

БЕСПЛАТНЫЙ СКРИНИНГ

онкодозор

БЕРЕМЕННОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

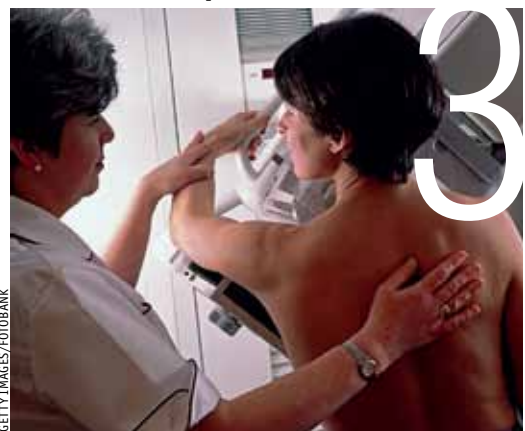
шансы есть

ПОДАРИ ЖИЗНЬ

благотворительность

ЗВЕЗДЫ ПРОТИВ РАКА

Роберт Де Ниро



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО

№5 МАЙ 2012
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

ОСОБЫЙ ПАССАЖИР

На сложные операции в Москву приезжают пациенты со всей России. После выписки им нужно возвращаться домой. Но иногда это становится проблемой — не все авиакомпании готовы принимать на борт тяжелобольных пассажиров.

В конце апреля авиакомпания «Владивосток Авиа» не пустила в самолет больную раком костей Марину Бурлакову. Она после тяжелой операции в Москве возвращалась в родной Улан-Удэ. У нее был билет, справки от врачей, разрешающие полет, но авиакомпании этого показалось недостаточно. От девушки потребовали справку о том, что она не умрет во время полета. Такой документ и абсолютно здоровому человеку получить практически невозможно. По словам директора благотворительного фонда «Подари жизнь» Екатерины Чистяковой, в ее практике это скорее исключительный, чем типичный случай: «Сложных пассажиров в основном боятся брать небольшие компании, а гиганты знают, что таким людям необходимо лететь. Это был совместный рейс «Аэрофлота» и «Владивосток Авиа». Для «Аэрофлота» мы готовим медицинскую справку, указываем, в каком положении должен лететь пассажир. Билеты у Марины были в среду, там было указано, что понадобятся носилки, а лететь она должна была в субботу. «Владивосток Авиа» очнулся накануне вылета и потребовал дополнительные бумаги, мы взяли на себя всю ответственность — бумага все стерпит, но перевозчик отказал, заявив, что не сможет так быстро сделать носилки».

Юрист НП «Равное право на жизнь» Николай Дронов рассказал, что возмущен этой ситуацией: «Никаких законных оснований у перевозчика не было, это же не инфекционное заболевание, не проказа, девушка не представляла угрозы для окружающих. Это вопиющий факт нарушения прав пациента, дискриминация на основе диагноза. Чтобы быть допущенным к перевозке, у пассажира должен быть паспорт,

билет и посадочный талон. Здесь нарушены и права потребителя, у Марины был билет, а в посадке отказали. Во время полета любому человеку может стать плохо, так что это бред — требовать справку, что пассажиру не понадобится медицинская помощь».

Марина Бурлакова еще сутки провела в Москве, а потом улетела рейсом авиакомпании S7 Airlines (бренд авиакомпании «Сибирь»). Пресс-секретарь «Сибири» Ирина Колесникова рассказала, что Марина купила билет на их рейс и просто сообщила в call-центр о своей ситуации. Видимо, «Сибирь» сделала выводы — в прошлом у авиакомпании были судебные разбирательства по искам пассажиров. Инвалида-колясочника Наталью Присецкую не пустили на борт самолета из-за отсутствия сопровождающих лиц, по той же причине получил отказ инвалид по зрению Павел Обиух. Пострадавшим пассажирам выплатили компенсацию за моральный вред.

На сайте «Сибири» подробно описаны правила перевозки особых пассажиров. К этой категории относятся дети без сопровождения, тяжелобольные пассажиры, перевозка которых требует специальных условий, больные на носилках, пассажиры, лишенные слуха, зрения, инвалиды в колясках, пассажиры старше 75 лет, беременные женщины. В документе указано, что особые пассажиры должны заранее, при бронировании билета согласовать с авиакомпанией свой перелет, иначе им может быть отказано в регистрации на рейс и полете. Объясняется это требование тем, что авиакомпания должна подготовиться к перевозке особого пассажира и обеспечить ему комфортный полет.

Пресс-секретарь «Трансаэро» Сергей Быхал считает, что по этому случаю нельзя судить обо всех авиакомпаниях. Он сообщил, что у них не было и не могло быть отказов в перевозке пассажиров с ограниченными возможностями. Авиакомпания может перевезти пассажира в любом состоянии, если нет запрета врача. При необходимости в салоне самолета можно организовать кровать, занимающую шесть посадочных мест. Есть специальная коляска, позволяющая свободно передвигаться по салону во время полета. При бронировании билета пассажир с ограниченными возможностями должен рассказать, что ему может понадобиться для передвижения

продолжение статьи на стр. 6

продолжение статьи на стр. 4

ПОРТРЕТ ДОКТОРА: МИХАИЛ ДАВЫДОВ

Он немного скромничает, шутит, говорит легко и понятно. Не ставит стену между собой и собеседником. Но совершенно отчетливо понимает про себя и про других. Он спокоен и уравновешен, но не холоден. Скорее упрям и горяч там, где чувствует себя правым. Смелый и дерзкий ученый во многом предопределил развитие онкологии в России. Сегодня он рассказывает о себе.

— Расскажите про свой обычный рабочий день.

— Расписание сложилось уже много лет назад и в принципе остается неизменным. В восемь часов я уже на работе. Первым делом иду в реанимацию, узнаю о состоянии больных. Потом встречаюсь с заместителями, мы обсуждаем планы на день. Потом провожу конференцию и ухожу в операционную.

— Каждый день оперируете?

— Да. Я обычно оперирую самые сложные случаи — повторные вмешательства, или удаление нескольких органов одновременно, или тяжелые сопутствующие заболевания. То есть наиболее рискованные случаи. В основном это операции на органах брюшной полости и грудной клетке. Потом опять встречи с руководителями отделений, диссертации, ученые советы, пациенты.

— Вы считали когда-нибудь, сколько всего вы сделали операций?

— Я сам не считал. Считали мои ребята — последний раз в 2008 году. Тогда было около 15 тысяч

Никто не знает, сколько проживет пациент после постановки диагноза. Нет гарантий даже при самых благополучных прогнозах, так же как нет предрешенности. Выживают и с 4-й стадией рака, а иногда не спасаются те, кому диагноз поставлен на 1-й стадии. И знаете, что важнее всего — для его родных, для его врача, для общества в целом, в конце концов? Сохранить человеческое достоинство — и свое, и этого пациента. Ведь пока он жив, он такой же человек — не лучше, не хуже. Он не унижен, не прокажен, не вознесен своим положением. Он просто болен.

Но, как ни странно, это труднее всего и хуже всего у нас получается.

Наши пациенты бьются за лекарства с бюрократией и чиновниками, выцарапывают их, ломая ногти, или сдаются и погибают в отчаянии.

Люди, живущие в аду после страшнейших операций, подвергаются унижительным процедурам, чтобы просто попасть в самолет и долететь домой.

Мамы больных девочек делают химиотерапию на дому, потому что в этом городе ребенка лечить «нерентабельно».

А общество видит все это и не приходит на помощь. Толпа брезгает, боится и отворачивается, пряча глаза.

И нам еще очень далеко до обретения человеческого достоинства. Очень. Но мы на правильном пути.

Потому что есть люди, готовые положить свою жизнь на благотворительность. Не ради политики, а ради детей. Потому



ДМИТРИЙ БОРИСОВ

что есть те, кто готов жертвовать анонимно целые состояния или последние копейки — не ради имиджа и пиара, а во спасение.

Есть женщины, которые идут в сестринства и ухаживают за больными. Любят их, заботятся, молятся. Потому что не могут жить иначе.

Врачи, готовые бороться за своих пациентов до последней секунды несмотря ни на что, не жалея себя.

Ученые, которые возвращаются в Россию из-за границы, чтобы здесь открыть новые способы лечения рака.

В пятом номере газеты «Равное право на жизнь» мы собрали много историй — и страшных, и вдохновляющих. И все же мы верим, что общество может измениться. Что оно уже меняется. Давайте посмотрим на себя со стороны и перестанем бояться — ведь мужество в том, чтобы признать свою слабость. Это основа человеческого достоинства.

РЕЦЕПТ НА ВЫЖИВАНИЕ

Каждый день пациентская организация «Движение против рака» получает жалобы пациентов на отказ в предоставлении им лекарств. В первые недели 2012 года таких жалоб только по Москве и Московской области на сайт организации www.rakrobedim.ru пришло 20.



Согласно постановлению правительства №890 все онкобольные должны обеспечиваться бесплатными лекарствами. Если они оформили инвалидность — то за счет федерального бюджета. Если не оформили — за счет регионального. Есть две категории пациентов, жалующихся на отказ в предоставлении лекарств, рассказывает пресс-секретарь «Движения против рака», Денис Куров, координирующий работу по жалобам. Это больные, которым отказываются выписывать рецепт на дорогостоящие лекарства, и больные, которым рецепт выписали, но получить препарат они не могут. Судя по анкетам пациентов, можно назвать две основные причины, по которым они в срок не получают жизненно необходимых препаратов.

Первая — их просто нет в аптеках. В результате больной, который даже получил рецепт, пройдя через сложную бюрократическую процедуру и десятки приемов у врачей, имеет свое лекарство только на бумаге. Поставщик мог вовремя не закупить препарат, или власти поздно объявили конкурс на закупку, а в кулуарах поликлиник больным просто объясняют, что денег на лекарства у страны нет, поэтому, скорее всего, в аптеках они появятся еще не скоро.

С этой же формулировкой врачи вовсе отказываются выписывать пациентам рецепты на дорогостоящие средства.

«Про постановление 890 многие не знают, — объясняет Куров. — Одним из видов отказа в выписке рецептов является и такая формулировка — у вас нет инвалидности, а у нас деньги выделены только на федеральных льготников. Или если человек решил воспользоваться монетизацией льгот, ему говорят, что он теперь не имеет права на бесплатное лекарство для онкобольных. Когда пошел поток жалоб на это, Минздраву даже пришлось объяснять, что отказ от соцпакета не основание отказывать в рецептах по онкологии».

Врачи также отказываются выписывать рецепт на нужные препараты, ссылаясь на то, что на каждого льготника из бюджета по закону Минздрав выделяет только 630 руб. С такой формулировкой отказали в рецепте 62-летнему Павлу Чуваеву из Наро-Фоминска. Он болен раком прямой кишки и получил несколько месяцев назад инвалидность, шесть раз прошел химиотерапию. Для терапевта было важнее, что тот в свое время монетизировал свой соцпакет и стал отказником. «Это правда, так и говорят в больницах: “Что вы хотите, ваши лекарства стоят по 30 тысяч, а на каждого льготника выделяется 600 рублей”. Люди несведущие расстраиваются, опускают руки», — говорит Куров.

На сайте «Движения против рака» Чуваев написал 4 февраля 2012 года. Через четыре дня его жалобу перена-

правили в Росздравнадзор по Москве и Московской области. Копии — губернатору и министру здравоохранения Московской области. 4 апреля дочь Чуваева сообщила, что из области в Наро-Фоминск приехала проверка, все лекарства отец в итоге получил. А 43-летний Андрей Лобанов, которому отказали в лекарствах по той же причине, в своей борьбе за препараты дошел до новосибирской прокуратуры. Ответа на свою жалобу от надзорного ведомства он не получил и намерен теперь подавать на врачей онкологического диспансера Новосибирска в суд. В апреле его анкету-жалобу «Движение против рака» направило в Росздравнадзор по Новосибирской области, ответ ожидается.

В жалобах многие больные указывают, что до движения не подавали жалобы ни в какие инстанции, только каждый день звонили в аптеки узнавать, появилось лекарство или нет. У Раисы Бурмистровой опухоль яичников, она инвалид II группы. Препараты она с дочерью выбивала с боем. В аптеки Бурмистрова звонила десять дней, потом набрала номер комитета здравоохранения Королева. После нескольких дней звонков чиновникам препарат выдали, но только в одной форме дозировки. Бурмистрова узнала, что фармацевты должны записывать фамилию пациента и в течение десяти рабочих дней организовывать ему отпуск лекарства по рецепту или аналогичного. Чтобы у Бурмистровой в аптеке забрали документы на отсроченное обслуживание, пришлось скандалить. Но через несколько дней по телефону ей сказали, что в очередь ее так и не поставили, а просто забрали бумаги с рецептом, «потому что вы нас вынудили». За это время срок действия рецепта Бурмистровой истек, фармацевт ей заявил: «Мы вам ничего не должны». Больная купила лекарство на свои деньги и написала жалобу на сайт «Движения против рака». В областной Росздравнадзор ее перенаправили 28 января. 28 марта дочь Бурмистровой написала, что мать получила лекарство.

