

ПОМОЩЬ

не для взрослых



БОЛЬНИЧНЫЙ

уволить не смогут



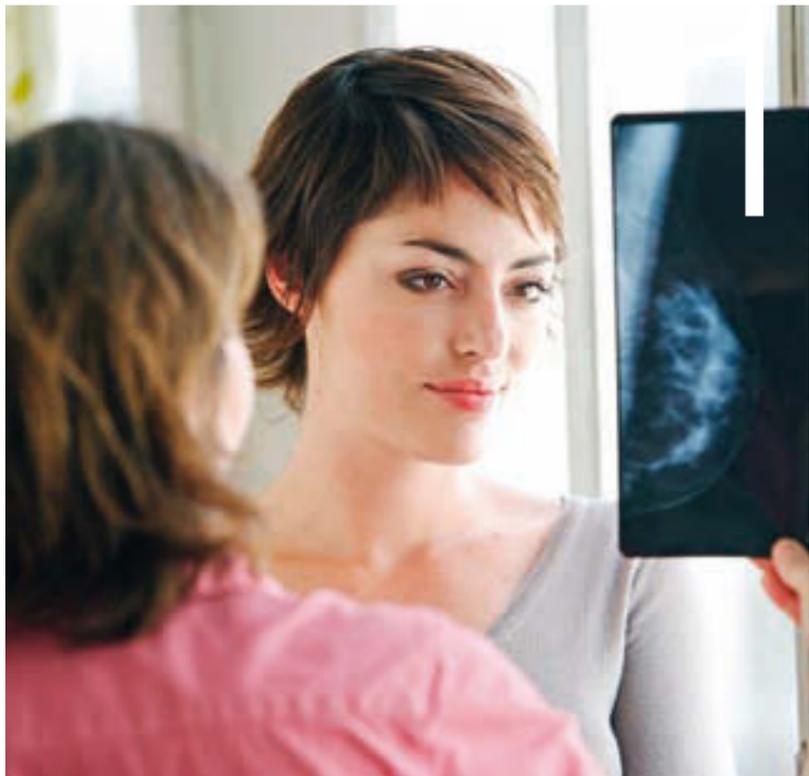
РЕЦИДИВ

почему рак возвращается



ТЕРАПИЯ

температура и химия



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЁРСТВО
№12 ОКТЯБРЬ 2013
ОБЩЕСТВЕННО-
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

НЕ БОЙТЕСЬ УЗНАТЬ — ВСЯ ПРАВДА О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Октябрь — месяц борьбы с раком молочной железы. Врачи, газетчики и телевизионщики должны рассказывать женщинам об этой болезни и о том, что она излечима. Особенно если поставить диагноз на ранней стадии. Но говорить о женском раке нужно круглый год и каждый день — женщины должны знать об угрозе рака и проходить регулярные обследования. Так мы сможем спасти тысячи жизней.

В западных странах рак молочной железы лечат очень успешно. Большинство пациенток узнают о своем диагнозе на ранних стадиях, полностью излечиваются и живут потом долгие годы, наблюдаясь у врача, чтобы не пропустить рецидив. В России все еще существует проблема низкой доступности эффективного лечения, а диагностика заболевания происходит преимущественно на поздней стадии. Поэтому в нашей стране гораздо больше пациенток погибает при этом диагнозе, чем в Европе и США.

Рак молочной железы пугает женщин настолько, что часто этот «синдром неприятия» приводит к потере адекватного восприятия рисков и отказу от необходимых плановых обследований — только чтобы не столкнуться с проблемой лицом к лицу. Между тем владение информацией о заболевании и методах его профилактики может стать главной гарантией сохранения женского здоровья.

Первичная, или скрининговая, диагностика позволяет выявить изменения в молочной железе без уточнения их характера. Это, в частности, самообследование молочных желез самой женщиной, индивидуальный осмотр врачами — хирургом, маммологом, онкологом, эндокринологом и другими, а также скрининговая маммография.

Если вы привыкли откладывать визиты к врачу на самый последний случай, начните с малого — самообследования. Маммологи рекомендуют проводить его регулярно раз в месяц, в первую фазу менструального цикла. Женщинам в периоде менопаузы нужно выбрать для этого определенный день месяца. Перед осмотром молочных желез нужно исклю-

чить наличие выделений — кровянистых или серозных — на внутренней стороне белья. Подобные следы, как и такие изменения кожного покрова груди, как локальные морщинистость, сухость, покраснение, втяжения, изменение контура железы и подкожного сосудистого рисунка, уплотнение, могут быть сигналом о сбое в организме и уже являются поводом для консультации с врачом. Кроме того, насторожить должны боль в подмышечной области, втяжение соска, отек ткани железы и вызванный этим так называемый эффект лимонной корки.

На приеме у специалиста необходимо сообщить о семейной наследственности — если кто-то из родственников перенес онкозаболевание. Генетическая отягощенность сегодня выявляется просто и точно: для этого достаточно определить, являетесь ли вы носителем гена BRCA I. Результаты исследований, проведенных в США, показали, что 80% женщин, заболевших РМЖ, имели данный ген, а среди носителей гена BRCA II до 70% повышался риск развития высокодифференцированного рака молочной железы.

Одновременно с этим врач может направить женщину на маммографию. С помощью рентгеновских лучей во время обследования возможно увидеть уплотнение, определить его локализацию, понять степень проникновения новообразования в здоровые ткани. Несмотря на простоту и результативность этого вида обследования, оно не может на 100% гарантировать выявление опухоли. Так, например, у женщин до 30 лет точность результатов снижается из-за плотной структуры ткани.

продолжение
статьи
на стр. 10

продолжение
статьи
на стр. 4

СИСТЕМЕ ОНКОПОМОЩИ ПОСТАВИЛИ ДИАГНОЗ

В начале сентября в Санкт-Петербурге состоялся VIII Всероссийский онкологический съезд, куда приехало больше 1,5 тыс. врачей-онкологов со всей страны. Их мнение об уровне лечения онкологии критическое и жесткое — мы сильно отстаем от западных стран, из-за чего в первую очередь страдают пациенты. Чтобы изменить ситуацию, профессиональное сообщество настроено реформировать всю систему.

VIII Всероссийский онкологический съезд должен был стать сугубо научным мероприятием. «Онкология XXI века: от научных исследований в клиническую практику» — так была сформулирована его тема изначально. Но произошли изменения не в организации съезда, а в самой системе онкологической помощи в России. В начале лета главным онкологом Минздрава РФ был назначен Михаил Иванович Давыдов, глава РОНЦ им. Н. Н. Блохина и бывший президент РАМН. Михаил Иванович легендарный хирург, прямолинейный и даже резкий руководитель. Он изменил тему съезда в своем вступительном слове, сразу после приветствия коллег.

«Я не думаю, что мы должны говорить здесь о науке. С наукой все понятно — она развивается, и мы стараемся за ней успевать.

КОМПАНИЯ SOTIO НА ASCO: ОПУБЛИКОВАНЫ ПОЗИТИВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАННИХ ФАЗ ПРЕПАРАТА DCVAC/PSA ПРОТИВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Впервые в своей истории компания SOTIO приняла участие в крупнейшем в мире онкологическом конгрессе ASCO 2013 в Чикаго. Наряду с выставочным стендом и многочисленными встречами с потенциальными исследователями и партнерами ученые компании представили первые результаты клинических исследований ранних фаз, проведенных в университетской клинике Motol в Праге. В стендовом докладе «Клинические исследования фаз I/II иммунотерапевтического препарата DCVAC/PSa на основе дендритных клеток на пациентах с биохимическим рецидивом рака предстательной железы» (опубликован в журнале *Journal of Clinical Oncology* 13, 2013,

Abstract No. e16002) профессор Радек Шпишек и соавторы обобщили результаты применения препарата активной клеточной иммунотерапии 20 пациентами с биохимическим рецидивом рака предстательной железы после радикальной простатэктомии или первичной радиотерапии на основе ультрачувствительного измерения уровня PSA.

Пациенты получили 12 инъекций препарата DCVAC/PSa каждый в дозировке 1×10^7 аутологичных дендритных клеток, пульсированных клетками умерщвленной клеточной линии LNCaP, с интервалами в четыре недели. Первичная цель исследования состояла в оценке безопасности DCVAC/PSa, вторичные цели



заклюались в изучении кинетики PSA и подтверждении противоопухолевого специфичного иммунного ответа в периферийной крови.

Продолжительное применение препарата DCVAC/PSa в рамках этих клинических исследований привело к существенной пролонгации времени удвоения уровня PSA (PSA-DT) у всех пациентов, принявших участие в исследовании. После завершения исследования было зафиксировано увеличение уровня PSA-DT в среднем в 3,4 раза. Семь из 20 пациентов имели стабильный уровень PSA-DT на протяжении всего исследования. Средняя величина PSA-DT возросла

с 8,2 месяца до начала применения препарата до 52,6 месяца после введения 12 доз ($p < 0,0015$). Продолжительный ответ Т-клеток против PSA и других антигенов был зафиксирован в периферийной крови у всех участвующих в исследовании пациентов. При этом важно отметить, что администрирование DCVAC/PSa не привело к появлению существенных побочных эффектов. Таким образом, результаты исследования указывают на то, что продолжительное применение препарата активной клеточной иммунотерапии на основе дендритных клеток, пульсированных умерщвленными опухолевыми

клетками, представляет собой эффективный метод лечения пациентов с биохимическим рецидивом рака предстательной железы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности применения иммунотерапевтических препаратов на ранней стадии заболевания.

В настоящее время SOTIO ведет активную подготовку к проведению глобального регистрационного клинического исследования фазы III на пациентах с метастатическим кастрат-резистентным раком предстательной железы, которое также должно проводиться в ряде ведущих онкологических центров России.



Дмитрий Медведев выступает на генсовете «Деловой России»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ЗАО «Р-ФАРМ», СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ «ДЕЛОВОЙ РОССИИ» АЛЕКСЕЙ РЕПИК И МИНИСТР ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РФ СЕРГЕЙ ЛАВРОВ ПОДПИСАЛИ СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ

23 июля состоялось заседание генерального совета Общероссийской общественной организации «Деловая Россия», в ходе которого министр иностранных дел РФ Сергей Лавров и сопредседатель «Деловой России» Алексей Репик подписали соглашение о сотрудничестве. Документ содержит направления сотрудничества по улучшению делового климата, созданию конкурентоспособных условий для ведения бизнеса и обеспечению динамичного социально-экономического развития России. Соглашение отражает высокий уровень взаимодействия, достигнутого между сторонами на протяжении последних лет. Первый документ, закрепляющий партнерство между МИД России и бизнес-сообществом во внешнеэкономической сфере, был подписан в 2005 году. «Новое соглашение отразит современные реалии нашего взаимодействия, наметит пути сотрудничества по актуальным

сегодня направлениям», — сказал министр иностранных дел России Сергей Лавров в ходе встречи.

МИД рассчитывает, что усилия, которые Россия предпринимает через внешнеполитическое ведомство в поддержку интересов российского бизнеса, будут и дальше приносить результат. «Чем прочнее международные позиции, чем авторитетнее РФ воспринимается в окружающем мире, тем легче бизнесменам заключать соглашения с иностранными партнерами. Чем эффективнее наша экономика и работа наших предпринимателей на мировых рынках, тем увереннее можем проводить внешнеполитическую линию», — сказал Сергей Лавров. Министр также отметил возросший в последнее время интерес российских деловых кругов к сотрудничеству с МИДом.

Со своей стороны сопредседатель «Деловой России» Алексей Репик отметил, что у государства и

бизнеса общие задачи, в частности диверсификация экономики, обеспечение ее роста, создание новых рабочих мест. «Для нас важно устойчивое развитие отраслей экономики в условиях глобальной конкуренции», — продолжил он. — «Возможности интенсивного развития для российских предприятий базируются на успешном выходе на международные рынки, включении в глобальную кооперацию, стратегических партнерствах с международными компаниями в области перспективных разработок, трансфера технологий, производства и маркетинга». Репик обратил внимание, что «Деловая Россия» успешно налаживает взаимодействие с международными организациями и другими деловыми объединениями. «Мы очень рассчитываем на помощь министерства и российских зарубежных представительств по различным направлениям», — сказал Алексей Репик.

ГК «Р-ФАРМ» ВНЕСЕНА В РЕЕСТР НАДЕЖНЫХ ПАРТНЕРОВ ТПП

Группа компаний «Р-Фарм» внесена в федеральный реестр надежных партнеров Торгово-промышленной палаты (ТПП) Российской Федерации. Свидетельство ТПП подтверждает надежность финансового и экономического положения компании для ведения предпринимательской деятельности в России и за рубежом.

Задача проекта — поддержка отечественных производителей, укрепление их позиции на внутреннем и внешнем рынках и развитие лучших деловых практик.

Торгово-промышленная палата Российской Федерации — некоммерческая организация, которая представляет интересы малого, среднего

и крупного бизнеса, охватывая своей деятельностью все сферы предпринимательства — промышленность, внутреннюю и внешнюю торговлю, сельское хозяйство, финансовую систему, услуги. ТПП содействует развитию экономики России, ее интеграции в мировую хозяйственную систему, созданию благоприятных условий для развития всех видов предпринимательской деятельности.

«Р-ФАРМ» ПОЛУЧИЛА ЛИЦЕНЗИЮ ОТ UCSB НА ПРЕПАРАТ ОЛОКИЗУМАБ (OLOKIZUMAB)

Международная фармацевтическая компания UCSB и «Р-Фарм», российская частная фармацевтическая компания со штаб-квартирой

в Москве, сегодня объявили о заключении глобального лицензионного соглашения, в рамках которого «Р-Фарм» получает мировые права на разработку, регистрацию, производство и продажу препарата олокизумаб, применяемого по широкому перечню показаний, в том числе для лечения ревматоидного артрита. Компания UCSB получит авансовые, этапные платежи и роялти, подробные финансовые условия сделки не разглашаются.

«Мы очень довольны результатами фазы 2 клинических исследований препарата олокизумаб. В рамках приоритизации обширного портфеля перспективных разработок UCSB было принято решение о заключении партнерского соглашения по препарату олокизумаб», — сказал Рок Доливо, генеральный директор и председатель исполнительного

комитета UCSB. — Мы рады предоставить группе «Р-Фарм» возможность использования потенциала данного препарата для лечения пациентов с аутоиммунными заболеваниями».

«Мы высоко ценим доверие, оказанное нам компанией UCSB, и уверены, что это стратегическое партнерство позволит улучшить здоровье и качество жизни пациентов с социально значимыми заболеваниями. Такое сотрудничество служит примером эффективного обмена опытом и технологиями на благо пациентов во всем мире», — отметил Алексей Репик, президент и председатель совета директоров «Р-Фарм».

В сентябре 2012 года компания UCSB опубликовала основные результаты фазы 2b клинических исследований препарата олокизумаб (CDP6038) у взрослых пациентов,

страдающих ревматоидным артритом, прогрессирующим после терапии ингибиторами ФНО. Основной целью данного исследования являлась оценка эффективности различных дозировок и схем применения препарата олокизумаб в сравнении с плацебо. Исследование продемонстрировало существенное снижение показателей по шкале активности заболевания (DAS) по результатам 12 недель применения всех дозировок олокизумаба относительно плацебо. По сравнению с плацебо олокизумаб показал статистически значимое облегчение течения болезни (DAS 28) ($p < 0,001$). Во всех дозировках олокизумаб характеризовался хорошей переносимостью и продемонстрировал профиль безопасности, соответствующий известным эффектам применения ингибиторов интерлейкина-6.

СОЦПАКЕТ И ВСЕ-ВСЕ-ВСЕ. КУДА УХОДЯТ ВРАЧИ

Каждый десятый врач в России уходит из профессии. Терапевты и хирурги становятся фармацевтами, продавцами медицинского оборудования, страховыми агентами. Основные причины разочарования медиков — низкие зарплаты и высокие риски.

По данным Министерства здравоохранения РФ, ежегодно в стране 8–10% специалистов покидают медицинскую отрасль. Всего в России работают 743 тыс. врачей и 1,419 млн человек среднего медицинского персонала. Многие медики — как врачи-специалисты, так и медсестры — трудятся на полторы-две ставки, закрывая образующийся дефицит. В Москве ситуация с укомплектованностью больниц и поликлиник сотрудниками лучше, чем в целом по стране, но этот показатель даже в столице не дотягивает до 90%. Не хватает анестезиологов, реаниматологов, педиатров и неонатологов. В дефиците наркологи и фтизиатры. Ощутимее всего кадровый голод в поликлиниках и фельдшерских пунктах — в так называемых медучреждениях первичного звена.

