

СТАНДАРТЫ

интервью Сергея Тюляндина



ДИАГНОЗ

колоректальный рак



ТЕРАПИЯ

лимфостаз



ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

беременность



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЕРСТВО
№ 14 АПРЕЛЬ 2014
ОБЩЕСТВЕННО-
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

ОПАСАЙТЕСЬ ПОДДЕЛОК!

Недостаток финансирования, отказы в предоставлении бесплатных препаратов, дефицит лекарств на аптечных складах – все эти системные проблемы создают почву для развития «серого» рынка. Контрафакт, продажи с рук и опасные подделки – это реальная угроза для жизни пациентов.

Объем рынка

Ежегодно в мире около 700 тысяч человек умирают от поддельных лекарств. В России точной статистики нет, но очевидно, что рынок нелегальных препаратов (в том числе подделок высокотехнологичных лекарств) растет. Так, только за одно полугодие 2013 года в России была изъята 191 серия 122 торговых наименований таких препаратов, 10 серий 10 торговых наименований фальсифицированных лекарств, 2 торговых наименования и 50 серий фальсифицированных фармацевтических субстанций, сообщает правительственная «Российская газета». А по данным Международного института по борьбе с контрафактными медикаментами, с 2005 года мировой оборот контрафакта вырос с 26 миллиардов евро более чем в два раза. Россия, Индия и Китай – в списке стран – крупнейших производителей подделок.

Под поддельными лекарствами в быту подразумеваются три группы лекарств: фальсифицированные, недоброкачественные и контрафактные. Согласно определениям Федерального закона, фальсифицированное лекарственное средство – лекарственное средство, сопровождаемое ложной информацией о его составе и (или) производителе; недоброкачественное лекарственное средство – лекарственное средство, не соответствующее требованиям нормативной документации; контрафактное лекарственное средство – это лекарственное средство, находящееся в обороте с нарушением гражданского законодательства. В соответствии с Федеральным законом № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» запрещается производство указанных групп лекарственных средств, запрещена продажа фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных средств.

Чаще всего подделывают анальгетики, антибиотики, контрацептивы, но и высокотехнологичные противоопухолевые препараты также выпускаются подпольными лабораториями. «Препараты для лечения онкобольных пусть и редкие, но самые дорогие, поэтому от их продажи высокая прибыль для

мошенников», – уверен эксперт фармацевтического рынка Давид Мелик-Гусейнов.

Так, в городе Шахты Ростовской области суд вынес приговор очередному распространителю поддельных лекарств – Олегу Рассохину. Он и его группа продавали таблетки людям, больным раком и СПИДом, через аптеки сразу нескольких областей – Москвы, Подмосковья, Кабардино-Балкарской Республики, Ростовской и Воронежской областей. Группа Рассохина подделывала дорогие (от 5 до 70 тысяч) и жизненно необходимые лекарства, такие как «Меронем», «Десферал» и «Герцептин». Их, как сообщила Ростовская прокуратура, делали из просроченных лекарств и фармацевтического сырья, которое переправляли из Китая через Украину и уже потом в Шахты. Производственный цех сделали на складе, инструкции печатались в таганрогской типографии. Преступников задержали в 2012 году, было проведено 35 обысков, изъято более 700 тысяч фальшивок. Рассохина приговорили к 12,5 года лишения свободы и ограничению свободы сроком на один год, признав виновным сразу по нескольким статьям Уголовного кодекса. Группа заработала на подделках полмиллиарда рублей.

Где продается подделка?

К сожалению, получить нелегальный препарат можно даже в больнице. Так, например, осенью в Белгородской области врачи онкодиспансера выявили фальшивку: инструкция к препарату одного из больных была меньше по размеру, чем надо. В Ростове-на-Дону провели экспертизу, которая подтвердила, что лекарство ненастоящее. Проверка показала, что оно было куплено осенью 2013 года у организации, зарегистрированной в Новосибирске. Поставщик – Сибирская региональная вакцинальная компания – к этому моменту работал на рынке уже 2 года. Найти руководителей компании не удалось, поэтому Росздравнадзору пришлось ограничиться распоряжением об изъятии фальсифицированного лекарственного препарата.

МИНЗДРАВ ИЩЕТ ПАРТНЕРОВ

Министерство здравоохранения приступило к формированию Координационного совета по государственно-частному партнерству (ГЧП). Привлечение частных инвестиций может частично решить проблему недофинансирования отрасли и улучшить положение пациентов. Проекты, способные поддержать граждан в случае тяжелых заболеваний, требующих дорогого лечения, в России существуют уже сегодня, например совместный страховой продукт – проект «ВТБ Страхование» и Центра персонализированной медицины.

Тема ГЧП становится все более актуальной в связи с пересмотром по инициативе Минфина бюджета на здравоохранение, предусматривающего сокращение федеральных расходов. Необходимо поиск новых механизмов устойчивого финансирования, которые позволили бы защитить права пациентов и врачей. Позиция государственных чиновников была отчетливо высказана на экспертном круглом столе «Эффективное здравоохранение: инструменты для развития государственно-частного партнерства», который состоялся в рамках Гайдаровского форума.

Продолжение
статьи
на стр. 10

Продолжение
статьи
на стр. 7

МИР НАКРЫВАЕТ «РАКОВОЕ ЦУНАМИ»



В глобальной битве против рака невозможно победить, занимаясь лишь усовершенствованием методов лечения и диагностики болезни. Для того чтобы остановить рост заболеваемости, необходимы эффективные профилактические меры, и принимать их следует незамедлительно. Такие выводы делают эксперты Международного агентства по исследованию онкологических заболеваний (IARC) ВОЗ.

В начале февраля IARC выпустило доклад World Cancer Report 2014, основанный на самых свежих статистических данных. В его создании приняли участие более 250 ведущих специалистов из 40 стран мира. По данным, приведенным в докладе, как в общей статистике (13 процентов от всех случаев заболеваемости), так и среди мужчин (16,7 процента) лидирует рак легких. Он же является главным убийцей (19,4 процента всех смертей от онкологических заболеваний, 23,4 процента – среди мужчин). На втором месте – рак молочной железы (11,9 процента случаев, четверть всех заболевших женщин). На третьем – рак кишечника (9,7 процента). Среди наиболее частых причин смерти после рака легких стоит рак печени (9,1 процента) и рак желудка (8,8 процента).

Как следует из доклада, частота регистрации новых случаев рака в мире выросла с 12,7 миллиона в 2008 году до 14,1 миллиона в 2012 году. И при сохранении этой тенденции, предупреждают авторы доклада, уже через 20 лет ожидается 70-процентное повышение этих цифр. Смертность от онкологиче-

ских заболеваний за это же время может вырасти до 13 миллионов случаев в год (против 8,2 миллиона в 2012 году). При этом бремя все возрастающих расходов на борьбу с онкологическими заболеваниями наносит существенный ущерб экономике даже в самых богатых странах – в 2010 году суммарные мировые затраты составили 1,16 триллиона долларов. «Несмотря на имеющиеся достижения в лечении онкологических заболеваний, доклад показывает, что мы еще очень далеки от решения проблемы рака», – констатировал глава IARC Кристофер Вайлд. По его словам, рост онкологических заболеваний во всем мире является главным препятствием для человеческого развития, и эта проблема касается абсолютно каждого.

Между тем около половины всех случаев рака можно было бы избежать, если бы человечество адекватно использовало имеющиеся у него знания. Так, половину из ожидаемых к 2035 году 24–25 миллионов случаев онкологических заболеваний эксперты IARC связывают с нездоровым образом жизни и вредными привычками.

И значит, их можно предотвратить, сфокусировавшись на профилактике. «Профилактика играет ключевую роль в борьбе с «раковым цунами», которое, как мы видим, угрожает всему миру», – считает один из соавторов доклада, доктор Бернард Стюарт из университета Нового Южного Уэльса (Австралия). Именно поведение человека в обычной жизни стоит за многими случаями рака, подчеркивает Стюарт. Так, согласно данным, содержащимся в докладе, связанные с излишним потреблением алкоголя случаи рака стали причиной 337 400 смертей в мире в 2010 году, в основном среди мужчин. В основном речь идет о раке печени, но также с алкоголем связаны рак полости рта, пищевода, кишечника, желудка, поджелудочной железы и другие.

При этом изменить нездоровый образ жизни населения возможно централизованными ограничительными мерами, уверены эксперты ВОЗ. Примером тому является принятая Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, повлиявшая на сокращение потребления табака через налоги, лимитирование рекламы и другие меры по ограничению

курения. «Аналогичные подходы могут быть реализованы и в других областях. В частности, соответствующая маркировка, доступность и цена алкогольных напитков – это те факторы, которые должны регулироваться», – считает Стюарт. Кроме того, по его мнению, необходимо повсеместное повышение налогов на сахаросодержащие напитки.

Среди других факторов развития раковых заболеваний, негативный эффект которых может быть снижен благодаря изменению образа жизни, названы также низкая физическая активность и ожирение, позднее родительство, снижение количества детей в семье и отсутствие грудного вскармливания.

В той же мере, что и нездоровый образ жизни, способствует росту заболеваемости воздействие профессиональных и экологических канцерогенных рисков, отмечают эксперты ВОЗ. Поэтому целью глобальных стратегий профилактики должно стать снижение радиации (как естественной, так и от промышленного и медицинского оборудования), загрязнения воздуха и других неблагоприятных факторов окружающей среды. «Адекватное законо-

дательство может способствовать защите людей от опасных факторов на рабочем месте и веществ, загрязняющих окружающую среду», – подчеркивает доктор Стюарт.

Среди чисто медицинских рекомендаций правительствам стран, озабоченных здоровьем своего населения, эксперты IARC отмечают необходимость предотвращения инфекционных заболеваний, следствием которых часто становится рак. Так, вакцинация против вируса гепатита В и вируса папилломы человека может заметно уменьшить количество заболеваний раком печени и шейки матки соответственно. Кроме того, эксперты вновь повторяют важность скрининга, раннего выявления и лечения предраковых состояний. «Примеры стран с высоким уровнем доходов показывают, что профилактические меры хоть и медленно, но дают свой результат. И правительства развивающихся стран должны проявить политическую волю и не допустить роста заболеваемости. Средства, вложенные в профилактику рака, окупятся. Это скорее инвестиции, чем расходы», – уверен доктор Стюарт.

НОВОСТЬ

SOTIO ПОЛУЧИЛА РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ НАЧАЛА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ III ФАЗЫ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ



Компания SOTIO a.s. (Прага) сообщила, что получила от глав медицинских агентств Евросоюза (ГМА, Heads of Medicines Agencies) положительный ответ на внесение существенной поправки к протоколу в протокол III фазы клинического исследования VIABLE с DCVAC/PCa, препарата активной клеточной иммунотерапии, предназначенного для лечения рака предстательной железы. Заявление компании SOTIO для начала III фазы клинических исследований VIABLE было первоначально одобрено со стороны ГМА еще в марте 2013 года. Заявление на одобрение этой поправки компания SOTIO подала в рамках добровольной гармонизированной регуляторной процедуры по клиническим исследованиям, так называемой процедуры VHP (Voluntary Harmonisation Procedure), на основании комментариев, полученных со стороны Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами в США. Поправка к протоколу была разработана с целью унификации дизайна протокола исследования в Европе и США. SOTIO включает пациентов в данное исследование в марте 2014 года.

В ходе III фазы клинических исследований VIABLE будет оценена безопасность и эффективность DCVAC/PCa в качестве терапии, дополняющей стандартное лечение химиотерапией у мужчин, больных метастатическим устойчивым к кастрации раком предстательной железы (мКРРП), на основании общей выживаемости (ОВ) пациентов с мКРРП, которые будут получать лечение DCVAC/PCa, по сравнению с теми, кто получает плацебо в сочетании со стандартной химиотерапией.

После одобрения национальными регуляторными органами и этическими комитетами в следующих европейских странах: Бельгии, Болгарии, Чехии, Франции, Германии, Венгрии, Италии, Нидерландах, Португалии, Испании, Швеции и Великобритании (в соответствии с национальной добровольной гармонизированной регуляторной процедурой), а также в Хорватии, Польше, Румынии,

Словакии, России, Сербии и Турции (в соответствии с национальными процедурами той или иной страны) пациенты в исследование VIABLE будут набираться в медицинских центрах, с которыми сотрудничает SOTIO. После получения всех необходимых регуляторных разрешений компания SOTIO также планирует начать набирать пациентов для исследования в США.

По планам SOTIO первые пациенты участвуют в исследовании с марта 2014 года. В общей сложности в клиническом исследовании примут участие 1170 пациентов, страдающих карциномой предстательной железы, проживающих в различных странах Европы, в России и США.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

SP005 VIABLE (Eudra CT: 2012-002814-38; IND: 015255) – рандомизированное, двойное, слепое мультицентровое плацебоконтролируемое исследование фазы III в параллельных группах с целью оценки эффективности и безопасности DCVAC/PCa в сравнении с плацебо при лечении пациентов с мКРРП, которым показана химиотерапия первой линии.

ОПИСАНИЕ ПРЕПАРАТА DCVAC/PCa

DCVAC/PCa стал первым препаратом, который компания SOTIO включила в клинические испытания. DCVAC/PCa – препарат активной клеточной иммунотерапии, предназначенный для лечения пациентов, страдающих опухолевым заболеванием предстательной железы; препарат DCVAC/PCa изготавливается индивидуально для каждого пациента, он содержит дендритные клетки (являющиеся составной частью иммунной системы), которые вызывают иммунный ответ против широкого спектра опухолевых антигенов.

КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД НАЗНАЧИЛ ЛЕЧЕНИЕ

Конституционный суд России подтвердил право пациентов на получение оригинальных препаратов и обязанность чиновников проверять информацию об опасности назначаемых льготникам дженериков. Кроме того, суд напомнил правительству о необходимости формирования перечня препаратов, которые должны закупаться только под оригинальными торговыми названиями.

Конституционный суд России (КС) усомнился во взаимозаменяемости лекарственных препаратов после рассмотрения иска жительницы Казани Лейсан Шарафутдиновой. Отказавшись от бесплатного получения иранского препарата «Синновекс» вместо назначенного ей «Авонекса» (США), она заявила, что практика закупки лекарств в РФ лишает больных возможности бесплатно получить препарат, прошедший клинические исследования в стране. Сама же эта практика вытекает из двух законов – «Об обращении лекарственных средств» и «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

В суде первой инстанции Шарафутдинова представила результаты исследований российских и зарубежных ученых о том, что замена одного белкового препарата на другой с таким же молекулярным составом может оказаться бесполезной или даже опасной для здоровья пациента, и попросила признать отказ минздрава Республики Татарстан обеспечить ее препаратом «Авонекс», рекомендованным ГМУ «Республиканский клиничко-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям», незаконным. В итоге районный суд признал неправильными действия минздрава по проверке информации о неэффективности препарата, которым лечилась истица, и обязал провести его клинические исследования. Однако Верховный суд Республики Татарстан отменил решение районного на том основании, что, хотя в России и отсутствует утвержденный правительством перечень лекарств, которые могут быть закуплены по торговым наименованиям, отсутствие правового регулирования не означает незаконности установленных правил.

Нарушений конституционных прав истицы КС также не нашел: по закону о закупках при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) и по решению врачебной комиссии заказчик вправе покупать то, что требуется больному. Однако, учитывая серьезность проблемы и большое число подобных конфликтов, дал развернутый правовой комментарий ситуации. Как напомнил КС, власти обязаны проводить мониторинг безопасности и эффективности лекарств на основании сообщений, полученных от специалистов или пациентов. В случае выявления негативных последствий их применения Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения обязана принять меры вплоть до принятия решения о приостановлении его применения и немедленного изъятия из аптек и больниц.

Что касается эффективности препарата для конкретного пациента, то, как говорится в разъяснении КС, оценку качества лечения проводят врачебные комиссии медицинских организаций. И если окажется, что ожидаемого эффекта от назначенного пациенту дженерика нет, он уже не может считаться для него полностью взаимозаменяемым, что позволяет обеспечить больного оригинальным препаратом. Вся необходимая для этого нормативно-правовая база в стране также



имеется. А нынешнее постановление КС позволит ссылаться на него и другим пациентам, требующим от региональных властей обеспечения их назначенным и доказавшим свою эффективность лечением.

Другое дело, что правительство до сих пор не сформировало перечень препаратов, которые должны закупаться только под оригинальными торговыми названиями. Согласно правилам формирования этого перечня основанием для включения в него лекарственного средства является невозможность его замены другим. При этом решение не включать в этот перечень какой-либо препарат можно оспорить в суде.