Большинство анкет — жалобы на неполучение препаратов для лечения рака молочной железы. «Каждый случай индивидуален. Например, один пациент из Хакасии получил лекарство молниеносно — через неделю. Могу сказать, что 60–65% обратившихся на сайт “Движения против рака” получают лекарства. Но из-за того, что некоторые обращаются к нам в последний момент, их жалобы, к сожалению, рассмотреть так и не успевают», — говорит Куров.

Никто не ведет статистики, сколько больных сталкивается с проблемой получения лекарств — из-за чиновничьего бюрократизма, нехватки средств, незнания закона на местах, объясняет Куров. Он признает, что количество жалоб, поступающих на сайт, — капля в море тысяч онкобольных по всей стране. «К нам обращаются активные люди, те, кто рыщет в интернете в поисках любой информации о том, куда бежать, что делать. Кто-то через “Яндекс” нас находит, кто-то слышит от других больных», — рассказывает Куров. По его словам, многие пациенты боятся писать жалобы, утверждая, что врачи в таком случае вообще перестанут их лечить: «Менталитет рабский, забытый. Кто-то звонит по телефону и боится даже назвать свое имя. Мы пытаемся расшевелить больных, объяснить, что если уже возникли проблемы с лекарствами, то на блюде их никто не принесет, надо бороться».

ДОСТУПНАЯ ОНКОЛОГИЯ

Попасть на прием к онкологу в государственной медицинской системе довольно сложно. Направления, очереди, нервотрепка. НП «Равное право на жизнь» и крупнейшие столичные частные клиники сегодня предлагают бесплатные консультации онкологов — без очередей, направлений и лохотронов. О том, как работает эта система, — в нашем репортаже.

ЗАПИСАТЬСЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ 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» запустили масштабный проект 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. Благодаря участию частных клиник в проекте «Онкодозор» реально сокращается путь пациента от диагноза до оперативного лечения. Это первый проект подобного рода в России.

ЛДЦ «Кутузовский» — московская клиника, качество услуг которой соответствует мировым стандартам. Впервые она проводит бесплатные консультации для онкобольных. Центр ориентирован на индивидуальный подход к каждому пациенту. Онколог по записи ведет прием каждую пятницу с 16:00 до 21:00. Корреспондент газеты «Равное право на жизнь» пришла в клинику в приемные часы. Чистые светлые коридоры, приветливый персонал, улыбочивые, но не фамильярные врачи.

Некоторые из больных растеряны, напуганы, подавлены, поэтому дружелюбная обстановка для них особенно важна. Ольга Новикова приехала из подмосковных Люберец. У нее обнаружили прогрессирующую опухоль молочной железы. Она недавно родила малыша. Роды были тяжелыми. Молодая женщина пережила сильный стресс, во время беременности ее муж попал в аварию, чудом уцелел. У Ольги пропало молоко. Младенец растет на искусственном питании. И как следствие всего — опухоль. Врачи настаивают на биопсии. Ей страшно принимать такое решение.

Прием ведет молодой, но очень опытный онколог Евгений Макаров. Первые вопросы — самые обычные: что случилось? как вы себя чувствуете? на что жалуетесь?

Главное — расположить к себе пациента. Разговор идет не только о болезни, но и о личных проблемах, семье, детях, о работе, различных переживаниях. Постепенно пациентка проникается все большим доверием к доктору. Как правило, за полчаса опытный специалист получает полную картину жизни и состояния здоровья подопечной.

А дальше — подробные инструкции и советы. Исходя из анализов Ольги, врач советует ей сделать биопсию. Эта процедура не должна нанести вред, зато пациентка будет более точно знать свой диагноз. Иначе трудно определиться с грамотным лечением. Ольга покинула кабинет с чувством удовлетворения. В анкете, которую пациенты заполняют после приема у врача, в графе «Что, на ваш взгляд, самое положительное в программе «Онкодозор»?» она оставила такую за-

пись: «Я очень благодарна за помощь. Самое главное, что она оперативная и доступная. Мне не пришлось стоять в очереди. Я получила ответы на все свои вопросы и теперь знаю, что делать дальше».

Евгений Макаров уже семнадцать лет занимается онкологией. И считает, что каждый случай болезни уникален.

— Через мои руки прошли сотни пациентов, — говорит он. — Но тайна возникновения рака так и не раскрыта. Может быть, когда-нибудь такое открытие сделают, и тогда мы сможем защищаться более эффективно. Пока же механизм возникновения новообразования непонятен. Почему именно у этого пациента, именно в таком органе? Возможно, наибольшую злую роль в этом играет сильный стресс, пережитый пациентом. Поэтому я всегда расспрашиваю своих подопечных о перипетиях жизни, наследственности, переживаниях.

Пациентов здесь разделяют на три группы.

Первая — те, которые никогда не болели онкологией и хотят просто побеседовать со специалистом в целях профилактики. Вторая — люди, которые когда-то болели, лечились, у них период ремиссии, и они нуждаются в советах и поддержке, новой информации. Третья группа состоит из тех, кто только что прошел обследование, диагноз под вопросом, им особенно нужны рекомендации, что делать дальше, как жить, куда лучше обратиться по поводу окончательного диагноза и лечения. Они подвержены риску, и им нужно проверить свои подозрения.

— Как показывает практика, — говорит генеральный директор ЛДЦ «Кутузовский» Андрей Занорин, — в обычный онкоцентр на консультацию пробиться очень тяжело. Нужно записываться за несколько месяцев вперед, сидеть в необъятной очереди. Уходит драгоценное время. Для больных это тяжелое испытание. Время для них — на вес золота. От этого

зависит течение и стадия болезни. В чем состоит прежде всего наше участие как коммерческого предприятия в проекте «Онкодозор»? Мы даем элемент доступности. При такой болезни этот момент очень важен. Наши пациенты приходят по записи, никакой живой очереди нет. Они экономят время и силы. Получают рекомендации, а затем могут и дальше наблюдаться у врача, который их консультировал. То есть происходит точечное попадание. Доктор и пациент находят друг друга. У нас не ставят официального диагноза, не проводят обследование, но на основе полученной от пациента информации мы советуем, куда пойти, в какую клинику обратиться, какие анализы надо сдать, а какие не надо. Наши специалисты оперативно оценивают степень и риск поражения. Это позволяет в дальнейшем принять грамотный план лечения. Немаловажно, что консультации — бесплатные. В России еще много бедных людей.

Несколько месяцев назад в клинике начала работать «Школа пациента». Занятия проходят в виде круглого стола, посвященного определенной болезни и методам борьбы с ней. Врач рассказывает о симптомах болезни, факторах риска, новейших методиках лечения. Доктору можно задать любые вопросы и получить исчерпывающие ответы.

Люди приезжают сюда из разных районов Москвы. Это тоже бесплатная услуга. Порой слушатель становится пациентом врача, потому что между ними возникает «синдром доверия». Такой контакт влияет на эффективность лечения.

— Наша цель, — говорит Андрей Занорин, — как можно раньше выявить болезнь и помочь пациенту максимально сократить путь от диагноза к лечению. Доступность и точность информации, предлагаемый доктором четкий план действий помогают больному выйти из состояния паники или депрессии и начать действовать.



АЛАМУ/ИТАР-ТАСС

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>

ПОРТРЕТ ДОКТОРА: МИХАИЛ ДАВИДОВ

окончание. начало на стр. 1

операций. У меня один из самых крупных личных опытов в мире по полостным операциям органов груди и живота. В рейтинге мировых хирургов, который проводили американцы в 2001 году, я вошел в пятерку лучших хирургов мира.

— **Больше 15 тысяч пациентов — огромная цифра.**

А многих из них вы помните?

— Да, многих. Может быть, потому, что это всегда сложные случаи, тяжелейшие операции, всегда риск. Я никогда не занимался пластической или экстренной хирургией. У меня всегда были большие операции — например, когда из живота я достаю семь-восемь органов и ставлю назад. Недавно мне позвонила женщина из Тбилиси, которая лечилась у меня 27 лет назад. И я ее помню. Это было в другом здании еще, у нее было сложнейшее осложнение, практически смертельное — прорыв опухоли пищевода. Я тогда был дежурным хирургом, прооперировал ее экстренно, и она осталась жива. И таких случаев много.

— **А перед операциями волнуетесь?**

— Сейчас уже нет. Долгое время волновался — первые лет 15, наверное. А сейчас я точно знаю, что выберусь из любой ситуации, потому что мне хватит опыта и знаний. Ну а если не выберусь я, значит, никто другой не выбрался бы. Даже во время критических ситуаций я абсолютно спокоен. Если начну волноваться, это плохо отразится на ассистентах, на больном и на мне лично. Это мешает работе. Даже в острейших ситуациях я не разрешаю себе волноваться.

— **Через вас проходят сотни студентов, молодых врачей. Кто-то пришел в профессию случайно, кто-то станет неплохим, но не выдающимся врачом. А талантливых — тех, кто много добьется, вы отличаете сразу?**

— Талантливых не так много. На сотню может быть двое, которые могут стать большими мастерами. И это не значит, что остальные бездары. Они мечтают стать хирургами, стараются, стремятся. Но мало получить хорошее образование, есть человеческие качества, которые первичны для хирурга. Он должен быть выносливым, не впадать в истерики, уметь принимать быстрые решения и не бояться этого. И быть порядочным человеком.

Помню, был еще ординатором. Клиникой торакальной хирургии руководил Борис Сергеевич Петерсон. Он прооперировал молодую женщину и на этапе ревизии легкого принял опухоль за доброкачественную. Легкое сохранил, удалив только опухоль. И после операции сообщил ей, что все в порядке. А через неделю приходит результат биопсии — рак. Он сам пошел в палату и сказал, что ошибся и что будет делать повторную операцию. На это нужно мужество — признать свою ошибку, сказать пациенту это в глаза, а затем сделать еще одну операцию.

— **Получается, хороший хирург не может быть мерзавцем?**

— Я не встречал таких. Характер может быть трудным, жестким. Но хирурги не мерзавцы. Это тяжелейший труд, который непорядочный человек просто не вынесет. Трудные операции, постоянный недосып — за ночь по пять раз будят: пациент то закровил, то не дышит. Я сниму голову за малейшее осложнение после операции. И это работа не ради денег, уверяю вас.

Нам часто приходится работать на грани. Мы часто делаем то, что делать не должны. Но мы не работаем формально, мы спасаем человека. Вот представьте, что в операционной человек, которого оперируют уже третий раз. Сложнейшие анатомические осложнения, нарушена работа сосудов, а я его оперирую, чтобы удалить опухоль. И в принципе никто не заставляет меня это делать. Ну рак, запущенный процесс, задействовано шесть органов. Ни один человек не посмеет меня обвинить, что я не взялся. Никакой суд, никакая адвокатура. Но человек приехал через всю страну и надеется на меня — и надо работать.

— **А врач должен любить людей?**

— Конечно. Иначе он не сможет работать и они будут его раздражать. Более того, врач по сути должен любить человека и бороться за него до последней минуты. Я часто ругаю врачей центра — не потому, что они плохо работают, а потому, что я перфекционист. Меня раздражает, если работа выполняется по инерции, без инициативы, вяло. Я говорю им — ты так бы работал, если бы на столе лежала твоя мама? Вот такая философия. Ты должен относиться к человеку, который лежит у тебя на столе с открытой грудной клеткой или животом, как к своему самому близкому человеку.

— **А гибель пациента так же болезненна?**

— Конечно! Это очень тяжело. Когда больной гибнет после операции — ощущения ужасные. Ужасные просто. Особенно



Михаил Давыдов

страшно, если больной погибает в результате твоей ошибки. Но другое дело, когда больной оперирован безусловно — и вдруг у него случается инфаркт. Такое невозможно предусмотреть! Тут нет твоей вины, и от этого наступает обида. Что ты старался его спасти и все равно не смог.

Но я баловень — у меня это редко бывало. Даже в молодые годы, когда не было столько опыта, большинство операций проходили успешно. Хотя я всегда работал на пике новых технологий, когда ничего еще не было. Онкология была исключительно ампутирующая. Сегодня 95% больных с костными опухолями сохраняют конечности. А тогда у 95% была ампутация. Я разрабатывал новые технологии, и это очень возмущало Николая Николаевича Блохина.

— **Вы рисковали и он считал вас авантюристом?**

— Да. Он говорил, что есть у нас врачи, у которых руки забегают вперед головы. Он ругал меня, журил, но не убивал. Хотя он был президентом Академии медицинских наук, а я младшим научным сотрудником — шпана! И я попадал в разные ситуации. Была пациентка с большими артериями. Ее консультировал Борис Васильевич Петровский — тогдашний министр здравоохранения, академик. Он написал заключение своей золотой академической ручкой, что большой операция не показана. А я рискнул, взялся. И она погибла. На конференции Блохин в ярости спрашивает — кто у нас умнее, Давыдов или Петровский?! Я отвечаю, что вопрос некорректный. Я же никогда не мерился с ним умом, может, он умнее, а может — нет. Не знаю. Блохин выгнал меня с конференции, и я был уверен, что уволит. Сам пошел в дирекцию, даже заявление написал. Прихожу к нему, а он спокойно так спрашивает: «Миш, а что невеселый такой?» А почему я веселиться-то должен, оснований нет для радости. «Так ты же хирургом хотел стать. Хирург должен быть спокоен всегда. Иди работай».