Каждый год вузы выпускают более 30 тыс. специалистов медицинской отрасли: 24 тыс. человек с бюджетных отделений и около 10 тыс. — с платных. Тем не менее в стране на данный момент не хватает 40 тыс. врачей и 270 тыс. медсестер.

Выступая в конце августа на Форуме молодых врачей в Красногорске, министр здравоохранения Вероника Скворцова заявила, что только 2% врачей уходят на пенсию, остальные покидают медицину, меняя сферу деятельности «в связи с некоторым разочарованием или в профессии, или в условиях работы». «Наша задача — создать такие условия, чтобы ни один врач, выбрав профессию по любви и юношескому порыву приносить людям добро, не ушел из отрасли», — сказала Скворцова.

По версии директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президента Национальной медицинской палаты, профессора Леонида Рошаля, отток врачей из отечественной медицины связан с профессиональной эмиграцией. «Германия, США грозят нашей нацбезопасности. Они создали очень хорошие условия для приглашения врачей из других стран. Отток будет еще больше», — заявил Рошаль в начале августа этого года. Медики, обсуждая высказывание профессора на тематических форумах и в блогах, склонны винить не за границу, а низкие зарплаты и невыносимые условия.

Одна из наиболее привлекательных сфер для медиков, которые решили стать бывшими, — фармацевтическая индустрия. «В фарминдустрии зарплаты сильно выше, условия работы сильно лучше, полный соцпакет и все-все-все», — говорит онколог-гематолог Европейского медицинского центра Михаил Ласков

и добавляет: — У меня из однокурсников половина не пошла в медицину работать изначально». Некоторые врачи уезжают за границу, но их процент не очень высок, так как в Европе или США довольно сложная процедура подтверждения медицинской квалификации. «Уходят в другие связанные отрасли — медицинское оборудование, страховые компании», — перечисляет Ласков.

32-летний кандидат медицинских наук сам в прошлом работал в государственной медицине — в Российском онкологическом научном центре (РОНЦ) им. Н. Н. Блохина, но год назад перешел в коммерческую клинику — European Medical Center. При этом, отмечает Ласков, массового исхода врачей в платную медицину из бесплатной не происходит: «Отток несравнимо меньше, чем в ту же фарминдустрию, потому что доля платной медицины у нас очень ограниченная. Как правило, это амбулаторная медицина, которая занимается не очень тяжелыми амбулаторными случаями. И с неполной загрузкой».

«В частную медицину идут врачи с опытом, и это считанное количество людей. Но основной отток — среди тех, из кого должна расти смена, среди молодежи», — говорит завкафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования на базе РОНЦ им. Н. Н. Блохина Ирина Поддубная и перечисляет те же сферы: фарминдустрия, продажа медицинского оборудования. Объяснение простое — молодые специалисты в медицине не имеют возможностей обеспечить себя наравне со сверстниками, занятыми в других сферах. После окончания медицинского института или академии будущие врачи должны учиться в ординатуре: «Там они получают смешную стипендию, которая совершенно не позволяет молодым людям ни строить семью, ни заниматься углублением собственной практики — вместо этого они должны подрабатывать где-то урывками и совмещать», — говорит Поддубная. Если речь идет о занятии медицинской наукой, то нужна аспирантура — а это снова стипендия, на которую не выжить: год назад 1,2 тыс. руб., сейчас — 5 тыс.

В России медики сталкиваются с двумя непреодолимыми проблемами — низкими зарплатами и высокими рисками. Зарплата врачей в России состоит из оклада (часто это около 3,5–5,5 тыс. руб.) и разного рода надбавок. Именно эти надбавки составляют до 70% зарплаты, которую медик в итоге получа-

ет, особенно если речь идет о федеральных центрах, таких как РОНЦ им. Н. Н. Блохина или кардиоцентр им. А. Л. Мясникова. И когда говорят, что зарплата медиков опять выросла на 50%, это означает, что вот этот мизерный оклад вырос, а надбавки могут или остаться прежними, или даже сократиться.

«Трудоустройство врачей тоже проблема на сегодняшний день», — отмечает Ирина Поддубная и поясняет: «Молодые специалисты, получив некие представления о своей специальности, хотя бы, конечно, идти работать в клинику. Но сейчас есть в здравоохранении тенденция на сокращение коек, на переход в амбулаторную практику — а это не то, зачем многие шли в медицину».

Что до рисков, то они связаны прежде всего с государственной политикой: медики зачастую оказываются в ситуации, когда выполнение инструкций вступает в противоречие с главной задачей врача — вылечить болезнь, помочь пациенту. «Например, в целях борьбы с коррупцией очень усложнились контакты врачей с фармакологическими фирмами. Если раньше лекарства в больнице не было, врач мог попросить пациента это лекарство для его же собственной пользы купить. Теперь никогда не знаешь, когда это обернется уголовным делом, когда пациент пойдет в прокуратуру и скажет, что врач в сговоре с аптекой хочет получить прибыль. Теперь на словах у нас все лекарства есть, а на самом деле — и все об этом знают — ничего по-прежнему нет. И лечить пациентов, зная, что нет необходимых лекарств, а ты не можешь их об этом даже проинформировать, не все согласны», — рассказывает врач-онколог.

При этом повышение зарплат медикам Ласков считает важной и первичной мерой, но только так качество работы врачей повысить не получится. «Если завтра все врачи в поликлиниках начнут получать по \$10 тыс., не станет от этого везде лучше. Повышать зарплаты надо, но дальше надо создавать конкуренцию внутри, разрабатывать индикаторы, которые позволят повышать качество работы врачей. Например, во всем мире считается, что поликлиника работает лучше, если стало меньше вызовов скорой помощи. Потому что поликлиника предотвращает какие-то острые состояния у людей. Но в наших реалиях нельзя сказать точно — а вдруг это скорая помощь перестала на вызовы ездить? Надо, в общем, думать над критериями», — подытоживает Михаил Ласков.



СИСТЕМЕ ОНКОПОМОЩИ ПОСТАВИЛИ ДИАГНОЗ

окончание. начало на стр 1

У нас гораздо больше серьезных проблем в организации онкологической помощи в стране. Не хватает лекарств, не хватает специалистов, поздняя диагностика. Больные умирают у нас в тех ситуациях, когда их можно было спасти. Вот о чем нам надо говорить, вот какие проблемы решать» — большой зал конгресс-холла в Санкт-Петербурге наполнился аплодисментами. Врачи недовольны условиями, в которых им приходится работать. Положение, когда специалисту не хватает препаратов, финансирования, коек в больнице, оборудования и он должен совмещать в своей практике медицинские знания и навыки бухгалтера-экономиста, унижительно для всех.

«Врач не должен считать деньги. Это экономисты и государство должны обеспечить нам такие условия, в которых мы не думаем о бюджете. Мы должны думать только об оптимальных схемах лечения для нашего больного — вот наша работа», — Михаил Иванович озвучил главную проблему для всех.

При этом ситуация, в которой съезд профессионального сообщества мог бы сразу поменять систему финансирования и приоритетов в государстве, — из области научной фантастики. Но и у самого сообщества есть возможности для реформ в собственной системе управления, чтобы сделать ее более эффективной. Изменения будут направлены на решение главных задач.

В условиях реформы

Реформирование системы нужно начинать, но не с нуля. В последние годы здравоохранение получило большие деньги на модернизацию. В первую очередь было закуплено современное оборудование для больниц, были построены федеральные центры и диспансеры в некоторых регионах, были отремонтированы помещения. Прделана большая работа. Но модернизацией руководили чиновники, а не специалисты от медицины, поэтому многое было сделано непродуманно. Часть средств пропала из-за неслажности работы с профессиональным сообществом. Так, в некоторых регионах томографы стоимостью миллионы долларов стоят под чехлами, потому что на них некому работать. Или ремонт в больнице проведен, а денег на лекарство в этой больнице нет. Но нужно понимать, что эти реформы все равно стали прорывом в здравоохранении, уже переломили ситуацию в лучшую сторону и без них положение было бы гораздо хуже.

Но невозможно ограничиться крупными проектами финансирования. Это важно, но этого недостаточно. Нужно работать над созданием такой системы помощи от диагностики до лечения, чтобы каждодневная работа на всех этапах велась максимально эффективно.

Во Всероссийском онкологическом съезде принимал участие директор департамента специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации Минздрава РФ Игорь Никитин. По его словам, в министерстве и правительстве понимают важность и серьезность проблем оказания медицинской помощи. Он заверил профессиональное сообщество, что его рекомендации по выводу системы из кризиса будут учтены Минздравом при планировании дальнейшей работы.

Бюджетные маневры

Проблема финансирования неизменно становится ключевой в вопросах обеспечения пациентов. Дело в том, что лечение онкологии очень дорого стоит — бюджет на одного пациента может достигать до 10 млн руб., а с учетом количества пациентов практически ни одна страна в мире, даже развитая, не в состоянии брать на себя полностью расходы по финансированию этой отрасли медицины. А наша страна взяла. Но это не благо для пациентов, а боль, потому что в реальности денег не хватает, лекарств тоже нет, пациенты гибнут. А чтобы не признавать свои ошибки, чтобы не произносить подрывающих политические позиции речей о том, что пациенты должны будут участвовать в оплате своего лечения, чиновники статистику скрывают.

О нехватке финансирования в своем выступлении говорил исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов. Дело в том, что в ближайшие годы вместо увеличения затрат на лечение пациентов правительство запланировало так называемый бюджетный маневр, который ставит под угрозу все здравоохранение. «Бюджетный маневр, перераспределение источников финансирования с федеральных на региональные, приведет к снижению финансирования здравоохранения. Федеральные льготники (а это все онкологические пациенты) будут выкинуты из федерального бюджета. Бремя должно лечь на регионы, если деньги не будут переключены в систему ОМС, то есть некоторые регионы вынуждены будут вдвое снизить обеспечение медицинской помощи», — сказал Борисов.



Дмитрий Борисов,
исполнительный директор
НП «Равное право на жизнь»

Нехватка денежных средств может компенсироваться за счет частных инвестиций. Во всем мире приняты такие программы и схемы софинансирования лечения онкологии. Например, это медицинское страхование, как страховка машин по ОСАГО, когда лечение тяжелых заболеваний покрывается страховкой, которую покупают граждане. Такой полис на добровольной основе уже предлагает в России «ВТБ Страхование». По условиям договора страхуются здоровые люди, а если им ставят диагноз «рак», на основании справки от онколога они получают 1 млн руб. в течение пяти рабочих дней. Эти деньги пациенты смогут потратить на дообследования и покупку лекарств, если в их регионе будут проблемы с бесплатными препаратами.

Есть также схемы внебюджетного финансирования без участия самих пациентов, когда банки дают кредиты регионам на лечение пациентов под государственные гарантии. Именно такие схемы сейчас обсуждаются и разрабатываются онкологическим сообществом совместно с представителями социально ответственного крупного бизнеса.

Равное право на лечение

Сегодня в разных регионах страны уровень онкологической помощи неодинаков. В крупных городах и центрах он выше, чем в отдаленных регионах. Но есть и территории, где пациенты при постановке диагноза практически обречены. В некоторых регионах диспансеры вообще были расформированы и слиты с областными больницами. Михаил Давыдов считает первой и самой важной задачей организовать работу таким образом, чтобы неравного положения пациентов не допускать.

Одна из причин сложившейся ситуации — в размытой системе контроля качества и управления. Все диспансеры и федеральные центры оторваны друг от друга, и состояние той или иной больницы зависит от местного Минздрава больше, чем от системы онкопомощи. Но чиновники на местах чаще всего не

могут адекватно оценивать работу врачей. Решение, по мнению Давыдова, может быть только одно — выстраивание вертикали управления системой. Федеральные центры должны заниматься научными изысканиями, разработкой стандартов и рекомендаций лечения пациентов, за исполнением которых сами же и будут следить.

Для этого в ближайшее время планируется провести аудит всех онкологических центров, диспансеров и кабинетов, чтобы оценить ситуацию объективно. Будут сформулированы рекомендации по каждому региону. И в дальнейшем будет в обязательном порядке введен контроль качества помощи пациентам.

Стандарты и рекомендации

Пациенты получают неодинаковую и не всегда оптимальную помощь не только из-за нехватки финансирования. Часто это связано с тем, что не все врачи знают об оптимальных схемах лечения современными препаратами или их дженериками (более дешевыми аналогами). Стандарты лечения, принятые в стране, писались исходя из объемов финансирования, подгонялись под то, сколько денег мы можем потратить, и не учитывали реальных потребностей пациентов.

Задача научных центров — сформулировать рекомендации и схемы лечения для разных локализаций рака, для разных стадий и условий так, чтобы ознакомившись с ними, врач понимал, из каких вариантов он может составить план лечения конкретного пациента. Важную роль здесь играет работа профессиональных сообществ. Они должны такие рекомендации внедрять, в том числе используя для этого образовательные площадки в интернете, где врачи смогут найти литературу и обменяться опытом, проводить виртуальные консилиумы с врачами из центров.

«Принятие медицинских стандартов для нашей страны связано с возможностью их обеспечить за счет бюджета. Лечение это дорогостоящее, так что расширение списков применяемых

препаратов затягивается. Но современный врач должен иметь полную картину возможных лечебных стратегий для наиболее точного назначения пациенту», — объясняет завкафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор Ирина Поддубная.

Врачи без зарплат

В России не хватает врачей. Маленькие зарплаты — все еще маленькие даже после всех обещаний и выплат Минздрава. Тяжелые условия работы, большие риски — по многим законам врача можно привлечь к уголовной ответственности за неправильно оформленный рецепт. Бюрократия, которая была придумана для контроля за работой врачей, сводится к тому, что ничего не нарушивший врач должен оформлять немалое число бумаг и отчетов. В итоге, вместо того чтобы лечить пациентов, врачи уходят консультантами и менеджерами в фармкомпания или частные клиники.

В цифрах это 66–67% заполненных ставок в онкологической службе среди онкологов и радиологов. Самая печальная картина в системе патоморфологии, где заполнено не больше 30% ставок. Морфологов не хватает настолько, что многие области и регионы не имеют своей патологической службы. Служба работает в условиях кадрового голода.

А в детской онкологии эти цифры можно умножить на 10. Не хватает кафедр онкологии педиатрии. Люди едут из регионов в интернатуру в Москву. Они должны оставлять дома свои семьи на два года, а жить в Москве при этом на стипендию в общежитии. Вернувшись же обратно, они получают ставку 15–30 тыс. руб., потратив восемь лет на обучение.

От государства же врачебное сообщество требует пересмотреть условия труда для специалистов, от которых напрямую зависит продолжительность и качество жизни населения. «Наши врачи изначально поставлены в униженные условия. Они лечат людей, которые на несколько порядков обеспеченнее, чьи профессии престижнее. Они психологически травмированы, притом что их знания и профессия уникальны. Эту ситуацию надо менять», — убежден главный онколог.

Диагностика

Высокая смертность связана с поздней диагностикой рака. Пациент зачастую попадает к онкологу, когда об излечении речь уже не идет. Лечение направлено на то, чтобы продлить жизнь как можно дольше. Причина в низкой онкологической настороженности у врачей первого звена — терапевтов, гинекологов, неврологов, проктологов, урологов. Они не подозревают у своих пациентов рак, не ищут его. Они лечат заболевания, которые часто являются сопутствующими. Так, рак легких вызывает пневмонию, рак прямой кишки может вызывать геморрой, а рак

матки — молочницу. И врачи лечат своих пациентов, не задумываясь о причинах их состояния.

Кроме того, важны профилактические обследования здорового населения на предмет того или иного вида рака. Это называется скрининг. Такой метод неодинаково эффективен для всех видов рака, но есть международный опыт, который доказывает, что в некоторых случаях это дает возможность снизить смертность. Например, маммография всем женщинам старше 40 лет раз в два года снижает смертность от рака молочной железы на 20%.

Раньше в поликлиниках и больницах были смотровые кабинеты, когда пациента проверяли на те виды опухолей, которые можно обнаружить или заподозрить при осмотре. Рак кожи, рак молочной железы, рак яичек (если опухоль достаточно большая). За 10 лет, пока эта система не работала, смертность от рака выросла. Сейчас такие кабинеты снова появляются, но их мало, они не загружены, работают не в две смены.

Поэтому одна из задач онкологического сообщества — в разработке таких скрининговых программ для населения на основании последних исследований и применения зарубежного опыта.

«В мире огромное количество литературы с рекомендациями по организации скрининга по онкологическим заболеваниям разных локализаций. Интервалы, возраст и огромное количество деталей, которые нигде не освещены в российской методической литературе. Нам необходимо использовать научные данные и исследования, которые широко приняты у зарубежных коллег», — рассказал в своем выступлении директор НИИ канцерогенеза Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН, заведующий отделением эпидемиологии и профилактики опухолей, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор Давид Заридзе.