Кроме того, Минздрав никак не определится со своей позицией в отношении дженериков в целом. В прошлом году под флагом борьбы с подкупом врачей представителями фармкомпаний врачи обязали выписывать лекарства на рецептурных бланках по международным непатентованным наименованиям (МНН), без указания торговых названий препаратов. Это вызвало резкую реакцию экспертов и пациентских организаций. В частности, как заявил председатель Движения против рака Николай Дронов, вводя новые правила, Минздрав не учел, что ряд лекарственных препаратов вовсе не производится в Рос-

сии, а их дешевые аналоги выпускаются на рынок без клинических испытаний.

А в январе 2014 года Минздрав подготовил поправки к Закону «Об обращении лекарственных», запрещающие госзакупки лекарств по МНН, что делает перечень, о котором напомнил КС, и вовсе не нужным. Кроме того, поправки обязывают производителя дженерика доказывать его взаимозаменяемость с оригинальным препаратом. Законопроект гармонизирует российские требования с прописанными в соответствующих международных документах, поясняют в Минздраве. Так, взаимозаменяемость препарата устанавливается по терапевтической эквивалентности оригиналу, а в случае его отсутствия на рынке – по установленному министерством препарату сравнения. Препараты должны иметь одинаковый химический состав, одинаковую лекарственную форму, дозировку и способ применения, а также пройти клинические исследования не менее чем на 150 пациентах в течение многих месяцев (онкологические лекарства должны проходить клинические испытания не менее 5 лет). До сих пор для вывода нового препарата на рынок достаточно было доказать биоэквивалентность лекарства оригиналу, на что требовалось гораздо меньше времени и средств.



Р-ФАРМ
Инновационные
технологии
здоровья

СТУДЕНТЫ ВЕДУЩИХ ВУЗОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И КАЗАНИ ПОЛУЧАТ ИМЕННЫЕ СТИПЕНДИИ «Р-ФАРМ»

В конце 2013 года студенты, обучающиеся на профильных для фармацевтической и биотехнологической отрасли факультетах ведущих вузов Санкт-Петербурга и Казани, приняли участие в конкурсе на получение именных стипендий «Р-Фарм». Проект направлен на обеспечение квалифицированным персоналом инновационных предприятий фармацевтической промышленности. Студенты, успешно

прошедшие конкурсный отбор, будут получать ежемесячную стипендию, возможность пройти производственную практику в России и за рубежом и участвовать в конкурсах на замещение вакантных должностей, в социальных и бизнес-проектах компании.

Студенты Казанского государственного медицинского университета, Казанского (Приволжского) федерального университета и

Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии приняли участие в двух этапах конкурса – подготовке эссе на заданную тему и прохождении интервью с экспертной комиссией «Р-Фарм». По итогам конкурсных отборов в Санкт-Петербурге, Казани, Ярославле, Костроме, Томске, Перми и Волгограде в начале текущего года будет определено 200 стипендиатов.

Марина Котельникова, директор по персоналу группы компаний «Р-Фарм», подчеркивает особое значение стипендиального проекта для развития фармацевтической отрасли в целом: «Проект в первую очередь направлен на развитие научно-образовательного потенциала фармацевтической отрасли. Уверены, что он также будет способствовать формированию интереса студентов к этой пер-

спективной и динамично развивающейся сфере».

Впервые проект «Стипендия развития фармацевтического кластера» был запущен более четырех лет назад в Ярославле. На первом этапе в нем приняли участие ведущие вузы Ярославля, которые являются основными площадками подготовки кадров для предприятий кластера современной фармацевтической промышленности и инновационной медицины Ярославской области. На сегодняшний день в конкурсах в рамках стипендиального проекта «Р-Фарм» приняли участие более 2 тысяч студентов ведущих профильных высших и средних специальных учебных заведений из Ярославля, Костромы, Томска, Санкт-Петербурга, Казани, и география проекта расширяется с каждым годом.

ДИСКРИМИНАЦИЯ ПО ГЕОГРАФИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ

Изменение системы финансирования здравоохранения с федерального на региональное может обернуться гуманитарной катастрофой. В первую очередь под удар попадают пациенты, которым требуется дорогое высокотехнологическое лечение. Медики и представители общественных движений обсудили эту проблему на 7-м форуме «Движение против рака».

Угроза регионализации возникла в связи с сокращением федерального финансирования медицины за счет увеличения вклада регионов. Федеральные же средства должны пойти на «приоритетные проекты», например на подготовку к чемпионату мира по футболу. Эту реформу назвали «бюджетный маневр».

По плану властей поддержать регионы в обеспечении пациентов лекарственными препаратами должна система обязательного медицинского страхования (ОМС). Но на сегодняшний день она не готова принять на себя дополнительные расходы, и регионы будут вынуждены пытаться вытянуть своих пациентов за счет местных бюджетов.

Ситуация усугубляется тем, что равного доступа к современным схемам лечения в разных регионах страны не было никогда. А полноценного финансирования, которое покрывает нужды всех пациентов, нет практически нигде в России. Разница между фактическим и необходимым финансированием в ряде территорий 10-кратная.

Возможность для каждого региона иметь собственный список бесплатных или льготных препаратов лишает многих россиян равных прав на лекарственное обеспечение. Так, например, раздел федерального Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы» включает более 80 наименований, в то время как аналогичный перечень в рамках Территориальной программы госгарантий Красноярского края на 2014 год содержит лишь 15 наименований. Даже в относительно благополучных Москве и Санкт-Петербурге онкологические пациенты далеко не всегда обеспечены необходимыми препаратами. Адекватную лекарственную терапию получают не более 50–60 процентов пациентов со злокачественными опухолями

в Петербурге – это признают свыше половины опрошенных онкологов Северной столицы. А более трети москвичей и 40 процентов жителей Московской области считают, что им недоступен или малодоступен гарантированный объем бесплатной медпомощи.

«Мы все живем в одном государстве, под одной Конституцией, и у нас должны быть равные гражданские и социальные права, в том числе на лечение. Финансирование каждого российского онкологического пациента должно осуществляться согласно принятым стандартам лечения. На сегодняшний день регионализация и стандарты несовместимы, финансирование и уровень развития здравоохранения в разных регионах существенно различаются, – отмечает главный онколог Санкт-Петербурга, главный врач Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера Георгий Манихас. – Так, например, на лечение каждого больного, состоящего на учете в Москве, выделяется 43,5 тысячи рублей, в Санкт-Петербурге – 7 тысяч рублей, а в других городах Северо-Западного федерального округа – уже от 3 до 5 тысяч рублей. Решит ли новая бюджетная политика эту проблему или ухудшит ситуацию? Что нужно сделать, чтобы право на жизнь стало действительно равным для всех? Этим вопросам и посвящен форум».

«Идет уменьшение федеральных ресурсов со 161 миллиона до 72,7 миллиона рублей к 2015 году, то есть сокращение до 2,8 процента ВВП, и здравоохранение такого не выдержит, – подчеркнул на форуме председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака», член совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ Николай Дронов. – Тревожат обращения с территорий: идет отток кадров, при этом принимаются не-



— Давид Мелик-Гусейнов

умелые организационные решения, даже не в самых бедных регионах». По словам эксперта, в России часто предоставляется разрозненная, фрагментарная медпомощь, сложно получить независимое экспертное мнение, обычно во втором полугодии уже сложно с квотами на высокотехнологичное лечение.

Даже для финансово относительно благополучных 17 субъектов РФ (из 83) реформа грозит снижением даже сегодняшнего финансирования медуслуг и падением диагностики и качества лечения. Поэтому регионализация только усугубит «географическую дискриминацию» пациентов.

По мнению экономистов, с идеей регионализации можно ожидать только усиления рисков в здравоохранении. «В целом можно говорить, что баланс ухудшится, – говорит директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Лариса Попович, – и такой дефицит в здравоохранении сохранится по крайней мере до 2018 года, поскольку доля ВВП на здравоохранение определена в РФ в 3,6 процента в 2013 году, 3,6 процента – в 2014 году, 3,7 процента – в 2015 году, 3,9 процента – в 2020 году».

По словам заместителя председателя правления Ассоциации онкологов России, исполнительного директора НП «Равное право на жизнь» Дмитрия Борисова, каждая третья упаковка онкопрепарата в России покупается за деньги пациентов.

«В США, где четко считают каждый доллар, на онкопомощь тратится в 15 раз больше денег, чем у нас, – заявил он. – 2,8 процента ВВП на здравоохранение – это позорная цифра, несопоставимая с развитыми странами».

Борисов привел результаты анонимного опроса 220 онкологов из 49 регионов страны. По мнению столичных врачей, адекватную медпомощь получают более половины их пациентов. В Санкт-Петербурге ситуация уже хуже. А в регионах, признаются врачи, в полном объеме получает то, что им должны и могли бы обеспечить медики, совсем незначительное число пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ

При этом в последние годы российские специалисты-онкологи при участии международного медицинского сообщества разрабатывают единые стандарты лечения онкологических пациентов, чтобы как раз уравнивать их в правах. Чтобы врач при выборе схемы лечения опирался не на бюджет региона, а на мнение коллег и стандарты общепризнанные, доказавшие свою эффективность.

«Клинические рекомендации – это перечень диагностических процедур и лечебных подходов, обеспечивающих наилучшие результаты лечения больного с конкретной стадией заболевания, биологическими особенностями болезни и самого больного. Идет создание таких стандартов, и они будут утверждаться законодательно, – пояснил председатель профессионального Общества онкологов-химиотерапевтов профессор Сергей Тюлядин. – Это унифицированные рекомендации, которые себя оправдали не для одного лечебного учреждения, а для всех, и весь мир живет по таким рекомендациям, адаптированным к собственной практике».

Такой стандарт, по словам Сергея Тюлядина, уже есть в Минздраве. Но главное, что на основании стандарта лечения обсчитывается стоимость лечения больного с конкретным заболеванием, которая должна учитываться в тарифах ФОМС для всех территорий.



Дмитрий Борисов



Анатолий
Махсон

Ирина
Поддубная

Однако для выздоровления и поддержания качества жизни онкологическим больным необходимо постоянно принимать дорогостоящие лекарственные препараты. Регионализация здравоохранения чревата не только возникновением дефицита бесплатных и льготных фармацевтических средств, но и повышением цен на эти жизненно важные лекарства. Генеральный директор группы компаний «Р-Фарм» Василий Игнатьев отмечает: «В последние годы фармацевтическая отрасль развивается крайне динамично – активно работает программа поддержки отечественной фармацевтической отрасли «Фарма 2020», строятся новые заводы, выпускаются отечественные и лицензионные препараты, внедрены стандарты надлежащей производственной практики (GMP). Однако остается ряд вопросов, которые необходимо решить: целесообразно ужесточить контроль качества препаратов, находящихся в обращении, а также обеспечить устойчивое и предсказуемое финансирование здравоохранения и лекарственного обеспечения, что способно привести к снижению цен производителями и еще более увеличить доступность современных методов лечения».

ЛЕКАРСТВА ПЕРЕСЧИТАЛИ НА СРЕДСТВА

Стандарты лечения являются обязательными к исполнению, напоминает Сергей Тюляндин. И если Россия – единое государство, их стоимость должна быть заложена в единый тариф фонда ОМС для всех территорий. На деле же все выглядит иначе. По словам эксперта, к прошедшей недавно конференции по раку молочной железы ряд ученых просчитали средства, необходимые для лечения по стандартам. Затем они взяли данные по разным регионам о числе пролеченных больных и потраченных на это лечение суммах.

К примеру, есть оптимальные клинические рекомендации по диагностике и лечению онкологических заболеваний разной локации, по ним сделаны экономические стандарты по требуемым ресурсам. Вот возьмем экономический стандарт лечения рака молочной железы в стационаре. Подготовлены два стандарта (при разной запущенности болезни), предполагают расходы на диагностику и лечение в 165 тысяч рублей и 276 тысяч рублей. Стандарт включает системное лекарственное (включая химиотерапевтическое) лечение. В реальности же общее недофинансирование лечебных учреждений по стандартам лечения РМЖ составляет в разных регионах от 7 до 20 раз от необходимого. Огромное количество регионов расходует сегодня 10–30 процентов необходимых ресурсов. По данным Росздравнадзора, которые на форуме огласила ведущий научный сотрудник НИИ общественного здоровья РАМН, д.ф.н., профессор Елена Тельнова, самыми проблемными уже много лет остаются Московская область и Санкт-Петербург. «В последнем еще и данные скрывают. Стабильно проблемными остаются Смоленская и Калининградская области», – сказала Тельнова. Такое лечение только увеличивает количество поздних осложнений, метастазирование, пациенты тяжело болеют, и продолжительность жизни их сокращается.

Профессор Тюляндин среди особенно обездоленных также назвал пациентов Московской области, живущих буквально в двух шагах от богатой Москвы. Даже пациенты, работающие в столице, могут рассчитывать не более чем на 10 процентов от необходимых ресурсов, чтобы купировать болезнь. Потому для таких регионов, как Московская область, стандарт все еще остается теоретическим понятием.

Регионы не могут обеспечить сегодня лечение по при-

знанным правильным схемам. «Как можно внедрять Национальный стандарт, если финансируется только 10 процентов стоимости лечения? – отметил профессор Тюляндин. – Поэтому сегодня нет равного права граждан на лечение, оно зависит от состояния здравоохранения в регионе».

ОТКУСИТЬ ОТ СТОЛИЦЫ?

Не секрет, что с медицинскими услугами в Москве ситуация существенно лучше, чем в других регионах. По данным главного врача Московской онкологической больницы № 62, главного специалиста-онколога Москвы Анатолия Махсона, заболеваемость в Москве составляет 40 тысяч человек в год, 18 тысяч больных в год умирают. Показатель годичной летальности, по его же данным, 7,3, поскольку медики выявляют много запущенных случаев. Это немало. Как расценивать эти цифры?

«Заболеваемость в Москве схожа с показателями других мегаполисов, где увеличивается продолжительность жизни населения, где много пожилых людей, – поясняет профессор Махсон, – но смертность от опухолевых заболеваний в Москве уменьшается. И это показатель работы столичной онкослужбы. Увеличивается активная выявляемость, а запущенных случаев стало на 3 процента меньше».

Но если Москва перейдет к финансированию по ОМС, как

предполагают федеральные власти, то перераспределение ресурсов уровень лечения москвичей реально ухудшит и денег у Департамента здравоохранения станет в 2 раза меньше. «Таким образом, выживаемость в 2016–2017 годах в столице откатится назад. Если выделение ресурсов в стране будет составлять 3,5 процента ВВП, то здравоохранение никак обеспечить не удастся», – говорит профессор Махсон.

Если государство не может обеспечить лечение пациентов по принятым цивилизованным стандартам, значит, нужно развивать добровольное страхование и обеспечивать пациентов таким путем. И пока не будет на здравоохранение выделяться 7–8 процентов ВВП, то нечего и выравнивать ресурсы по регионам, полагает Анатолий Махсон.

По словам члена координационного совета МОД «Движение против рака» Елены Миськовой, рак, перестав быть смертельной, остается хронической болезнью, требующей пожизненного приема препаратов. «Продлить жизнь такому больному может только регулярное качественное лечение, и больные вынуждены сами покупать дорогостоящие препараты, – заявила эксперт. – При этом в Москве исключительно бесплатно лечатся 28 процентов онкобольных, в Подмосковье – 21 процент, а в Поволжье – 11 процентов». Кроме того, первичное диагностирование, как правило, связано с тратой денег: люди идут на это, чтобы ускорить постановку диагноза и начать лечение.

ОБРАЩЕНИЕ К ПРЕЗИДЕНТУ

Участники 7-го ежегодного форума Межрегионального общественного движения (МОД) «Движение против рака» в коллективном обращении к Президенту РФ Владимиру Путину от лица онкопациентов, их родных и близких, медиков и всех граждан России выступили против «географической дискриминации» в лечении болезней, которая становится еще одним фактом антагонизма между регионами-донорами и дотационными субъектами РФ, фактором, работающим против единства страны», – отмечается в обращении к президенту. «Мы убеждены и утверждаем на основании печального опыта, что перекладывание бремени медицинской помощи онкологическим больным и их лекарственного обеспечения на плечи регионов как минимум преждевременно и в нынешней ситуации чревата массовыми катастрофическими последствиями», – обращают внимание члены МОД. В связи со сложившейся ситуацией участники форума предложили Владимиру Путину приостановить регионализацию здравоохранения и финансировать лечение онкобольных на всех этапах на федеральном уровне.