А потом он сделал меня руководителем клиники грудной хирургии. Сразу, через головы профессоров, в 36 лет. Это было в 1988 году. А в 1993-м он меня опять вызывает и говорит, что Вадим Герасименко, директор клинического института, заболел и работать не сможет.

— Я думаю, ты подходишь на эту должность.

— Что?! Как?!? Я ж только в клинике своей освоился!

Но он ответил, что я единственный многопрофильный хирург и подхожу. И я взялся.

— **Вы в себе сомневались?**

— Нет, я не из пугливых. Я был уверен, что справлюсь. Прихожу на утреннюю конференцию и начинаю шпынять и душить за небрежность профессоров. Но ведь когда варишься в двадцати двух операционных каждый день со своими коллегами, авторитет будет не административный, а профессиональный. Им мне предъявить нечего. И они меня слушали. А потом, в 2003 году, я стал директором Онкоцентра. Думаю, еще лет пять поработаю и уйду на пенсию.

— **Что вы будете делать на пенсии?**

— Я сумасшедший охотник! Я охочусь на всех и везде. Добыл 52 медведя. Буду охотиться на пенсии.

— **Откуда такая страсть к риску? Вам не хватает адреналина?**

— Да, вы знаете, не хватает. Черствый стал. Раньше меня возбуждали сложные случаи, тяжелые операции, риск. А сейчас я спокоен. Как аллигатор, который увидел цыпленка. Я точно знаю, как я его сейчас схвачу. А вот когда ночью подходишь к медведю — кураж! Медведь — зверь опасный. Он в отличие от других атакует. У тебя фактически только один выстрел — но если его ранить, он побежит на тебя. Второй выстрел будет уже в упор. Естественный отбор.

БИОГРАФИЯ

Михаил Иванович Давыдов родился 11 октября 1947 года в украинском городе Конотопе Сумской области.

В 1966 году окончил Киевское суворовское училище, отслужил три года в воздушно-десантных войсках. В 1970 году поступил в 1-й Московский медицинский институт имени Сеченова, там работал лаборантом на кафедре оперативной хирургии.

Прошел ординатуру (1975–1977) и аспирантуру (1977–1980) в Онкологическом научном центре имени Блохина. Защитил кандидатскую («Комбинированные резекции и гастрэктомии при раке проксимального отдела желудка») и докторскую («Одномоментные операции в комбинированном и хирургическом лечении рака пищевода») диссертации, получил ученое звание профессора. В 1986 году стал ведущим научным сотрудником торакального отделения. В 1992 году возглавил НИИ клинической онкологии РОНЦ имени Блохина, в 2001 году стал директором РОНЦ имени Блохина.

В 2003 году принят действительным членом в Российскую академию наук, в 2004-м — в Российскую академию медицинских наук. В 2006 году избран президентом РАМН. Занимал этот пост до 1 марта 2011 года.

Давыдов всю жизнь разрабатывал новые методики оперативного лечения опухолей легкого, пищевода, желудка, средостения. Он разработал принципиально новую методику внутриплевральных желудочно-пищеводных и пищеводно-кишечных анастомозов. За счет применения медиастинальной и ретроперитонеальной лимфодиссекции улучшены результаты лечения рака пищевода, легкого, желудка. Давыдов первым в онкохирургии стал проводить операции с пластикой полой вены, легочной артерии, аорты. Им разработан метод комбинированной резекции пищевода с циркулярной резекцией и пластикой трахеи при раке пищевода, осложненном пищеводно-трахеальным свищом.

Под руководством Давыдова защищено 70 докторских и 100 кандидатских диссертаций. Он является автором и соавтором более 300 научных работ, включая 3 монографии и 6 научно-методических фильмов.

Деятельность Михаила Давыдова отмечена Государственной премией РФ и званием заслуженного деятеля науки Российской Федерации.

ОДНА БОЛЕЗНЬ НА ДВОИХ

Иногда раковая опухоль выявляется у женщин во время беременности. Влияет ли положение матери на рост опухоли, способствует ли ее распространению? И обратная связь — как опухоль воздействует на течение беременности? Достижения современной медицины позволяют бороться с раком, сохраняя жизнь матери и ребенка.

Проблема взаимоотношений беременности и роста злокачественных новообразований всегда привлекала исследователей и до сих пор занимает особое место в онкологии. Парадокс в том, что два процесса — позитивный (беременность, рождение ребенка) и негативный (рост злокачественных клеток) — схожи на молекулярном, клеточно-тканевом уровне. Во время того и другого наблюдаются изменения нейроэндокринного, иммунного и метаболического статуса организма.

Как правило, велика вероятность того, что выявленный во время беременности онкологический процесс — следствие уже существующего ранее скрытого «неблагополучия», просто вовремя не диагностированного. Ученые считают, что в этих случаях существует угроза прогрессирования заболевания. Логично предполагать, что подъем уровня половых гормонов во время беременности стимулирует рост уже существующей опухоли, которая очень «отзывчива» на естественное повышение уровня эстрогенов и прогестерона. Это для нее благодатная почва.

В первую очередь это касается рака молочных желез. Обычно пациентки, заметившие в начале беременности небольшую опухоль груди, не обращают на нее внимания, дескать, это нормальное явление, к концу беременности «само рассосется». В результате в конце беременности они имеют запущенную стадию заболевания. А ведь поставить правильный диагноз помогло бы, например, УЗИ молочных желез.

Опухоль яичников также одна из самых распространенных. По данным исследований, в 25% случаев она во время беременности может перерасти в онкологию. Подозрение может возникнуть на основе данных клинического осмотра, УЗИ, повышенного онкомаркера. В этом случае промедление с лечением недопустимо.

Нередко во время беременности обнаруживают рак шейки матки. Решение о прерывании беременности зависит от ста-

дии и тяжести болезни. При начальной стадии и при органосохраняющем лечении беременность возможна.

Больше всего заболевших раком или перенесших эту болезнь женщин волнует вопрос, могут ли они иметь здоровых детей. Ведь лекарства зачастую повреждают половые клетки.

В современной онкологии активно разрабатываются направления, позволяющие сохранять репродуктивные возможности пациенток. Это органосохраняющие операции и всевозможные защитные «механизмы» при лучевой терапии. Одно из новейших направлений — разработка методов получения неповрежденного генетического материала (половых клеток) до начала химиотерапии и сохранения его весь период лечения.

До сих пор речь шла о том, как беременность влияет на рост злокачественных клеток. А как в свою очередь рак влияет на течение беременности?

Как правило, болезнь приводит к обменным и иммунологическим нарушениям. Прогноз для ребенка более благоприятен, если онкология проявляется поздно — в третьем триместре. Значит, она существенно не влияет на течение беременности. Но риск для будущего ребенка все же есть. Повышается вероятность невынашивания и развития патологий.

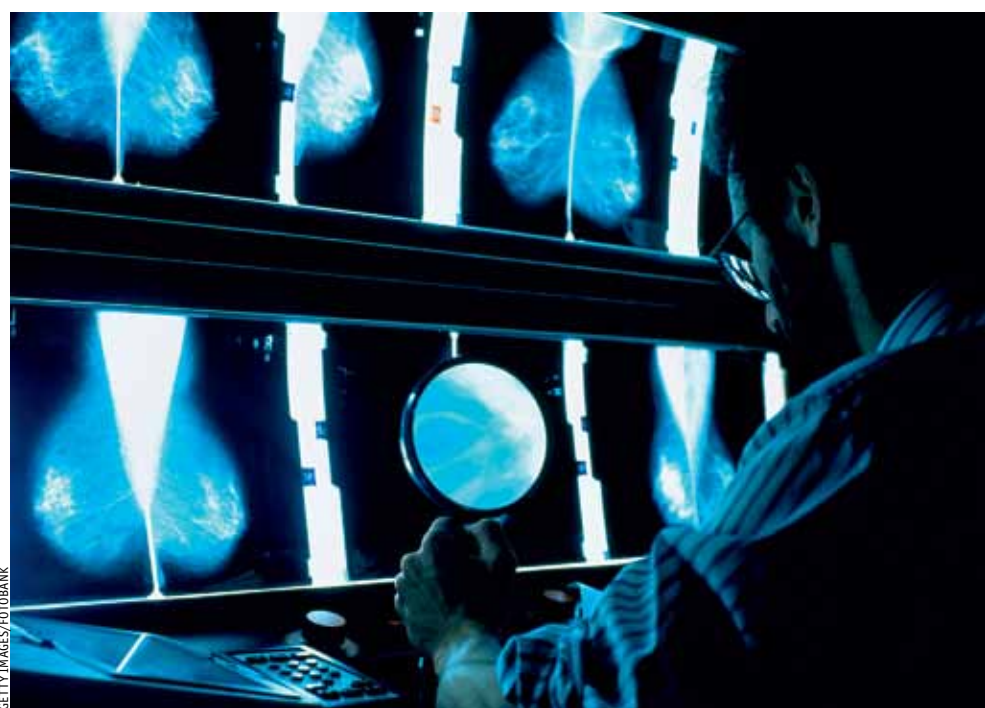
При этом риск метастазирования в плаценту и плод, который так пугает женщин, невелик. За сто с лишним лет были описаны лишь 35 подобных случаев.

Клинический опыт свидетельствует о нецелесообразности сохранения беременности на ранних сроках при сочетании со злокачественной опухолью. Ведь ее лечение связано с облучением, химиотерапией. Но беременной женщине, у которой обнаружили рак после второго триместра, не всегда показано прерывание или отсрочка лечения. Ученые доказали: химиотерапия на поздних сроках не вредит ребенку. Лишь крошечные частички химии просачиваются в плаценту.



ПРОСВЕТИТЕ МЕНЯ НА МАММОГРАФЕ

Маммография настолько эффективна в диагностике рака молочной железы на ранних стадиях, что на ее основе во многих странах организован скрининг — выявление заболевания в масштабах популяции. Женщинам старше 40 лет — раз в два года, после 50 лет — каждый год.



Сама процедура занимает 10–15 минут. Она проста и безболезненна.

Аналоговый (пленочный) или более современный цифровой маммограф — аппарат, на котором с помощью щадящего (слабее, чем при флюорографии) рентгеновского излучения делаются снимки молочной железы в двух проекциях.

Для того чтобы снимки были более информативны, грудь помещается между двух пластин и слегка сдавливается в процессе проведения исследования. Не совсем комфортно, но, в сущности, безболезненно, тем более что разработчики учитывают нежность исследуемого органа и постоянно совершенствуют форму и материал пластин, режим компрессии. Тем не менее рекомендуется проводить исследование на 11–14-й день цикла

и отложить его при наличии острых болей, вызванных, например, воспалительным процессом.

Маммографии более 30 лет. В странах Европы, в США маммографию после 40 лет проходят регулярно и бесплатно до 90% женщин. Соответственно, рак молочной железы 3–4-й стадии здесь встречается реже, а смертность от этого заболевания ниже примерно в два раза по сравнению со странами, где такой скрининг не ведется.

Россия лишь в самом начале пути к такому регулярному и массовому обследованию всех женщин, вступающих по возрасту в группу риска. Тем не менее в Москве, например, почти в каждой поликлинике есть свой маммограф. Либо поликлиника прикреплена к диагностическому центру, в котором бесплатно можно проходить обследование. Что мне и подтвердили в моей районной поликлинике, когда я обратилась туда с вопросом, могу ли я пройти маммографию по возрасту и бесплатно.

Нет проблем. Правда, в регистратуре сначала поинтересовались, есть ли у меня направление. А услышав, что я вообще-то здорова и интересуюсь ради профилактики, не удивились и назвали номер кабинета, куда мне прийти с карточкой.

После маммографии снимки изучает специалист. Он отмечает на маммограмме изменения в тканях (если они есть).

Диагностика проводится быстро, а выявить может многое.

Прежде всего, конечно, сами новообразования. Причем на той стадии, на которой только с помощью этой методики и можно выявить микроскопические опухоли, не более 5 мм в диаметре. И не только злокачественного характера.

Маммография позволяет выявить скопления солей кальция (кальцинты), которые могут способствовать развитию опухолей. На снимках будут видны кисты (полости, наполненные жид-

костью) и фиброаденомы — доброкачественные образования из переродившихся клеток молочной железы, которые также подлежат удалению.

По итогам обследования на маммографе врач-маммолог может назначить дополнительные исследования — УЗИ, биопсию. И только собрав все необходимые данные, он даст заключение о состоянии вашего здоровья.