Паллиатив

Поздняя диагностика и высокая смертность делают актуальной проблему паллиативной помощи (обезболивание и доживание пациентов при сохранении высокого качества жизни, помощь семьям, психологическая поддержка). В паллиативной помощи нуждаются 50 тыс. человек ежегодно. Но хосписов, которые такую помощь оказывают, катастрофически не хватает.

Кроме того, из-за борьбы с наркооборотом страдают пациенты, испытывающие сильные боли. Человека с болями приходится везти на прием к участковому врачу, чтобы он выписал рецепт. Нередко для этого нужно вызывать скорую и просить санитаров нести пациента на прием на носилках. В иных случаях действия врача будут расценены как нарушение уголовного законодательства с соответствующими последствиями. И такие случаи уже были.

Аптека, чтобы продавать сильные обезболивающие препараты, нужно получать специальные лицензии и проходить аттестации. В итоге не хватает еще и таких аптек. В хосписах таких проблем быть не должно — там назначение сильных обезболивающих осуществляется легче, но у нас, как уже было сказано, не хватает и хосписов. «Потребность паллиативной помощи в стране — 3 тыс. коек. Это недопустимая ситуация», — заявил Валерий Старинский, заместитель директора по науке ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена».

Получается, что каждый год десятки тысяч людей погибают из-за недостатков онкологической помощи на всех уровнях — от диагностики и лечения до паллиатива.

В пересчете на людей

«Онкология — это социально значимая проблема. По статистике, в России 2,9 млн зарегистрированных онкологических пациентов. С родственниками это примерно 10 млн человек, вовлеченных в проблему онкологии. Если учесть, что не все пациенты диагностированы, реально эта цифра еще больше», — говорит Дмитрий Борисов.

Каждый год в стране от рака умирает 300 тыс. пациентов. 520 тыс. в год впервые слышат свой диагноз. При этом каждый третий пациент погибает в течение первых 12 месяцев. В первую очередь потому, что диагноз ему будет поставлен на поздних стадиях заболевания.

Это проблема общества и государства, поэтому важно об этом говорить, рассказывать людям, что рак излечим и надо проходить обследования и посещать врачей, чтобы поставить диагноз на ранней стадии. Но и систему помощи нужно подготовить таким образом, чтобы каждый пациент с диагнозом получал качественное, полное и высокотехнологичное лечение.

По итогам съезда была принята резолюция, в которой были перечислены все меры, которые ставит перед собой, Минздравом и главами регионов профессиональное сообщество онкологов. В этой резолюции названы все проблемы и меры по их решению. Сами врачи считают, что, если действовать по намеченному плану в сотрудничестве с госорганами и обществом, ситуацию можно будет исправить.



Михаил Давыдов,
глава РОНЦ им. Блохина

Родители онкобольных малышей рассказали об унижениях, которые им приходится терпеть от младшего и среднего медицинского персонала в научном центре федерального подчинения. Медсестры и санитарки заставляют матерей мыть полы в процедурных и вымогают у них деньги, а в случае жалоб грозят навредить детям. Большинство родителей в таких ситуациях боятся угроз и предпочитают молчать.

Росздравнадзор в конце августа начал проверку в Российском научном центре рентгенорадиологии (РНЦРР), который расположен в Москве, после того как мамы пациентов отделения детской онкологии рассказали журналистам об унижениях и угрозах, которые им приходится терпеть от младшего и среднего медперсонала. По их словам, родители моют полы в отделении вместо санитарок, в том числе в процедурном кабинете, у них вымогают деньги за дополнительную кровать в палате, которая по закону полагается матери больного ребенка бесплатно, угрожают перестать пускать на процедуры вместе с ребенком. Медсестры хамят и употребляют алкоголь на рабочем месте.

Многие родители в отделении — из других регионов России, в Москве у них никого нет, для них некому даже сходить в магазин, а на руках у них больные дети. Писать жалобу в прокуратуру сначала собирались четыре женщины, потом их осталось две. Только они и согласились назвать свои фамилии, давая интервью. Родители боятся, что медперсонал навредит их детям, тем более что подобные намеки и открытые угрозы, по их словам, нередко звучат в отделении. Также матерям угрожают выпиской — за нарушение режима.

«Хочется сказать родителям: не бойтесь. Дайте возможность другим людям помочь вам, помочь вашим детям. Не думайте, что вы одни и никто вам не поможет, это не так, к счастью», — говорит пресс-секретарь Межрегионального общественного движения «Движение против рака» Денис Куров. Страхи родителей понятны: медсестры делают детям уколы, ставят капельницы, родители боятся грубости и небрежности при проведении этих процедур, а зачастую и намеренного вредительства. «Но такой шантаж не гарантирует, что если не жаловаться и выполнять требования недобросовестного персонала, то с вашим ребенком будут обращаться лучше», — подчеркивает Куров.



«Основной страх родителей — то, что к ребенку будут относиться хуже. Но это крайне маловероятно. Могут испортиться интерперсональные отношения с конкретной нянечкой или санитаркой, но никто не будет из солидарности вредить ребенку, тем более врачи, на отношения с врачами это никак не повлияет», — отмечает старший научный сотрудник ГУ «Центр психического здоровья» РАМН психотерапевт Ирина Морковкина. Осуществление подобных угроз на практике — это уголовное преступление, напоминает юрист некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» Лариса Зверева: «При подобном подозрении можно написать заявление в следственные органы или районную прокуратуру».

Впрочем, бывают ситуации, когда родители больных детей из-за стресса и повышенной тревожности воспринимают происходящее в слишком черном свете или неверно интерпретируют поведение окружающих, добавляет психотерапевт. «Иногда какие-то высказывания, какие-то взгляды, буквально какие-то мелочи воспринимаются на свой счет и трактуются абсолютно негативно. Каждый родитель переживает за своего ребенка, при этом многие находятся в крайне выраженном аффективном, тревожном состоянии. В таких случаях необходим взгляд на проблему со стороны», — говорит Морковкина.

Этим «взглядом со стороны» может быть оценка ситуации каким-то посторонним взрослым, например другим родственником ребенка или остальными родителями в отделении. Если злоупотребления персонала действительно имеют место, неплохо собрать доказательства, рекомендует врач: записать

какие-то разговоры или конфликты на диктофон или на видео либо просто побеседовать с сотрудником-нарушителем при свидетелях. После этого необходимо жаловаться.

«Родителям в центре рентгенорадиологии надо было, конечно, подавать письменное заявление», — считает Денис Куров. И поясняет: заявление нужно сразу писать на имя главного врача лечебного учреждения. «А в копию поставить территориальное управление Росздравнадзора, прокуратуру и местный орган управления здравоохранением. Чтобы была гарантия, что заявление всесторонне рассмотрят и оно не ляжет под сукно», — говорит пресс-секретарь «Движения против рака».

Проверка Росздравнадзора в РНЦРР пока не завершена. В зависимости от ее результатов — от того, какие жалобы найдут подтверждение, — медсестрам и нянечкам грозит дисциплинарное взыскание: от выговора и лишения премии до увольнения. Оценивая происходящее, врачи и эксперты говорят о «профессиональной деградации» медицинского персонала. Одна из главных причин — низкие зарплаты и, как следствие, отсутствие конкуренции и мотивации. «Средний и младший медицинский персонал получает мало, конечно, у людей растет раздражение. К тому же они замордованы бесконечными привлечением на выборы, митинги и прочими мероприятиями для галочки, куда привлекают бюджетников. Но они со своей стороны тоже молчат, как будто их все устраивает, но при этом срываются на пациентах. В итоге заложниками этой ситуации становятся дети и их родители», — говорит Денис Куров.

МЕДИЦИНСКИЕ СБОРЫ

В России нет ни одного фонда, который бы специализировался на помощи онкобольным взрослым. Пациенты, столкнувшиеся с нехваткой лекарств, сами собирают деньги на лечение за границей или на покупке препаратов. С появлением социальных сетей просить о помощи стало проще.

Неизвестно, сколько в России больных раком людей, которым не хватает денег на лекарства, операции, приемы у врача. Тем, кто живет в регионах, как правило, еще хуже — к этому списку прибавляются расходы на поездку, например, в Москву.

«Фонда, который специализировался бы на больных раком взрослых, в России нет. Ни одного», — рассказывает Ася Доброжанская из фонда «Живой», который старается помогать и взрослым пациентам. Ася сама пережила рак, ей собирали деньги

на обследования и лекарства, не вписывавшиеся в государственную квоту. Несмотря на химиотерапию, Ася работала, поэтому собирали небольшую сумму. «Ребенок вызывает чувство умиления, хочется защитить, погладить, помочь. Если это хорошенький ребеночек, то вдвойне хочется», — поясняет она. — А взрослый человек умиления не вызывает, он вызывает подозрение». Поэтому Ася с сожалением констатирует, что вариант у больных фактически один — искать помощь самостоятельно. Через друзей, социальные сети.

Антон Буслов 1983 года рождения, он недавно женился, любит путешествовать и планировать благоустройство городов. Антон работал в МИФИ, строил космический аппарат для исследования солнца «Корона-Фотон» и уволился, когда в институте открыли кафедру теологии — довольно странную для технического вуза. А еще зимой у Антона выявили лимфому Ходжкина. Сбор сотен тысяч долларов на лечение — едва ли не самая успешная история такого краудфандинга в России. Сейчас он в Нью-Йорке, проходит очередной курс химиотерапии и готовится к трансплантации костного мозга.

Осенью 2012 года, когда врачи давали ему полтора года жизни,

он написал в своем Livejournal пост — рассказал о себе, про свои космические разработки и послание внеземным цивилизациям, помощь воронежским трамваям. А потом — про препарат brentuximab, который может спасти ему жизнь, но стоит \$150 тыс. за курс. Он уже несколько раз собирал деньги на новые процедуры и отчитывается перед своими благотворителями за каждую копейку и каждый прожитый день.

В любой экономически развитой стране благотворительность — это социальный и экономический механизм, активно используемый и встроенный в систему управления государством. В большинстве развитых стран, если ты жертвуешь крупные суммы на благотворительность, для тебя предусмотрены налоговые льготы. Отчасти это объясняет щедрость американских звезд и миллиардеров. Им выгодно помогать. Принцип работы фондов также устроен иначе: их клиент — не пациент, нуждающийся в помощи, а жертвователю — желающий оказать помощь.

Люди, готовые давать деньги на хорошие дела, есть и в России, и их немало. Только в нашей стране нет системы, которая предоставляла бы для благотворителей инфраструктуру и комфортные условия.

По словам Курова, получить бесплатное лечение в России возможно и не собирая деньги. Но в сложных ситуациях нужна грамотная помощь юристов и специалистов Росздравнадзора — такую работу при поддержке НП «Равное право на жизнь» абсолютно бесплатно для пациентов делает «Движение против рака». «Государство взяло на себя обязательство лечить всех онкологических пациентов бесплатно. Реально оно с этими обязательствами не справляется, но все же у нас есть механизмы, чтобы добиваться лечения. Даже если для этого нам приходится писать заявление в прокуратуру», — говорит Куров.

НП «Равное право на жизнь» и «Движение против рака» оказывают бесплатную юридическую помощь пациентам, которым отказывают в получении лекарственных препаратов. Если вы оказались в такой ситуации, позвоните нам по телефону горячей линии

8-800-200-2-200

или заполните анкету на сайте

www.ravnoepravo.ru.



В России больничные правила не позволяют родственникам навещать пациентов в реанимации. Это касается и детей, и умирающих, и тех, кто выздоравливает. Поэтому реанимация становится той гранью, где обостряется отсутствие лечебной культуры в стране. С одной стороны — врачи и медперсонал, которые часто не чувствуют ответственности перед больными. С другой — родственники, которые регулярно пытаются пронести еду и народные средства, вредные и опасные для пациентов. Екатерина Савина разбиралась в трагичности этой ситуации.

Несколько лет назад в одной из государственных больниц Москвы умерла моя бабушка. Ее увезли туда на скорой с сердечным приступом. И это был первый ее сердечный приступ несмотря на возраст — 85 лет. Оказалась в реанимации. Я немедленно приехала, привезла то, что сказали врачи, — воду, какую-то еду. Передала через десятисантиметровую щель в полуоткрытой двери. Конечно, не пустили. Но на следующее утро из больницы мне позвонили. Сказали, волнуется ваша старушка, есть отказывается, загляните к ней, успокойте. Приехала. Поговорила минут 10, спросила, куда собралась, ведь даже правнуков еще нет. Она улыбнулась. А потом у бабушки закатились глаза. Я немедленно позвала медсестру, которая констатировала: бабушка просто заснула. Но на самом деле это была остановка сердца, которую официально диагностировали только после того, как мой голос начал превышать все допустимые децибелы. Меня выгнали, бабушку откачали. На следующее утро позвонили снова. Уже умерла. Снова остановка сердца. Я не медик, но даже мне понятно, что, если бы не я, умерла бы раньше.

Не всем так везет, слишком редко удается вовремя оказаться рядом не то что взрослым людям, но даже матерям со своими маленькими детьми. «У нас в фонде “Вера” постоянно родители на телефоне, и 70% детей тех, кто нам звонит, умирают в реанимации без мамы. Мамы плачут, что не успели попрощаться, потому что их не пустили», — говорит Лидия Мониава, руководитель детской программы фонда.

Но дело не только в прощании, но и в качестве ухода за пациентом, убедиться в котором для родственников часто практически невозможно. И в итоге жизнь родственников пациентов на пороге реанимации зачастую превращается в мир, полный унижений, взяток, заискиваний и скандалов. Родители детей, друзья, супруги уже взрослых пациентов хотят убедиться, что больному оказывают помощь, хотя поддержать родного человека, успокоить, успокоиться самим, хоть одним глазком взглянуть... «Никто не имеет права разлучать близких людей, это же не тюрьма. Это садизм», — убеждена Мониава.

Все по закону

Внештатный юрист-эксперт исполнительного комитета МОД «Движение против рака» и некоммерческого партнерства по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения «Равное право на жизнь» Лариса Зверева комментирует: «Права пациентов перечислены в статье 19 федерального закона №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, однако право пациента на посещение родственников в стационаре в законе не содержится». Поэтому, говорит эксперт, «стационары самостоятельно разрабатывают правила посещения пациентов в стационаре, но вряд ли они разработали правила посещения реанимации».

Официально отказ в доступе объясняют тем, что присутствие посторонних лиц может привести к нарушению санитарных норм, установленных постановлением главного санитарного врача №58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”», объясняет Зверева. Кроме того, есть еще и два документа Минздрава, 1970 и 1978 года, согласно которым заведующий отделением «несет непосредственную ответственность за обеспечение надежного санитарно-гигиенического режима в отделении анестезиологии-реанимации» и даже «персоналу, не работающему в перевязочных, палатах и отделениях реанимации и интенсивной терапии, вход в них запрещен». При этом ни в одном из документов не содержится прямого запрета на доступ в реанимационную палату. Более того, в том, что касается детей, в статье 51 «Основ...» предусмотрено право одного из родителей, иного члена семьи, законного представителя на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка.

Система взаимного недоверия

Один из практикующих московских врачей, попросивший не называть его имени, признает, что проблема существует, но выхода пока нет. «Эмоции людей понятны. Понятно еще, что нам не доверяют, боятся, что пациента угробим. Но мы тоже не доверяем! Откачиваешь человека, а ему потом из дома котлеток жареных приносят и скармливают, хотя нельзя в реанимации котлеты есть», — говорит он. — Мамы детей вообще отдельная песня, они особенно любят возмущаться, что ребенка к кровати привязали, но если не привязывать — он сам себе навредит.

Я еще молчу о том, что у нас в стране руки перед едой мыть не принято, инфекций у людей куча, а они хотят это все к умирающим людям принести».

Эти аргументы отчасти понятны Анне Сонькиной, медицинскому директору Фонда развития паллиативной помощи детям, врачу-консультанту по паллиативной помощи православной службы «Милосердие». «Трудностей много. Банально — нехватка человеческих ресурсов. Каждому родственнику уделить внимание, проследить, что происходит, обеспечить безопасность пациентов, — поясняет она. — Нехватка места, большие многоместные палаты. Родственники будут задавать вопросы, проявлять эмоции. С этим нужно уметь справляться». Но санитарные нормы, к которым апеллируют врачи, Сонькина считает «идиотскими» — «нигде в мире такого нет». Другой вопрос, что больнице нужно обеспечить помещение, в котором родственники будут надевать халаты, шапочки и сменную обувь. А вот этим заниматься некогда и некому.