Николай Дронов

ГОСУДАРСТВО ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ РАМКИ СВОЕЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ



Согласно закону стандарты лечения гарантируют исполнение прав пациентов. Но стандарты все еще не приняты, и официально зафиксировать нехватку финансирования здравоохранения практически невозможно. О том, почему онкологическим пациентам не хватает жизненно важных лекарств, рассказал председатель Общества химиотерапевтов России Сергей ТЮЛЯНДИН.

– Какова сегодня ситуация с принятием стандартов лечения онкологических пациентов?

– В законе о здоровье, который был принят Государственной думой, написано, что мы, врачи, медицинские учреждения, должны работать согласно порядку оказания медицинской помощи, который предполагает, как вообще должны быть разделены на различные этапы диагностика, лечение пациента от момента его прихода в поликлинику до момента оказания ему специализированной помощи.

Следующий документ, на основании которого мы работаем, – это стандарты. Это финансовый документ, который выводит некую усредненную цифру лечения больного с той или иной патологией. И они утверждены Минздравом в качестве приказа. Но дальше все застопорилось, поскольку это не утверждено Министерством юстиции. Поэтому такое ощущение, что они не вступили в силу как закон.

– Эти стандарты созданы в интересах пациентов в первую очередь?

– Разумеется. Стандарты дают четкое представление о финансировании диагностического и лечебного процесса больного с определенным заболеванием. То есть, скажем, появляется больной с диагнозом «рак молочной железы, первая стадия», который нуждается в таком-то лечении. Открывается стандарт. Больной: рак первой стадии с такими биологическими свойствами. Средняя стоимость лечения, скажем, 100 рублей. Все. Фонд обязательного медицинского страхования должен перечислить на лечение этого больного 100 рублей и проследить, чтобы ему на эти деньги была оказана соответствующая медицинская помощь согласно стандарту лечения. Вот это была такая идея. Но, поскольку она не реализована, значит, опять же возникает вопрос: финансирование как будто бы и не с кого спрашивать сегодня.

– Как же система работает?

– Стандарты просто не учитываются Фондом обязательного медицинского страхования при финансировании диа-

гностического и лечебного процесса в конкретном учреждении для конкретного больного. Возможно, это будет сделано, но на настоящий момент пока нет. Это вносит огромную проблему в работу медицинских учреждений. Это огромная проблема пациента и огромная проблема взаимоотношений лечебного учреждения и пациента. Потому что никто не знает, где начинаются государственные гарантии и где они заканчиваются. Потому что сегодняшних средств, тарифов Фонда обязательного медицинского страхования, которые выделяются на все это, явно недостаточно. И для того чтобы провести качественные диагностические процедуры, поставить правильный диагноз, определить стадию болезни и провести затем соответствующее эффективное лечение, чтобы больной выздоровел, этих денег недостаточно. Поэтому приходится искать дополнительные источники финансирования, или, если их нет, больной вынужден финансировать их из собственного кармана.

– Это и провоцирует ситуации, когда пациентам не хватает лекарств?

– Да. Особое положение сложилось, если мы говорим о лечении больных со злокачественными опухолями. Это проблема лекарственного обеспечения. Почему? Потому что хирургическое лечение и лучевое лечение частично финансируются в рамках высокотехнологичной медицинской помощи, в то время как лекарственное лечение исключено из высокотехнологичной медицинской помощи, кроме гематологических больных. 90 процентов больных, которые заболевают ежегодно в стране, нуждаются в противоопухолевых препаратах, но не имеют права получать лекарственное лечение в рамках высокотехнологичной медицинской помощи. И поэтому здесь ситуация очень сложная и наиболее напряженная для всех.

– Насколько сильно реальные объемы финансирования и обеспечения российских онкологических пациентов отстают от тех же показателей в более благополучных странах? Насколько велик разрыв?

– Если мы говорим о базовых вещах, потому что лекарственное лечение сегодня представляет собой некие базовые вещи, скажем, базовая химиотерапия, – с этим в стране более или менее все в порядке.

Проблема начинается, когда речь идет о назначении дорогостоящих препаратов. Не секрет, что за последние годы появились лекарства, основанные на совершенно отличных от химиотерапии принципах – принципах четкого избирательного воздействия на определенную мишень. Это эффективная и дорогостоящая таргетная терапия. И тут две проблемы с таргетными препаратами. Во-первых, нужно наладить систему определения мишени – диагностику. А во-вторых, обеспечить таких пациентов необходимыми препаратами. В наши стандарты такая терапия частично включена. Но стандарты, как я уже говорил, не работают.

– Как вам кажется, что могло бы переломить ситуацию?

– Я четко понимаю, что сегодня государство не способно профинансировать лечение онкологических больных в полном объеме. При подоходном налоге 13 процентов это невозможно. В европейских странах он под 50 процентов, США 19 процентов ВВП расходуют на здравоохранение. И этого не хватает, несмотря на развитую систему добровольного страхования.

Поэтому государство должно очертить зону своей ответственности – где начинаются гарантии и где заканчиваются. Чтобы это все понимали – и пациенты, и их родственники, и врачи, и страховая медицина, и политики. А вне рамок давайте искать. Это может быть добровольное медицинское страхование. Это может быть, так сказать, софинансирование работодателя. Это могут быть какие-то общественные, благотворительные фонды. Это могут быть деньги самого пациента и его семьи. В конце концов, почему нет? Но пока эти рамки не определены, пока государство делает вид, декларирует, что оно вроде как за все отвечает, но при этом мы четко видим, что ответственность минимальная, ситуация не изменится.

РАСПРОБОВАТЬ НОВОЕ ЛЕКАРСТВО

Ученые во всем мире бьются над разработкой более эффективных препаратов. И сегодня онкология и онкогематология – это быстро развивающиеся области науки. Прежде чем выйти на рынок, новые препараты долгое время проходят клинические испытания, участие в которых может стать шансом на жизнь для добровольных участников.

Клинические испытания – это вид научного исследования, в котором лекарственный препарат или медицинская процедура тестируются на группе пациентов. Это важнейший и заключительный этап в процессе создания новых лекарств и методов лечения, на котором подтверждается (или опровергается) их эффективность и безопасность и после которого они могут быть выпущены в продажу. Прежде чем быть опробованными на пациентах, лекарства в течение нескольких лет проходят несколько предварительных этапов доклинических испытаний в лаборатории.

У каждого испытания есть так

называемые критерии включения – это параметры пациентов, которые принимаются в группу испытуемых. Обычно это пол, возраст, диагноз, гистологические характеристики опухоли, предыдущее лечение. Например, «пациенты любого пола старше 18 лет, имеющие аденокарциному легкого, получившие стандартную химиотерапию препаратами платины». Если человек соответствует всем критериям включения в группу, он может участвовать в испытаниях.

Клинические испытания проводит группа специалистов (врачей, фармакологов) на базе одного или нескольких отделений больницы или

научно-исследовательского центра. Иногда исследования бывают очень обширными и ведутся одновременно в нескольких клиниках разных городов и стран (многоцентровые исследования). Участие пациентов в испытаниях бесплатное. Деньги на организацию и проведение испытаний могут быть выделены из федерального бюджета или предоставлены любой организацией-спонсором (фондом, фармацевтической или биотехнологической компанией, университетом и т. д.).

Во всем мире и в России действует международный стандарт проведения клинических испытаний GCP (Good Clinical Practice). На основании этого международного стандарта, а также Хельсинкской декларации и Конвенции о правах человека клинические испытания проводятся в соответствии с этическими принципами и гарантируют пациентам соблюдение их прав.

Протокол будущих клинических испытаний утверждается Этическим комитетом. Основные принципы проведения клинических испытаний:

✓ участие пациентов в тестировании

- ✓ новых лекарств и методов лечения только добровольное. Оно несет в себе не только множество преимуществ, но и серьезный риск для здоровья и жизни, поэтому решение об участии может принять только сам пациент;
- ✓ организаторы испытаний обязаны до начала исследования предоставить полную информацию о требованиях к пациенту, целях исследования, об ожидаемом эффекте лечения, о возможных рисках и негативных последствиях, о длительности испытаний, о возможных причинах исключения из группы испытуемых и т. д.;
- ✓ жизнь и здоровье испытуемых обязательно должны быть застрахованы за счет организатора испытаний. В страховом договоре указывается размер денежных выплат в случае ухудшения здоровья или смерти пациента во время испытаний;
- ✓ пациент имеет право отказаться от продолжения участия в испытаниях в любой момент и по любой причине;
- ✓ организаторы исследования обя-

заны обеспечить конфиденциальность данных пациента.

- Очевидно, что быть испытуемым и первым принимать неизвестный лекарственный препарат рискованно. Гарантии, что препарат будет эффективным, нет. Однако участие в клинических испытаниях имеет и положительные моменты:
- ✓ бесплатное медицинское обслуживание;
- ✓ регулярные медосмотры, медицинская помощь от высококвалифицированных специалистов, экспертов в данной области;
- ✓ доступ к новым, многообещающим методам лечения (есть вероятность, что они окажутся эффективными);
- ✓ моральное удовлетворение (участие в развитии медицины, помощь будущим пациентам).
- ✓ Узнать о наборе пациентов для участия в клинических испытаниях можно из многих источников: от лечащего врача, из рекламных объявлений, от представителей фармкомпаний или на официальных сайтах производителей лекарств.

МИНЗДРАВ ИЩЕТ ПАРТНЕРОВ

Окончание. Начало на стр. 1

Как заявил заместитель министра экономики и развития Андрей Клепач, наступил момент, когда государство должно признать, что дальше финансировать из одного бюджета современные высокотехнологичные методы лечения невозможно. И единственный выход из сложившейся тупиковой ситуации он видит в реформировании отрасли, а именно в привлечении частных инвестиций в социальную сферу. «Если быть честными и последовательными, нужно понять, какие обязательства мы принимаем, а какие нет», – заявил он.

Основным посылом, содержащимся в докладе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, также стала назревшая необходимость ГЧП для развития здравоохранения. Это позволит высвободить бюджетные средства и «концентрировать их в других сегментах» здравоохранения, уверена министр. Поддержание широкой системы бюджетных медицинских организаций – тяжелое бремя для любого государства, заявила Скворцова. «Если провести расчеты, то содержание и амортизация всей этой системы (государственных клиник) в 83 субъектах РФ дополнительно потребует от государства примерно 300 миллиардов рублей в год, тогда как на поддержание и амортизацию из всех бюджетных источников государство в настоящее время тратит только 120–125 миллиардов рублей», – отметила министр. По ее словам, «если мы хотим развивать медицину, инновационные технологии», необходимо направить частные финансовые потоки «для поддержания основы основ – базиса отрасли».

Минздрав поддерживает инициативы и проекты, открывающие дорогу для инвестиций в здравоохранение, заявила министр. По ее словам, будущий закон «О государственно-частном партнерстве» должен сформировать новые регламентные условия для включения частного капитала в программу госгарантий. С одной стороны, эти условия не должны утяжелять вхождение в программу, с другой – нужно соответствовать реальным потребностям в определенных профилях и объемах медицинской помощи. «Нам необходимо разработать такие механизмы, которые не просто любого с щедростью принимают в программу государственных гарантий, а принимают того, кто нужен, и помогают тем, кто нужен, войти в эту программу, снимая дополнительные барьеры», – заявила Скворцова.

Эксперты и потенциальные участники ГЧП обсуждали проблему на круглом столе «Государственно-частное партнерство в онкологии и механизмы устойчивого финансирования», прошедшем 4 февраля в рамках 7-го ежегодного форума «Движения против рака».

Как отметил исполнительный директор НП «Равное право на жизнь», заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Борисов, львиная доля того, что сегодня называют ГЧП, – это система аутсорсинга, привлечение за госсчет частного под-

Проект «Центра персонализированной медицины» – это пример государственно-частного партнерства



рядчика или соинвестора в какие-то инфраструктурные проекты. По сути, речь идет не более чем о совместной хозяйственной деятельности. В то же время во многих развитых странах мира население активно участвует в софинансировании медицинской помощи. К примеру, в США 45 процентов от всех расходов на лечение онкобольных берет на себя государство, остальное – это деньги населения, но не прямые платежи, а средства, формируемые системой страхования.

По словам Борисова, ГЧП в здравоохранении – это система разделения рисков, которые стоят перед государством и обществом в случае возникновения тяжелых хронических заболеваний, в частности онкологических. В России, по данным Борисова, в 2010 году граждане потратили на здравоохранение порядка 6 процентов ВВП (бюджетные отчисления составляли около 4 процентов), причем 40 процентов от этой суммы составили прямые платежи.

«На наш взгляд, государственный бюджет на здравоохранение должен быть пересмотрен в сторону увеличения. При этом к нему должны добавиться ресурсы частного сектора, причем не в виде прямых платежей населения, не в виде прямых финансовых угроз, которые стоят перед каждым из нас, а в виде дополнительной системы финансовой и экспертной защиты, которую могут и должны обеспечить страховые компании, как это происходит во всех развитых странах мира», – заявил Борисов.

Основная проблема сегодня заключается в том, что, хотя каждый врач должен руководствоваться в

своей работе клиническими рекомендациями и протоколами, далеко не все они обеспечены бюджетом. Именно в эту зону и должно прийти ГЧП, считает эксперт. «То, что показано по закону и продекларировано государством как бесплатная помощь, бесспорно, должно предоставляться бесплатно для пациента. Но если врач рекомендует какую-то дополнительную системную терапию, лекарственные средства или обследования, у пациента должна быть возможность обеспечить себе доступ к этим рекомендациям. И мы считаем, что именно здесь наиболее эффективным компонентом обеспечения доступности данных видов медицинской помощи должна быть система ГЧП», – заявил он. По мнению Борисова, эта система будет поддерживать эффективность государственных затрат и дополнять их из тех средств, которые аккумулируются в системе страхования.

Именно страхование является тем механизмом, который обеспечит устойчивое финансирование здравоохранения, заявил на форуме первый заместитель гендиректора «ВТБ Страхование» Олег Меркулов. Напомнив, что лечение онкологического заболевания является одним из самых дорогостоящих в здравоохранении, а онкологический диагноз зачастую означает финансовую катастрофу для пациента и его семьи, он предложил решить эту проблему, используя дополнительное добровольное страхование. Это позволит стабилизировать процесс финансирования лечения, обеспечить доступную качественную помощь нуждающимся в ней пациентам, считает Меркулов. «Этот механизм повысит эффек-

тивность затрат государства и защитит больного от личного и семейного банкротства. Кроме того, страхование граждан позволит решить проблему доступности медицинской помощи. Например, с помощью программы по сопровождению и поддержке застрахованного лица, которую реализуют «Равное право на жизнь» и Центр персонализированной медицины. По этой программе всеми вопросами организации лечения пациента, включая финансовые вопросы, сбор документов, медицинские консультации, составление плана лечения, юридическую и психологическую помощь, занимается группа профессионалов – своего рода «каварийные комиссары». При наступлении страхового случая клиент звонит на горячую линию проекта и получает полное сопровождение», – рассказал Меркулов.

Еще одна форма ГЧП – это совместное строительство медицинских объектов, расширение инфраструктуры. «Мы считаем, что развитие этого направления позволит повысить экономическую привлекательность российского здравоохранения. Сегодня система финансирования здравоохранения по-прежнему остается недостаточно стабильной и устойчивой, что формирует имидж зоны риска как у российского, так и у международного бизнес-сообщества», – заявил Борисов. Привлечение страхового ресурса позволит стабилизировать сферу с точки зрения финансового рынка и сделать ее более привлекательной для бизнес-инвестиций и бизнес-партнерства.

Директор НП «Центр социальной экономики», член Общественного совета Минздрава РФ Давид

Мелик-Гусейнов перспективы ГЧП в российских условиях оценивает более скептически. «Оценивая такие партнерства в других системах, мы видим, что хотя они и дают некую финансовую прибавку, но эта прибавка будет составлять не более 10 процентов от того, что сегодня выделяется на здравоохранение. Безусловно, ГЧП даст системе небольшие дополнительные деньги, быть может, повысит ответственность пациента, который будет страховаться и, наверное, более тщательно следить за своим здоровьем. Тем не менее ГЧП не панацея, и надо искать какие-то дополнительные источники финансирования», – заявил он.