Казалось бы, все просто. Но по стране не хватает ни аппаратуры, ни специалистов, ни привычки женщин думать о себе.

В результате складывается парадоксальная ситуация — в России эффективность скрининга рака молочной железы обеспечивают массовые, хотя и разовые кампании на местном уровне. Причем независимо от того, есть ли достаточно оборудования в регионе или нет.

Выявляемость заболевания в целом по стране остается низкой, не превышая 18%, а показатель запущенности (рак 3–4-й стадии) высоким — около 40%.

В результате складывается парадоксальная ситуация — в России эффективность скрининга рака молочной железы обеспечивают массовые, хотя и разовые кампании на местном уровне. Причем независимо от того, есть ли достаточно оборудования в регионе или нет.

А причина в том, что в России до сих пор отсутствует госпрограмма по выявлению рака молочной железы. Отсюда и нехватка оборудования, специалистов. Отсюда же и просветительская работа на нулевом уровне. И пока такой объединяющей усилия и ресурсы госпрограммы нет, эффективность всевозможных рейдов и акций у нас будет выше, чем повсеместной и постоянной профилактики. А процент выявленных на ранней стадии заболеваний смещаться в сторону оптимизма будет верно, но по-прежнему крайне медленно.

УНИВЕРСАЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВО

Израильские ученые из Университета Тель-Авива разработали вакцину, которая, как предполагается, сможет обезопасить человека от большей части типов рака. Однако пока результаты не подтверждены достаточным количеством исследований, а реагент планируется использовать не в превентивных мерах, а для лечения уже заболевших людей.

Сложность борьбы с раком в том, что раковые клетки обладают уникальной способностью избегать угроз со стороны иммунной системы. Маскируясь под обычные клетки организма, раковые клетки не дают иммунитету распознать себя как угрозу. Дело в том, что иммунная система «настроена» на борьбу с инородными клетками — бактериями или вирусами. Опухолевые клетки происходят из собственных клеток больного, мутировавших и перепрограммированных в раковые. Новая вакцина способна запустить иммунный ответ в организме пациентов, который как минимум облегчает течение болезни.

Израильские ученые обнаружили особую молекулу — MUC1, которая в больших количествах находится на поверхности раковых клеток. И если «научить» иммунную систему распознавать эту молекулу, она сможет регистрировать возникновение опухолей. В сотрудничестве с компанией Vaxil Biotherapeutics медики разработали вакцину, которая несет небольшой участок биомолекулы MUC1. С его помощью вак-

цина «прививает» иммунную систему, которая затем успешно обнаруживает и разрушает раковые клетки, несущие такую же метку (а их большая часть).

«Вакцина ImMuc1п генерировала устойчивый и специфичный иммунный ответ у всех пациентов, находившихся под наблюдением, после введения всего 2–4 доз. Наилучшее действие достигается после 12 доз», — говорится в сообщении Vaxil Biotherapeutics, посвященном созданию вакцины.

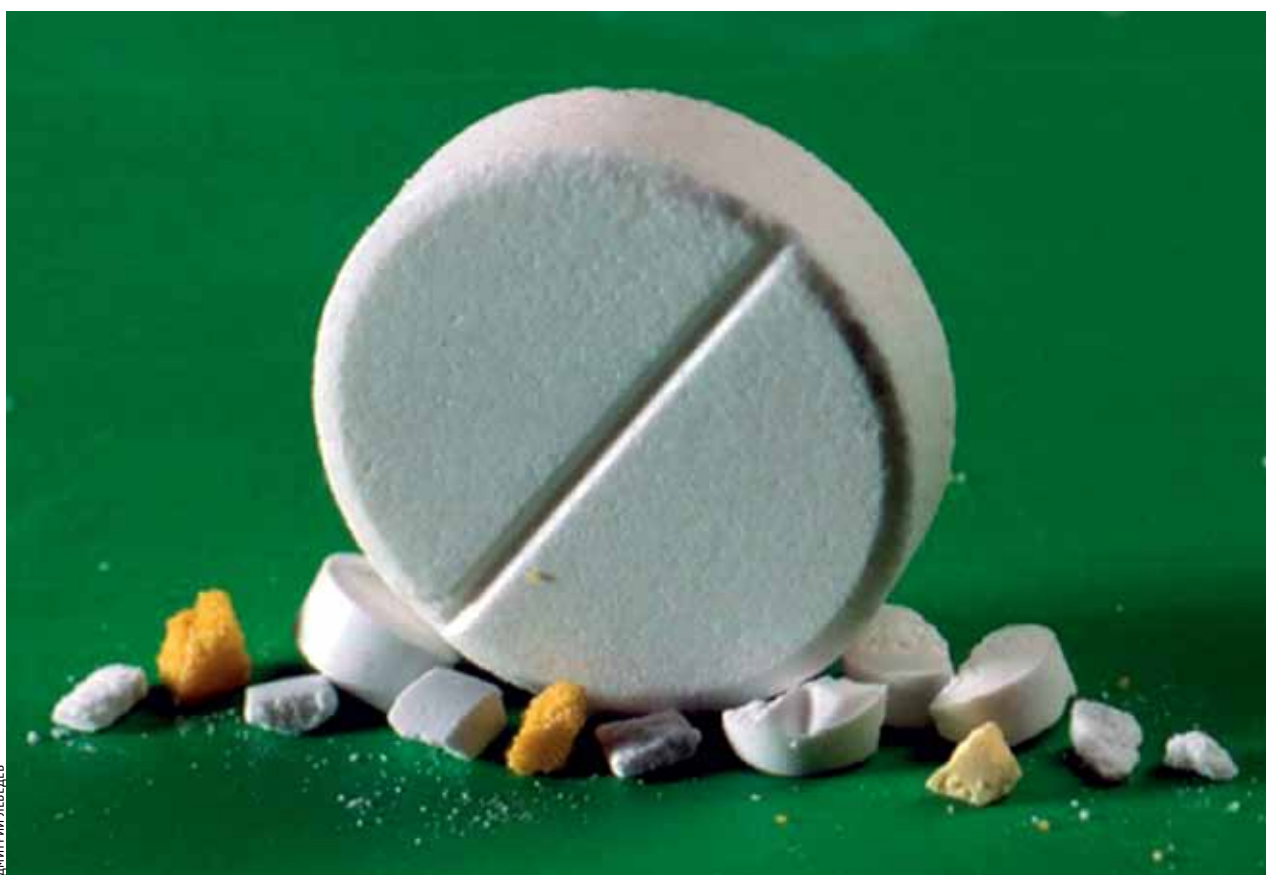
Клинические испытания безопасности вакцины проводились в медицинском центре Иерусалима. Десять пациентов, страдавших множественной миеломой (одной из форм рака крови), получили курс вакцины. Семь из них на данный момент закончили лечение, и, согласно данным Vaxil, их иммунитет начал бороться с раком гораздо активнее, чем это происходило до введения вакцины. Три пациента смогли в результате комбинированного лечения полностью побороть болезнь.

Так или иначе, вакцине еще предстоит длительные клинические испытания и дополнительные научные исследования.

Выборка в десять пациентов всего в одной больнице никак не может считаться статистически значимой даже для одного вида рака, не говоря уже об обобщениях на другие типы опухолей. Несмотря на оптимизм, пока результаты недостаточно доказательны даже для официальной научной публикации в рецензируемом журнале.

Впрочем, компания Vaxil уже строит планы по коммерциализации разработки: если все дальнейшие испытания пройдут успешно, вакцина может появиться на рынке уже через шесть лет. Если такая вакцина будет создана, медики смогут рекомендовать ее тем пациентам, которые уже больны раком. «Прививка» поможет традиционным средствам лечения болезни, то есть первичным является лечебное, а не превентивное действие лекарства. Еще одна опасность состоит в том, что здоровые клетки также содержат некоторые количества MUC1, однако создатели вакцины уверяют, что «привитая» иммунная система будет генерировать ответ только на раковые клетки, в которых MUC1 гораздо больше.

ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ



ОСОБЫЙ ПАССАЖИР

окончание. начало на стр. 1

по аэропорту, посадки в самолет и комфортного полета. «Трансаэро» — один из авторов стандартов по обслуживанию пассажиров с ограниченными возможностями, свои идеи и предложения мы направили в Госдуму. У нас накоплен большой опыт, мы единственные входим в Российский совет по делам инвалидов, постоянно проводим тренинги для своих сотрудников, объ-

ясняем, как работать с такими пассажирами», — рассказал Сергей Быхал.

Авиакомпания «Аэрофлот» по просьбе пассажиров с нарушением опорно-двигательной системы бесплатно предоставляет инвалидное кресло и платно — специализированный автолифт. О необходимости предоставления этих услуг просят сообщать во время заказа и покупки авиабилета, но не позднее чем за 36 часов до вылета, заказ носилок за 72 часа. Персонал «Аэрофлота» помогает пассажирам с ограниченными возможностями при посадке в самолет

и высадке из него. Больные пассажиры должны иметь при себе справку, что они прошли медицинское освидетельствование. «Аэрофлот» на своем сайте предупреждает, что имеет право отказать в перевозке больному пассажиру, если его физическое состояние угрожает безопасности полета или создает дискомфорт другим пассажирам.

Правила перевозки пассажиров с ограниченными возможностями авиакомпании устанавливают, ссылаясь на приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 28 июня 2007 года №82 «Об утверждении Федеральных авиационных правил «Общие правила воздушных перевозок пассажиров, багажа, грузов и требования к обслуживанию пассажиров, грузоотправителей, грузополучателей»».

«Ст. 110. Перевозка пассажира в кресле-коляске, неспособного передвигаться самостоятельно, или больного на носилках производится в сопровождении лица, обеспечивающего уход за этим пассажиром в полете. Правилами перевозчика может быть предусмотрена перевозка пассажира в кресле-коляске, неспособного передвигаться самостоятельно, или больного на носилках под наблюдением перевозчика. Перевозка больного на носилках производится с предоставлением ему дополнительных мест на воздушном судне с оплатой, установленной перевозчиком. Перевозчик вправе отказать в перевозке пассажира в кресле-коляске, больного на носилках при отсутствии на отдельных воздушных судах условий, необходимых для перевозки таких пассажиров.»

Историей Марины Бурлаковой заинтересовалась Генеральная прокуратура РФ, которая выясняет причины отказа в перевозке маломобильного пассажира. Отец Марины, Иван Бурлаков, собирается обратиться в органы власти с предложением принять на федеральном уровне общие правила перевозки пассажиров с ограниченными возможностями. Пока же у всех авиакомпаний свои требования.



ТЕРАПИЯ НАПРАВЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

С начала 2012 года в Санкт-Петербурге начал работу центр компании «Астра Зенека» по биоинформатике и прогностической медицине, одной из целей которого станут разработки алгоритмов создания новейших противоонкологических лекарств. Его руководитель Виталий Пруцкий специально переехал в Санкт-Петербург из Великобритании, где проработал много лет в области применения информационных технологий в области клеточной и молекулярной биологии, а также биоинформатики. Что такое прогностическая медицина и в чем специфика создания лекарств будущего? На эти и другие вопросы Виталий Пруцкий ответил медобозревателю Ирине Власовой.

— Чем прогностическая медицина отличается от популяционных статистических оценок эффективности лекарственных препаратов, которые проводит Кохрановское сотрудничество в рандомизированных клинических испытаниях лекарств?

— Термин «прогностическая медицина» очень широкий. Ведь любой доктор на приеме пациента делает какой-то прогноз болезни. Но разница в том, что с течением времени появилась возможность предполагать течение болезни с учетом факторов молекулярной биологии. Уже рассматривается учеными информация не только на уровне клетки тканей человеческого организма, а с точки зрения картины всех 20 тысяч генов. И рассчитать прогноз с учетом картины генов, но с помощью математических инструментов можно достаточно быстро. Получается, что у больного с одним набором генов болезнь будет развиваться по одному сценарию, а с другим — по иному варианту, и, соответственно, лечить их необходимо разными лекарствами, которые тоже уже можно создавать для определенной группы болезней и для определенной подгруппы больных. Можно на основании учета генной информации количественно рассчитать, какими будут выживаемость и прогноз развития данной болезни, то есть предложить доктору и пациенту индивидуализированное древо решений. Врач ведь каждый раз все равно принимает такие решения, только обычно он делает это, проводя интуитивную оценку разных факторов. С учетом же генной информации мы можем показать врачу соотношение позиций и предложить алгоритмы решений.

— Но ведь доказательная медицина тоже пользуется данными исследований, полученными математическими методами. Как совместить научность методики лечения (проверенность, доказательность) препарата и индивидуальность будущего лекарства и способа лечения? Получается, что, если будет предлагаться решение для конкретного больного, основанное на его «генной карте», глобальные рекомендации будут отменяться?