Мониава также настаивает, что обеспечение посещений больных родственниками — это прямая обязанность больницы. «Я была в Лондоне, там лечится моя знакомая девочка. И она в какой-то момент попала в реанимацию. Мама могла с ней находиться и рассказала, что в палате кровать стоит одна к другой — так, что даже стул не поставить. Тем не менее это не причина для английской больницы не пускать родственников. В России говорят еще, что родственники перенервничают и начнут выдергивать трубки, провода. Можно бояться, но это не повод закрыть дверь. Такой вопрос просто не должен стоять».

Практика

Благотворители настроены категорично — по возможности попадания в реанимационное отделение государственной больницы лучше избегать. Онкологическим больным на последних стадиях лучший уход будет обеспечен в хосписах, чем в ре-

анимации. Но это не решает проблемы нехватки коек в хосписах страны и практически полного отсутствия системы паллиативной помощи в регионах.

Условия содержания в реанимации частной клиники, скорее всего, будут лучше. Там и халат будет, и доктор все объяснит по состоянию пациента. Но стоит это дорого — 10 тыс. руб. в сутки. Так что расширенная страховка по полису добровольного страхования вполне окупится в случае болезни. Но ведь и это стоит немалых денег.

Поэтому все еще самой распространенной практикой остаются коррупция, уговоры, угрозы и скандалы.

Родители могут сослаться на все ту же статью 51 и обращаться с заявлением к главному врачу. Срабатывает не всегда — несколько лет назад москвичку Надежду Пащенко пустили к ее сыну Мише, который лежал в Тушинской больнице, только после того, как главврачу позвонил главный детский врач России Леонид Рошаль. Тем не менее у родителей есть хоть какой-то аргумент.

«Еще можно попасть по связям, найти друзей, знакомых с главным врачом, доктором, медсестрой в реанимации. Или за деньги — тогда почему-то все опасения, что ты выдернешь трубки, сразу куда-то деваются», — советует Лидия Мониава. — Еще можно устроить скандал, и тебя пустят на пять минут».

С взрослыми сложнее. В каждом конкретном случае, по словам Анны Сонькиной, «нужно искать, где та медсестра, которая сжалится, где тот врач, как его подкупить, и не только деньгами, но и обещаниями быть послушным». «Когда кто-то в реанимации, врачи имеют над нами полную власть», — говорит она. Всю систему, уверена Сонькина, нужно менять целиком — закладывать создание открытых реанимаций при строительстве новых больниц и реконструкции старых, вести информационную кампанию.



ХИМИЧЕСКАЯ ТОКСИЧНОСТЬ

Лечение рака тяжело переносится пациентами — во всем виновата химиотерапия, которая дает неприятные побочные эффекты. Но современные препараты снижают негативное действие химии и улучшают качество жизни пациентов.

Чем тяжелее болезнь — тем тяжелее лекарство

Хотя химиотерапия и является эффективным средством лечения многих типов рака, она — как и другие методы лечения и даже больше, чем другие методы, — вызывает побочные эффекты. Различные химиотерапевтические средства вызывают разные побочные эффекты. Некоторые из них специфичны для определенного лекарства, особенно если речь идет о таргетной химиотерапии, и могут даже свидетельствовать о его эффективности. Однако все традиционные средства химиотерапии имеют сходные побочные эффекты. Их можно разделить на физические (повреждение тканей и органов) и психические (влияние на работу мозга и эмоции).

Химиотерапия, убивая раковые клетки, попутно «задевает» в организме практически все ткани, в первую очередь те, клетки которых активно растут и делятся: клетки крови, слизистых оболочек рта и желудочно-кишечного тракта, кожи.

Все восстановительные процессы временно останавливаются

Так, нарушение процесса постоянного обновления крови проявляется недостаточностью всех ее клеток: развивается анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Эти состояния очень часты в онкологической практике и в обязательном порядке лечатся с помощью специальных лекарств и иногда переливания компонентов крови. Недостаток лейкоцитов приводит к снижению иммунитета и развитию инфекционных заболеваний или обострению хронических инфекций. В этом случае может потребоваться курс антибиотиков.

Повреждая клетки кожи и волосные луковицы, некоторые средства химиотерапии приводят к постепенной потере волос в течение одного-двух месяцев. Восстановление происходит медленнее: рост волос возобновляется через два-три месяца после завершения курса химиотерапии и длится около года.

В первые две недели химиотерапии у многих развиваются стоматит и гингивит — воспаление слизистой оболочки рта и десен, вплоть до образования эрозий и язв, иногда с присоединением инфекции. Также может возникнуть сухость во рту. Это связано с нарушением естественного цикла обновления эпителия слизистой оболочки: обычно все клетки слизистой заменяются новыми в течение пяти-семи дней. Чтобы уменьшить воспаление и приглушить неприятные ощущения во рту, полезны полоскания растворами антисептиков, соли с содой, разнообразные таблетки/леденцы для рассасывания (от боли в горле). Можно жевать мятную жвачку, держать во рту ломтик лимона — это уменьшит сухость и увеличит аппетит. Чтобы не повреждать воспаленную слизистую и избежать затрудненного глотания, временно перейдите на щадящую измельченную пищу — используйте мясорубку, блендер, соковыжималку. При тяжелой инфекции в полости рта могут потребоваться антибиотики, противовирусные или даже противогрибковые средства.

Нежелание вставать с постели необходимо преодолевать

Слабость, постоянное чувство усталости — самый распространенный симптом, возникающий во время химиотерапии и длящийся долгое время после нее. Слабость обусловлена сразу несколькими причинами: самим онкологическим заболеванием, потерей аппетита и недостаточным питанием, анемией,

сопутствующими инфекциями, депрессией, нарушением сна. Многие из этих причин — анемия, инфекционные заболевания, депрессия — могут быть устранены медикаментозно, но также важно бороться с усталостью самому.

Ученые считают, что регулярные физические упражнения — это лучший способ бороться с чувством усталости. Если вы занимались спортом раньше, по возможности не бросайте занятия, вернитесь к регулярным упражнениям — пусть и низкой интенсивности — как можно раньше. Даже очень слабым людям обязательно нужно вставать с постели и как можно больше ходить по дому или по больничному отделению.

Важно вернуть аппетит

Не стоит забывать о здоровом питании: в условиях тяжелой болезни и агрессивного лечения крайне необходимо поддерживать нормальную массу тела, употребляя достаточное количество калорий, питательных веществ и воды. Если из-за химиотерапии вы не чувствуете аппетита и вкуса пищи — добавьте в нее немного острых специй, в воду — кусочки лимона. Ешьте маленькими порциями. Если не можете есть мясо, не забывайте о других белковых продуктах: рыбе, яйцах, сыре, бобовых. Если вас беспокоит металлический привкус во рту, можно есть мятные леденцы или жевать жвачку. Поменяйте металлические столовые приборы на пластиковые, а посуду для готовки — на стеклянную и керамическую.

Тошнота и рвота при химиотерапии

Практически у всех пациентов, подвергающихся химиотерапии, могут развиваться приступы тошноты и рвоты, которые связаны с влиянием лекарств на рвотный центр в мозге. Для их профилактики еще до начала химиотерапии должны быть подобраны противорвотные препараты: устранить тошноту и рвоту после будет гораздо труднее.

У пациентов, проходящих лечение рака, частой жалобой является запор. Нарушение работы кишечника вызывают не столько сами лекарства от химиотерапии, сколько средства от тошноты, анемии, депрессии, а также недостаток жидкости, недостаточное и несбалансированное питание, отсутствие физических упражнений.

Беременность после излечения возможна и безопасна

Молодых пациентов беспокоит, как повлияет лечение на их способность иметь детей. Многие средства для химиотерапии негативно влияют на репродуктивную функцию человека: нарушается менструальный цикл у женщин (вплоть до временного или полного прекращения овуляций) и образование сперматозоидов у мужчин. Химиотерапия иногда может стать причиной полного бесплодия, но чаще всего оно будет временным. В большинстве случаев функция половых желез восстанавливается в течение года. Через год после окончания курса химиотерапии и излечения рака можно планировать беременность.

«Туман в голове»

Уже много лет пациенты, проходившие лечение рака, замечают «туманность разума», которая возникает во время химиотерапии, и даже шутят над ней. Научные исследования подтверждают, что противораковые лекарства влияют на работу мозга, в частности на те области, что отвечают за память и планирование. В английском языке даже возникло новое слово *chemobrain*, обозначающее синдром нарушения памяти после химиотерапии. У некоторых пациентов эти нарушения кратковременны. У большинства людей нарушение памяти сохраняется долго, но в мягкой степени, так что мало знакомые люди не замечают у них никаких проблем. Изменения чувствуют сами пациенты, замечая, что с трудом фокусируются на занятии, забывают имена и даты, не могут делать несколько дел сразу.

Неизвестно, что именно является причиной «химиомозга», как именно развивается это состояние, и поэтому нет способа предупредить появление проблем с памятью. Но так как нарушение памяти все же не тяжелое и проходит со временем, оно не требует специального лечения. Чтобы справиться с проблемами из-за «тумана в голове», достаточно простых мер:

- используйте ежедневник: пишите список дел, время встреч, имена, телефоны и все остальное и держите записи всегда под рукой;
- тренируйте мозг: попробуйте изучать что-либо новое, учите наизусть стихи, решайте кроссворды;
- создайте привычки и следуйте им: кладите вещи в одно и то же место, включайте радио каждый раз перед тем, как пить чай, выходите гулять каждый вечер в одно и то же время и т. д.;
- не пытайтесь делать несколько дел сразу, фокусируйтесь только на чем-то одном;
- постарайтесь не обращать внимания, не закликивайтесь на том, сколько длятся ваши проблемы с памятью, — просто забудьте о них.

Большинство побочных эффектов химиотерапии проходят полностью после окончания лечения. Но очень важно, что и во время приема препаратов врач может подобрать адекватную сопроводительную терапию, чтобы у пациента сохранялось высокое качество жизни.



Разработка медицинских рекомендаций по лечению онкологических пациентов — важная задача научной общественности. Чтобы стандарты лечения в России соответствовали международным, будет создана комиссия, в которую войдут российские и зарубежные эксперты, а также представители ВОЗ, Всемирного противоракового союза (UICC) и Международного агентства по изучению рака (МАИР — IARC).

Объединение лучших специалистов в области онкологии из разных стран для разработки рекомендаций по лечению российских пациентов стало продолжением международного сотрудничества, начатого два года назад под эгидой ООН. Тогда, в 2011 году, состоялась Первая глобальная конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, проводимая Всемирной организацией здравоохранения. По итогам конференции была принята декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, которая была подписана в том числе и Россией.

В начале октября в Женеве состоится рабочее совещание международной экспертной группы. На этом совещании главной темой станет участие России в международных проектах, проводимых ВОЗ в области онкологии, формирование принципов и подходов к выработке и совершенствованию российских клинических рекомендаций (на примере рака молочной железы), развитие интеграционных систем повышения доступности диагностики и лечения онкологических заболеваний в России.

О ходе разработки рекомендаций «Равному праву на жизнь» рассказала член международной комиссии завкафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор Ирина Поддубная.

— Ирина Владимировна, расскажите, пожалуйста, почему так важна разработка рекомендаций для врачей?

— Врачи не могут следовать за информацией о современных методах лечения ежедневно, ежечасно и даже, может быть, каждый месяц. Но они должны оказывать помощь в рамках существующих на сегодняшний день достижений как в диагностике, так и в лечении, поэтому и встает вопрос о необходимости создания и предоставления для работы нашим врачам клинических рекомендаций, которые были бы в той или иной степени адаптированы к нашей практике. Мы ориентируемся на международные стандарты. Но, посмотрев эти рекомендации, мы, конечно, каждый раз оглядываемся на свою жизнь и решаем, можно это использовать в нашей практике или нет. Опыт создания с международной экспертизой клинических рекомендаций по лечению и диагностике лимфолифферативных заболеваний привел к тому, что мы поняли, что работать с зарубежными экспертами можно, это продуктивно. И зарубежные коллеги идут на это с большой охотой.

— А какой статус у клинических рекомендаций? Как они соотносятся с рекомендациями Минздрава?

— Есть пример рекомендаций, подготовленных обществом онкогематологов. Это рекомендации, которые писали российские эксперты-клиницисты. Поэтому когда сейчас министерство поставило задачу, в частности перед главным внеш-

татным гематологом академиком Валерием Григорьевичем Савченко, создать стандарты помощи онкогематологическим больным, то те же самые рекомендации станут основой документа, который поступит в Минздрав на утверждение.

— Но министерство не спешит с принятием стандартов, потому что испытывает опасения, смогут ли они обеспечить выполнение принятых рекомендаций. Будет ли затягиваться процесс?

— Клинические рекомендации — это информация, которая дается для того, чтобы врач имел возможность понимать, как надо лечить пациента. А вот насколько он сможет реализовать это «надо» — это уже вопросы регионального обеспечения и многого другого.

А вот стандарты, утвержденные Минздравом, — это совершенно другой уровень документа, так что совершенно логично в министерстве обеспокоены, смогут ли они обеспечить выполнение стандартов после их принятия, и это адекватная реакция руководящего органа.

Но, исходя из опыта взаимодействия с министерством, я в целом смотрю довольно оптимистично. Я убеждена, что с сегодняшним Министерством здравоохранения можно дискутировать, можно находить общие точки и решать вопросы положительно.

— Если разбирать ситуацию врача в регионе с точки зрения его практики. Будут ли клинические рекомендации адаптированы к возможностям российского врача, стесненного в средствах на выписку лекарств?

— Созданные рекомендации уже составлены с учетом российских возможностей.

— Как это происходит, например, в Европе и в Америке? Мы можем относить их стандарты к какому-то абсолюту, к которому мы будем стремиться? Или там тоже есть гибкость подходов?

— Там тоже есть гибкость, потому что любая система развита неравномерно. Ни одно государство не покрывает полностью все расходы на лечение онкологических больных (в том объеме, в каком хотелось бы). И на перспективу останется то же самое, потому что любое появление нового препарата — это новые вложения, это новые деньги, это новые финансы.

— В рекомендациях, о которых мы с вами говорим, как выстроены отношения с дженериками?

— В рекомендациях приведены не торговые названия, а действующие вещества, так что по ним вполне возможен выбор (более дешевых аналогов в том числе). Но это наша и мировая реальность — сейчас медицина без дженериков невозможна.

— На совещании в Женеве темой станет разработка рекомендаций по лечению рака молочной железы. Почему была выбрана эта локализация для начала работы?



Ирина Поддубная

— Это социально значимое заболевание, более того, оно очень распространено. Рекомендации, которые приняты, сейчас нуждаются в корректировке — это и определило тему начала нашей работы.

ЗДОРОВЫХ НЕТ — ЕСТЬ НЕДООБСЛЕДОВАННЫЕ

В России проводится диспансеризация, профилактические осмотры прошли уже 5 млн человек, до конца года запланировано обследование еще 40 млн. Всеобщая диспансеризация населения — в цифрах и фактах.

На проведение диспансеризации населения в 2013 году выделено 50 млрд руб. из бюджета, но и задача поставлена крайне амбициозная: обследовать 45 млн человек за год — это более 30% населения страны. О том, что всеобщая диспансеризация станет в этом году приоритетным направлением в работе Минздрава, в апреле заявила министр Вероника Скворцова: «Главным приоритетом сегодняшнего дня является формирование скрининга здоровья населения — работа со здоровыми людьми в большей степени, чем с больными». Доказывая экономическую целесообразность идеи, министерство приводит, например, такие цифры: из-за ранней смертности от сердечно-сосудистых заболеваний страна теряет 1 трлн руб., или 3% ВВП. Диспансеризация как раз и призвана выявлять подобные заболевания на ранней стадии — и в долгосрочной перспективе сокращать смертность.

Для конкретного пациента польза тоже очевидна: в сжатые сроки в своей районной поликлинике можно пройти комплексное обследование, сдать основные анализы, показаться специалистам и получить более или менее полное представление о состоянии здоровья. Согласно приказу Минздрава о диспансеризации, в ней участвуют взрослые граждане России от 21 года. Обследование будет проводиться раз в три года — соответственно, в 2013 году под действие программы попадают те, кому сейчас 21 год, 24 года, 27 лет, 30 лет, 33 года — и так далее.

Все, что нужно для участия в программе, — паспорт и полис ОМС.

Диспансеризация состоит из двух этапов, первый — для всех, второй — в зависимости от результатов первого. На первом этапе пациенты сдают анализы крови, мочи и кала, им измеряют давление, делают флюорографию, УЗИ органов брюшной полости и ряд дополнительных

исследований в зависимости от пола и возраста (например, женщинам после 45 показана маммография, а мужчинам старше 50 лет — анализ крови на простат-специфический антиген). Завершается этот этап (рассчитанный по времени на один-два дня) консультацией терапевта, который определяет группу здоровья, выдает документ — паспорт здоровья и, главное, консультирует и при необходимости направляет на второй этап исследования. Там уже предусмотрены и осмотры специалистов, и более сложные исследования: например, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, эзофагогастродуоденоскопия, определение липидного спектра крови или тест на толерантность к глюкозе. Дополнительные исследования, как и основные, проводятся бесплатно — по полису ОМС.