В свою очередь, директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Лариса Попович призвала российских чиновников перестать рассматривать здравоохранение как отрасль, «пожирающую» ресурсы. В представленном на форуме исследовании она на примере нескольких нозологий продемонстрировала, что вложения в здравоохранение являются инвестициями с высоким потенциалом социально-экономической рентабельности: «Самое главное, что не понимает наше правительство, что деньги, которые вкладываются в здравоохранение, – это не расходы, а инвестиции. По расчетам Института экономики здравоохранения, каждый рубль, вложенный в профилактику и лечение, позволяет сохранить от 2 до 12 рублей в других сферах экономики. Повышается производительность труда, уменьшаются смертность и инвалидизация, то есть происходит та самая стимуляция экономики, о которой так много говорится сегодня».

«В МОЕЙ СМЕРТИ ВИНИТЬ МИНЗДРАВ И ПРАВИТЕЛЬСТВО»

«Мужественное самоубийство», казалось бы, невозможное сочетание, но именно так называют смерть контр-адмирала Вячеслава Апанасенко пациенты, их родственники и общественные деятели. И предлагают назвать его именем закон (если он когда-нибудь будет принят), облегчающий выдачу обезболивающих онкологическим больным и всем, кто страдает от невыносимой боли. Через месяц после самоубийства офицера запаса мы попытались выяснить, какие уроки из этой смерти вынесли государство и общество.

Вечером в четверг, 6 февраля, бывший начальник Управления ракетно-артиллерийского вооружения ВМФ России, контр-адмирал запаса Вячеслав Апанасенко ушел в свою комнату, лег в постель и нажал на курок наградного пистолета. На кухонном столе он оставил записку: «Прошу никого не винить, кроме Минздрава и правительства. Сам готов мучиться, но видеть страдания своих родных и близких непереносимо». Апанасенко впал в кому и умер через четыре дня в реанимации Первой градской больницы.

«У папы была терминальная стадия рака поджелудочной. Он мужественно терпел боль. Моя мама попыталась получить для него морфин в поликлинике (показанный ему). Чтобы получить ампулы на 5 дней, нужно было много часов пробегать по разным кабинетам в поликлинике, несколько дней. Под вечер не хватило одной подписи, и поликлиника закрылась. Папа был возмущен. Это стало последней каплей», — написала на своей странице в «Фейсбуке» старшая дочь контр-адмирала Екатерина Локшина.

Супруга 66-летнего контр-адмирала Ирина Апанасенко получила рекомендацию и письменное назначение морфина накануне, 5 февраля, в Первом московском хосписе, где наблюдался ее муж. После этого отправилась в поликлинику, чтобы пройти все бюрократические формальности и получить рецепт для аптеки. Старшая медсестра, дежурный онколог, терапевт... Когда Апанасенко дошла до кабинета заместителя главного врача поликлиники (его подпись тоже требуется), до конца рабочего дня оставалось пять минут, и замглавного уже не было на месте.

«Вы знаете, у меня такое ощущение, что они просто не хотели это лекарство выписать: это же наркосодержащее обезболивающее, их проверками замучают», — объясняла Ирина Апанасенко себе и корреспонденту «Ленты.ру», который беседовал с ней после смерти мужа. Ее размышления небезосновательны: стоит вспомнить хотя бы дело врача Алевтины Хориняк. Так совпало, что именно в те дни, когда в Москве застрелился контр-адмирал Апанасенко, в Красноярске начался повторный судебный процесс по ее уголовному делу. В свое время она согласилась пренебречь бюрократическими формальностями и назначила обезболивающее пациенту, не прикрепленному к ее участку, за что и стала обвиняемой в незаконном распространении наркотиков.

Но как ни пыталась поликлиника № 8 избежать проверок из-за неудобного пациента, после гибели Вячеслава Апанасенко они все же начались. «Та ситуация, которая сложилась, — исключительно человеческий фактор, от которого никто не застрахован» — таковы первые выводы Минздрава, их огласила директор департамента лекарственного обеспечения и обращения медицинских Елены Максимкина. «В городской поликлинике для выписки рецепта на лекарственный препарат, назначенный врачом-онкологом, пациент должен был попасть на прием к участковому врачу-терапевту либо вызвать его на дом, что препятствовало своевременному обеспечению пациента необходимыми лекарственными препаратами и нарушало <...> право пациента на облегчение боли», — говорится в ответе Минздрава на поручение вице-премьера Ольги Голодец разобраться в причинах трагедии (копия документа имеется в распоряжении редакции).

Представители Минздрава и Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), выступавшие на слушаниях, сошлись на том, что большинство проблем — от перегибов на местах. «Бывают случаи, когда органы на местах берут на себя несвойственную им ответственность. В Москве, например, это требование выписки последующего рецепта только после того, как пациент отчитается за предыдущий препарат, был он использован или нет. Такого требования нет нигде в федеральном законодательстве. А правом принимать нормативные акты наделен только Минздрав», — заявила в Общественной палате Елена Максимкина.

Действительно, процедура выдачи препарата только после того, как больной сдаст пустые ампулы или использованные пластыри, прописана в пункте 2.2.4 Приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2013 года № 1273. «Только после сдачи больным использованных ампул», — говорится в документе.

О том, как действует предписание на практике, после гибели Вячеслава Апанасенко рассказала его вдова: «10 февраля, когда Вячеслав Михайлович уже умер в больнице, младшей дочери позвонили из поликлиники и сказали, что мы должны вернуть им использованные и неиспользованные пластыри дюрюгезик. В пачке — пять штук. Я нашла дома упаковку — три использованных, один неиспользованный. Говорю дочери:

«Отвези им все, что есть. Если им нужен будет последний пластырь, пусть едут в Первую градскую и с тела снимают. Я этого делать не буду». После этого от нас отстали».

Врачи, объясняя пациентам необходимость такой отчетности, кивают на ФСКН: действительно, пресловутый Приказ № 1273 предписывает сообщать о не сданных ампулах в территориальный орган Госнарконтроля. Начальник одного из управлений ФСКН Елена Масловская, выступая на слушаниях в Общественной палате, откестилась от обвинений в адрес своей службы: по ее словам, ФСКН в последние годы не ужесточает, а упрощает процедуру контроля за оборотом наркосодержащих лекарств. «В декабре 2013 года ФСКН принят существенно упрощенный порядок учета таких препаратов в аптечных и медицинских учреждениях. Раньше изменения в журнал учета таких препаратов вносились после каждой операции, а теперь только раз в день», — привела пример Масловская.

По результатам проверки главному врачу поликлиники № 8 объявлен выговор за ненадлежащее выполнение должностных обязанностей, издан приказ о дисциплинарном взыскании. Участковому врачу-терапевту Цветковой и заведующей терапевтическим отделением Горбач объявлен выговор, а с заместителем главного врача медицинской части Пантелеевым расторгнут трудовой договор — он уволен по собственному желанию.

Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников признал ошибку поликлиники в ситуации с самоубийством контр-адмирала Вячеслава Апанасенко и публично попросил прощения у его семьи.

**ЕСЛИ ВАМ ОТКАЗАЛИ В ПОМОЩИ,
АНКЕТУ О ФАКТЕ ОТКАЗА
В ЛЕКАРСТВАХ МОЖНО ЗАПОЛНИТЬ**

на сайте Движения против рака

<http://www.rakpobedim.ru>

и на сайте НП «Равное право на жизнь»

www.ravnoepravo.ru

ШКОЛА БЕЗ ЭКЗАМЕНОВ

Пациентам нужна не только медицинская, но и психологическая и юридическая поддержка. Чтобы справиться с тревогой и депрессией, разобраться, как и зачем оформить инвалидность, что делать, если отказывают в необходимых лекарствах. Обо всем этом рассказывают специалисты в совместном проекте НП «Равное право на жизнь» и Движения против рака — «Школа пациентов».

Права пациентов в России нарушаются очень часто. Людей не обеспечивают своевременной диагностикой, лекарствами послед-

него поколения, которые по законам РФ им положены бесплатно. Сегодня пациенты более образованы, чем раньше. Они могут прочесть в Интернете и о своей болезни, и о способах лечения и задавать вопросы своему врачу. Но многие не могут заступиться за свое здоровье и свою жизнь, потому что ни об этих лекарствах, ни о правах на них даже не знают.

Кроме того, болезнь — это тяжелейший стресс для всей семьи. Депрессия и тревога у пациента, чувство вины, страха, а затем и раздражения у родственников делают жизнь невыносимой.

Чтобы помочь семьям, столкнувшимся с онкологией, и был создан проект «Школа пациентов».

«Школы» проходят в формате выездных мероприятий и онлайн-консультаций в Интернете. Во встречах с пациентами и их близкими принимают участие врачи-специалисты, юристы, психологи и волонтеры Движения против рака, победившие болезнь.

Практикующие врачи информируют участ-

ников «Школы» о современных методах лечения рака, методах диагностики онкологических заболеваний, проводимой для постановки первичного диагноза и в процессе лечения, а также помогают разобраться в принципах лечения, процедурах подготовки, проведения и последующих действий при диагностических и лечебных мероприятиях, подсказывают, как себя вести и что делать при возникновении побочных эффектов химиотерапии.

Юристы во время занятий разъясняют участникам «Школы» правовые и юридические аспекты, связанные с получением инвалидности, бесплатного лечения, взаимодействием с работодателем, органами социальной опеки.

Не менее важным блоком «Школы пациентов» является участие психолога, который рассказывает больным, их родственникам и близким, как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием.

Уникальный формат мероприятий позволяет уделить внимание каждому участнику.

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

Узнать о том, где пройдет следующий семинар «Школы пациентов»,

можно на сайте

www.rakpobedim.ru

или по телефону горячей линии

8-800-200-2-200.

ВНЕСУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Конфликты, связанные с нарушением прав пациентов и ненадлежащим лечением в ЛПУ, должны решаться в судебном порядке. Но когда дело доходит до суда, решение будет основываться на судмедэкспертизе, которая часто составлена с грубыми нарушениями. А значит, реальных инструментов борьбы и защиты нет ни у больных, ни у рядовых врачей.

Здравоохранение остается закрытой отраслью, в которой трудно добиться компенсаций за ненадлежащее лечение. Система выстроена таким образом, что статусные лечебные учреждения, в которых процесс организован с нарушениями, уходят от ответственности, перекладывая ее на рядовых врачей. Показательный пример – судебное разбирательство по факту смерти в апреле 2013 года молодой женщины в Люберецкой районной больнице. После непродолжительной операции, связанной с прерыванием замершей беременности, у пациентки произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Благодаря усилиям врачей она пришла в себя, но через три дня погибла от полиорганной недостаточности. Следствие пришло к выводу, что виноват в этом проводивший анестезию реаниматолог, в том числе на него возложили ответственность за недостаточное реанимационное оборудование операционной. Между тем, по словам сопредседателя комитета независимой экспертизы качества НМП, члена правления Лиги защитников прав пациентов Старченко, отвечать за недооснащение больницы должен в первую очередь главврач,

во вторую – заведующий гинекологическим отделением, допускающий проведение экстренных операций в таких условиях. По мнению эксперта, предъявленное анестезиологу обвинение несправедливо, а вот больница как юридическое лицо должна выплатить родственникам погибшей денежное возмещение. Однако подобное «кизбирательное следствие» встречается повсеместно, отмечает эксперт. Во Владимирской области сейчас ведется следствие, в ходе которого претензии в связи с отсутствием палаты пробуждения для послеоперационных пациентов предъявляются не главврачу ЛПУ или региональному минздраву, а рядовому анестезиологу. Эксперты Национальной медицинской палаты (НМП) называют несколько причин, по которым сами медицинские организации остаются безнаказанными. По словам Алексея Старченко, основная проблема таких дел заключается в экспертизе, на основании которой суд принимает решение, поскольку говорить о ее объективности и независимости не приходится. «Сегодня судмедэкспертиза в России – абсолютно неконтролируемая зона, – утверждает



эксперт. – В итоге невежественные или ангажированные экспертные заключения приводят к несправедливому решению. При этом я не знаю ни одного эксперта, которого привлекли бы к ответственности за неправильное заключение». Кроме того, патологоанатомическая служба и судебно-медицинские эксперты часто оказываются связанными с госорганами и потому их заключения бывают необъективными, добавляет эксперт качества медицинской помощи НМП, руководитель Ярославского медико-правового центра Людмила Добродеева. Нередко «в интересах медицинских организаций оказывается давление также и на экспертов качества медицинской помощи страховых компаний». «Идет поток заказных заключений, и профессионалы это видят, – говорит Добродеева. – НМП опротестовывает эти экспертизы. Но если в больших городах это можно сделать, заменив состав экспертного бюро, то на районном уровне творятся

поистине чудеса: в качестве эксперта может выступать врач, принимавший участие в лечении». Доказать что-то в такой ситуации пострадавшему гражданину крайне сложно. Как рассказал адвокат Лиги защиты прав пациентов Дмитрий Айвазян, в одном из его дел экспертное заключение отсутствовало вовсе, поскольку не нашлось «смельчака, который решился бы его подписать». По его словам, довольно рядовую операцию проводил один из лучших нейрохирургов страны. Однако через две недели пациент умер, а на вскрытии в канале его спинного мозга обнаружили салфетку. Не помогло и обращение к зарубежным экспертам: российское законодательство не позволяет судам принимать решения на основании их заключений. С другой стороны, нередки случаи, когда в конфликтной ситуации назначается «крайним» рядовой врач. «Корпоративная» экспертиза подтверждает, а у прокурора, который

НАЗНАЧЕНИЕ

9
www.ravnoopravo.ru

не может даже грамотно прочесть заключение и задать вопросы, в голове уже есть санкции и статья», отмечает Добродеева. По мнению экспертов НМП, необходимо уходить от уголовного судопроизводства, в результате которого врачей осуждают по статье 109 УК (причинение смерти по неосторожности), и переводить такие дела в рамки гражданско-правовых процессов, предполагающих компенсацию морального и материального вреда со стороны ЛПУ. При этом у всех сторон останется возможность «цивилизованной защиты». Но это на сегодняшний день практически невозможно: возложение ответственности на рядового врача удобно не только прокуратуре, но и руководству медучреждения. «Соблазн свалить все на самое слабое звено очень велик, – говорит Старченко. – Так ЛПУ может избежать репутационного ущерба и необходимости выплачивать компенсацию. Нередко пострадавшему пациенту или его родственникам прямо говорят о виновности врача и советуют жаловаться конкретно на него. Проще найти стрелочника на первом этапе конфликта и его посадить, чем платить пациенту в рамках гражданского судопроизводства». Поддерживают такую экономию и в госорганах управления здравоохранения.



НЕДЕТСКИЙ СЛУЧАЙ

Каждый год в России регистрируют от 2,5 до 3 тысяч новых случаев рака у детей младше 15 лет. Ситуация с наличием препаратов и количеством коек в детской онкологии гораздо лучше, чем во взрослой, но тоже далеко не безоблачная. Квоты на лечение не покрывают потребности, а граница квалифицированной помощи проходит по МКАД.

Течение болезни у ребенка сильно отличается от болезни взрослого. Опухолевый процесс развивается быстрее, но лекарства способны остановить его гораздо эффективнее, чем терапия взрослых. Конечно, токсичность таких лекарств очень высока и без сопроводительной терапии лечение не проводят, но зато при современном высокотехнологичном лечении до 80 процентов детей полностью излечиваются от онкологии.

Те 20 процентов, для кого прогноз неблагоприятен, часто оказываются в том же положении, что и взрослые с терминальной стадией рака, – без эффективного и своевременного обезболивания. «Пациентам младше двух лет вообще не положены обезболивающие опиоидные препараты; тем, кому меньше 12 лет, полагаются собственные дозы и формы лекарств, стандартов на которые в стране просто нет. И только ребенку старше 12 в России можно назначить комбинации взрослых лекарств, но врачей, которые умеют это делать, единицы», – рассказывают в благотворительном фонде «Подари жизнь», который помогает детям с онкологией.

Одна из главнейших проблем в детской онкологии – квотирование высокотехнологичной медицинской помощи. Перечни операций и видов помощи, оплачиваемых за счет государства, уточняются каждый год и утверждаются соответствующим приказом Минздрава. В этом году согласно Приказу № 916 сильно сократился список нейрохирургических операций, жизненно необходимых детям с опухолями центральной нервной системы, говорят в фонде «Подари жизнь»: «Это значит, что оплата таких операций становится проблемой пациентов». За такие операции родители должны будут заплатить сотни тысяч рублей, возможно, не единожды.