— Конечно нет! Прогностическая медицина — продолжение, уточнение доказательной медицины, ее эволюция. Это «проверка» уже доказанного препарата на более точном уровне, дополнительное испытание безопасности и эффективности. При стандартном подходе выводы в клинических испытаниях сделаны были для всей популяции на основании испытания лекарства на нескольких тысячах человек, а теперь они уточняются с учетом картины генов конкретного больного. Известно ведь, что даже при тщательных клинических испытаниях часть пациентов не «отвечают» на применение лекарства. К примеру, рост опухолевой клетки может запускаться несколькими механизмами, и применение только одного вида химиотерапии не будет эффективно, к тому же она плохо пациентами переносится из-за токсичности. Основная на геном алгоритме таргетная терапия — терапия направленного действия — это воздействие на опухолевые «мишени», на их белки, рецепторы, гены, которые имеют важнейшее значение для развития опухоли, и такое лечение позволяет эффективнее поражать «мишень» опухоли, подавлять ее злокачественный рост. Если раньше появление противоопухолевых препаратов связывалось со случайным обнаружением активности против опухоли, то теперь основной стратегией становится выявление опухолевых «мишеней» на основе фундаментальных исследований в области молекулярной биологии, генетики, биотехнологий, генной инженерии. То есть ученые и врачи смогут контролировать клеточный цикл, в том числе и апоптоз, то есть естественную гибель клетки от воздействия лекарством. Такая терапия учитывает особенность конкретного пациента и конкретной опухоли, учитывает «путь», по которому эта опухоль в данном конкретном организме будет далее развиваться, в том числе и «обратный путь развития».

Так, было доказано, что рак молочной железы может быть разделен на несколько видов практически разных заболеваний в зависимости от генетической характеристики раковой клетки. Было показано, что у 20–25% пациентов в клетках опухоли имеется повышенное содержание рецептора HER2, что приводит к особагрессивному развитию заболевания. Эти знания позволили создать препарат на основе человеческого белка — «Герцептин», который в корне изменил эффективность лечения данной разновидности рака молочной железы. Теперь у этих пациенток заболевание может быть излечено полностью. Но этот препарат не работает у остальных пациен-



АНАТОЛИЙ КОВТУН / ИМАР-ТАСС

ток — 100-процентного результата, видимо, никогда и не будет, «волшебная пуля» не появится. Но при применении такого новаторского лекарства используются уже не только полученные доказательства его безопасности и эффективности, для усиления эффективности в счет идут еще и биомаркеры.

— Известно, что на одних людей определенного этноса лекарства действуют, а на других не действуют. Не породят ли ученые «медицину расизма» и медицину для избранных? Что делать с больным, когда его генетически «красшифровали» и ясно, что рекомендованный при этой нозологии препарат на него действовать не будет?

— В этом и смежных вопросах еще много белых пятен. Неясны пока частные юридические вопросы, экономические алгоритмы не прописаны. В США, к примеру, существует закон о генетической недискриминации. То есть страховая компания не может отказать в оплате лечения в связи с генотипом пациента. Но у каждой технологии есть две стороны, и общество постепенно созреет. Если есть генотип, который на лечение и препараты, входящие в стандарт, не отвечает, нужен дополнительный тест и альтернативное лечение. Сегодня страховые компании оплачивать такое тестирование не хотят.

Примером может быть лечение рака толстой кишки. Стандартному лечению отвечают только 80% больных, у них выживаемость после лечения более пяти лет. У остальных возвращается опухоль с метастазами. Вот больного из этих 20% нужно ли «травить» стандартной химиотерапией? На сегодняшний день, скорее всего, лечение будет начато даже при том, что биомаркер указывает врачам, что положительного эффекта не будет. Важны биомаркеры и для бизнеса. В ряде случаев нахождение верного и простого биомаркера позволяет дать препарату дальнейшую жизнь. Так было с лекарством «Иресса» — препаратом для лечения местно-распространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого. Большая часть пациентов не отвечала на лечение. Но ученые обнаружили, что препарат хорошо работает именно у пациентов азиатского происхождения — японцев, китайцев, корейцев — с повреждением определенного гена, и таких набирается до 35% больных. Поэтому, когда врач прописывает таргетное лекарство, он параллельно прописывает пациенту тестирование

генов. Тестируют схожими алгоритмами и сам препарат при переводе его с доклинического в клиническое испытание.

— Каковы перспективы изучения и использования биомаркеров? Какими биомаркерами пользуется сегодня медицина и каких можно ожидать в перспективе? Как это скажется на объемах и стоимости терапии?

— Используют биомаркеры при создании или назначении целой волны современных лекарств для излечения онкологических, диабетических, иммунологических, психических заболеваний, чтобы точно определить мишень, на которую они должны воздействовать. Что касается стоимости, то тут тоже все неоднозначно. Не всегда разработка препарата с точным действием окажется в итоге дорожке для бизнеса и общества. Подбирать такое лекарство будет проще и быстрее, оно будет назначаться осмысленнее. Если есть простой биомаркер, то в клиническое исследование можно отобрать не 1000 человек, а, к примеру, 100. То есть биологи определяют, есть, скажем, у пациента мутация гена — будет ответ на препарат, нет мутации — ясно, что работать у такого пациента лекарство не будет. И в популяции этим препаратом тоже можно будет лечить только специфическую группу пациентов.

А насколько усиливается безопасность лекарств! Ведь по статистике 2000 года, в США умирало от побочного действия лекарств при нормальной дозировке 106 тысяч человек, а смертность от лекарств занимала 4–6-е место среди причин смертности населения. Приведу исторические примеры. В 1954 году была открыта мутация гена (цитохром), которая формировала у больного непереносимость противотуберкулезных препаратов. А в 90-х годах прошлого века проходил даже судебный процесс в США, когда семью обвинили в отравлении 12-летнего подростка препаратом «Прозак». Вскрытие показало, что мальчик принял не меньше десяти таблеток. Адвокат добился эксгумации, и было обнаружено, что у подростка был дефицит определенного гена, который наделяет организм несколькими ферментами, необычно реагирующими на ряд лекарств, и это приводит к «передозировке».

Возникает вопрос, проводить ли больным генетическое тестирование до назначения широко применяемых препаратов и кто его оплатит. Страховые компании делать этого пока не хотят.

ИГРЫ ПОБЕДИТЕЛЕЙ

Благотворительность в России находится только в стадии становления. Хотя в наших условиях именно она может дать шанс многим пациентам, лечение которым не может обеспечить государство. По-настоящему эффективно работающих фондов с именем и красивым благородным лицом пока, к сожалению, очень мало. Самый известный — фонд «Подари жизнь» Чулпан Хаматовой. О том, как и кто спасает сегодня малышей от страшной болезни, рассказала она сама.



Фонд «Подари жизнь»
Чулпан Хаматова

— Что нужно сделать, чтобы получить благотворительную помощь в фонде «Подари жизнь»?

— Чаще всего о том, что ребенку нужна помощь, мы узнаем от врачей больниц, которые опекаем. И это очень правильно — ведь только врач знает, нужна ли ребенку какая-то помощь помимо того, что оплачивается государством. Но бывает и так, что родители тяжелобольных детей обращаются к нам за помощью самостоятельно. В этих случаях они должны предоставить медицинские и другие документы. У нас на сайте все подробно написано — www.podari-zhizn.ru. Сразу хочу сказать, что решение о том, будет ли наш фонд помогать ребенку или нет, всегда принимает экспертный совет фонда, в который входят лучшие детские гематологи и онкологи страны.

— На каком этапе врач передает вам своего пациента — на раннем этапе, когда диагноз только поставлен, или на более позднем, когда становится понятно, что стандартное лечение не подходит?

— Это зависит от каждого конкретного случая. Например, сейчас мы собираем деньги на поиск и активацию донора костного мозга для Лизы Мезенцевой. Ей нужна трансплантация. Совместимого донора среди родных девочки не нашлось, собствен-

ного банка доноров костного мозга в России нет, значит, надо искать за границей. Если донор неродственный, как у Лизы, то траты, связанные с трансплантацией костного мозга, государство не оплачивает. А в случае Лизы Мезенцевой это 660 тысяч рублей. Эти деньги нужны на оплату затрат по поиску совместимого донора, труда врачей, медицинской страховки для донора, его отпуска и пребывания в клинике. При этом сам донор свои клетки отдает бесплатно.

Для другой нашей подопечной, Наташи Блохиной, мы сейчас собираем средства на противогрибковые препараты — у наших детей из-за болезни и химиотерапии почти до нуля падает иммунитет, и им сразу же начинают угрожать самые разнообразные вирусы и инфекции. До слез обидно, когда ребенок, которого вылечили от лейкоза, уходит от нас из-за инфекций. Наташа лечится уже давно, она уже в ремиссии, но сейчас у нее начались инфекционные проблемы, и ей нужен противогрибковый препарат «Вифенд», который, так же как и некоторые другие современные лекарства, не оплачиваются государством. У нас даже есть специальный проект «Противогрибковая терапия», в рамках которого мы собираем средства на эти спасительные лекарства.

— Кроме адресной помощи в вашем фонде есть и другие направления деятельности. Расскажите про них.

— Это обеспечение клиник, а значит, и их пациентов современными лекарствами и оборудованием. Оплата лечения детей за рубежом. Это проект по развитию безвозмездного донорства крови и ее компонентов. Волонтерский проект, участники которого — молодые ребята, а иногда и взрослые люди — приходят к детям в больницы, устраивают для них праздники, помогают фонду на акциях.

А также очень важный для нас реабилитационный проект. Лечение наших детей долгое и довольно тяжелое, оно сопровождается массой ограничений и запретов: нельзя гулять без маски, нельзя есть фрукты, пить чай, нельзя бегать, нельзя падать. И вот ребенок выходит из больницы, врачи говорят ему: «Ты здоров, теперь тебе можно все», а ребенок не может в это поверить, ему страшно выйти на улицу без маски, страшно сесть на велосипед, страшно сорвать в лесу ягоду и съесть ее. Именно поэтому мы отправляем детей в реабилитационные лагеря — специально для ребят, перенесших онкологические заболевания, где их учат не бояться жить. Пока что такие лагеря были только за границей, но сейчас уже строятся в России, чему мы очень рады. Вершина нашего реабилитационного про-

екта — «Игры победителей», спортивные соревнования для детей, перенесших рак, которые наш фонд проводит вот уже третий год. На них съезжаются не только наши подопечные, но и дети, которых опекают другие российские и иностранные фонды. В этом году «Игры победителей» прошли в начале мая в Центральном парке культуры и отдыха имени Горького.

— Кто сегодня в России дает деньги на благотворительность? Меценаты — обычные люди, политики?

— Самые разные люди: состоятельные и не очень, молодые, взрослые и пожилые, возможно, среди них есть политики, как есть бизнесмены, художники, инженеры, студенты, пенсионеры... В квитанции о перечислении денег нет графы «род занятий», поэтому нам зачастую ничего не известно о наших благотворителях. Мы только знаем, что это очень разные люди, и вклад каждого из них нам очень важен и ценен!

— Чем отличается российская благотворительная система от американской, европейской?

— В развитых европейских странах, в США благотворительность — абсолютно обыденное, массовое явление. Там для людей переводить небольшую сумму в благотворительные организации каждый месяц так же естественно, как для нас чистить зубы по утрам. Нам до такого отношения к благотворительности еще надо дорасти. И государство там поощряет и частных, и корпоративных благотворителей, делая им всяческие налоговые поправки. Так, например, в Англии, где недавно начал работать наш партнер фонд Gift of Life, действует система Gift Aid: если жертвователю заполняет специальную форму, государство увеличивает его пожертвование на 25%. В нашей стране такого рода льгот для благотворителей пока нет, но мы очень надеемся, что рано или поздно будут.

— Допустим, кто-то хочет дать денег больным людям, которым нужна помощь. Как проверить чистоту и честность благотворительных организаций? Ведь страх попасть в руки мошенников многих останавливает.

— Надо обратить внимание на то, есть ли у благотворительной организации свой сайт. Выложены ли на этом сайте учредительные документы, есть ли счета в банках, а не только на электронных кошельках. Есть ли телефон — причем реально работающий. Есть ли отчеты о собранных и потраченных средствах. В любом случае благотворительная организация должна дать возможность потенциальному благотворителю лично пообщаться с тем, кому он хочет помочь. Если в такой возможности вам отказывают, это может навести на определенные подозрения.

НЕРЕНТАБЕЛЬНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Действующие штатные нормативы, по которым полумиллионному Курску не положено ни больницы, ни даже отделения для больных раком детей, стоили жизни десятилетней Вике Морозюк, считают ее близкие. Из-за отсутствия в областной детской больнице необходимых специалистов и оборудования Вике долго не могли поставить диагноз и лечили от рассеянного склероза, в то время как прогрессировал рак спинного мозга.

После установления страшного диагноза столичными онкологами Вику прооперировали по госквоте в Москве. Первый курс облучения и химиотерапии также был сделан в Москве, в Российском научном центре рентгенорадиологии. А потом девочку выписали домой.