Большой процент необследованных среди сельского населения. Чтобы решить эту проблему, Минздрав внедряет в регионах мо-

бильные медкомплексы: лечебно-диагностические передвижные центры на базе «КамАЗов», стоимостью 11 млн каждый, с оборудованием для работы врачей и проведения анализов. Но в Подмосковье, например, такие передвижные поликлиники заработают не раньше октября.

По результатам первого полугодия диспансеризации наиболее частым заболеванием, которое выявили у пациентов впервые (раньше они просто не обследовались), стала артериальная гипертония — 2700 случаев на 100 тыс. человек. Сразу за ней следует ишемическая болезнь сердца — 800 случаев на 100 тыс., 321 случай подозрения на онкологию и 300 случаев сахарного диабета.

Всего подозрения на онкологические заболевания в ходе диспансеризации выявили у 16 390 человек — это 0,32% от всех обследованных. В докладе Минздрава говорится, что среди подозрений лидирует рак молочной железы — 41,9%, проста-

ты — 22,8%, желудка — 14%, матки и придатков — 8,6%, толстого кишечника — 2,4%. Еще 10,4% приходится на опухоли другой локализации.

Но всеобщая диспансеризация — недостаточно эффективный способ для диагностики онкологических заболеваний у населения, считает директор Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, главный онколог России Михаил Давыдов. «У нее другие задачи. Она призвана изучать здоровье населения. Врач общего профиля никогда не найдет рак на начальной стадии, это может сделать только специалист узкого профиля, человек с большим опытом в этой сфере», — сказал Давыдов в интервью РИА «Новости». И хотя в отчете Минздрава говорится, что в 55,2% случаев опухоли в ходе диспансеризации диагностированы на ранней стадии, главный онколог страны говорит о необходимости внедрения скрининговых программ для обследования населения.

РАЗОРУЖЕНИЕ РАКА

Современное лечение рака молочной железы — это в первую очередь системный подход и комплексное воздействие на опухоль, изнутри и «с тылов». Необходимой частью лечения по-прежнему остается операция — с удалением молочной железы или ее части с опухолью. Но без медикаментозной поддержки — химиотерапии, гормоно- и лучевой терапии — вылечить рак невозможно.



Пару десятилетий назад операции по удалению опухоли груди были радикальными и калечащими. Удалялась и молочная железа, и кожа, и даже мышца груди, причем вне зависимости от того, на какой стадии был поставлен диагноз. Современная хирургия действует гораздо бережливее. Для врача важно сохранить качество жизни пациентки, поэтому, если есть такая возможность, делается органосохраняющая операция. Хотя если рак обнаружен на поздней стадии, грудь все же удалят целиком — это называется мастэктомия.

При мастэктомии удаляется не только сама молочная железа, но и подмышечно-подлопаточно-подключичные лимфатические узлы. Современные методики позволяют провести операцию через косопоперечный кожный разрез, повторяющий траекторию линии ребра, и сохранить грудные мышцы, что необходимо для дальнейшего восстановления молочной железы с помощью имплантатов или собственных тканей пациентки.

Для резекции (органосохраняющей) операции решающими факторами являются стадия опухолевого процесса и локализация новообразования в молочной железе. Возраст женщины значения не имеет. В объем удаляемых тканей включаются сектор ткани молочной железы с опухолью и все уровни лимфатических узлов. Однако подобная органосохраняющая операция может быть показана не всем пациенткам. Например, противопоказаниями могут быть расположение опухоли в центральной части или наличие нескольких опухолей в разных отделах молочной железы, отечная и воспалительная формы опухолевого процесса.

После резекции назначается курс лучевой терапии, без которого риск возникновения местного рецидива заболевания в рубце увеличивается более чем в два раза. Индивидуальный расчет дозы облучения при этом позволяет почти полностью

избежать таких постлучевых изменений, как деформация сохраненной молочной железы.

После операции пациенткам назначается курс терапии по индивидуальной схеме, подобранной врачом. Без грамотной подобранной терапии вылечить рак невозможно.

Более 60% пациенток с раком молочной железы, согласно статистике, чувствительны к гормональной терапии. Это наиболее щадящий метод лекарственной терапии, который на фоне выраженного противоопухолевого эффекта сохраняет высокий уровень качества жизни, не вызывает характерных для химиотерапии побочных эффектов — тошноты, рвоты, выпадения волос, анемии — и не снижает количество лейкоцитов.

Лечение гормонами позволяет достаточно быстро обуздать опухоль, однако почти так же стремительно раковые клетки «подбирают код» к противоопухолевому препарату и перестают на него реагировать. Изменение схемы лечения дает кратковременный положительный эффект, после чего опухоль вновь становится невосприимчивой к лечению.

Современный уровень развития молекулярной биологии позволяет точно выявлять механизмы контроля клеточного деления и смерти, а также белки, участвующие в процессе образования и распада опухоли. На основе этих механизмов возникло новое направление в лечении рака — таргетная терапия, при которой назначаемые лекарства способны распознавать пораженную клетку и точно воздействовать конкретно на нее. Один из таких препаратов — «Афинитор» (эверолимус) — весной 2012 года был разрешен в России для лечения пациенток в постменопаузе с гормонозависимым распространенным раком молочной железы (в комбинации с ингибитором ароматазы). Сейчас он входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Около 30% женщин, страдающих РМЖ, имеют HER2-положительные опухоли. Рецептор HER2 — один из наиболее значимых молекулярных маркеров при раке груди. В нормальном состоянии рецептор HER2 в допустимом количестве располагается на поверхности многих клеток организма, однако в клетках опухоли его количество повышается, что говорит о высокоагрессивной форме рака. Применение в терапии моноклональных антител-блокаторов HER2-рецептора увеличивает эффект лекарственного лечения и безрецидивный интервал. Основным препаратом этой группы является «Герцептин» (трастузумаб) — он блокирует HER2-рецептор, снижает уровень деления клеток и разрастания опухоли. «Герцептин»-терапия во всем мире признана основным стандартом лечения HER2-положительного рака молочной железы, показана как для ранних стадий болезни, так и для борьбы с метастазами. При использовании у пациентов с ранними стадиями в послеоперационном периоде при длительности терапии один год удается достичь самых высоких показателей полной ремиссии (излечения). Для лечения распространенных форм заболевания также может использоваться «Лаплатиниб», особенно у пациенток с метастазами в головной мозг. Кроме того, в схему лечения включается и блокатор фактора роста опухолевых сосудов — «Авастин» (бевацизумаб). Препарат препятствует снабжению опухоли питательными веществами, от чего она погибает.

Для предотвращения и снижения побочных эффектов от химиотерапии лечащий врач может назначить курс сопроводительной терапии. Современные противорвотные препараты позволяют сохранить высокое качество жизни пациентов даже во время лечения. Также необходимо следить за показателями крови и регулярно сдавать анализы, чтобы скорректировать лечение при необходимости.



НЕ БОЙТЕСЬ УЗНАТЬ — ВСЯ ПРАВДА О РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

окончание. начало на стр 1

В любом случае скрининговые методы диагностики обычно применяются для выявления заболеваний молочной железы на ранних стадиях, когда никаких симптомов рака еще нет.

Более подробную информацию о состоянии здоровья женщины, на основе которой можно подтвердить или опровергнуть диагноз опухолевого поражения, дают компьютерная томография, магнитно-резонансное исследование, ультразвуковое исследование и все виды биопсии. Методы позволяют целенаправленно выявлять изменения в молочных железах, уточнять их природу, характер и распространенность.

Ультразвуковое исследование — УЗИ — основано на получении изображения при помощи высокочастотных звуковых колебаний и позволяет четко определять кисты, крупные образования и состояние лимфатических узлов. Во время УЗИ

возможно также взять образец опухоли на биопсию. Гистологическое исследование взятых клеток ткани позволяет определить, является опухоль злокачественной или нет.

Магнитно-резонансная томография основана на воздействии магнитным полем на определенный участок органа. Сигнал, отражаемый при этом, преобразуется компьютером в цифровое изображение ткани.

В последние годы широкое распространение получило ПЭТ-сканирование, позволяющее определить отдаленные метастазы. Точность метода позитронно-эмиссионной томографии составляет 94%.

Результаты комплексного обследования позволяют своевременно выявить заболевание и определить стадию опухолевого процесса, от этого зависит точность подбора индивидуальной тактики лечения и его прогноза.

Основная цель врача-онколога при выявлении рака у женщины — излечить ее от смертельного заболевания. Для пациентки, которая впервые слышит страшный диагноз, главное — не впасть в отчаяние: сохранить уверенность в себе и в возможности полноценной жизни после курса лечения. Как адаптироваться к новому психофизическому состоянию и сохранить качество жизни, рассказал ведущий научный сотрудник ФГУ Московского НИИ психиатрии Росздрава доктор медицинских наук Виталий Минутко.

— Какие психологические проблемы может испытывать женщина, узнавая о своем диагнозе?

— Ее состояние характеризуется особенно высоким уровнем тревоги. Она испытывает страхи и панические ощущения при любых медицинских осмотрах, прохождении курсов радио- и химиотерапии, перед операциями и наркозом, побочными эффектами от любого вида лечения и возможным появлением метастазов. В тех случаях, когда врачи и родственники пытаются скрыть диагноз от пациентки, это состояние может граничить с неврозом. Состояние тревоги может быть очень сильным, нарушая нормальное функционирование организма. В этом случае требуется квалифицированная помощь психотерапевта.

— Может ли женщина самостоятельно научиться справляться с этим состоянием?

— Необходимо признать свой диагноз и то, что в этой ситуации состояние тревожности объяснимо и естественно. Часто женщина отказывается верить в наличие у нее потенциально смертельной болезни, пытается менять лечащих врачей, которые не смогли предотвратить болезнь, и перепроверять результаты анализов. Или, наоборот, избегает консультаций с онкологами, общения с близкими и перестает бороться с болезнью. Такие пациентки используют отрицание как способ борьбы с болезнью. Но это опасно, потому что рак прогрессирует без лечения.

Чтобы помочь себе справиться с тревогой, необходимо наблюдать за собой, проанализировать свои ощущения и понять, какие именно мысли вызывают тревогу. Тревожные мысли вызывают аналогичные ощущения, а ощущения, в свою очередь, усиливают панику. Можно поговорить с тем, кто испытывал ранее подобные стрессовые ситуации, и вообще чаще быть в кругу друзей и близких. Вместе с ними заняться чем-то, что может отвлечь от тревожных мыслей. Женщине крайне важно осознать, что она не одинока в своих страхах и тревогах.

— Стоит ли сообщать о своих страхах лечащему врачу?

— Причиной страха также может являться отсутствие полной информации о заболевании и, как следствие, подверженность стереотипам о невозможности вылечиться. Не нужно бояться задавать вопросы своему лечащему врачу — о причинах развития рака, методах лечения, побочных эффектах, новейших исследованиях, обезболивающих препаратах, диетическом питании и последующей реабилитации. Возможно, он предложит заменить пугающую пациентку процедуру, операцию на менее радикальную, но ведущую к аналогичному результату. Современная медицина обладает широким спектром химиопрепаратов, схем лечения, все чаще применяются органосохраняющие операции.

— Многие женщины испытывают страх перед радикальной мастэктомией. Как с ним справиться?

— 80% женщин воспринимают удаление молочной железы как калечащую операцию и не видят перспектив полноценной жизни с этим «физическим изъяном», ассоциируя его с потерей привлекательности и женственности. У половины женщин с постмастэктомической депрессией на 20–40% снижается физическая активность и на 5–10% эмоциональный фон, практически у всех на 40–70% снижаются показатели общего здоровья и на 35–50% — социальной активности. Ощущение усталости, нарушение сна, изменение аппетита, беспокойство и апатия, раздражительность, замкнутость, недовольство собой становятся постоянными. Внимание близких наводит на мысли о «необходимости общаться из жалости», а попытки родных не замечать болезнь ранят еще глубже. Между тем создать условия комфортного существования вместе с болезнью можно уже на этапе хирургического лечения. В настоящее время широко применяются реконструктивные операции, что может восстановить психологический комфорт женщины. В странах Западной Европы, например, 90% женщин моложе 40 лет и 55% в возрасте 40–50 лет прибегают к реконструкции.



— Для молодых пациенток важна проблема сексуальности во время и после лечения. Как выстраивать отношения с любимым человеком?

— Некоторые женщины очень тяжело переживают вызванные химиотерапией сексуальные расстройства и преждевременную менопаузу. Однако если ваше тело подверглось изменениям, это не значит, что это же произойдет с вашими отношениями с партнером. По данным исследований, большинство женщин с раком молочной железы ранних стадий хорошо эмоционально адаптируются к интимной жизни уже через год после операции. В этом вопросе большую роль играет открытое обсуждение проблемы с партнером, совместное преодоление страха и адаптация к новым семейным ролям.

ГРУДЬ МЫ ВОССТАНОВИМ

Почти 70% женщин, столкнувшихся с мастэктомией — операцией по удалению молочной железы, — показана последующая реконструкция груди. При этом многие пациентки отказываются от операции, так как не знают о существовании квот на этот вид медицинской помощи или находятся во власти мифов об осложнениях, высокой травматичности и сложности реконструктивных операций.



Самым тяжелым, по мнению онкопсихологов, для пациенток является не сам диагноз «рак молочной железы», а ее удаление при хирургическом лечении рака и, как следствие, ухудшение качества жизни женщины. Две трети женщин впадают в тяжелую депрессию, треть теряет половое влечение, и это негативно сказывается на отношениях в семье. Каждый пятый брак распадается. Мастэктомия становится фактором, провоцирующим эффект «возвращения в болезнь».

При лечении рака онколог ставит перед собой две цели — излечить пациентку от смертельного заболевания и сохранить качество жизни. Вернуться к полноценной жизни без психологических проблем сегодня можно с помощью реконструктивно-пластических операций. Реконструкция молочной железы — это восстановление утраченных в результате операции тканей. Процедура может проводиться как одновременно с удалением опухоли (в таком случае будет назначена лучевая терапия по-

сле операции), так и через несколько месяцев или лет после мастэктомии и не увеличивает риск повторного развития опухоли, считаясь онкологически безопасной.

«Операция может быть выполнена одновременно с радикальной мастэктомией (одномоментная пластика) либо с интервалом в 12–24 месяца (отсроченная пластика). Этот вопрос обсуждается лечащим врачом и пациенткой. При выборе методики восстановления молочной железы онкохирург ориентируется на состояние здоровья женщины, особенности конституции, образ жизни, объем оставшейся части молочной железы, состояние тканей», — рассказывает онколог-маммолог, врач отделения радиохирургии Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина Александр Петровский.

Возраст пациентки принципиального значения не имеет, однако, по словам Петровского, средний возраст женщин с РМЖ сегодня составляет 60 лет и большинство из них избегает дополнительных операций и увеличения срока лечения. Врачи не ведут статистику по реконструктивным операциям, но сомневаются, что в России на них идет более 5% женщин. Для сравнения: в Европе после удаления груди маммопластику делают до 90% пациенток.

В качестве искусственных материалов для реконструкции используется тканевый экспандер или

имплантат, который изготавливается из силикона и заполняется гелем или силиконом. Такие операции технически проще, гораздо менее травматичны для женщины, чем восстановление молочной железы за счет собственных тканей, однако имплантирование может сопровождаться послеоперационными осложнениями, связанными с присутствием инородного тела внутри тела женщины. Наиболее частые из них: образование вокруг имплантата фиброзной капсулы, отторжение протеза, кожный некроз.

Если же «карман» для последующей установки имплантата формируется из кожи пациентки, то донорской зоной в этом случае могут являться живот, бедра, спина или ягодицы. Кожный лоскут, взятый из этих отделов, подходит для восстановления груди по цвету, структуре, дает достаточный объем тканей и площадь поверхности кожи при минимальном повреждении донорской зоны. Главный минус такого метода — в его сложности и высокой травматичности: шрамы остаются не только в области груди, но и на донорской зоне.

Три года назад восстановить грудь с использованием имплантатов или собственных тканей стало возможно за счет государства, получив квоту. Однако квот, как всегда, не хватает, и распространяются они лишь на медицинские учреждения,

оказывающие высокотехнологичную медпомощь. Опыт реконструктивных операций сегодня наработан в федеральных онкоцентрах в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Уфе, Казани, Томске. Для пациенток из дальних регионов лечение и реабилитация там сопровождаются дополнительными расходами на дорогу и проживание.

