курением и за здоровый образ жизни.

Но более точную картину со здоровьем нации в описываемые



годы дает статистика смертности в России. Она удивительна.

Например, пик снижения смертности в России в 2010 году лишь приблизил нас по этому красноречивому показателю к 1998 году. Другими словами, в стране в благодатном 2010 году (рост ожидаемой продолжительности жизни на 1,2 года) умерло столько же человек, сколько в год дефолта.

Если же взять эту самую ожидаемую продолжительность жизни, то

мы в 2010 году по этому показателю едва-едва дотягивали до уровня середины 60-х годов прошлого столетия. По поводу продолжительности жизни в России есть и другие данные. И они сильно отличаются от росстатовских.

Так, по данным сайта «Страны мира», продолжительность жизни в России в 2011 году составляла 66,6 года (161-е место рядом с Папуа — Новой Гвинеей и Таджикистаном), а в 2010 году — 66,16 года (162-е место).

Что в общем совпадает с данными ООН по России, согласно которым с 2003 по 2008 год ожидаемая продолжительность жизни в России при рождении постоянно увеличивалась (с 64,9 года в 2003 году до 65,4 года в 2008 году). И близко к данным международной статистики — этот показатель в России практически не изменяется в последние годы и составлял в 2004 году 66,39 года, а в 2011-м — 66,29 года.

Среднее увеличение продолжительности жизни в странах Западной Европы — 0,22 года в год. Рост медленный, но неуклонный. Для его достижения в здравоохранение вкладывается до 50% бюджета — средства, просто несравнимые с российскими.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Европе — около 80 лет. При этом прогнозируется, что половина родившихся в нулевые младенцев доживут до 100 лет.