Маме Елене пришлось самостоятельно делать дочке химиотерапию дома, консультируясь по телефону со столичными специалистами. Причина, по которой Вике было отказано в лечении в своем городе, — отсутствие у детской больницы лицензии на оказание такой помощи. А в специализированном медучреждении — областном онкодиспансере — не оказалось детского отделения. Местные врачи, по словам Елены Морозюк, Вику избегали (ее уже «списали»), заботились в основном о правильном заполнении истории болезни и советовали им вернуться в Москву. Но у мамы-педагога из Курска на это не было средств.

В конечном итоге последний курс химиотерапии в столичном НПЦ «Солнцево» оплатил благотворительный фонд «Подари жизнь» Чулпан Хаматовой и Дины Корзун, кураторы которого на протяжении всей болезни Вики всячески старались помочь этой семье. Но было уже поздно.

«Я поставила перед собой цель добиться открытия детского онкологического отделения в Курске, — говорит Елена Морозюк. — Мой ребенок страдал, оттого что нам не могли помочь на месте. Мы могли бы не таскать лежачего ребенка в Москву. Сейчас в городе строится новый хороший онкоцентр, но власти не хотят открывать в нем детское отделение. Но пока не будет больницы, не будет и специалистов».

На всю Курскую область, в которой проживает 1,1 млн человек, есть только один детский онколог, принимающий детей в областном онкодиспансере. На учете у него со-

стоит 132 больных ребенка. А только за 2011 год онкологические заболевания были выявлены у 27 курских детей.

При этом чиновники утверждают, что такого количества пациентов недостаточно для того, чтобы открывать специализированный центр. Как объяснили в областном комитете здравоохранения, по существующим нормативам Курску не положено даже детского отделения в онкодиспансере, а для открытия специализированного отделения в областной детской больнице нет лицензии. Единственное, на что можно рассчитывать, — это детское отделение паллиативной помощи, которое в 2012 году будет открыто в многопрофильной больнице.

Между тем один из корпусов будущего онкоцентра в пригороде Курска, строительства которого курские врачи добивались более десяти лет, уже сдан, в нем разместили радиотерапевтический комплекс. В строящемся соседнем корпусе можно было бы открыть и детские палаты, считают медики. Если, конечно, наверху сочтут это «рентабельным».

В настоящее время такую «рентабельность» рассчитывают из нормативов, установленных приказом Минздравсоцразвития РФ от 2009



AFP

года, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Согласно этому документу, на 10 тыс. «прикрепленного детского населения» полагается 0,1 детского онколога. А детское онкологическое отделение создается, «исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинского персонала».

По этим нормативам на отделение из 18 коек приходится 1 заведующий отделением, 3 врача-онколога, 0,5 врача-психотерапевта, 1 процедурная медсестра и т. д. Несмотря на высокую заболеваемость детей раком в Курской области, заполнить все 18 коек одновременно, видимо, не получится, а это, если следовать логике циркуляров министерства, означает недозагруженность персонала и неэффективное расходование бюджетных средств.

В России возрождаются службы сестер милосердия. Год назад была создана ассоциация сестричеств Москвы. Сегодняшний наш рассказ об одном из первых таких сестричеств — Свято-Димитриевском при Первой Градской больнице Москвы.

...Больничный коридор — сверкающе-белый, тревожный. Запах лекарств и яблок. У девушек, сестер милосердия, карманы белых халатов всегда набиты яблоками, мандаринами и конфетами.

Раиса Цацурина пришла в Свято-Димитриевское сестричество одной из первых. И здесь, по ее словам, обрела истину. По профессии она была математиком-программистом. Муж — физик. Супруги часто спорили о смысле жизни и бесконечности. Для Раисы земная жизнь всегда была лишь частью вечности. Несколько лет назад ее не стало, Раиса трагически погибла... Но ее рассказ о жизни и смерти, о боли, о том, как она обрела истину, сохранился в моем блокноте и в моей душе...

— Когда идем в палаты, где бабульки лежат, обязательно конфеты захватываем,— рассказывала она.— Вроде бы совсем старенькие и плохо соображают уже, но конфетки любят. И как-то сразу успокаиваются, умиротворяются.

«...Мы долго мучились с Еленой. Но что наши муки по сравнению с ее? Пережила онкологическую операцию, потом инсульт, близких родственников нет. Озлобилась на весь свет: лежит и ругается по всякому поводу и без повода. Долго ухаживала за ней самая молоденькая из сестер — Катюша. И так и эдак угодить пыталась. Переворачивает, моет беспомощную, а та вдруг матом в упор: такая-сякая, уйди отсюда!.. Долго терпела Катя, губы закусит и молчит, старается еще больше капризной потрафить. А у самой слезы на глазах. За что она ее так? Однажды, после очередной брани, не выдержала, убежала.

— Не могу больше, ни за что туда не пойду,— разрыдалась. Мы ее долго успокаивали, уговаривали. Решили все вместе пойти к Елене.

Купили печенья, конфет. Поставили самовар. Та, как увидела Катю, расплакалась. Оказывается, проклинала свой характер, боялась, что Катюша не вернется, а она к девушке так привязалась! Попросила у Кати прощения, и они помирились. Катя осталась — и в палате, и в сестричестве. Это был ее первый порог на пути к истине», — из рассказа Раисы Цацуриной.

«Не все так просто,— размышляла Раиса Аскарровна.— Милосердию тоже надо учиться. Вроде бы и делаешь все от души, стараешься, а иной раз отзыв получаешь обратный. Помню, когда только начинала, привезли молодого мужчину с тяжелой онкологией. Я ему судно подаю, а у самой на лице столько сострадания, что он как-то вдруг встрепенулся, приподнялся, пытаюсь доказать, что не такой уж и беспомощный, что ему не больно. И чуть сознание не потерял. Я испугалась, поняла: сделала что-то не так. Это был урок. У милосердия должно быть простое, ненавязчивое, незаметное лицо».

...Икона «Господь умывает ноги ученикам», напоминающая завет Христа служить ближним со смирением и любовью, стала символом Свято-Димитриевского сестричества при Первой Градской больнице. Здесь своя жизнь, непонятная и странная, может быть, на первый, «светский» взгляд.

Наверху маленькое общежитие — для сестер, выбравших уединенный образ жизни. И для тех, кому просто негде жить. Тесно, но никаких обид. Здесь легко дышится, потому что особая атмосфера: все очень доброжелательны, дружелюбны и ответственны. Перед Богом и перед людьми.

...Цель создания сестричества, по словам Татьяны Филипповой, главной сестры,— возрождение того, что было утрачено за советский период, службы милосердия. Можно умело раздать таблетки, сделать инъекцию, заменить больному белье. Но при этом не быть сестрой милосердия. Настоящая сестра должна помочь не только физически, но и морально. Утешить, пробудить душу. Важно, чтобы больной был окружен вниманием и любовью.

Вспомним начало XX века. Дворянки, образованные красавицы, закрывали лбы белыми косынками с вышитыми на них альмами крестами и шли в госпитали, приюты, богадельни. То было в лучших традициях российского общества, русской интеллигенции, которая всегда отличалась духовностью и сострадательностью.

Традиции возрождаются. Сейчас в сестричестве более ста человек. Они ухаживают за больными. Занимаются с детьми-сиротами в детских домах и интернатах. Ведут уроки и кружки в воскресных школах. Открыли православный приют, где живут брошенные родителями дети.

Есть и лицензия о патронажной службе. Девушки ходят по домам: оказывают доврачебную помощь, помогают тяжело больным по хозяйству.

А главное, при сестричестве создано медицинское училище. Двадцать лет назад отзвучали первые напутствия, и выпуск Свято-Димитриевского училища медицинских сестер приступил к служению больным. Выпускницы подготовлены к ежедневному подвижничеству, совмещают обязанности и сестер, и санитарок.



В последнее время у сестричества сложились деловые отношения с центрами социального обслуживания административных округов. Они направляют на патронажные курсы своих социальных работников. Те возвращаются на рабочие места обученными не только профессии, но и основам милосердия. А это очень важно. В прошлом году в двух столичных округах центрах социального обслуживания руководителями отделений стали выпускники патронажных курсов сестричества.

Конечно, только силами патронажной службы, как бы ни старались сестры милосердия, невозможно решить все накопившиеся социальные проблемы в обществе. Очень много людей в наше время оказались на обочине, без средств к существованию. Это прежде всего старики и беспризорные дети, тяжелобольные люди.

Протоиерей Аркадий Шатов, духовник училища и сестричества, председатель комиссии по церковно-социальной деятельности при Епархиальном совете, возведенный в сан епископа патриархом Кириллом, говорит об этом так:

— Социальная деятельность никогда не была для церкви самоцелью. Наша цель — не устроить земной рай, накормить всех голодных и одеть всех нищих. Эта деятельность — выражение сострадания и любви к ближнему. В зависимости от профессии, обстоятельств, места работы каждый может принять участие в социальной деятельности — в качестве штатного сотрудника церковных социальных учреждений при больницах, богадельнях. В свободное время и бесплатно работают добровольцами — сколько могут, там, где чувствуют потребность: кто-то хочет помочь бездомным, кто-то — тяжело больным. Работа в храме при больнице очень непроста. Нужно постоянно бывать в палатах, исповедовать, крестить больных. Кроме того, наш храм во имя благоверного царевича Димитрия является учебным храмом для школы сестер милосердия. А в сестричестве, институт которых только возрождается, тоже все очень не просто. Статус не определен — это не монастырь и не мирская организация. Здесь все основано на вере в Бога и доброй воле.

Возьмите на заметку!

Телефон службы «Милосердие», к которой все сестричества и храмы имеют непосредственное отношение, — 972-97-02. Звоните, и вам помогут.

Позиция Российской православной церкви — каждому приходу по возможности. При каждой крупной больнице есть свой храм, который никогда не пустует. Здесь в любой момент можно обратиться за духовной помощью к священнику. Настоящая горячая молитва помогает в любой болезни — это уже доказано учеными-физиками. Когда человек искренне обращается с молитвой к Богу, его мозг приближается к мозгу младенца и его проблемы решает Бог...

Свято-Димитриевское сестричество при больничном храме Первой Градской больницы создано в 1992 году. Основная его цель — участие в делах милосердия и благотворительности. Сестры работают в отделениях Первой Градской больницы, в институте имени Склифосовского, в детском доме-интернате №11, Морозовской больнице в качестве медсестер, санитарок, сестер по уходу. В среднем ежедневно под опекой сестер находится 55 человек. Большинство из них — лежачие больные.

Еще один из «островков милосердия» — группа «Преображение» при храме Преображения Господня в Тушино (духовник — иерей Максим Запальский). 130 сестер ухаживают за ветеранами труда в пансионате №9, за пациентами Тушинской городской больницы №7, военного госпиталя.

Сестричество во имя святого Игнатия Ставропольского при храме Сошествия Духа Святого на Лазаревском кладбище (духовник — игумен Сергей Рыбко). Сестры ведут издательско-пропагандистскую деятельность, занятия в воскресной школе, помогают тяжело больным, многодетным семьям. Таких сестричеств становится все больше и больше.

А ПО ЛИЦУ И НЕ СКАЖЕШЬ, ЧТО БОЛЕЛ

Среди звезд, победивших рак, Роберт Де Ниро со своей историей — самый благополучный. Но очень таинственный.

Де Ниро — он мужественный. И немногословный. По поводу своей болезни — почти немой.

В отличие, скажем, от отечественного певца Александра Буйнова, сумевшего сделать даже что-то вроде телемелодрамы, исповеди и реалити-шоу из собственного рака простаты.

Де Ниро — не такой.

Восемь лет назад прошло по всем лентам информативности — у голливудской звезды Роберта Де Ниро обнаружили рак. И все. Пресс-секретарь осторожно заметила, что съемки (а Де Ниро на тот момент в свои 60 лет был занят одновременно чуть не в шести картинах) откладываются на неизвестный период.

Исчез из поля зрения журналистов и публики актер всего на два месяца. Появился, в сущности, как будто ничего и не было. Ни худобы. Ни истощения. Ни дополнительных морщин. И все та же денировская физиономия с бородавкой на щеке на экранах в фильме «Знакомство с Факерами», съемки которого продолжились спустя всего несколько недель после объявления о болезни.

Прямых вопросов о том, «что там было, как он спасся», от журналистов или не было, или Де Ниро так их обрывал, что они даже в кадр не попадали.

В результате существуют две версии течения болезни



Роберт Де Ниро

и ее лечения, никем не подтвержденные и не опровергнутые. Но одинаково достоверные.

В обеих фигурирует диагностика рака на ранней стадии. Выявление во время обычного планового осмотра, какой проводится страховой компанией.

То есть на этой стадии и в той отличной физической форме, в которой Де Ниро пребывал в 60 лет, прогноз (просто по американской статистике лечения заболевания) был изначально достаточно обнадеживающим.

Далее версии расходятся.

Согласно одной, актер категорически отказался от операции. Сторонники этой версии называют и причину — нежелание рисковать мужским потенциалом при сохранившейся прекрасной форме жене — на десять лет моложе, к тому же бывшей стюардессе.