По данным на конец 2013 года, в России 12 тысяч детей лечатся от онкологических заболеваний. Это и те, кому диагноз поставлен впервые, и те, кто борется с болезнью уже год или два. Как и взрослые, многие дети становятся пациентами врачей-онкологов, когда болезнь уже зашла далеко. Несмотря на то что младенцы, дошкольники и школьники находятся под постоянным наблюдением педиатров (в России детям «положены» профилактические осмотры гораздо чаще, чем их сверстникам, например, в Европе), диагноз «рак» педиатры подозревают в последнюю очередь, почти не выявляя онкозаболевания на ранней стадии.

Впрочем, сами квоты, то есть выделяемое ежегодно финансирование из расчета на каждого ребенка, тоже не увеличиваются, а цены на медикаменты растут. По словам главного детского онколога России Владимира Полякова, в 2014 году стоит ожидать проблем с обеспечением онкобольных детей качественными лекарствами. «Количество денег, выделяемых государством на закупку этих препаратов, остается прежним, поэтому дефицит определенный будет», – сказал Поляков на пресс-конференции в РИА «Новости».

«Сегодня по квоте на одного больного положено 109 тысяч рублей, – говорит Поляков. – Этого абсолютно не хватает на полноценное лечение, это копейки по сравнению с затратами. Пять-семь дней лечения в стационаре поглощают эту сумму, а потом искать приходится, но главное – чтобы эти ресурсы были, а откуда они поступят, не важно. Одна инъекция современного препарата, используемого в лечении патологии, может стоить 120 тысяч рублей. Реальный же курс лечения может стоить до 1,5 миллиона рублей».

Проблема осложняется тем, что зачастую ребенку необходимы лекарства, не входящие в стандарт лечения, а то и вовсе не зарегистрированные в России. Так, фонд «Подари жизнь» в 2013 году потратил более 44 миллионов рублей на покупку и доставку препаратов из-за границы. Не покрываются квотами на лечение и так называемые орфанные лекарства – препараты для лечения редких болезней.

Получить высокотехнологичную помощь, о которой идет речь, дети могут преимущественно в столице – в этом ситуация мало чем отличается от лечения взрослых. «Граница проходит по МКАД» – так охарактеризовала доступность помощи онкобольным член координационного совета МОД «Движение против рака» Елена Миськова, выступая на противораковом форуме. По данным социологических исследований, проведенных в Москве, Московской области и трех регионах Приволжского федерального округа (ПФО), столица лидирует по всем показателям, начиная от осведомленности пациента о своих заболеваниях и заканчивая обеспеченностью препаратами. «Разница в показателях с занявшей второе место Московской областью огромная, а разницу с приволжскими регионами и вовсе можно охарактеризовать как пропасть», – сказала Миськова.

Сейчас, чтобы получить помощь при онкозаболеваниях детям из Тувы или Якутска, приходится ехать в Иркутск или на Дальний Восток, из Уфы и Тюмени – в Екатеринбург, из Дагестана или Волгограда – в Москву. По мнению главного детского онколога, проблему доступности медицинской помощи маленьким пациентам могло бы решить строительство семи-восьми детских онкоцентров федерального значения с современным оборудованием.

ОПАСАЙТЕСЬ ПОДДЕЛОК!

Окончание. Начало на стр. 1

«К сожалению, в госсекторе действительно возможно столкнуться с подделками. Система качества дает сбои, потому что априори идет доверие ко всем участникам товаропроизводящей цепочки», – объясняет Давид Мелик-Гусейнов.

Но если это все же редкие случаи, то гораздо больше шансов купить опасный препарат, если покупать его с рук через форум в Интернете. «За интернет-торговлей вообще никто не следит, а если не следит, то могут быть нелегальные копии», – комментирует Мелик-Гусейнов.

Достаточно просто набрать в поисковике «продам герцептин 440». Форумы полны историй про смерть мамы, отца, бабушки или дедушки, после которых осталось дорогостоящее лекарство, которое теперь хочется продать, чтобы хоть как-то вернуть деньги, потраченные на лечение. Мы ведь знаем, что лечение рака – это дорого, и никакие деньги лишними не будут. Как вариант в причинах продажи указывается смена лечения.

«Ни в коем случае нельзя идти на соблазн покупки подобных препаратов с рук, поскольку помимо грубейших нарушений всех правил реализации лекарственных средств ставятся под угрозу жизнь и здоровье пациента, поскольку никто не может гарантировать соблюдение условий хранения данного препарата, его подлинность», – убежден исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов.

«Приобретенные с рук лекарства могут причинить вред здоровью гражданина в связи с заменой упаковки продавцом и истечением срока действия препарата, несоответствием содержимого флакона действительному составляющему лекарства и т.д. Также гражданин, продающий незаконно лекарство, может нести ответственность за причинение вреда здоровью покупателя при наличии такого вреда», – напоминает юрист Лариса Зверева. Кроме того, есть целый ряд законов, по которым запрещается продажа подобных препаратов, даже если это не подделка, а настоящее лекарство, которое действительно осталось после лечения родственника. В частности, в пункте 1 статьи 55 «Порядок розничной торговли лекарственными препаратами» Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» указано, что продавать лекарства могут только организации или индивидуальные предприниматели, у которых есть соответствующая лицензия, и только в специально оборудованных торговых местах. То есть продавать лекарства, тем более те, которые выдаются строго по рецепту, – это преступление. Ведь лекарственные и наркотические средства запрещены к свободной реализации. Продавец может понести как минимум административное наказание, как максимум – уголовное. Например, за продажу лекарств, полученных льготником по льготному рецепту за счет средств федерального или регионального бюджета, не использованных пациентом и оставшихся у его родственников. Продажа такого льготного лекарства в зависимости от умысла и

объективной стороны преступления может быть расценена как мошенничество или хищение бюджетных средств (например, присвоение в виде неправомерного удержания) и квалифицироваться по соответствующим статьям УК РФ, так как физическое лицо совершает с корыстной целью обращение государственного имущества в свою пользу.

Деятельность интернет-аптек также никак не регламентируется законодательно, в связи с чем контролировать качество и законность всех операций очень сложно. Поэтому решение о покупке лекарства в интернет-аптеке тоже нужно принимать с осторожностью.

Как распознать подделку

После громкой истории с поддельным «Герцептином» Росздравнадзор выпустил памятку, как отличить фальшивый «Герцептин» из той партии от настоящего. Например: «крышка на флаконе с растворителем шершавая на ощупь» и «стеклянный флакон растворителя у горлышка имеет неровности, утолщения; горлышко шире и короче, чем у оригинального». Но неизвестно ведь, в каких флаконах подделку выпускают в следующий раз.

По словам Давида Мелик-Гусейнова, бывают очень качественные подделки, которые сложно отличить. Но всегда нужно обращать внимание на упаковку, инструкцию, шрифты и качество гравировок на флаконе. Также можно, например, открыть препарат, найти в инструкции телефон горячей линии завода-изготовителя и узнать, продается ли серия этого препарата в том или ином субъекте РФ. Кроме того, подобные экспертизы проводит Росздравнадзор.

Также пациент имеет право запросить в аптечной организации копии документов, подтверждающих качество препарата (декларация или сертификация соответствия), или спецификацию, которая содержит сведения о сертификатах, об организации, их выдавшей, о сроках действия сертификата. Также в этих документах есть сведения о поставщиках данного товара. Кроме того, можно посмотреть на сайте Росздравнадзора информационные письма о забраковке лекарственных средств.

В случае возникновения подозрения в подлинности препарата можно и самостоятельно обратиться в независимую аккредитованную лабораторию для проведения полного анализа лекарственного препарата. Однако проведение анализа будет осуществляться за счет пациента.

Система провоцирует мошенников

По словам экспертов, государство само провоцирует развитие фармацевтического пиратства. «Чем сложнее нормальный, цивилизованный доступ к препаратам, тем более развязаны руки у пиратов. Именно поэтому процветает интернет-торговля. Государство должно быть либеральным, снимать барьеры для



пациента, облегчить получение справок, рецептов. Чем больше оно закручивает гайки, тем сильнее способствует развитию неформального рынка», – убежден Мелик-Гусейнов.

По данным исполнительного директора НП «Равное право на жизнь» Дмитрия Борисова, каждая третья упаковка противоопухолевых препаратов в стране покупается за счет пациентов. «Вопросы онкологии требуют консолидации самых разных сфер – от медицинской до экономической. От этого зависит эффективность помощи населению. Причем по уровню финансирования этого сегмента Россия отстает даже от стран бывшего соцлагеря», – говорит Борисов. И эта финансовая составляющая играет важную роль в том, что у мошенников всегда есть покупатели.

ПРИЗНАКИ ПОДДЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВ

- Нарушена целостность упаковки
- В инструкции есть орфографические ошибки
- Шрифт в инструкции отличается
- Нечеткая гравировка на флаконе или упаковке
- Не соответствующий стране-изготовителю штрихкод
- Нет данных завода-производителя
- Отсутствует регистрационный номер
- Не указан срок годности

В случае возникновения сомнений в подлинности препарата вы можете обратиться за консультацией на бесплатную горячую линию

8-800-200-2-200.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В последние годы растет заболеваемость колоректальным раком как среди мужчин, так и среди женщин. Всеми виноваты хронический стресс, сидячий образ жизни и неправильное питание. Но при своевременной диагностике этот вид рака хорошо поддается лечению.

Чаще всего рак начинается с доброкачественного разрастания, выпячивания слизистой оболочки кишечника – полипа, которое затем озлокачивается, растет, распространяется внутрь просвета кишечника и сквозь стенки – в соседние органы. Кишечные полипы являются предраковым состоянием и должны быть удалены. Их, как и раннюю диагностику опухоли, можно обнаружить при проведении колоноскопии. В США это исследование является обязательным для людей старше 50 лет. Опухоль возникает там, где клетки слизистой оболочки теряют способность к нормальной регенерации, нарушаются физиологические процессы их роста, развития и отмирания. Вероятность появления злокачественной опухоли увеличивается с возрастом, при наличии хронических

воспалительных заболеваний кишечника (язвенном колите, болезни Крона), при наследственных мутациях генов клеток кишечника (например, семейном аденоматозном полипозе).



Но существует и много факторов риска рака кишечника, касающихся образа жизни и характера питания, которые можно контролировать:

- большое количество высококалорийных жиров и легко усваиваемых углеводов в питании, большое количество копченого и вяленого красного мяса, колбас;
- мало растительных волокон в рационе;
- хронические запоры;
- лишний вес;
- курение;
- употребление алкоголя.

Из-за сочетания всех этих факторов увеличивается время прохождения

пищи по кишечнику, нарушается процесс обновления эпителия стенки кишечника, страдает функция полезной кишечной микрофлоры. Согласно исследованиям, до 45 процентов случаев рака кишечника могут быть предупреждены здоровым питанием и регулярными физическими упражнениями.

На ранних стадиях колоректального рака (когда он хорошо излечим) опухоль слишком мала, чтобы вызвать какие-либо симптомы. По мере роста опухоли появляются неспецифические симптомы болезни: слабость, хроническая усталость, потеря массы тела, дискомфорт в животе. Так как опухоль затрагивает сосуды кишечника, развивается хроническое внутреннее кровотечение, которое проявляется анемией.

Лечение колоректального рака зависит от стадии

На ранних стадиях лечение рака толстого кишечника может ограничиться хирургической операцией. Во время операции удаляют саму опухоль и окружающие ее ткани (часть стенки кишки, сосуды, лимфоузлы). Операция может быть единственным методом, достаточным для излечения. Если опухоль распространилась за пределы стенки кишки, излечения с

помощью операции добиться трудно. В таких случаях хирургическое лечение комбинируется с лучевой и/или химиотерапией. Существуют также биологические препараты для таргетной терапии колоректального рака в случаях, когда традиционное лечение неэффективно, когда есть метастазы рака в печень и другие органы. В последние годы во всем мире увеличивается число людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы – сформированного на передней брюшной стенке отверстия, выводящего пищеварительный тракт наружу. Основной причиной стомирующих операций является большой процент запущенных случаев колоректального рака. Стома не имеет замыкательного аппарата, люди не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения, поэтому вне зависимости от того, является стома постоянной или временной, самое важное для таких людей – постоянный доступ к современным техническим возможностям реабилитации, средствам ухода за стомой. Кроме того, по мнению специалистов, инвалиды со стомой нуждаются в особой социальной защите. Операция на прямой или ободочной кишке еще не всегда означает обязательное формирование стомы.

У женщин с диагнозом «рак молочной железы» после операции на молочной железе и лимфоузлах может развиваться довольно распространенное осложнение – лимфостаз: рука отекает и воспаляется из-за затрудненного оттока лимфы. О профилактике и лечении – в нашем обзоре.

После операции на молочной железе и лимфоузлах у женщин могут возникать проблемы с подвижностью руки. Руку тянет, ее нужно разрабатывать, заново учиться поднимать и напрягать. В подмышечной области может скапливаться лимфатическая жидкость (такой процесс называется «лимфорей»). Поэтому, если после операции вы чувствуете боль, распирание, жжение, необходимо обратиться к врачу. Лимфорей в большинстве случаев при должном уходе проходит через 7–10 дней.

Одно из возможных осложнений – развитие лимфатического отека руки (лимфостаз). Для его предотвращения назначают курс физических упражнений, ношение эластичного рукава, пневмомассаж.

Лимфатический отек бывает четырьмя степенями.

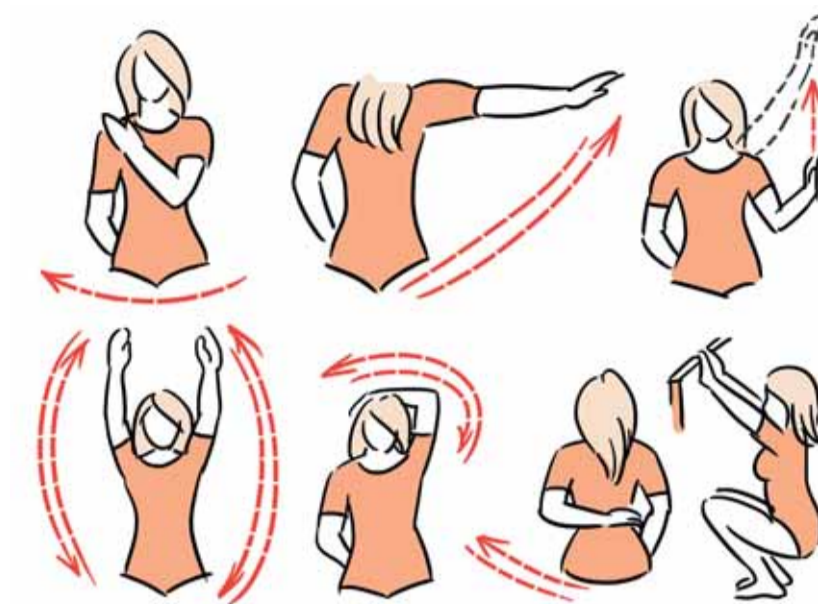
I степень. Лимфатический отек носит непостоянный характер. Кожа в зоне отека легко берется в складку. Рука отекает сверху не больше чем на четверть от всей руки. Кожа на кисти становится прохладной – на 0,5–1,0 °C ниже температуры руки.

II степень. Отек после отдыха уменьшается, но полностью не проходит. Кожа с трудом берется в складку. Отечная рука в полтора раза толще здоровой. Кожа на руке и кисти прохладная – на 0,5–1,0 °C ниже температуры тела (измеряется с помощью термометра).

III степень. Лимфатический отек плотный, постоянный. Кожу не удается взять в складку. Отечная рука толще здоровой в 2–2,5 раза.

IV степень. Наблюдаются деформация верхней конечности, ограничение подвижности, трофические нарушения. Отечная рука толще здоровой более чем в 2,5 раза.

Отек легче предотвратить, чем лечить. В профилактике отеков есть три основных момента. После операции необходимо снизить риск проникновения инфекции. Для этого любую работу, при которой можно пораниться, нужно делать в перчатках. Быть особенно аккуратной, делая маникюр, не отрывать заусенцы. Не допускать излишней физической нагрузки – не поднимать тяжести, не выполнять тяжелую работу. А также проводить регулярные занятия



лечебной физкультурой, давать руке необходимый отдых.

Если отек все-таки возник и не поддается лечению, возможно, придется сделать операцию для формирования лимфооттока. При любых признаках отека нужно сразу обратиться к врачу.