Обращаться в многочисленные частные клиники пластической хирургии онкологов не рекомендуют. «У большинства частных клиник нет лицензии на онкологию, реконструкция груди там не подразумевает поддерживающую лекарственную, лучевую терапию, отсутствие же комплексного лечения только ухудшает прогноз пациентки. Пластический хирург не должен проводить маммопластику в отрыве от стратегии лечения, принятой онкологом», — объясняет Александр Петровский.

Рассмотреть вариант платной реконструкции можно, только если частная клиника предлагает наблюдение консилиумом из онколога, лечащего и пластического хирургов. Средние цены на реконструктивные операции без учета расходов на все виды терапии колеблются от 140 тыс. до 155 тыс. руб., если используются собственные ткани, и от 180 тыс. до 200 тыс. руб., если необходимо покупать имплантат. Операция по восстановлению груди длится от одного до четырех часов, в соответствии с новыми стандартами оказания медпомощи последующее восстановление в стационаре займет от трех дней до двух недель.

ОПЕРАТОР ЛЕЧЕНИЯ

Как выбрать посредника для лечения за границей и не лишиться при этом здоровья и денег.

Часто для того, чтобы вылечить онкобольного, достаточно тех ресурсов, которые есть в России. Но иногда зарубежные технологии и лицензированные препараты больше подходят для конкретного пациента. В таких ситуациях лечение за границей становится реальным шансом на выздоровление. Организацией поездок на лечение за рубеж занимаются специальные фирмы — медицинские тур-операторы. Но выбирая посредника, нужно быть внимательными — среди них много мошенников.

Остерегайтесь подделок

Кому-то удается распознать мошенника и раньше. Так, девушка отправила письмо в австрийскую клинику, приложив сканы медицинских документов своего больного раком печени отца. «Мне пришел ответ, что, мол, приезжайте, у нас есть отличный хирург, сделаем вашему папе операцию. Однако мы проконсультировались с лучшими хирургами в Питере. Все сказали, что отец неоперабелен. То есть вырезать-то можно, но он умрет от кровопотери. А тут... вот так сразу приезжайте... и это при том, что я послала заключение МРТ без снимка», — девушка засомневалась и написала на форум. Ехать ее отговорили. Но чаще такое вселяющее надежду приглашение заставляет не задуматься, а еще быстрее собирать деньги.

Мнение посредника

«Мошенников сейчас много. Это большая опасность для пациентов, особенно онкологических. А если потерять время и попасть не к тому специалисту или вовсе отдать деньги мошеннику — это может привести к печальному результату», — объясняет директор компании «Медика-тур» Татьяна Соколова. Поэтому, по

ее словам, нужно обращаться к людям, которые знают врачей и их рейтинги, знают клиники, были в них, лично знают врачей. «В том же Израиле пять—семь ведущих клиник, а всего их 70. И из этих пяти—семи... допустим, рак костей лучше лечат в клинике "Ихилон", гинекологию — в клинике имени Хелен Шнайдер. Поэтому если уж вы едете за деньги на лечение, надо попасть к лучшему», — поясняет она. Помимо этой информации в услуги посредника входит полное курирование лечения, визовое сопровождение, логистика — билеты, трансферы, квартиры или отели.

Проверить посредника можно как минимум двумя способами — обратившись в саму клинику или попросив у него сертификат, который полагается иметь всем авторизованным партнерам. Также посредник, работающий с серьезной клиникой, обязательно попросит МРТ. Сам диск, а не только описание и не просто рассказ о болезни в произвольной форме. «Но все равно, как правило, предложит пройти диагностику на месте — западные врачи не всегда доверяют российским диагнозам», — отмечает Соколова. — Сейчас у меня пациент в Израиле, в России ему поставили саркому, а там не подтвердили.

Показательна может быть и заявленная посредником цена услуги. Так, на форумах говорят о том, что посредники просили 15% от всей суммы лечения. «У каждой компании разные расценки, они начинаются от €200. Средняя — €500», — комментирует эксперт. А лечение чаще оплачивается напрямую в клинику.

Мнение юриста

«Необходимо убедиться, что эта фирма добросовестно осуществляет на рынке свою деятельность, у нее имеются арен-

дованное помещение, устав, выписка из ЕГРЮЛ за последние шесть месяцев (что она не исключена из реестра юридических лиц), разные свидетельства о регистрации, лицензия, информация, кто является директором и кто по доверенности осуществляет его полномочия, так как вам придется подписывать договор именно с уполномоченным лицом», — говорит, в свою очередь, нештатный юрист-эксперт исполнительного комитета МОД «Движение против рака» и некоммерческого партнерства по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения (НП) «Равное право на жизнь» Лариса Зверева. Все это пациент имеет право посмотреть, это не коммерческая тайна. Но если документы не показывают, с компаний лучше не связываться.

Как только вы заключаете договор, действия компании попадают под закон «О защите прав потребителей». В договоре должна быть указана конкретная зарубежная клиника с расписанной индивидуальной программой предполагаемого лечения и его сроками. Желательно, чтобы компания могла предложить сразу несколько клиник на выбор. «Если вам разработали индивидуальную программу лечения за несколько дней, то ваши документы, очевидно, не рассматривались врачом», — добавляет Зверева. Также в договоре необходимо указать, сколько стоят услуги компании, сколько — лечение, сколько уйдет на прочие расходы.

Интересно также то, что в теории граждане России могут лечиться за границей за счет средств федерального бюджета и, таким образом, снизить риски для себя и своих денег. О том, как это сделать, мы расскажем в следующем номере.

РАВНОЕ ПРАВО НА РАБОТУ

Лечение рака отнимает много сил и времени. Далеко не все пациенты могут продолжать работать во время лечения даже по сокращенному графику или дистанционно. Далеко не все работодатели хотят ждать выздоровления своего сотрудника. Могут ли уволить больного раком и что делать, если все-таки пытаются? Консультация юристов «Равного права на жизнь».

«Мы с мамой работали вместе в фирме по производству порошков и инженерных покрытий, и мама заболела раком молочной железы. Маме сделали операцию, я вместе с ней была. И в это время нам сообщили, что фирма закрывается — забирайте вещи и все такое», — рассказывает Анна Василина, активистка «Движения против рака» из Санкт-

Петербурга. — Работодателю я сообщила, что мама на больничном. Получилось так, что больничный на 128 дней остался на руках, фирма закрылась. Она юридически существует, но фактически свою деятельность не осуществляет. Мы пытались найти работодателя, звонили ему, писали сообщения — безуспешно. Никакой компенсации не получили,

трудовые книжки некоторых сотрудников вообще потерялись, поэтому Анна обратилась в Роструд, но там ей ничего не посоветовали.

Внештатный юрист-эксперт исполнительного комитета МОД «Движение против рака» и некоммерческого партнерства по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения (НП) «Равное право на жизнь» Лариса Зверева объясняет, что мама Анны Василиной оказалась в нетипичной ситуации. Когда организация-работодатель ликвидируется (либо индивидуальный предприниматель прекращает свою деятельность), действительно увольняются все сотрудники. Однако пока длится процесс закрытия юридических документов компании, проходит время. На больничном ее должны

были продержат три-четыре месяца и оплачивать больничный лист, так что действия работодателя в отношении мамы Анны незаконны.

В суд семья не обращалась — это тяжелое испытание и для здорового человека, что говорить о больном. «Сейчас я работаю на другом предприятии, у нас женщина больная, и ей компания помогла», — говорит Анна. При этом уволить сотрудника, который находится на больничном листе, по своей инициативе компания не может. Об этом говорится в ст. 81 Трудового кодекса (ТК) РФ.

По словам Юлии Дьяченко, занимавшейся защитой прав незаконно уволенных, регламентирован только срок больничного, который нужно продлевать раз в 30 дней. «Пока человек находится на больничном, платит ему не работодатель, а Фонд социального страхования. Так что трудности компании, в которой сотрудник на продолжительном больничном, не в деньгах, а чаще в том, что приходится перераспределять функции заболевшего сотрудника», — говорит Дьяченко.

Зверева утверждает, что некоторые работодатели запугивают работника, длительное время находящегося на больничном листе, увольнением либо предлагают уволиться самому. Но делать это сотрудник совершенно не обязан. Не надо испытывать чувство вины за то, что работа простаивает, пока вы лечитесь. Каждый может оказаться в этой ситуации, и закон на стороне пациента. Как минимум на время лечения. Человек не может работать, но ему нужно на что-то жить, ведь никто не знает, сколько времени лечение займет и насколько

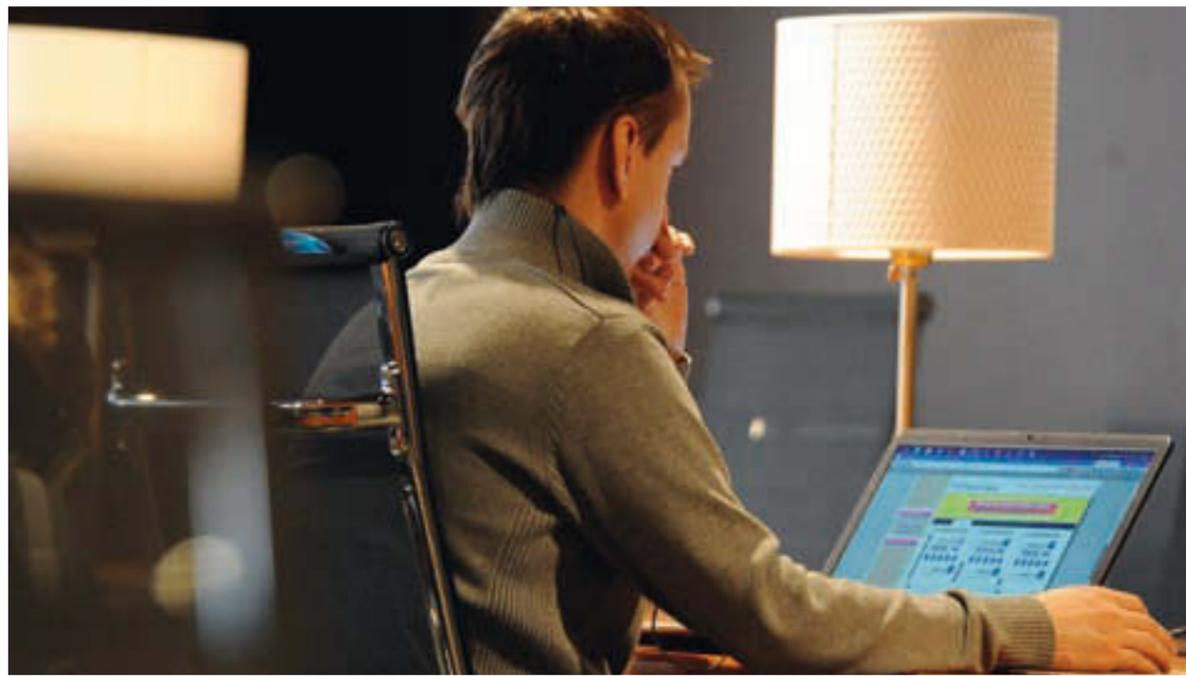
успешным будет. Так что спокойно продлевайте больничный и ничего не подписывайте.

Что касается возможности работать после лечения, то здесь ситуация немного иная.

В индивидуальной программе реабилитации пациента (ИПР) может быть указано, что возможен лишь домашний труд (это возможно при первой и второй группах инвалидности). Или указано, что инвалид не способен к трудовой деятельности в обычных условиях. Это значит, что работник подлежит увольнению. В этом случае с работником прекращается действие трудового договора по п. 5 ст. 83 ТК РФ. То есть работник признан неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением в той должности, которую он занимает в компании.

Если установят вторую рабочую группу, то должны на прежнем месте создать рекомендованные специальные условия труда либо перевести на другое место работы с облегченными и непротивопоказанными условиями труда (ч. 1 ст. 73 ТК РФ). Работодатель может предложить сотруднику-инвалиду другую работу, даже если она ниже оплачивается. Главное, чтобы она не была противопоказана сотруднику по состоянию здоровья. Если, согласно рекомендациям в ИПР, специальные условия труда на рабочем месте для инвалида создать невозможно, или работник отказался от перевода на другую работу, или в компании вообще нет подходящих инвалиду должностей, то работника увольняют. Третья группа вообще рабочая. Уволить работника при наличии у него третьей группы нельзя.

ЕВГЕНИЙ АСМОНОВ / ИНТЕРЕСЬ.RU / ИТАР-ТАСС



СЕРГЕЙ ЮДИНЦЕВ / ИТАР-ТАСС

РЕЦИДИВ РАКА: ПОЧЕМУ ОН ВОЗВРАЩАЕТСЯ?

Все онкологические пациенты боятся, что на очередном обследовании у них найдут новую раковую опухоль и лечение нужно будет начинать сначала. Причины возникновения рецидива — в нашем обзоре.

Излечение может оказаться неполным

Рецидив злокачественной опухоли — это повторное развитие опухоли того же вида через неопределенное время после успешного излечения.

Причина, или источник, рецидива — единичные раковые клетки, оставшиеся незамеченными во время проведенного обследования и сохранившиеся в организме после лечения. Они могут быть фиксированы в какой-либо ткани, могут перемещаться по организму. Таких клеток слишком мало, чтобы они могли вызвать симптомы, или дать положительный анализ крови, или быть заметными на мониторе томографа. Кроме того, они незаметны и для иммунитета, так как специально устроены таким образом, чтобы ускользать от механизмов защиты: организм долгое время не видит чужеродных клеток, считая их своими, и реакция на них не развивается. По прошествии времени эти клетки начинают делиться, опухоль растет, и теперь ее можно определить с помощью существующих диагностических тестов. В зависимости от вида рака может пройти разное время после излечения первичной опухоли, прежде чем будет обнаружен ее рецидив, — от недель до десятков лет. Сегодня невозможно определить наверняка, у кого именно из пациентов, где и когда разовьется рецидив, так как невозможно точно узнать, все ли раковые клетки уничтожены.

Повторная опухоль может развиваться где угодно

Рецидивы бывают местные, региональные и отдаленные. И первый, и второй случай являются рецидивом рака, если по микроскопической (гистологической) структуре он совпадает с ранее излеченным. Конечно, не исключено, что у одного человека могут по очереди развиваться и два разных типа рака, но все же чаще повторный случай онкологического заболевания — это рецидив той же опухоли.

Местный рецидив — повторное развитие рака на прежнем месте. Причиной местного рецидива в большинстве случаев является невозможность удалить абсолютно все клетки при хирургическом лечении: единицы их остаются по краям среза и могут снова начать делиться. Региональный рецидив — развитие опухоли в лимфоузлах недалеко от предыдущего расположения. Клетки раковой опухоли распространяются туда по лимфатическим сосудам вместе с клеточной жидкостью и сохраняются там длительное время. Отдаленным рецидив называют, когда опухоль вырастает далеко от первичной локализации (чаще в легких, печени или в мозге). Другое название отдаленного рецидива — метастаз. Распространение раковых клеток в этом случае происходит по сосудам, с током крови. Несмотря на

то что отдаленный рецидив развивается совсем в другом органе, его название остается тем же, что и у первичной опухоли. То есть если у пациентки с ранее излеченным раком молочной железы развился рецидив рака в печени, говорят, что у нее метастаз рака молочной железы в печень (а не рак печени).

Несколько лет контрольных наблюдений

После окончания курса лечения первичной опухоли, в зависимости от типа рака, каждому пациенту составляется индивидуальный план наблюдения: необходимо регулярно посещать врача, проводить контрольные исследования, сдавать лабораторные тесты на онкомаркеры, чтобы следить за развитием побочных эффектов лечения и возможным рецидивированием опухоли. У некоторых типов рака риск рецидивирования и метастазирования выше, у некоторых — очень низкий, о чем вам может сообщить врач. Не следует игнорировать контрольные обследования. В среднем посещать врача необходимо раз в четыре—шесть месяцев в течение пяти лет. Со временем, если все хорошо, врача можно будет посещать раз в год, делая рентгеновские снимки и сдавая кровь на соответствующие вашему типу рака онкомаркеры.

Все эти меры нужны не для того, чтобы предотвратить рецидив рака — это на настоящий момент невозможно, — но чтобы не пропустить его и вовремя начать новый курс лечения. Специфических средств профилактики рака, к сожалению, не существует.