По этой версии, Роберт Де Ниро проходил курс химиотерапии в течение семи лет и в 2010 году полностью излечился.

Все это время он снимался в нескольких картинах ежегодно, занимался бизнесом, был организатором кинофестиваля «Трайбеко» в память о теракте 11 сентября. И если курс лечения все эти годы действительно проводился, то либо у Де Ниро просто какая-то стальная воля, либо терапия была исключительно щадящей, а препараты подобраны со знанием дела и без побочных эффектов.

Все же больше доверия вызывает версия, по которой опухоль была удалена в результате операции, весьма широ-

ко применяемой при обнаружении рака простаты на ранней стадии. Операцию делает робот. Она бескровна, фактически без восстановительного периода. При ее проведении опухоль удаляется, а мужской потенциал пациента несколько не страдает.

Подобные операции перенесли в свое время Арнольд Шварценеггер, Боб Доул и Колин Пауэлл.

В итоге Де Ниро вышел из этой, как принято у нас думать, роковой истории, ни разу не изменив своему экранному образу. То, что называется мускул не дрогнул. И только чему-то типично денировскому, глубинному, потустороннему в его взгляде, в едва заметной усмешке появилось еще одно толкование. Так, мол, может смотреть человек, узнавший о жизни самое главное.

И лишь по его сердечному участию в судьбе актера Олега Янковского можно было понять, насколько серьезно и глубоко пережил Роберт Де Ниро то, что с ним случилось в год шестидесятилетия.

...С тех пор прошло девять лет. Ни разу за эти годы творческая, профессиональная, деловая и семейная активность актера не была на спаде. И в нынешнем году анонсирован выход десяти картин с его участием.

Что же до самой болезни... О ней звезда не распространяется. А журналисты, прекрасно зная его твердый нрав и силу духа — что один раз решил, то не меняет, — уже и не спрашивают.

КАНЦЕРОГЕНЫ ВОКРУГ НАС

Избыток канцерогенов может привести к развитию злокачественных опухолей. Причем эти вещества находятся почти во всем, чем мы пользуемся каждый день.



В КРЕМАХ...

Что именно

Кремы, лосьоны, сливки, косметическое молочко могут содержать вещество DEA (diethanolamine). Оно способствует обильному образованию пены и очень хорошо все отмывает, смягчает, увлажняет. Сам по себе компонент не вреден, но в сочетании с другими веществами, используемыми в косметике, становится канцерогеном (nitrosodiethanolamine). Последний, проникая через кожу в организм, способен вызывать раковые заболевания.

Что делать

Избегать применения небрендируемой косметики. Внимательно изучать рецептуру кремов, лосьонов на предмет наличия компонента DEA.

В ДЕЗОДОРАНТАХ...

Что именно

Примерно четверть предлагаемых потребителю дезодорантов и антиперспирантов приготовлены на основе жидкостей с содержанием солей алюминия, которые могут провоцировать развитие рака молочной железы.

При попадании на кожу ионы металла свободно проникают в организм. Алюминий, как и некоторые другие металлы, способен имитировать действие эстрогена. А эстроген и эстрогеноподобные соединения стимулируют злокачественное перерождение клеток молочных желез. Мы же наносим дополнительный «эстроген» прямо на кожу у груди. По мнению ученых, даже имитация эстрогена повышает риск развития онкологии груди.

Если же женщина еще и курит, то ее организм поглощает ионы кадмия. Они также обладают способностью имитировать действие эстрогена. Объединяясь в своем воздействии, кадмий

и алюминий значительно повышают вероятность онкологического заболевания.

Что делать

Если нет возможности полностью отказаться от использования дезодорантов, исключить применение средств, приготовленных с использованием солей алюминия.

В ЖАРЕНОМ...

Что именно

Канцероген акриламид выделяется при приготовлении пищи, жаренной на растительных жирах. Может быть причиной развития рака желудка и кишечника.

Что делать

Избегать жареной пищи. Если уж обойтись без нее не можете — во время жарки как можно чаще переворачивайте. Лучше всего — раз в минуту. В этом случае количество канцерогенов в готовом блюде снизится примерно на две трети.

Готовить блюда лучше в посуде из нержавеющей стали. Микроволновка же избавит вас от акриламида почти наверняка.

В КОПЧЕНОМ...

Что именно

В копченом (рыба, мясо, колбасы) канцерогенны полициклические углеводороды. Образуются при сгорании органических веществ. Количество их резко возрастает при обработке растительных, мясных и рыбных продуктов копильным дымом. 50 г копченой колбасы, например, содержит столько же канцерогенных полициклических углеводородов, сколько дым от пачки сигарет. А банка шпрот по канцерогенам вообще эквивалентна 60 пачкам того, на чем теперь пишут «Курение смертельно опасно».

Что делать

В целях онкологической безопасности лучше вообще отказаться от употребления в пищу всего копченого. Ну или снизить его потребление до минимума. Только по большим праздникам.

В ПЛЕСЕНИ...

Что именно

Микотоксины — канцерогены из плесневых грибов. Запускают опухолевые процессы в пече-

ни, почках, толстом кишечнике. Устойчивы к термической обработке. К нам на стол могут попасть только в продуктах, пораженных плесенью. Причем даже в самой незначительной и ранней стадии. Слегка заплесневелый сыр. Батон хлеба, чуть тронутый плесенью. Орехи, фрукты, овощи... Плесневые грибки часто поселяются на кофейных зернах. Избавиться от микотоксинов и особенно опасных афлотоксинов путем «отрезания подпорченного кусочка» просто невозможно. Видимая — лишь малая часть плесневого гриба.

Что делать

При покупке обращайте внимание на срок хранения продукта, на побитые места на фруктах и овощах. Не покупайте про запас продукты, которые легко плесневеют. Почаще пользуйтесь морозилкой — в ней можно хранить не только мясо и рыбу, но и быстро плесневеющие продукты: хлеб, орехи, сыр.

В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ...

Что именно

При хлорировании питьевой воды образуются вещества, способные вызывать рак: хлорбифенилы, хлороформ, тетрахлорпентат, четыреххлористый углерод. Взаимодействие хлора с органикой чревато образованием диоксинов, вызывающих мутации генов, злокачественное перерождение клеток. Кипячение не снимает проблему. Напротив, при нагревании хлор активнее взаимодействует с органическими веществами, что приводит к увеличению содержания в питьевой воде диоксинов. В работах российских и финских ученых выявлена четкая корреляция между длительным потреблением хлорированной питьевой воды и повышением риска рака легкого, гортани, пищевода, мочевого пузыря, молочной железы.

Что делать

Для питья и приготовления пищи водопроводную воду следует использовать только после доочистки на месте использования, например на входе в дом или с помощью бытовых фильтров непосредственно в квартире.

Фобии — это просто страхи. Но особенные. Неоправданные, необъяснимые, иногда — невежественные и агрессивные.

Онкофобия — боязнь заболеть раком — это страх одиночек, который разделяет большинство. Когда боятся одиночки — им можно помочь. Страх же большинства лишь увеличивает число запуганных одиночек. Он ослабляет, если не сводит на нет попытки решить проблему.

В этом случае страх взвинчивает и раздувает сам себя. Об устранении причины, вызывающей страх — о переводе рака из разряда мистических заболеваний в обычные, которые лечатся и вылечиваются, если большинство и запуганные одиночки выполняют известные правила, — в обществе онкофобов толковать бессмысленно.

Фобии небеспопченны. Мы боимся приезжих чужаков, потому что где-то слышали, что они на кого-то напали и что-то украли. Мы убеждены, что опухолевый диагноз — это неотвратимый и непреодолимый, безвариантный приговор, потому что, сколько бы нам ни было лет, мы хоть раз да были свидетелями — прямыми или косвенными, как это происходит. Почва для страха имеется. Только страх тут важнее почвы.

Онкологический страх — он из архетипа и коллективного бессознательного.

Злокачественная опухоль — она как тотем на горе. Идол, знак, приговор и кара.

Обычно осознание факта — ты болен раком — пятиступенчатое. Первая стадия — неверие. Вторая — гнев. Третья — компромисс. Четвертая — депрессия. У нас не только больные, но здоровое большинство, испуганное проблемой, сразу застревает на четвертой стадии. Мы до пятой — принятие ситуации — есть болезнь, ее надо лечить, шансы зависят от того-то и того-то — просто не доходим. И потому у нас больные, даже успешно прошедшие курс лечения, — как проклятые и приговоренные. С временным улучшением, но неотвратимым итогом. Они одиноки и приговорены не потому, что болезнь и ситуация такая, а потому, что здоровое большинство их уже похоронило.

Жестокость и равнодушие тут и не подразумеваются. Во-первых, потому, что формально структура помощи существует и худо-бедно работает. А во-вторых, какое ж это равнодушие, если каждый и про себя знает, заболеть он — и ему точно так же никто помочь не сможет. Ведь ничего же сделать нельзя, так зачем притворяться? Так грядущими возможными страданиями легализуется реальное сегодняшнее безразличие.

Фобия, владеющая обществом, агрессивна. Боязнь чужих чревата погромами. Онкобольных не изгоняют из домов, как их чумных прототипов. Но относятся к ним так же, как смотрят на только что выписавшихся после операции и химиотерапии. В этих взглядах жалость пересиливают ужас и почти брезгливость. Более недоброжелательно здоровые реагируют лишь на больных СПИДом. А природа неприятия одна. Она в отношении к болезни как к приговору и каре. Все играют в эту рулетку. Но тот, кто заболел, тот проиграл.

Потому и ситуация, при которой онкобольным могут предоставить из положенного по закону полностью оплаченного курса лечения только половину на том основании, что «кризис» и «деньги в бюджете закончились», или заменить дорогостоящий эффективный препарат дешевым бесполезным, не вызывает общественного возмущения. Причины кары необъяснимы. Итог — неотвратим. Все усилия носят характер ритуала, обязательного для близких, родственников и государства, но лишь желательного для общества, в котором каждый сам определяет меру и степень своего участия или равнодушия.

Если болезнь фатальна и необъяснима — все разговоры о правилах питания, отказе от курения, обязательном прохождении осмотров для выявления заболевания на ранней стадии лишены

смысла. Все опровергается процентом не куривших, но заболевших и долгожителями, всю жизнь питавшимися жареным, пившими вино и курившими сигары. Именно поэтому у нас самый высокий процент обращений к специалистом с раком желудка и легких в самой запущенной стадии, когда сделать уже ничего нельзя.

Исключение — дети. Они не вписываются в концепцию онкокары. Они невинны. Карать их не за что. Их надо спасать. Помощь обретает смысл, а онкофобное большинство — веру. Утверждение «необходима срочная операция» перестает быть бессмысленным. Если ребенок невинен, то и медики в этом случае бессильны.

Онкофобное общество может меняться, как и всякое другое. Перемены вот только во всем, что касается общественного фобического сознания, идут крайне медленно и с постоянно-переменным успехом. Источник реальных перемен — он в сообществах больных, их родственников и близких, благотворителей, волонтеров, специалистов, врачей, психологов. Такие сообщества у нас есть. Их должно быть больше. И они ни в коем случае не должны быть сосредоточены на самих себе и проблеме своих членов. Усилия их столько же должны быть направлены внутрь, сколько и вокруг себя, на само общество, на преодоление этой коллективной фобии по отношению к болезни.



ЭНЦИКЛОПЕДИЯ РАКА

Ученые вместе с фармацевтами собрали и обобщили имеющиеся знания о генетических вариациях, вызывающих тот или иной тип рака, а также об их чувствительности к возможным терапевтическим средствам и создали общедоступную базу данных — энциклопедию рака, которая облегчит работу тысяч научных групп, занимающихся исследованиями рака по всему миру.



Ученые из Гарвардского университета и Массачусетского технологического института вместе с компанией «Новартис» представили первые результаты работы над общедоступным ресурсом, который объединяет данные о геноме рака и данные о предполагаемых эффективных лекарствах. Эта информация

может не только дать данные для разработки новых методов лечения, но и улучшить существующие технологии.

«Мы надеемся, что Cancer Cell Line Encyclopedia («Энциклопедия клеточных линий рака») станет доклиническим источником, который будет направлять клинические испытания», — заявил профессор

Гарвардской медицинской школы Леви Гаррауэй, один из ведущих авторов работы.

Энциклопедия объединяет данные об экспрессии генов, номере хромосомы и секвенировании генома для почти тысячи клеточных линий человеческого рака, а также полный фармакологический профиль 24 противораковых препаратов и описание их действия на почти половину упомянутых выше клеточных линий. Сейчас коммерчески доступны около 1,2 тыс. клеточных линий рака, однако специалисты выбрали 947 наиболее представительных для болезни.

«Одна из сильных сторон энциклопедии — число охватываемых клеточных линий. Оно позволяет извлечь достаточную статистическую информацию даже для редких видов рака», — подчеркивает один из авторов работы Николас Странски.