Предугадать, насколько сильно будет затруднен отток лимфы после операции, невозможно. В некоторых

случаях даже после обширной лимфаденэктомии осложнений не возникает, а в других, наоборот, даже при небольшом объеме удаленных лимфатических узлов возникает значительный лимфостаз. Поскольку восстановление оттока лимфы требует подключения коллатералей, лечение лимфостаза после мастэктомии предполагает обязательное использование таких методов физиотерапии,

как массаж и лечебная физкультура (ЛФК). Также пациенткам рекомендуется посещение бассейна и ношение компрессионного рукава для стимуляции лимфооттока. Если нет метастазирования, в комплекс лечения могут быть назначены венотоники и диуретики. Подход к устранению этого частого осложнения комплексный, проводится в достаточном количестве специализированных учреждений. Может быть рекомендована Специализированная клиника восстановительного лечения Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы (Москва, ул. Талалихина, д. 26А).

Такой лечебный подход возможен только при отсутствии признаков рецидива или прогрессирования. В первую очередь следует обратиться к лечащему врачу-онкологу для оценки состояния и, при необходимости, смены терапии. И только после проведения адекватной и эффективной специфической терапии решать вопрос о возможности реабилитации и физиолечения.

НИ ПОЕСТЬ, НИ ПОВОГОРИТЬ

Стоматит – одно из частых осложнений химиотерапии. У пациентов могут появляться язвы во рту, которые болят и сильно мешают. Чтобы избежать этого осложнения, нужно соблюдать профилактические меры. А при его появлении – обязательно обратиться к врачу.

Химиотерапевтические препараты действуют на все делящиеся клетки независимо от того, опухолевые они или нормальные. С каждым циклом химиотерапии опухолевых клеток все меньше и меньше, но быстро делящиеся нормальные клетки также страдают. Повреждение клеток слизистой оболочки рта приводит к стоматиту. Клетки эпителия отслаиваются со слизистой рта, она становится красной, отечной, образуются небольшие язвы, трещины на губах. Возможна кровоточивость десен. Повреждение слизистой сразу осложняется инфекцией. Чаще всего во рту появляется молочница – инфекция, вызванная грибами рода *Candida*. Молочница имеет характерный вид – это белые бляшки или массы творожистого вида на слизистой щек и языка, которые легко снимаются шпателем. Лечение состоит в назначении противогрибковых препаратов.

Вероятность развития стоматита зависит от вида химиотерапии (использования препаратов, повреждающих слизистые), от состояния пациента, от уровня лейкоцитов. Лейкоциты играют важную роль в защите от инфекций. Снижение лейкоцитов особенно часто приводит к стоматиту и другим инфекционным осложнениям со стороны желудочно-кишечного тракта.

Стоматит может быть большой проблемой, но важно понимать, что это только временное осложнение химиотерапии. Он исчезнет, когда завершится лечение и когда повысится уровень лейкоцитов.

Как ухаживать за полостью рта

Избежать стоматита или значительно уменьшить его проявления в ваших силах.

До начала химиотерапии желательно сходить к зубному врачу и попытаться устранить все хронические проблемы (речь идет о воспалительных очагах – гингивите, пародонтите).

Во время лечения желательно ежедневно осматривать рот на предмет покраснения,

отечности, болезненности, белых налетов, кровоточивости.

Мягко чистите зубы после каждой еды, на ночь – обязательно. Причем чистить зубы надо не меньше трех минут. Во-первых, химическим реакциям, протекающим с участием содержащихся в пасте веществ, нужно хоть какое-то время. Во-вторых, так вы действительно удалите бактериальную пленку, покрывающую зубы. Язык тоже надо мягко чистить. А использование зубной нити противопоказано, если у вас низкие тромбоциты.

Щетка должна быть с маленькой головкой и мягкой щетиной. Щетки различаются по жесткости щетины. На вашей должно быть написано soft («мягкая»). Medium и firm не подходят. Лучше всего – детская щетка, электрические щетки с мягкой щетиной.

Паста должна содержать фториды и диоксид кремния. Диоксид кремния – абразивное вещество, являющееся основным компонентом пасты. Многие пасты сделаны на основе более грубых абразивов (карбонат кальция, мел). Они не подходят. Желательно, чтобы паста содержала антисептический препарат. Пасты, содержащие лауриловый сульфат натрия, могут быть опасны: есть данные, что это вещество само по себе может вызывать стоматит. Как бы там ни было, лучше перестраховаться и их не использовать. Так что, покупая пасту, придется изучать ее состав.

Если чистить зубы больно – активно полощите рот. Чайная ложка соды на стакан воды – прекрасно. Посоветуйтесь с доктором. Сейчас существует большое количество жидких средств по уходу за полостью рта. Они подразделяются на эликсиры, бальзамы и ополаскиватели. Эликсиры и бальзамы – это водно-спиртовые растворы. Ополаскиватели, как правило, не содержат спирта или содержат его в небольшом количестве. Вам подойдут ополаскиватели, содержащие антисептическое вещество хлоргексидин



(раствор хлоргексидина, элюдрил, перидекс, корсодил). Обычно ими ополаскивают рот 2–3 раза в день, после еды. Длительное использование приводит к потемнению зубов. Когда вы закончите пользоваться ополаскивателем, цвет зубов восстановится.

Смазывайте губы вазелином, гигиенической губной помадой.

Развитию стоматита способствуют крепкие спиртные напитки, курение, острые соусы, уксус, чеснок, лук и соленые продукты. Не пейте и не ешьте этого.

Увлажняйте рот. Носите, например, бутылку воды с собой. Не ешьте всухомятку. Неострые соусы, подливки – то, что вам надо. Выпивать нужно по меньшей мере 1,5 литра жидкости в день – воды, чая, некрепкого кофе, соков (например, яблочного). Не рекомендуются кислые соки – апельсиновый, грейпфрутовый, лимонный. Теплые травяные чаи – хорошо. Чтобы рот был свежим, можно есть кусочки ананаса в соку, ягоды.

Что делать, если стоматит все-таки появился

Нужен врач. Даже если вы хотите полоскать рот растительными препаратами, посоветуйтесь с врачом. Врач может назначить антибиотик, противогрибковый или противовирусный препарат. Также для лечения стоматита используются:

– **растительные препараты:** шалфей, зверобой, календула, ромашка, кора дуба;

– **ополаскиватели с хлоргексидином:** раствор хлоргексидина, элюдрил, перидекс, корсодил;

– **препараты с биклотимолом:** гекса-спрей, гексализ;

– **комбинированные препараты,** содержащие анестетики и хлоргексидин (хлоргексидин + тетракаин, антиангин, гексорал табс);

– **тантум-верде (бензидамин)** – нестероидный противовоспалительный препарат;

– **капосол** (солевой гипернатрированный раствор).

Для борьбы с болью можно полоскать рот анестетиками (лидокаин, бензокаин, тримекаин).

Некоторые пациенты полощут рот раствором аспирина и говорят, что весьма эффективно. Его нельзя глотать, это опасно, особенно если температура тела высокая. Аспирин может привести к критическому падению температуры. Очень часто единственным признаком того, что антибиотик сработал, является снижение температуры. Если вы применяете аспирин и другие жаропонижающие средства, вы не позволяете доктору оценить эффект антибиотика. Кроме того, аспирин категорически противопоказан при низких тромбоцитах. Обязательно сообщите доктору, если вы собираетесь принять аспирин.

ВЫЛЕЧИТЬ РАК И СТАТЬ РОДИТЕЛЯМИ

У врачей нет единодушного мнения о том, насколько рискованна беременность после лечения рака. Одни онкологи считают, что беременность после рака должна быть категорически запрещена. Другие говорят, что каждый случай индивидуален. Все зависит от того, какая опухоль была, насколько агрессивна, какая была терапия, как долго длится ремиссия. В любом случае сначала нужно пройти лечение в полном объеме, затем период реабилитации. На это может потребоваться и три года, и пять лет, и более.

Онколог Ольга Мельникова из Петербурга знает счастливые истории женщин, которые, победив рак, становились мамами. Но чаще в своей практике она сталкивается с тем, что беременность провоцирует рецидив болезни, даже если был долгий период ремиссии: «Женщинам с раком молочной железы мы разрешаем беременность, только если есть длительный период ремиссии. Если только что закончилось лечение, а пациентка хочет забеременеть, это не очень оправданно, потому что велики риски порока плода и риски прогрессирования. Сейчас защищено немало диссертаций, в которых говорится, что беременность не увеличивает риск возвращения болезни при длительной ремиссии. Но в моей практике больше отрицательных историй женщин с РМЖ. У меня была пациентка, у которой после лечения прошло пять лет, все было хорошо, а беременность «замерла». После этого через три месяца пошли метастазы».

При раке матки и яичников молодым пациенткам часто удаляют пораженный опухолью орган. Заведующий онкогинекологическим отделением Центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Владимир Носов делает органосохраняющие операции, оставляя женщинам возможность забеременеть. 32-летней бездетной пациентке Носов удалил только шейку матки с окружающими тканями и лимфоузлами. Если все будет нормально, через полгода женщина сможет забеременеть. В США несколько таких пациенток Владимира Носова уже стали мамами. Бывает, что матку сохранить невозможно, да и после операции требуется лучевая терапия. Тогда онкогинекологи борются за яичники, поднимают их выше, в брюшную полость, чтобы они не попали в зону об-

Все больше молодых мужчин и женщин заболевают раком. Для многих из них важным становится вопрос, смогут ли они иметь детей после лечения рака, ведь химиотерапия негативно воздействует на женские яичники, а у мужчин – на подвижность сперматозоидов. У женщин беременность в некоторых случаях может спровоцировать рецидив заболевания. Но есть и безопасные способы стать родителями.

лучения. В этом случае зачать ребенка самостоятельно женщина не сможет. Но у нее могут взять яйцеклетку, оплодотворить спермой мужа и подсадить суррогатной матери, чтобы она выносила ребенка.

Антон Б., который борется с лимфомой Ходжкина, советуется всем мужчинам сдать сперму в хранилище. «Еще до начала химиотерапии я этим вопросом озабочился. Спросил врача-онколога о том, какие клиники в Москве могут провести криоконсервацию. И далее я в такую клинику, точнее центр РАМН, поехал, за полдня сделал там все нужные анализы и сдал материал. То, что химиотерапия наносит удар по репродуктивной функции, практически все знают... Другой вопрос, что не все, только что узнав о том, что у них рак и переживая его последствия, всерьез оценивают важность действий по консервации семени».

Собранную для заморозки сперму проверяют. Она проходит пробную заморозку и разморозку. Если показатели хорошие, ее помещают в контейнер. Сбор яйцеклеток для заморозки – процесс длительный и более сложный, нежели спермы. Женщине, если у нее опухоль, не затрагивающая репродуктивную систему, проводят гормональную стимуляцию яичников, чтобы в них созрели яйцеклетки. После этого производится пункция яйцеклеток, отбор жизнеспособных. Их обрабатывают и удаляют лишнюю жидкость, затем помещают в специ-



альный контейнер и замораживают с помощью жидкого азота. После лечения яйцеклетки подсаживают в брюшную полость.

Стать родителями можно и через усыновление. Юрист Лариса Зверева сообщила, что с 2013 года лицам с онкозаболеваниями разрешили усыновлять детей, но с некоторыми ограничениями. «Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, утвержден Постановлением Правительства РФ от 14 февраля 2013 года № 117. В частности, препятствием к усыновлению являются злокачественные новообразования любой локализации III и IV стадий, а также злокачественные новообразования любой локализации I и II стадий до проведения радикального лечения, заболевания и травмы, приведшие к инвалидности I группы. Лица, желающие усыновить ребенка, должны пройти медицинское освидетельствование. Кандидатам выдается на руки медицинское заключение о состоянии их здоровья по утвержденной форме № 164/у-96», – пояснила юрист.

ЗДРАВСТВУЙ, СЕСТРА!

Фонд «Бристол-Майерс Сквибб» в рамках программы Bridging Cancer Care выделил около 500 тысяч долларов на гранты двум российским проектам, которые нацелены на повышение квалификации медсестер и соответственно качества сестринского ухода в онкологии.

Проекты российские, но запускаются в партнерстве с американскими некоммерческими образовательными организациями. Речь идет о создании Центра передовых компетенций в онкологической медсестринской практике в Саратовской и Московской областях (Балаковский медицинский колледж вместе с World Services of LaCrosse (США) и проекта «Научно обоснованный сестринский уход в онкологии: помощь пациентам и членам их семей» (Ассоциация медицинских сестер России вместе с Университетом Вашингтона). Реализация обоих проектов займет два года.

Медицинские сестры – самая многочисленная часть кадровых ресурсов в системе здравоохранения. Но их роли и оценке вклада сестринского ухода не уделяется должного внимания. Например, в США медсестра – это человек, который знает о больном и его семье все – диагноз, план лечения, особенности аппетита и питания, условия проживания дома, а не только исполняет назначения врача. «К сожалению, в нашей стране отсутствует специальность «онкологическая медицинская сестра», хотя уход за онкологическими пациентами требует специальных знаний и навыков. Важно, чтобы и

сами медицинские сестры понимали свою роль в обеспечении благоприятных исходов лечения онкологических пациентов», – уверен профессор Борис Афанасьев, директор Института детской гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой.

Давно назрела потребность в повышении роли и функционала медицинской сестры как высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого уровня оказания медицинской помощи. Учитывая специфику онкологических пациентов, потребность в

специализации медицинских сестер в этой сфере растет. Требуется получение специальных знаний и навыков при проведении химио- и лучевой терапии, при паллиативном лечении, в вопросах реабилитации, оказания психотерапевтической поддержки пациентам и членам их семей.

В программе «Здравоохранение-2020» уже сформулирована переориентация на первичную медико-санитарную помощь, предполагающая раннюю диагностику и профилактику заболеваний. В этом контексте медицинские сестры могут сыграть особо важную роль в формировании медицинской активности населения, в санитарном просвещении, в организации образовательных программ, в повышении мотивации пациентов к переходу от теоретического знания профилактики к ее практическому применению.

Этому посвящен проект, который поддержал фонд «Бристол-Майерс

Сквибб» по созданию Центра передовых компетенций в медсестринской практике в онкологии, который сначала будет работать на базе Балаковского медицинского колледжа в Саратовской области, а потом разовьется уже в Подмоскovie, в Раменском медицинском колледже № 2. В основу положены результаты проекта «Привлечение медсестринского персонала к профилактическим и образовательным мероприятиям в сфере онкологии», который в 2010–2011 годах был реализован в Балакове. Он был успешен, и стало очевидно, что грамотная работа медсестер способствует раннему выявлению опасных заболеваний. Так, рак молочной железы, прямой и толстой кишки стали чаще выявлять на 1–2-й стадиях, в то время как в России из-за крайне низкой информированности населения и проблем с диагностикой онкологические заболевания чаще всего выявляются на 3–4-й стадиях. По данным Минздрава, более чем в 40 процентах случаев.

Второй проект – «Научно обоснованный сестринский уход в онкологии: помощь пациентам и членам их семей» – основан на результатах одноименной программы, которая была реализована в 2011–2012 годах Башкирским государственным медицинским университетом и Университетом Вашингтона. Тогда были разработаны образовательные модули по использованию методов научно обоснованного сестринского ухода. А образовательная программа как раз была посвящена конкретным рекомендациям по уходу за пациентами: улучшению качества их жизни,

повышению способности контролировать симптомы заболевания, помощи в снижении уровня стресса и депрессии, нормализации сна. Новый проект будет развивать это направление. Ассоциация медицинских сестер России и Университет Вашингтона проведут, в частности, несколько образовательных мероприятий в Санкт-Петербурге уже в этом году.

«Снижение уровня смертности и улучшение качества жизни онкологических пациентов входят в список приоритетных задач здравоохранения во всем мире, в том числе и в России. «Бристол-Майерс Сквибб» видит свою роль во всеобъемлющей помощи онкологическим больным – от создания и вывода на рынок инновационных лекарственных препаратов до повышения эффективности мер систем здравоохранения, направленных на борьбу с онкологическими заболеваниями», – говорит Крис Стайнен, генеральный директор компании «Бристол-Майерс Сквибб» в России. Программу Bridging Cancer Care фонд ведет уже с 2007 года, выдавая гранты некоммерческим проектам в странах Центральной и Восточной Европы – Венгрии, Польше, России, Румынии, Чехии, как в регионах с высоким уровнем распространенности онкологических заболеваний. В России от рака умирают 14,3 процента людей, а онкология занимает второе место в списке причин смертности, первое по-прежнему за сердечно-сосудистыми заболеваниями. В России фонд «Бристол-Майерс Сквибб» работает с 2009 года, выдав уже девять грантов на общую сумму около 1,5 миллиона долларов.