Вероятность повторного заболевания зависит от многих факторов

Индивидуальные особенности пациента и его опухоли могут помочь врачу предвидеть повторное заболевание. Основные индикаторы:

- размер опухоли. В среднем чем больше опухоль, тем больше вероятность рецидива, хотя даже очень маленькие опухоли могут метастазировать;

- гистологический показатель, или зрелость, или дифференцированность, опухолевых клеток. Этот показатель говорит о разнице между раковыми клетками и здоровыми клетками ткани при рассмотрении их под микроскопом, иначе говоря, похожа ли опухоль на вид на нормальную ткань. Чем выше гистологический показатель, тем выше риск повторного заболевания, то есть недифференцированный «незрелый» рак опаснее высокодифференцированного, схожего со здоровыми тканями;

- атомный показатель, или пролиферативный потенциал. Это показатель скорости, с которой раковые клетки делятся, образуя новые клетки. Опухоль с высоким атомным показателем быстрее растет и чаще рецидивирует;

- повышение уровня специфических онкомаркеров по сравнению с предыдущим анализом;

- чувствительность конкретного типа опухоли к специфическому лечению.



ПАЦИЕНТОВ ЛИХОРАДИТ

Многих больных, проходящих курс химиотерапии, беспокоит высокая температура. Это серьезный симптом, особенно если лихорадка выше 38 °С возникает внезапно или длится несколько дней. Это может быть реакцией на введение лекарств, но чаще причина повышения температуры при химиотерапии — подавление иммунитета и развитие инфекционных осложнений.

Препараты для химиотерапии резко снижают иммунитет

Химиотерапия, производя хороший лечебный эффект, воздействует не только на опухолевые, но и на нормальные клетки, нарушая их функции. Проведение химиотерапии всегда сопровождается целым рядом осложнений, среди которых наиболее значимое — миелосупрессия (подавление работы костного мозга) и, как следствие, снижение количества клеток крови — нейтропения, тромбоцитопения, анемия.

Нейтропения — низкое количество нейтрофилов (клеток иммунитета) в крови — наиболее опасное следствие миелосупрессии, прин-

ципальная роль которого сводится к развитию тяжелой инфекции.

Большинство случаев повышенной температуры при химиотерапии — инфекция

Главным и самым первым признаком активности инфекции у больных с нейтропенией является лихорадка. Около 80% случаев высокой температуры тела на фоне химиотерапии и сопутствующей нейтропении связаны с развитием инфекции, которая протекает без классических симптомов (боли, отека, покраснения).

Если неинфекционные причины лихорадки исключены, причиной повышения температуры тела у больно-

го с нейтропенией должна считаться инфекция. Необходимо тщательное обследование для поиска очага инфекции в организме и определения ее возбудителя. Лечение проводится с помощью антибактериальных, противогрибковых или противовирусных препаратов в зависимости от клинической и микробиологической картины инфекции. До тех пор пока точный возбудитель инфекции неизвестен, лечение все равно ведется (антибиотиками широкого спектра действия). Антибактериальная терапия продолжается еще пять—семь дней после установления нормальной температуры тела.

Фебрильная нейтропения — опасное осложнение химиотерапии

Быстрое повышение температуры во время химиотерапии у онкологического больного выше 38 °С на фоне снижения абсолютного числа циркулирующих нейтрофилов ниже 500 (или 0,5x10⁹/л) называется фебрильной нейтропенией, или нейтропенической лихорадкой. При таком критически низком количестве нейтрофилов защитная воспалительная реакция

организма на инфекцию развиваться не может. Очаг инфекции, то есть причину повышения температуры, установить в таком случае очень трудно. Тяжелая инфекция, будь то пневмония, пиелонефрит или сепсис, развивается практически бессимптомно: ничего не болит, легкие больного чистые (хрипы отсутствуют), нет симптомов со стороны глотки, полости рта, мочеиспускательного тракта или ЖКТ, не выявляются абсцессы мягких тканей или гнойничковые поражения кожи и т. д., в то время как микроорганизм быстро размножается. Возникает опасность внезапного развития тяжелого осложнения — инфекционно-токсического шока.

Фебрильная нейтропения — показание к немедленному назначению антибиотиков широкого спектра внутривенно и по возможности быстрому поиску очага инфекции. Также могут быть назначены гемопозитические колониестимулирующие факторы для скорейшего устранения нейтропении и восстановления собственных защитных сил организма.

При фебрильной нейтропении нельзя сбивать температуру с помощью жаропонижающих препаратов: это сильно затруднит врачу оценку состояния больного и эффективности лечения антибиотиками.

Как предупредить инфекцию

Для снижения риска развития тяжелой инфекции пациентам с низ-

ким содержанием нейтрофилов после курса химиотерапии врач назначает противомикробные или противогрибковые средства в профилактических дозах.

Кроме того, пациент, соблюдая эти простые меры предосторожности, может существенно снизить риск инфекционных осложнений:

- достаточно отдыхать и рационально питаться;
- избегать контакта с больными людьми;
- не делиться и не обмениваться с окружающими едой, посудой, столовыми приборами и другими личными предметами вроде маникюрных ножниц или кисточек для макияжа;
- тщательно и часто мыть руки, особенно перед едой;
- чистить зубы мягкой щеткой, пользоваться ополаскивателями с антисептиками;
- принимать душ каждый день, использовать смягчающие кремы и лосьоны, чтобы кожа не была сухой и потрескавшейся;
- быть осторожным с острыми предметами, стараться избежать порезов, заменить бритву-станок электрической;
- отказаться от уборки и ухода за домашними животными, не трогать испачканные ими предметы;
- использовать перчатки для домашней работы.



ОТВЕЧАЮТ

Сергей Стефанков, онколог, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории

В 1989 году окончил Первый Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова по специальности «лечебное дело».

С 1989 года работал во Всесоюзном онкологическом научном центре РАМН в отделении опухолей опорно-двигательного аппарата. Занимался оперативным лечением опухолей костей, мягких тканей, кожи и молочной железы. В 1994 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме эндопротезирования коленного и плечевого суставов у онкологических больных.

С 2001 года ведущий онколог Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Основная сфера деятельности — диагностика, химиотерапия солидных опухолей (доброкачественные и злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта, легких, молочной железы, кожи, мягких тканей, костей и др.).

Лариса Зверева, юрист

В 1992 году окончила вечернее отделение Московского юридического института по специальности «правоведение» в г. Ульяновске (с 1993 года — Академия). Стаж работы по специальности 16 лет.

С 1995 по 2000 год работала адвокатом Ульяновской областной коллегии адвокатов №2, являясь представителем граждан при защите их интересов в судах общей юрисдикции по уголовным и гражданским делам.

С 1995 по 2005 год работала юрисконсультантом и ведущим юрисконсультантом в ГОУВПО «Ульяновский государственный технический университет».

С 2006 по 2007 год работала юрисконсультантом в Службе по обеспечению выполнения задач ГО, ЧС и пожарной безопасности Ульяновской области.

С 2007 по 2009 год работала в должности ведущего юрисконсульта ТУ №1 Приволжского филиала ОАО «Ростелеком». Принимала участие в арбитражных судах по защите интересов организаций.

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

С 2010 года заместитель председателя совета Ульяновского областного регионального отделения МОД «Движение против рака». С ноября 2011 года — юрисконсульт некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь».

Ирина Морковкина, психотерапевт

Родилась в г. Чебаркуле Челябинской области. После окончания средней школы училась на лечебном факультете 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова. Сейчас это заведение называется Медицинской академией. По окончании вуза в 1977 году два года ординатуры, затем три года аспирантуры в Институте психиатрии АМН СССР. Защита кандидатской диссертации в 1982 году. В том же учреждении, но с названием ФГБУ НЦПЗ (Научный центр психического здоровья) РАМН работала в отделе пограничных психических расстройств (под руководством академика А. Б. Смулевича), острых психозов (под руководством профессора Г. П. Пантелеевой), последние девять лет (под руководством профессора В. А. Концевого) — в геронтопсихиатрии в должности старшего научного сотрудника. Врач высшей категории, имею также сертификат психотерапевта. С апреля 2009 года работаю с «Движением против рака».

Лали Бабичева, онколог

Родилась в 1976 году. В 1999 году окончила Кубанскую государственную медицинскую академию. После этого (1999–2000) прошла интернатуру по специальности «терапия», по окончании получила сертификат терапевта. В 2000 году поступила в ординатуру по онкологии на кафедру онкологии Российской медицинской академии последипломного образования, получила сертификат онколога. В 2002 году поступила в аспирантуру на той же кафедре. Занималась проблемами онкогематологии и досрочно защитила кандидатскую диссертацию в 2004 году по теме «Значение прогностических факторов при лечении больных диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой». После окончания аспирантуры была приглашена работать на ту же кафедру на должность ассистента, где тружусь по сей день. Имею более 50 печатных работ, в том числе зарубежных. Занимаюсь обучением врачей-онкологов, ординаторов и аспирантов, веду клиническую работу на базе Российского онкологического научного центра.

НП «Равное право на жизнь» ведет активную работу по информированию населения по вопросам онкологии. Задать вопрос нашим специалистам — онкологам, юристам и психологам вы можете через наш сайт www.ravnoepravo.ru. Также мы организуем для пациентов бесплатные заочные консультации ведущих специалистов Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН, кафедры онкологии ГОУ ДПО. Чтобы получить независимую экспертизу по диагнозу и лечению на основании истории болезни, заполните форму на сайте ravnoepravo.ru/konsultacii.



Сергей Стефанков

ВОПРОС

Добрый день!

Я не знаю, что со мной. Часто бывает вздутие в животе, часто тошнота, рвота по несколько раз в месяц (но обычно после стресса). Часто тяжесть после еды и дискомфорт. Иногда боли в кишечнике. Гастроэнтеролог говорит, что это все психосоматика — все от нервов. Делаю раз в год гастроскопию. Небольшой гастрит и все, хелику бактерии уже давно пролечила. Я боюсь, что у меня рак где-то в пищеварительной системе. Может быть, мне еще какие-то исследования показаны, чтобы убедиться, что это психосоматика?

Мария

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Мария.

Мне трудно сказать, какие анализы надо сделать, чтобы убедиться, что это психосоматика (об этом надо спрашивать психиатров или психоневрологов).

Для того чтобы убедиться, что в пищеварительной системе нет раковой опухоли, надо кроме гастроскопии сделать компьютерную томографию брюшной полости с контрастированием, колоноскопию, рентгеновское исследование кишечника с контрастом.

Насколько эти исследования показаны Вам лично (по короткой записи и не видя пациента), я сказать не могу, но это единственный путь убедиться с большой долей вероятности в том, что опухоли в кишечнике у Вас нет.

Удачи.

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Уважаемая Мария, поскольку Ваш лечащий врач следит за состоянием Вашего здоровья и уверен в психосоматической его природе (да Вы и сами заметили, что симптомы возникают в связи со стрессом), думаю, необходимо, придерживаясь рекомендации врача, обратиться к психологу либо психотерапевту. Описываемые Вами состояния вполне поддаются коррекции при работе с этими специалистами. Удачи Вам.

ВОПРОС

В каких случаях для диагностики онкологии показано МРТ? Можно ли его делать самостоятельно за деньги, даже если врач не направляет?

Анастасия

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Анастасия.

МРТ в настоящее время применяется для диагностики онкологических заболеваний в очень многих случаях:

- при опухолях головы и головного мозга;
- при опухолях позвоночника и спинного мозга;
- при опухолях молочной железы;
- при опухолях брюшной полости и забрюшинного пространства;

- при опухолях малого таза;
- при опухолях половых органов и мочевыделительной системы;
- при опухолях костей и мышц;
- при опухолях средостения и в некоторых других случаях.

Однако надо понимать, что очень часто МРТ не единственный метод диагностики. При установке диагноза почти всегда требуется комплексная диагностика, то есть сочетание нескольких разных методов.

Исследование можно сделать самостоятельно за деньги в очень многих местах.

Удачи.

ВОПРОС

Я прохожу лечение по поводу рака кожи, но продолжаю работать. Могу ли я летать в командировки между химиями, если позволит состояние? Есть ли какие-то ограничения для перелетов?

Владимир, Санкт-Петербург

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Владимир.

Вы можете летать в командировки между курсами химиотерапии, если позволяет общее состояние.

Имеются некоторые данные, что длительные перелеты как-то влияют на иммунную систему, особенно перелеты в другие климатические зоны. Кроме того, короткое пребывание в других часовых поясах и климатических зонах может ослаблять адаптационные возможности организма. Однако никто еще не доказал и, по-моему, вряд ли докажет, что эти факторы как-то значимо влияют на выживаемость и/или эффективность противоопухолевого лечения.

Относитесь к таким вещам спокойнее. Главное — не перенапрягать организм. Ему надо оставлять силы для «переваривания» химиопрепаратов.

Удачи.

ВОПРОС

Отец очень плохо переносит химию. Хочет бросать лечение, говорит, что уж лучше помереть. Может, посоветуете противорвотные препараты? И посоветуете, как с ним говорить, чтобы убедить бороться за себя?

Сергей

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Сергей.

Один из лучших противорвотных режимов следующий (если химиопрепараты вводятся в течение одного дня):



Ирина Морковкина



Лали Бабичева

1-й день:

«Эменд» 125 мг капсула внутрь утром до химиотерапии.

«Дексаметазон» 8 мг в/м утром до химиотерапии.

«Ондансетрон» 8 мг (или «Навобан» или «Китрил») в/м или внутривенно до введения химиопрепаратов.

2-й и 3-й дни:

«Эменд» 80 мг капсула внутрь утром.

«Дексаметазон» 8 мг в/м утром.

«Ондансетрон» 8 мг в/м (или «Навобан» капсулы внутрь, или «Китрил» в/м) утром.

Если схема химиотерапии предполагает введение химиопрепаратов в течение нескольких разных дней, тогда рекомендации могут быть другие, уточните у лечащего врача.

Эффективность противорвотных препаратов приблизительно следующая:

Самый «сильный» — «Навобан», затем «слабее» — «Китрил», затем разные виды «Ондансетрона» («Латран», «Зофран», «Эмесет» и др.). «Сильный» и «слабый» взято в кавычки, так как это относительные показатели. Индивидуально может быть и по-другому. В любом случае, если противорвотный препарат работает плохо, надо попробовать препарат из другой группы. А «Эменд» с «Дексаметазоном» усиливают любой препарат, при этом могут применяться и самостоятельно.

Дополнительно не вводите химиопрепараты натощак. Обязательно до химиотерапии легкий завтрак, а если химиопрепараты вводятся длительно, то и обед и ужин. Некоторые больные боятся и ничего не едят перед химиотерапией и целый день, если она длительная, это неправильно и усиливает тошноту и рвоту.

Бывает «психологическая рвота и тошнота» — пациента начинает тошнить и рвать при подходе к больнице или при входе в отделение до химиотерапии. С этим очень трудно справиться. Сначала надо попробовать адекватную противорвотную схему, если не поможет — добавлять психотропные препараты.

По поводу того, как бороться за себя, можно пригласить психолога, а если состояние улучшится за счет медикаментов, может, этого и не потребует, сам захочет бороться.

Удачи.

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Лечебное действие химических препаратов может сопровождаться различными побочными эффектами, о которых любому пациенту необходимо заранее знать, чтобы быть психологически подготовленным. Прежде всего лечащий доктор объясняет больному необходимость химиотерапии, рассказывает о возможных побочных явлениях, которых не нужно бояться и отказываться от лечения. Тем более что существуют эффективные средства для купирования многих нежелательных симптомов. Но об этом расскажет врач-химиотерапевт. Вы также можете, ссылаясь на мнение врача, напоминать папе о временном характере возникших осложнений. Не смущайтесь и не стесняйтесь проявлять сострадание и доброжелательность. Не избегайте разговоров на интересующие Вашего отца темы. Терпеливо выслушивайте жалобы. Искреннее желание помочь всегда чувствуется. Откровенное обсуждение возникших трудностей улучшает общение, укрепляет взаимное доверие, уменьшает тревогу от неизвестности.

ВОПРОС

Где можно сдать анализ на BRCA 1, 2? В Москве клиники есть, я читала, а я вот в Курганской области живу. Что мне делать, чтобы сдать такой анализ?

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Для проведения анализа необходимо 0,5–1 мл крови, которая должна быть собрана в пробирку с ЭДТА (антикоагулянт), кровь может храниться относительно длительное время при комнатной температуре. Такие пробирки наверняка у Вас в городе есть.

Так что у Вас два варианта: либо самой ехать в Москву или другой ближайший город, где есть эти исследования, либо передать туда свою кровь с кем-то из знакомых.

Удачи.

ВОПРОС

Всем доброго здоровья!

Вчера была у своего участкового онколога.

С вопросом: «Есть ли реабилитация для онкологических больных в санаториях-курортах?»

Сказали: «Нет. Только если сами приобретете путевку, поскольку онкологическим больным санаторно-курортное лечение противопоказано».

«А воздухом горным-морским подышать, пение птиц послушать для настроения?»

«Только в случае устойчивой ремиссии минимум три года».

Это что, правда?!!

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Вам также доброго здоровья.