Клеточные линии — это клетки злокачественной опухоли, которые были отобраны из больной ткани пациента и культивированы в лаборатории. В определенных условиях они могут размножаться бесконечно. Это «почти бессмертие» полезно для проведения повторных экспериментов, однако всегда существует риск, что клетки в новом поколении уже изменятся по сравнению с взятыми из опухоли, так как окажутся лишены привычного окружения.

Чтобы избежать этого, в энциклопедию были включены только те

клеточные линии, для которых было доказано, что каждое поколение в достаточной степени повторяет предыдущее.

Для этих клеток около 50 тыс. молекулярных и генетических маркеров были обобщены и систематизированы. Из них выделили факторы, с помощью которых удавалось предсказывать чувствительность опухоли к препаратам. Верность каждого из них затем подтвердили систематически на всей выборке. На основе этого были теоретически предположены лекарства, которые будут эффективны для новых типов рака, лечение которых пока не отработано.

Например, ряд раков характеризуется мутацией в гене RAS, который активирует важные для роста опухоли сигнальные пути. Некоторые виды таких раков, включая ряд меланом, можно лечить, блокируя белок MEK, также задействованный в этих сигнальных путях. Обобщение данных, сделанное в энциклопедии, позволило исследователям выделить около 40 клеточных линий, несущих эту мутацию, и проверить, действуют ли на них препараты, ингибирующие MEK. Некоторые из них как раз сейчас проходят клинические испытания.

Исследователи обнаружили, что раковые клетки, чувствительные к ингибиторам MEK, отличаются высокими уровнями рецептора AHR. Таким образом, по уровню

этого рецептора можно определять чувствительность конкретного рака к ингибиторам MEK. Вооруженные этими знаниями из энциклопедии, ученые лучше понимают, какие опухоли наиболее вероятно будут чувствительны к каждому конкретному лекарству, еще до начала клинических испытаний. Соответственно, для испытаний можно подбирать пациентов не случайным образом, а на основе молекулярных и генетических особенностей их болезни.

«Обладая этими данными изначально, ученые имеют куда больше шансов разработать успешное лекарство, чем при традиционном «случайном» поиске, когда лекарство испытывают на широком круге пациентов с развитым раком без учета генетического профиля болезни», — подчеркнул Гаррауэй.

Обобщение данных позволило найти новые маркеры чувствительности различных форм рака и к другим, уже существующим видам химиотерапии.

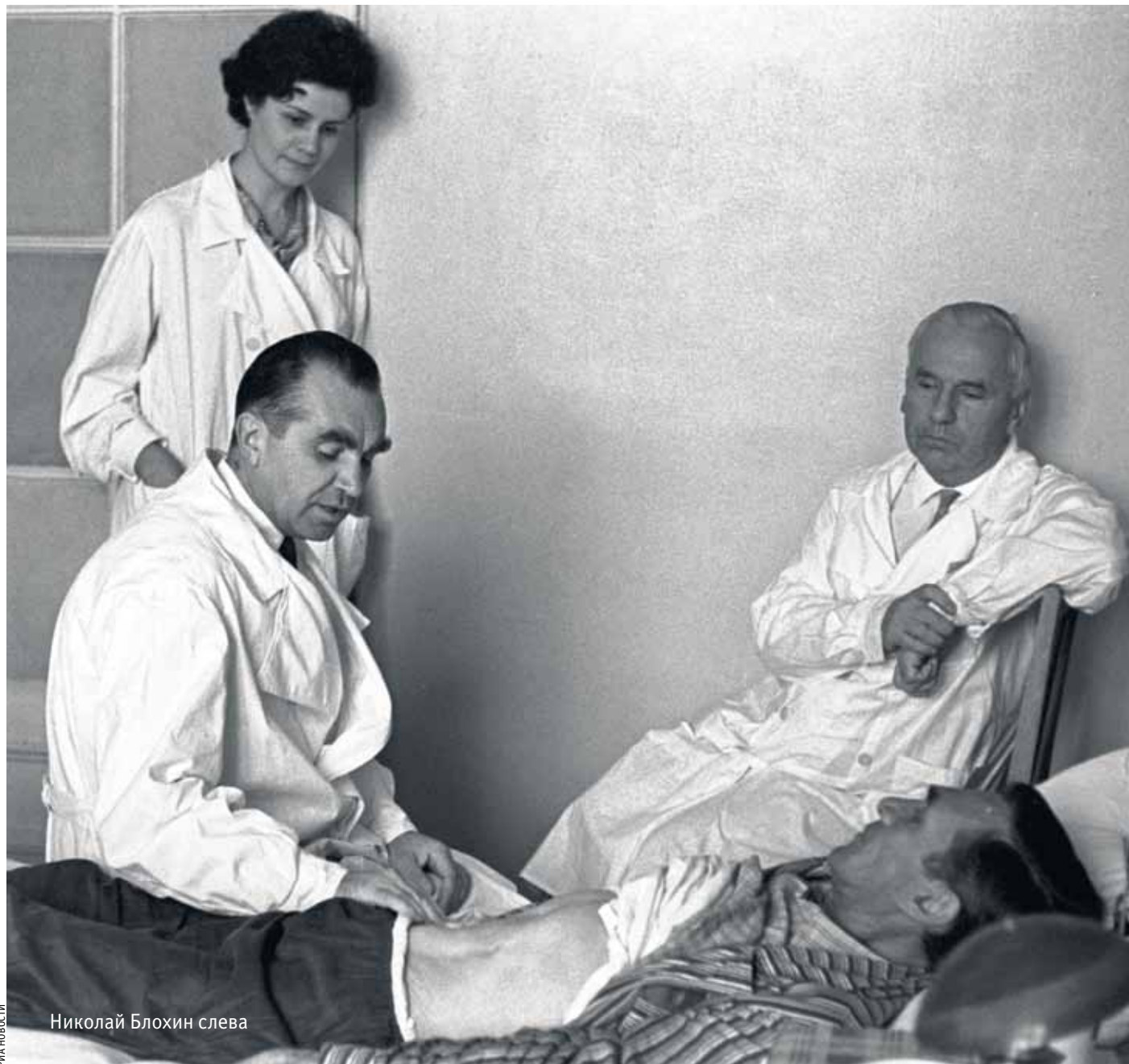
Создатели энциклопедии подчеркивают, что это лишь первый том: за ним последуют и другие.

«Это действительно лишь вершина айсберга. Подключив алгоритмы предсказательного моделирования и более широкие массивы данных, можно получить огромное количество полезной информации. Возможно, эти работы станут самостоятельной отраслью нашей науки», — полагают авторы статьи.

ЕСЛИ БЫ НЕ ОН, КАК БЫ МЫ ЛЕЧИЛИСЬ...

СТО ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА НИКОЛАЯ БЛОХИНА

На самом деле юбилей двойной. В этом году исполняется 100 лет со дня рождения академика Блохина. И ровно 50 лет, как в 1952 году он был назначен директором Института экспериментальной патологии и терапии рака АМН СССР. Теперь этот институт называется Российским онкологическим научным центром (в просторечии — «Онкоцентр на Каширке»). На самом деле центр — целый город на 40 гектарах. В нем 38 зданий и 200 километров коммуникаций. В нем четыре клинических института, три с половиной тысячи специалистов. За полвека в центре оказана помощь более чем двум миллионам пациентов. И носит он имя своего основателя — академика Николая Николаевича Блохина.



Николай Блохин слева

Блохин родился в деревне, в семье земского врача. В школе учился в Нижнем Новгороде, уже переименованном в Горький. Учеником был ярким, из первых. Запомнился тем, что талантливо рисовал и сочинял стихи. А поступил и учился в Горьковском медицинском. И с третьего курса увлекся хирургией. Ассистентом в группе, где учился Блохин, был хирург Анатолий Кожевников, ученик основоположника советской онкологии, блестящего ученого и хирурга Петра Герцена. И это, собственно, единственный онкологический след в ранней медицинской биографии Николая Блохина.

По окончании института Блохин год работал хирургом в Дивеевской больнице, делал пластические операции. Защитился, работал ассистентом на кафедре госпитальной хирургии. В войну был ведущим хирургом эвакогоспиталя и работал в специализированном госпитале восстановительной хирургии.

После войны Николай Николаевич заведовал кафедрой общей хирургии Горьковского медицинского института, а затем стал директором созданного в Горьком научно-исследовательского института восстановительной хирургии для лечения инвалидов Отечественной войны. Среди его пациентов самыми трудными были бывшие танкисты с ожогами, ра-

нениями лица, сложнейшими травмами конечностей. Научная деятельность Блохина в этот период связана именно с медицинской ожогов и пластической хирургией — лица бывшим танкистам порой приходилось создавать заново.

И вот сорокалетний ученый, доктор наук, профессор, признанный авторитет в области ожоговой медицины и пластической хирургии, автор множества научных работ, директор Горьковского мединститута переезжает в Москву, чтобы начать создание Института экспериментальной патологии и терапии рака практически с нуля. И в первые же годы добивается поразительных результатов.

Прежде всего Блохин сделал ставку на создание сильной научной школы, для чего собрал в институте самых ярких и талантливых ученых в области онкологии. И среди них — академики АМН СССР Александр Тимофеевский, Лев Зильбер, член-корреспондент АМН СССР Леонид Ларионов. Была сформулирована задача создания целого направления — лекарственного лечения злокачественных опухолей. Этим тогда в советской онкологии практически никто не занимался.

Было начато изучение алкилирующих метаболитов. Для клинических испытаний отобраны первые отечественные

лекарственные препараты «Сарколизин» и «Допан». А вскоре и получены убедительнейшие результаты — выраженный клинический эффект — стойкая полная регрессия метастазов опухоли при применении «Сарколизина», синтезированного впервые в стенах института.

Уже в 59-м году институт передал на апробацию и клинические испытания более 30 препаратов. В эти же годы разрабатывались вопросы вирусологии, иммунологии, биохимии опухолей и хирургического лечения рака.

Институт бурно развивался. Ему становилось тесно в небольшом здании на 3-й Мещанской. Было принято решение о начале строительства комплекса зданий на Каширском шоссе. А пока временно институту было передано здание на 260 коек на Волоколамке.

Надо сказать, что любой руководитель научного или медицинского института при советской системе должен был обладать талантом «выбивания» из власти решений, ресурсов, средств, оборудования, кроватей, инструментов, препаратов, реактивов, ставок и прочего и прочего. И это при том, что никто против развития той же онкологии не возражал. Но от принятия решения до его реализации без соответствующих усилий руководителя все могло тянуться годами.

Николай Николаевич, несомненно, таким пробивным талантом обладал.

В 1962 году в Москве впервые прошел международный противораковый конгресс, и Николай Блохин был избран председателем Международного противоракового союза. Спустя два года на Каширском шоссе было закончено строительство комплекса зданий для детища Блохина, переименованного в Институт экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР. Клиника на 400 коек, радиологическое отделение, отделение опухолей головы и шеи, гематологическое отделение. Был построен виварий на 80 тыс. животных. В 1970 году сотрудников насчитывалось 1600 человек, в том числе 8 академиков и членов-корреспондентов АМН СССР, 64 профессора и доктора наук, 306 кандидатов наук.

В институте были представлены все виды лечения опухолей — хирургия, лучевая терапия, химиотерапия. Экспериментальное изучение проблемы рака велось по всем направлениям, включающим вирусный, химический, физический и радиационный канцерогенез.

Генетические исследования проводились на организменном, органном, клеточном, хромосомном и молекулярном уровнях. Отделение химиотерапии ИЭиКО АМН СССР длительное время оставалось единственным клиническим подразделением в Советском Союзе, которое проводило клинические испытания противоопухолевых препаратов. При непосредственном участии Блохина было организовано первое в стране детское онкологическое отделение, которое возглавил профессор Л. А. Дурнов.

12 апреля 1969 года было начато строительство нового здания онкологического центра. Через шесть лет по окончании первой очереди строительства онкологического центра ИЭиКО АМН СССР был реорганизован в Онкологический научный центр (ОНЦ) АМН СССР. В связи с возросшей ролью центра в руководстве научной и практической онкологией страны Министерство здравоохранения СССР возложило на ОНЦ АМН СССР исполнение функций головного НИУ в области исследования рака.

Академик Николай Блохин обогатил отечественную онкологию достижениями клинической медицины, создал уникальную школу, влияние которой на отечественную науку сохраняется до сих пор. Он автор более 300 научных работ и ряда монографий. Под его руководством было подготовлено более 60 докторов и кандидатов наук. Николай Николаевич участвовал во всех мировых съездах онкологов, был членом ведущих мировых онкологических организаций.

В течение восемнадцати лет академик Блохин возглавлял Академию медицинских наук СССР и до последних дней своей жизни участвовал в работе президиума Российской академии медицинских наук, определяя стратегию научных исследований.

...Скончался академик Николай Николаевич Блохин 16 мая 1993 года после продолжительной тяжелой болезни. В тот же год Онкоцентру было присвоено имя его создателя.