Малоподвижный образ жизни и лишний вес могут спровоцировать развитие онкологических заболеваний. Чаще всего эти факторы становятся спусковым механизмом для развития колоректального рака, рака молочной железы, рака легких и рака эндометрия.

Исследования показывают, что физическая активность помогает уменьшить риск заболевания раком. Регулярная мышечная нагрузка – любая, будь то физический труд, домашние дела, спорт, фитнес или активный отдых, – помогает поддерживать здоровый баланс между количеством употребляемых с пищей калорий и энергозатратами, а значит, влияет на все уровни обмена веществ (не только жиров) во многих тканях организма.

Доказано, что гиподинамия (малоподвижность) является фактором риска не только некоторых видов рака, но и других хронических заболеваний (сахарного диабета, ишемической болезни сердца).

Риск развития злокачественных опухолей снижается посредством косвенного влияния физических упражнений на разные показатели здоровья. В первую очередь это масса тела. Но также физическая активность регулирует уровень половых гормонов, чувствительность клеток к инсулину, течение воспалительных процессов, многие показатели системы иммунитета.

При ожирении существенно перестраиваются химические пути обмена веществ в тканях организма, изменяется кислотность среды, образуются побочные продукты реакций, нарушается дыхание клеток. Все эти эффекты в итоге влияют на рост и развитие клеток, провоцируют атипичный рост (опухоли).

Кроме того, мышечная активность влияет на уровень половых гормонов в крови, чувствительность клеток к инсулину, течение воспалительных процессов, многие показатели системы иммунитета, поэтому возможно влияние на рост гормональных опухолей, подавление противоопухолевого звена иммунитета.

По мнению научного сообщества, малоподвижный образ жизни чрезвычайно опасен для людей всех возрастов. Особенно это касается людей, которые проводят рабочее время в однообразной позе, сидя за столом, а также автомобилистов. Важно как можно меньше сидеть и лежать, ограничить отдых и развлечения у экранов телевизоров и компьютеров, по возможности не пользоваться транспортом.

Американское Общество рака рекомендует находить как минимум 2,5 часа для интенсивных физических нагрузок в неделю (сразу в один день или равномерно распределить в течение недели). Из-за роста числа молодых людей с повышенной массой тела и ожирением, а также «помолодения» многих форм рака американские врачи обращают внимание и на физическую активность детей: они должны больше играть в под-

вижные, спортивные игры, испытывать интенсивные мышечные нагрузки хотя бы по 1 часу 3 дня в неделю.

Исследования обнаружили, что предрасположенность к некоторым конкретным видам рака особенно зависит от физической активности.

Колоректальный рак. Согласно статистике Национального института рака США, у людей, регулярно занимающихся физическими упражнениями, риск заболеть раком кишечника на 40–50 процентов ниже по сравнению с теми, чьи физические нагрузки нерегулярны. Это объясняется положительным влиянием физических нагрузок на перистальтику кишечника и его регулярное опорожнение. При малоподвижном образе жизни часты запоры, из-за которых стенка кишечника страдает от растяжения и от накопления токсических веществ.

Рак груди. Исследования показали, что у женщин, уделяющих более 3 часов в неделю физическим упражнениям, рак груди развивается на 30 процентов реже, чем у тех, кто менее

физически активен. Эти цифры справедливы в равной мере для всех женщин независимо от того, имеют ли они отягощенную наследственность по раку груди или нет.

Ученые подчеркивают, что женщины после менопаузы особенно должны обратить внимание на свое здоровье и повысить физическую активность.

Механизм профилактического действия физических упражнений на рак груди связан с влиянием на чувствительность клеток молочных желез к инсулину и инсулиноподобному фактору роста.

Рак эндометрия. Некоторые исследователи получили результат: снижение риска рака эндометрия на 46 процентов среди физически активных женщин. Такой результат объясняется тем, что физические нагрузки уменьшают степень ожирения и снижают уровень эстрогена в крови, а оба этих показателя являются факторами риска эндометриального рака.

Рак легких. Обнаружив, что у физически активных людей реже развивается рак легких, ученые предположили, что среди спортсменов гораздо меньше курильщиков, лишний раз подтвердив роль курения в развитии рака легких. Кроме того, регулярные физические упражнения снижают риск развития хронических воспалительных заболеваний органов дыхания.



КАНЦЕРОГЕНЫ КОРМЯТ РАК

Что такое канцерогены? Есть ли продукты, вызывающие рак? Существуют ли противораковые диеты? Мировая наука ищет ответы на подобные вопросы уже больше сотни лет и пришла к выводу, что питание и онкологические заболевания определенно связаны. Но как именно, ученым лишь предстоит выяснить.

Неправильное питание занимает первое место среди основных причин, формирующих заболеваемость раком, – до 35 процентов случаев, даже больше, чем курение (32 процента случаев). Такую статистику в интервью РИА «Новости» в начале этого года привел директор Московского научно-исследовательского онкологического института имени Герцена профессор Андрей Каприн. Эпидемиологические исследования, которые проводятся по всему миру, приводят ученых к выводам о связи онкологических заболеваний и ожирения. Особенно тесно с вопросами питания связано развитие рака молочной железы, рака кишечника, рака мочевого пузыря.

Наиболее масштабные исследования взаимосвязи питания и онкозаболеваний проводятся в США и Европе. Национальная академия наук США еще в 1983 году

заклЮчила, что курение табака и диета находятся в наиболее тесной взаимосвязи с заболеваемостью раком. В Европе в 1993 году начался отбор добровольцев для участия в Европейском проспективном исследовании рака и питания (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition, EPIC), которое проводится до сих пор. Координатор исследования – Международное агентство по изучению рака, часть Всемирной организации здравоохранения со штаб-квартирой во французском Лионе. Исследования и эксперименты EPIC проводятся в 23 научных центрах 10 европейских стран. В британском Оксфорде в рамках этой программы удалось провести исследование с участием 27 тысяч веганов и вегетарианцев – крупнейшее в своем роде.

Доказано существование канцерогенов – веществ и излучений, повышающих вероятность

возникновения онкозаболеваний. Опасными с этой точки зрения являются нитраты, которые могут попасть в организм с парниковыми овощами, переудобренными азотом, или полициклические ароматические углеводороды – они могут образовываться при перекаливании растительного масла во время жарки пищи. Доказана в ходе экспериментальных исследований на животных канцерогенность некоторых пищевых добавок, в частности красителей E123 (амарант) и E121 (цитрусовый красный 2), их использование запрещено во многих странах, в том числе в России.

Ученые – участники EPIC пришли к выводу о связи нескольких видов рака с ожирением, выяснили, что потребление в пищу жиров повышает риск возникновения рака груди. Установили, что высокое содержание в рационе флавоноидов (они есть в луке, зеленом чае,

темном шоколаде) способствует снижению риска возникновения рака желудка, но только у женщин, на мужчин такая взаимосвязь не распространяется. Согласно опубликованному в марте 2013 года исследованию, регулярное употребление в пищу обработанного мяса (сосисок, колбасы, бекона) повышает риск не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и развития рака.

«Как проводятся эпидемиологические исследования? Рассмотрим абстрактный пример: возьмем группу более высоких и более низких людей и исследуем какой-то признак или заболевание, которое встречается в одной и другой группе. Находим различия и делаем вывод о связи с ростом. Возможно, при этом существует другая причина, которая вызывает одновременно и ускорение роста, и увеличение заболеваемости. Так и с исследованиями питания и рака. Совершенно точно доказана связь ожирения и многих видов рака, но почему так происходит, никто не знает. Ведь конкретные причины рака до сих пор неизвестны», – говорит доктор медицинских наук, эндокринолог

НИИ нейрохирургии имени Бурденко Надежда Мазеркина.

«Важно помнить: когда у человека рак уже есть, никакая диета и никакое питание не повлияют на течение его болезни. На течение болезни повлияет правильное лечение», – подчеркивает врач.

Эффект здорового питания и активного образа жизни, производимый на ее продолжительность и качество, доказан, считают ученые – участники исследования EPIC. Так, установлено, что двигательная активность, в том числе связанная с высокими нагрузками (спорт), снижает ломкость костей. Увеличение доли фруктов и овощей в рационе уменьшает риск ранней смерти. А если воздерживаться от курения и контролировать употребление алкоголя, не забывать о физической активности и есть по меньшей мере пять овощей и фруктов в день, можно увеличить продолжительность жизни в среднем на 14 лет. К такому выводу в 2008 году пришла группа ученых в Норфолке (Великобритания). В исследовании приняли участие более 20 тысяч человек в возрасте от 40 до 79 лет.

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 юрисконсультом и ведущим юрисконсультом в ГОУВПО «Ульяновский государственный технический университет».

С 2006 по 2007 год работала юрисконсультом 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. Смуглевича), острых психозов (под руководством профессора Г.П. Пантелеевой), последние девять лет (под руководством профессора В.А. Концегова) – 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.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Мне 30 лет. Поставили диагноз «рак яичников I стадии». Метастазов нет, рак не распространен. Врач говорит, что постарается сохранить второй яичник, чтобы я смогла забеременеть. Детей у меня нет, как раз начинали их планировать, и я пошла на обследование, где нашли опухоль. Каковы мои шансы выносить здорового малыша после лечения? И есть ли они, если мне все же оба яичника удалят? ЭКО, например? Очень хочу жить и стать мамой!

Ирина, Москва

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ:

– Уважаемая Ирина, вообще, вам показана операция в объеме экстирпации матки с придатками, удаление большого сальника и биопсия лимфоузлов для хирургического стадирования. В этом случае беременность не предполагается. То, что предлагается вам, иногда выполняется в виде исключения, когда пациентка категорически настроена на сохранении детородной функции при высокодифференцированной опухоли и тщательном наблюдении после операции.

Удачи.

ВОПРОС ЮРИСТУ

Во время операции мне удалили одну грудь. Это было год назад. Лечение прошло успешно, и у меня ремиссия. Врач говорит, что я могу уже планировать пластику по восстановлению груди. А могу ли я сделать ее бесплатно? Есть ли такие квоты?

Маргарита, Ростов-на-Дону

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА:

– Перечень бесплатных услуг в условиях специализированного стационара содержится в стандарте лечения. При злокачественном новообразовании молочной железы перечень бесплатных медицинских услуг и методов лечения содержится в стандарте специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы 0, I, II, IIIA стадии (хирургическое лечение, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 года № 645н).

В стандарт входит резекция молочной железы с пластикой различными вариантами кожно-мышечных лоскутов, резекция молочной железы с маммопластикой и эндопротезированием. Согласно стандарту при указанных стадиях провести данную операцию можно было в комбинации с оперативным лечением. Поэтому бесплатно операцию по пластике груди не проведут.

То же самое касается и специализированной высокотехнологической медицинской помощи, оказываемой по квотам за счет средств федерального бюджета.

В виде самостоятельной услуги маммопластика (эндопротезирование) также не входит в перечень видов высокотехнологической помощи.



Ирина Морковкина



Сергей Стефанков

гичной медицинской помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 года № 916н.

ВОПРОС ПСИХОЛОГУ

Отцу 80 лет. У него рак легких, есть метастазы. Прогноз, я так понимаю, не очень хороший. Есть мама, ей 82 года. Они очень любят друг друга, она от отца очень зависит. Отец на обследовании в больнице, мама о диагнозе пока не знает. Я в ужасе: что с ней будет? Как ей сказать? Или не говорить? Что вообще делать, если мы не сможем помочь отцу и он уйдет?

Владимир, Москва

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА:

– Уважаемый Владимир. Грань этичности здесь очень тонкая. Тем не менее... Сама мама спрашивала о диагнозе, интересовалась диагнозом, высказывала свои предположения (пожилые люди ведь мудрые)? Насколько она в своем возрасте «сохранна», т.е. адекватно реагирует, отвечает за свои поступки, рассуждает здраво? Если выраженных возрастных изменений нет, зачем скрывать, если она желает знать диагноз самого близкого человека, да и кто дал нам право скрывать? А на последний вопрос, что вообще делать, если отец уйдет, – ответ один: жить дальше, хранить добрую память. Престарелой же маме ой как понадобятся ваша любовь, утешение и уход.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

Я хочу отправить маму на лечение в Израиль. Но наши врачи меня пугают, что, если деньги кончатся (а это возможно), мы вернемся долечиваться в Россию, а тут у нас другие стандарты. Наши врачи не захотят разбираться, как ее там лечили, и вообще иностранных языков не знают и медкарту прочесть не смогут.

Я хочу узнать, как на практике бывает в таких случаях и как это должно быть по закону?

Ярослав, Санкт-Петербург

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ:

– Уважаемый Ярослав, в зависимости от вида заболевания стандарты могут быть одинаковыми, могут быть разными. Какой бы объем лечения ни был проведен, вы получаете выписной эпикриз, где чаще всего все обследование и лечение расписано более подробно, чем у нас, в России, и даны рекомендации по дальнейшей терапии. Перевод делается в иностранной клинике принимающей стороной, также его можно сделать в России. Стоимость перевода разная, в среднем от 50 до 100 долларов. Так что понять, что делали, почему именно так и что недоделали (по причине недостатка финансов), для специалиста НЕ является проблемой. Мы можем согласиться с тем, что сделано, или не согласиться, но НЕ ПОНЯТЬ – невозможно. Если стандарты лечения одинаковые, продолжается

лечение по предложенной схеме. Если стандарты лечения разные, почти всегда можно подобрать какой-нибудь альтернативный вариант.

Удачи.

Отвечает Лариса ЗВЕРЕВА:

— Ваша мама имеет право получать медицинскую помощь на территории Российской Федерации или за ее пределами. В Российской Федерации бесплатная медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами лечения, принятыми Минздравом Российской Федерации. За границей свои стандарты лечения. В России и за границей указанные методы лечения могут отличаться. Но в большинстве случаев лечение онкологических заболеваний предполагает комплексное лечение в виде операции, химиотерапевтического и радиологического лечения. Безусловно, за рубежом есть и новейшее оборудование, и опытные специалисты, и эффективные лекарства, поэтому российские граждане, имеющие возможность оплатить лечение за рубежом, выбирают иностранные клиники. Если, как говорите, денег не хватает, то курс противоопухолевого лечения придется продолжить в России, в территориальном онкодиспансере по месту жительства.

Выданные вашей маме при выписке рекомендации из иностранной клиники для российских онкологов обязательными являться не будут, так как согласно статьям 48, 70 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» тактику медицинского обследования и выбор методики дальнейшего лечения определяет консилиум врачей-онкологов территориального онкодиспансера. При этом лечащий врач-онколог будет нести ответственность за организацию обследования и итоги лечения пациента. Это не означает, что не нужно рассматривать варианты лечения за границей, право выбора места лечения остается за пациентом. Когда в Израиле мама будет заключать договор об оказании медицинских услуг с объемом планируемого лечения, при переговорах с врачом из клиники Израиля следует уточнить, на какой объем лечения (операция, химиотерапия, радиология) там может хватить денег, а какое лечение придется продолжить в России. Также попросите сделать официальный перевод на русский язык медицинской документации, который будет содержать информацию об объеме проведенного лечения.

ВОПРОС ПСИХОЛОГУ

Здравствуйте. Меня зовут Нина. У меня РМЖ, в понедельник операция. Месяц назад поставили диагноз, но никак не могу собраться с духом. Все время, что не занята, реву. Накрывает по полной. Маму жалко до ужаса, что ей такое придется пережить. Понимаю, что нельзя сдаваться, что с таким настроением мне не победить, но ничего не могу поделать. С психологом занималась — результата нет. Читала записки общества про страхи, тоже не помогло. Что мне делать?