Когда говорят, что санаторно-курортное лечение онкологическим больным противопоказано, имеется в виду именно лечение, то есть комплекс лечебных мероприятий (физиотерапия, грязь, ванны, души и прочее), а не место пребывания. Оно и называется санаторно-курортное ЛЕЧЕНИЕ, а не санаторно-курортное ПРЕБЫВАНИЕ.

В плане болезни Вы можете находиться где угодно. Конечно, надо быть разумным и не загорать часами на пляже, не изнурять себя многочасовыми переходами по пустыне или чем-то подобным, но нет никаких серьезных исследований о том, что отдых на море или в горах, даже в промежутках между курсами химиотерапии, если позволяет общее состояние, как-то негативно сказывается на лечении или прогнозе. И тем более если специальное лечение уже закончено. По поводу «трех лет после ремиссии» — это отголоски из 80-х годов прошлого века.

Так что спокойно дышите горно-морским воздухом, только ведите себя разумно. При этом путевку на санаторно-курортное лечение по существующим нормам Вам не дадут.

Также важно, что хороший отдых дает много положительных эмоций, а это тоже неплохо для общего здоровья.

Удачи..

ВОПРОС

Папа лежит в больнице, сейчас вместо «Золадекса», который делают в живот, сделали внутримышечный в ягодицу заменитель, лечащий врач сказал, что из той же группы препаратов, что и «Золадекс». Вместо «Зометы» хотят давать другой биофосфонат, в таблетке. Хотя в направлении от завотделением (который в отпуске, к сожалению) значатся именно препараты «Золадекс» и «Зомета». Без нашего ведома их заменили аналогами, полагаю, более дешевыми, обосновывая тем, что в больницу не завозили давно ни «Золадекс», ни «Зомету». Что делать? Куда обращаться? Купила «Зомету» сама. Но должны же предоставлять ее бесплатно, так многие получают вроде?!

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА, ЮРИСТ

Вам хотят предоставить лекарство под его международным наименованием, а не под торговым. «Золадекс» имеет МНН гозерелин и то же действующее вещество. «Зомета» имеет МНН золедроновая кислота и то же действующее вещество. Не совсем понятен механизм назначения лекарства. Лечение пациентов в условиях стационара осуществляется на основе стандартов лечения, соответствующих тому или иному заболеванию. Стационары действительно, закупают лекарственные препараты под МНН, так как это предусматривает действующее законодательство. В письме Министерства здравоохранения РФ от 30.04.2013 г. №13-2/10/2-3113 указано, что «стандарты медицинской помощи содержат перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию... что позволяет формировать заявки медицинских организаций на приобретение препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов». Но в примечаниях к стандартам лечения при ЗНО указано, что назначение и

применение лекарственных препаратов для медицинского применения, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии. Это же указано в части 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Вообще порядок лекарственного обеспечения содержится в приказе Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Что касается именно лекарственного обеспечения в стационаре, то этот порядок указан в пункте 24 Инструкции и предусматривает назначение лекарственных препаратов медицинским работником единолично, за исключением случаев, указанных в подпунктах 1–2 пункта 25 настоящего порядка, без выписывания рецепта.

В подпункте 2 пункта 25 указано, что назначение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний согласовывается с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом — клиническим фармакологом.

В этом случае назначение лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица).

Хотя случая индивидуальной непереносимости препарата-синонима у вас пока не зарегистрировано (по-видимому, заведующий отделением подобрал для вас индивидуальную терапию), все же посмотрите в своей медицинской документации (с которой вы имеете право знакомиться на основании статьи 22 Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 г.), какое именно лекарство за своей подписью вам назначил заведующий отделением («Золадекс» или гозерелин, «Зомету» или золедроновую кислоту), были ли препараты под торговыми наименованиями назначены на комиссию. Если в медицинской карте предусмотрено назначение именно «Золадекса» и «Зометы», то потребуйте от врача предоставить указанные препараты в связи с назначением.

В противном случае лекарства предоставляются под их МНН, за исключением подтвержденного случая индивидуальной непереносимости препарата-синонима.

Так что получать более эффективные лекарственные препараты под торговыми наименованиями становится все сложнее.



Лариса Зверева

ТАКЖЕ МЫ ОРГАНИЗУЕМ ЗАОЧНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Обращайтесь к нам, если вам впервые поставлен диагноз онкологического заболевания и вы хотите получить еще одно мнение квалифицированного врача-онколога; есть вопросы по проводимому лечению онкологического заболевания.

Напишите нам: ravnoopravo.ru/konsultacii

АНЕКДОТЫ

У врачей в поликлинике только два диагноза: «Ну и чего приперся, если ходить можешь?» и «А где ты, дорогой, раньше был?»

Женщина на приеме у врача: — Доктор, почему вы сказали, чтобы я высунула язык? Я уже давно это сделала, а вы на него даже не смотрите?
— В тишине удобней знакомиться с историей вашей болезни.

Есть четыре вида врачей: Одни ничего не умеют, зато все знают. Это терапевты. Вторые ничего не знают, зато все умеют. Это хирурги. Психиатры ничего не знают и не умеют. И есть врачи, которые все знают и все умеют... Но люди попадают к ним слишком поздно...

Юрист и врач беседуют на вечеринке. Но к врачу все время подходят гости, перебивают их беседу и жалуются на свои болячки, спрашивают совета.

Врач — юристу:
— Скажите, почему у вас никто не спрашивает совета, когда вы не на работе? Как вам это удается?
Юрист:
— Если у меня кто-то просит совета, я даю его, но потом высылаю счет.
Доктору очень понравилась эта идея. Но на следующий день он получил счет от юриста.

Не разбивайте никому сердце, у всех оно только одно. Ломайте кости — их 206.

Сон — странная вещь: мало спишь — хочется спать, потому что не высыпался; много спишь — хочется спать, потому что привык много спать.

Мозг на 80% состоит из жидкости. Мало того что у многих она торозная, так некоторым конкретно недолили...

ЗВЕЗДЫ, ПОБЕДИВШИЕ РАК

Рак молочной железы не делает выбора: заболеть им может любая женщина вне зависимости от статуса, известности, возраста и места проживания.

Кайли Миноуг,
рак диагностирован в 37 лет
Австралийская певица планировала на протяжении всего периода лечения скрывать свой диагноз, однако поддержка поклонников помогла ей пережить депрессию и дала мотивацию помогать другим женщинам, также столкнувшимся с онкозаболеваниями, — Миноуг основала благотворительный фонд по борьбе с раком молочной железы. Певица перенесла операцию по удалению молочных желез, прошла курс химиотерапии и открыто говорила о процессе своего лечения. Это заставило тысячи женщин стать более внимательными к своему здоровью и регулярно проходить обследование. Журналисты назвали влияние певицы на поведение женщин «эффектом Кайли».

Синтия Никсон,
рак диагностирован в 40 лет
Благодаря регулярным осмотрам у маммолога Синтия Никсон узнала о своем заболевании на ранней стадии, что ускорило процесс выздоровления. Актриса хорошо осознавала риск возникновения у нее онкологии, так как ее мать и бабушка также перенесли рак.

О своей болезни Никсон сначала рассказала только детям: «Я сказала, что в правой груди у меня обнаружили рак. Очень маленький и на очень ранней стадии. Мне сделают операцию, и я пройду шесть недель лучевой терапии». Однако после выздоровления она начала активно призывать женщин не игнорировать визиты к врачам, чтобы предотвратить риск развития тяжелой формы болезни. «Единственное, чего нужно бояться, — это то, что, если ты не пойдешь и не сделаешь маммограмму, потому что часть тебя не хочет знать результата, внутри тебя может оказаться зараза, которая погубит тебя. Эта игра окажется для тебя с плохим концом», — отмечала Никсон.

Лайма Вайкуле,
рак диагностирован в 36 лет
Певица Лайма Вайкуле столкнулась с заболеванием в 1991 году, когда об онкологии было не принято говорить открыто, а эффективное лечение было доступно в основном для пациентов зарубежных клиник. В одной из них по результатам обследования врачи озвучили певице неблагоприятный прогноз — 20% на положительный исход после операции. Тем не менее после удаления опухоли,

курса химиотерапии и реабилитации певица полностью восстановилась, вернулась к прежней активной жизни без рецидивов заболевания.

Дарья Донцова,
рак диагностирован в 46 лет
Прогноз на выздоровление Донцовой был еще менее оптимистичен: рак диагностировали уже на IV стадии. И если необходимое лечение автору книг было предложено, то с тяжелой депрессией ей пришлось остаться лицом к лицу. Чтобы отгонять от себя мысли о безысходности ситуации, Донцова старалась занимать себя каждую минуту и подчинила свою жизнь жесткому графику и даже занялась спортом, чего не делала до обнаружения болезни. «Движение — это жизнь. Болезнь на тебя нападает, а ты ей морально кулаком в лицо даешь. Страха смерти я не испытывала, — вспоминает писательница. — У меня трое детей, пожилые мама и тогда еще живая свекровь, у меня собаки, кошка — умирать было просто невозможно».

Анджелина Джоли,
профилактическая мастэктомия в 37 лет
Новость о превентивной операции по удалению молочных желез с последующей реконструкцией, которую прошла Анджелина Джоли, вышла на первые полосы газет. Одна из наиболее востребованных сегодня мировых актрис, воспи-



Кайли Миноуг

тывающая вместе с мужем Брэдом Питтом шестерых детей, в свои 37 лет решилась на двойную радикальную мастэктомию из-за высокого риска развития рака груди (87%) и рака яичников (50%). Предрасположенность Джоли объяснялась еще и наследственным фактором: мать звезды умерла от рака в 56 лет.

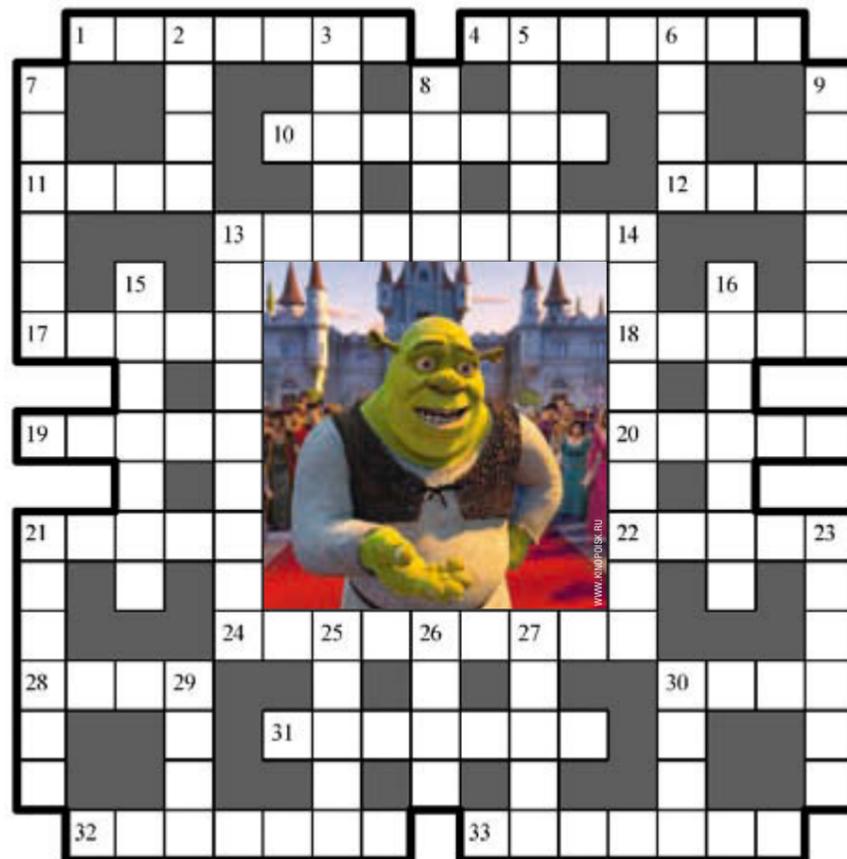
«Я счастлива, что сделала это. Теперь риск развития рака упал с 87% до 5%. Я могу сказать своим детям, что им не нужно бояться потерять меня из-за болезни. Я же сама как женщина вовсе не чувствую никакого урона. Сильное решение, которое я приняла, только вдохновляет меня и никоим образом не уменьшает мою женственность», — отметила актриса в одном из интервью.

КРОССВОРД

ВОПРОСЫ:

По горизонтали: 1. Досье на больного. 4. Управдом, решивший уплотнить квартиру профессора Преображенского. 10. Виртуальная реальность, в которой Киану Ривз оказывается Избранным. 11. Сорочка «Ситроена» и «Пежо». 12. Певец, которому «рюмка водки на столе» не навредила. 13. Российская актриса, исполнительница роли Сони Мармеладовой в телесериале «Преступление и наказание». 17. Доктор, торговавший с Мефистофелем. 18. Он должен сойтись с кредитом у бухгалтера. 19. Город в Японии, одна из древних столиц. 20. Что можно постичь, грызя гранит? 21. Кинокомедия с Одри Тоту в главной роли. 22. Пробка в кровеносном сосуде. 24. «Медкомиссия» для автомобиля. 28. Между Ягодой и Берией. 30. Мультиличность, которой не повредит визит к дерматологу (на снимке). 31. Добытчик золота с помощью философского камня. 32. Сердечная мышца. 33. Протест желудка против острой пищи.

По вертикали: 2. Древнегреческий мифологический корабль для транспортировки шерсти. 3. Казачий офицерский чин. 5. Артист, из которого Гайдай сделал Труса. 6. Друг Чипа. 7. Лицемер от Мольера. 8. Писатель, создавший корабль с алыми парусами. 9. Крепкий алкогольный напиток с горечью полыни. 13. Пеле как спортсмен. 14. Палатный врач в больнице. 15. Легендарный советский авиаконструктор. 16. «Гений» и «Обыкновенное чудо» отечественного кинематографа. 21. Этот магазин для больных помечен зеленым крестиком. 23. Русский терапевт, чье имя носит желтуха. 25. Филиппинский хирург-целитель. 26. Его откопал Сухов в «Белом солнце пустыни». 27. Маслина. 29. В чем знает толк сомелье? 30. Этот скульптор вооружил пролетария булыжником.



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

Организация создана в 2006 году по инициативе ведущих онкологов страны. Ее цель — объединение всех слоев общества для борьбы с онкологическими заболеваниями. «Равное право на жизнь» реализует свою деятельность по следующим основным направлениям:

- модернизация онкологических лечебных учреждений и поставка современного медицинского оборудования

- образовательные мероприятия для врачей и медицинского персонала
- правовая поддержка онкологических пациентов и контроль качества оказания медицинских услуг в России
- информационная работа со здоровым населением по вопросам профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний (программа по ранней диагностике онкологических заболеваний «Онкодзор»)

НП «Равное право на жизнь» является членом Общественного совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, членом Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ. В июле 2013 года НП «Равное право на жизнь» получило статус экспертной организации при ООН.

Телефон горячей линии:

8-800-200-2-200

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

Дополнительная информация о деятельности НП «Равное право на жизнь» доступна на сайте

www.ravnoepravo.ru

«Равное право на жизнь» №12
тираж: 3000 экз.
распространяется бесплатно
свидетельство о регистрации:
ПИН №ФС77-45868
дата и время
подписания в печать:
15:00, 25 сентября 2013 г.

учредитель и издатель:
Некоммерческое партнерство
по содействию в продвижении
социальных программ
в области здравоохранения
«Равное право на жизнь».
Адрес: 121552, Москва,
ул. Островная, д. 2, оф. 43-44

главный редактор:
МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
дизайн и верстка:
ИВАН СИДЕНКО

Над номером работали:
ЕЛЕНА ШМАРАЕВА
ЕКАТЕРИНА САВИНА
АЛЕНА ГОРЛАНОВА

ЕКАТЕРИНА ПЕТРОВА
ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ

Номер подготовлен к печати
ЗАО «Издательский синдикат»,
тел. (499) 943-97-74
Отпечатано в типографии
B2B Принт

По горизонтали: 1. Ван Клиберна, 4. Шварцкопф, 10. Матрица, 11. Рено, 12. Ленс, 13. Филолог, 17. Дебелт, 19. Киото, 20. Наука, 21. Амели, 22. Тромб, 24. Техосмотр, 28. Ежов, 30. Шрек, 31. Алхимик, 32. Микоярд, 33. Гастрикт. По вертикали: 2. Аро, 3. Есаул, 5. Виццини, 6. Деби, 7. Тартюф, 8. Грин, 9. Абсетт, 13. Футбол, 14. Орднатоп, 15. Туполов, 16. Абдулов, 21. Атека, 23. Боткин, 25. Хиллер, 26. Санд, 27. Олива, 29. Вино, 30. Шадр.