Нина

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА:

— Уважаемая Нина, уверена, что доктор вам сказал: чем быстрее начать лечение, тем лучше. Поэтому ответ один: как можно быстрее начать лечение. И вы уже не сдаётесь, сделали первый шаг — решились на операцию, поверили своему врачу. И впредь следуйте только его рекомендациям. После операции будет ясно, какие следующие шаги предпринимать, включая реабилитационные, т.е. восстановительные, мероприятия. А победить предстоит саму себя (с болезнью разберется лечащий доктор)



Лали Бабичева

в стремлении к лучшему качеству жизни. Что касается страхов, недостаточно только чтения о них — необходимо разобраться в собственных тревожных опасениях, прежде всего путем получения более полной информации о своем заболевании, последующей терапии, прогнозе. Эту информацию вам предоставит лечащий врач или вы найдете ответы на многие вопросы о своей болезни в Школе пациента, заглянув на сайт rakpobedim.ru. И в этом вопросе также обязательно поможет профессиональный онкопсихолог. Если же последний посчитает, что, несмотря на предпринятые меры, у вас будет оставаться явно пониженный фон настроения, он может посоветовать дополнительное медикаментозное лечение у психиатра. Удачи вам и успеха.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Я так понимаю, что есть определенные рекомендации по сопровождению пациента после терапии, как, например, регулярные проверки УЗИ, МРТ, КТ, рентген, сцинтиграфия, онкомаркеры. По моим наблюдениям, рекомендации не только отличаются от страны к стране, но и зависят от личных взглядов врача на проведение лечения, поэтому я для себя не могу найти общий знаменатель.

Наталья

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА:

— Действительно, общего перечня обследований при наблюдении за онкологическим пациентом не существует, и это совершенно оправданный факт. Подход к выбору обследования должен быть строго индивидуальным и зависит от множества факторов. Во-первых, это морфологический вариант опухоли и ее распространенность. Различные опухоли имеют различные пути метастазирования, и спектр обследования должен в первую очередь быть направлен на выявление наиболее вероятных зон поражения при данной опухоли. То есть при наиболее частом метастазировании в кости наиболее целесообразным мониторингом будет сцинтиграфия, при поражении легких — рентген или компьютерная томография грудной клетки и т.д. Во-вторых, очень важным фактом является использование того или иного метода исследования в процессе лечения. Например, если ранее выполнялась магнитно-резонансная томография, то контроль должен осуществляться тем же методом, компьютерная томография может сравниваться только с компьютерной томографией, а некоторые новообразования (например, поражение лимфатических узлов при лимфопролиферативных заболеваниях) достаточно хорошо визуализируются при ультразвуковом исследовании, к которому достаточно часто прибегают для наблюдения за этими пациентами. Одним из новых и дорогостоящих методов обследования является позитронно-эмиссионная томография. При использовании этого метода должны учитываться как минимум два условия: наличие ПЭТ-позитивной опухоли и использование этого метода в дебюте заболевания и по окончании лечения для контроля за опухолевым процессом. Что касается онкомаркеров, то и для этого метода обследования существует ряд условий. Во-первых, повышение уровня специфических онкомаркеров характерно далеко не для всех опухолей. Существует ряд специфических онкомаркеров (например, ПСА; СА19,9; СА125, РЭА, ХГ и т.д.), уровень которых рекомендуется контролировать в процессе наблюдения за пациентом, но только в тех ситуациях, когда анализ уже проводился до начала и в процессе лечения и повышение уровня специфического онкомаркера было зафиксировано хотя бы на одном из этапов развития заболевания. Факт повышения уровня маркера в период наблюдения за пациентом ни в коем случае не является поводом для возобновления лечения, а требует проведения более детального обследования, включающего все необходимые лабораторные и инструментальные методы.

Таким образом, выбор объема и спектра исследований является строго индивидуальным и зависит от множества факторов как со стороны характеристик самой опухоли, использования ранее методик обследования в каждом конкретном случае, так и от возможностей лечебного учреждения, в котором пациент наблюдается.

ВОПРОС ЮРИСТУ

Почему пациентам с диагнозом «рак» не назначают остеосцинтиграфию, МРТ, МСКТ бесплатно? Почему предлагают все эти обследования проходить за свой счет?

Мария

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА:

— Сцинтиграфия, МРТ- и КТ-исследования — это дорогостоящие процедуры, в некоторых регионах они считаются даже высокотехнологичными исследованиями. Для подобных ис-



Лариса Зверева

следований существует система квот, в рамках которых и осуществляется направление на исследование с предварительной записью. Но по медицинским показаниям пациент имеет право на их бесплатное проведение по назначению лечащего врача.

Обязанностью лечащего врача является оказание пациенту качественной медицинской помощи. Врач обязан установить диагноз, организовать своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента (статья 70 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи (статья 37 Основ). Врач должен назначить методы обследования пациента в пределах стандарта лечения по заболеванию пациента, а МРТ, сцинтиграфия и КТ входят во многие стандарты при злокачественных новообразованиях, хоть стандарты и стационарные. Если врач назначает какое-либо стандартное исследование, в том числе одно из вышеуказанных, значит, для этого есть медицинские показания. А раз так, он обязан выдать направление на диагностику и указать конкретное ЛПУ, где пациент сможет это обследование пройти бесплатно в плановом порядке по полису ОМС.

Медицинскими показаниями могут быть подозрение на прогрессирование опухолевого процесса, жалобы пациента на длительные боли в определенной области и др.

Обычно такие дорогостоящие виды исследований не назначаются сразу, а им предшествуют другие предварительные исследования, позволяющие уточнить диагноз (рентгенография, УЗИ и др.). Затем, если эти исследования ничего не показали, а жалобы у пациента сохраняются, то назначают более информативные — сцинтиграфию, МРТ, КТ. Право выбора того или иного исследования принадлежит лечащему врачу. Для пациента исследования будут бесплатны по полису ОМС лишь при условии выдачи врачом письменного направления на такое исследование. Правда, на ОСТ, МРТ, КТ и др. исследования по территориальной программе госгарантий устанавливается очередность. Сроки ожидания медицинской помощи для проведения назначенных плановых диагностических исследований устанавливаются Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2014 год. Вместе с тем в программе госгарантий может быть указано, что по экстренным показаниям диагностика оказывается с момента обращения гражданина вне очереди. Срок ожидания исследований вы также можете узнать из самой программы, вывешенной на информационных стендах любого ЛПУ или позвонив по телефону в свою страховую компанию.

Платными исследования могут быть лишь в том случае, если пациент сам решил их пройти без медицинских показаний к проведению.

Если врач считает, что пациенту по медицинским показаниям нужно пройти ОСТ, МРТ или КТ, но не выдает направление на бесплатное исследование, следует позвонить в свою страховую компанию или ТФОМС, специалисты которых окажут вам необходимую помощь. Также с вопросом о возможности пройти указанные виды исследования по полису ОМС при наличии медицинских показаний следует обратиться в минздрав области.

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: ravnoepravo.ru/konsultacii

НЕИЗВЕСТНОСТЬ ПУГАЕТ ДЕТЕЙ

Часто взрослые, пытаясь уберечь детей или не зная, как с ними объясниться, не рассказывают о болезни родственников. Детский психолог Анжела Парамонова рассказывает, что дети все чувствуют и очень пугаются, если от них что-то скрывают.



УЛЫБНИТЕСЬ

Перед операцией:

– Доктор, вы лично будете меня оперировать?
– Да. Люблю, знаете ли, хотя бы раз в году проверить, помню ли я еще что-нибудь...

Врач – пациенту:

– Ваши часы сочтены! Завтра вы идете на работу!

Знаете ли вы, что болезнь – это состояние организма, когда не хочется есть даже то, что запретил врач?

– Вообще-то я курю только на радостях, доктор...

– Ну, две-три сигареты в год – это не страшно для здоровья.

Иисус Христос решил спуститься на Землю и проверить, как дела у терапевтов.

Ведет он прием, и к нему заходит согбенная старушка – сто хворей на сантиметр квадратный. Рентгеновским взором просматривает Христос ее насквозь, выправляет ей все болячки. Бабка выпрямилась, помолодела.

– Иди с богом, не хвораи.

За дверью с нетерпением ждет группа поддержки:

– Ну как новенький?

– Да такой же, как все, – даже давление не померял.

– Доктор, сколько можно прожить без мозга?

– А сколько вам лет?

Мендель заходит к своему соседу, врачу-хирургу. Поговорили, выпили по рюмочке, закусили. Когда гость стал прощаться, хозяин сказал:

– Передавайте привет супруге.

Кстати, как ее здоровье?

– Боже мой! Я ведь за этим сюда и пришел. Она упала с лестницы и лежит там внизу без сознания...

Наконец-то врачи нашли метод исцеления от патологического пофизгизма. Единственная проблема: график лечения очень строгий, а пациентам это по фигу.

Взрослые болеют. У родителей возникает множество вопросов: надо ли об этом говорить с ребенком? что сказать, когда взрослому нужно часто отлучаться из дома на различные медицинские процедуры и ребенка оставляют с родственниками, нянями и знакомыми? как сказать ребенку, чтобы ему было понятно и не травмировало его? что со всем этим делать детям?

Ребенок находится внутри ситуации и тоже, как и все взрослые люди, «знает», что в доме что-то не так, как обычно. Он видит хмурые лица взрослых, слышит обрывки разговоров. Но ему непонятна ситуация в целом. В его развивающемся мозгу происходит разворачивание целого ряда устрашающих сюжетов, парадоксальность которых порой удивляет взрослого. Либо эти сюжеты объединены в целый спектр странных с позиции взрослого суждений и вещей. Чем дольше протекает ситуация (а для лечения многих болезней нужно длительное время – месяцы и годы), тем сильнее депрессивный фон, в котором приходится развиваться ребенку.

Некоторым взрослым кажется, что его малыш (любого возраста – от рождения и до подросткового возраста) не должен быть включен в ситуацию семейного обсуждения, то есть ему не нужно знать, что его родители болеют тяжелыми болезнями. Ребенка стараются изолировать от семьи – отправить в другой город к бабушке/дедушке, к дальним родственникам на длительное время, пока ситуация не разрешится. При ребенке ведутся телефонные переговоры, но с ним самим никто не находит сил поговорить о случившемся.

В результате ребенок начинает сильно тревожиться по поводу нарастающего в семье напряжения. Его невозможно успокоить, так как страхи, связанные с угрозой жизни и здоровью главных персонажей его жизни – матери и отца – возрастают. Пресловутый страх смерти тут как тут. Ребенок остается один на один с самым мощным страхом в жизни человека – страхом смерти. В таких случаях нередко возникают различные невротические реакции как ответ на самостоятельные попытки разви-

вающейся детской психики справиться с непереносимыми возбуждающими процессами в мозге.

Нужно без подробностей просто сказать ребенку, что его родитель (мама или папа) или другой важный член семьи заболел. И нужны время и силы, чтобы он вылез. Выслушать все вопросы, которые возникнут у ребенка, и по возможности просто ответить на них. Простой язык понятен ребенку и снимает лишнее напряжение. Можно сказать ему: «Мама заболела. Ей нужно сделать операцию. Врачи лечат маму. Она пьет лекарства, ей делают уколы. Это необходимо. Она каждый день выздоравливает».

Дети боятся медицинского вмешательства в их тело и нарушения целостности тела. При этом они идентифицируются со значимыми взрослыми. То есть ребенок начинает сопереживать взрослому и пытается почувствовать, что с ним происходит на телесном уровне.

Конечно, одними рассказами о болезни родных и близких людей не снять всей психологической нагрузки с маленького человека. Не вся психическая жизнь может быть вербализована, не все эмоции могут успокоиться от точно выбранных слов. Не во всех случаях открытость, нежность и душевное тепло помогают снять с ребенка чувство вины и страх смерти. Почти всегда нужна символизация процесса осознания и терапии, необходимо включать в игру, в сценарии общения психологические проблемы, истерики, страхи, переживания. Но первый шаг – чуткое и взвешенное включение ребенка в семейные проблемы – имеет ключевое значение для сокращения рисков появления нежелательных последствий, связанных с детскими переживаниями.

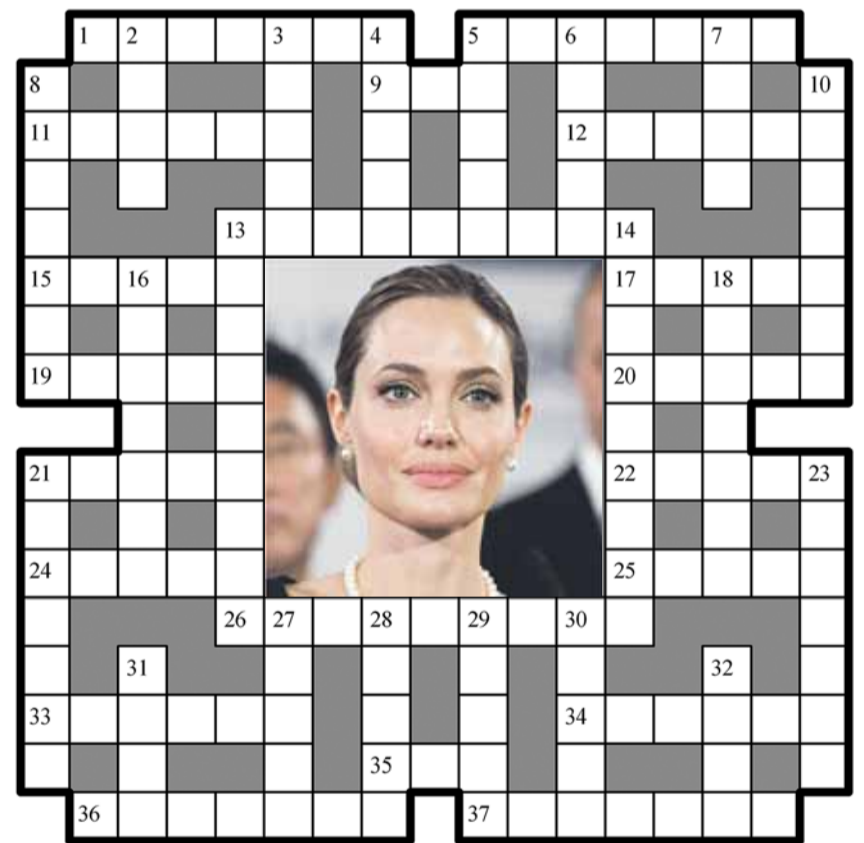
Анжела Парамонова,

кандидат психологических наук, доцент кафедры «Педагогика и психология» Московского государственного университета технологий и управления имени К.Г. Разумовского, руководитель научно-исследовательской лаборатории «Теория и практика современного психоанализа», член Русского психоаналитического общества, супервизор детских и подростковых случаев. Опыт работы в психологии – более 20 лет.

КРОССВОРД

ПО ГОРИЗОНТАЛИ: 1. Звериное общежитие из сказки. 5. Бесприданница, призывающая с телеэкрана: «Давай поженимся!». 9. Мера для английского землемера. 11. Главный судья загробного мира в древнеегипетской мифологии. 12. Нервная клетка. 13. Легендарный грузинский художник-самоучка. 15. Хищник семейства псовых. 17. На территории какой страны находится Эверест? 19. Декабрист, которого Пушкин называл «мой первый друг, мой друг бесценный...». 20. Деталь человеческого механизма. 21. Библейская гуманитарная помощь. 22. Напыщенная домашняя птица. 24. Звезда как Голливуда, так и операции по удалению молочных желез. 25. Ягненок в роли жертвы. 26. Артист, сыгравший того самого барона. 33. Специалист по незаконному захвату предприятия. 34. Монгольский доллар. 35. Похвальная поэзия. 36. Самый известный механизм Фуко. 37. Назойливый двигатель торговли.

ПО ВЕРТИКАЛИ: 2. Тезка Шифрина и Копеляна. 3. Здоровая пища из хлопьев с сухофруктами. 4. Сырье для «Аленки». 5. Немецкие братья-сказочники. 6. Древнегреческий философ, известный своими парадоксами. 7. Сестра Нади и Любы. 8. Популярный графический инструмент для виртуальной пластической хирургии. 10. Лекарство для диабетика. 13. Чайное угодые. 14. Полуостров на юго-востоке Азии. 16. Фамилия этого врача стала именем нарицательным, означающим сумасшедший дом. 18. Советский драматург, автор «Кремлевских курантов». 21. Португальский остров, давший название крепленому вину. 23. Антикиллер по имени Гоша. 27. Император, чье имя связано с великим пожаром Рима. 28. Налог на Руси с крепостного крестьянина. 29. Французский «Оскар». 30. «Точка отсчета» реки. 31. Похожий на яблоко вяжущий фрукт. 32. «Дрейфующий» полуостров, «приплывший» из Украины в Россию.



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 «Онкодозор»).

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» №14
Тираж: 3000 экз.
Распространяется бесплатно
Свидетельство о регистрации:
ПИН №ФС77-45868
Дата и время
подписания в печать:
15:00, 25 марта 2014 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:
ИВАН СИДЕНКО
Верстка:
МАРИНА ИВШИНА

Над номером работали:
ЕКАТЕРИНА ПЕТРОВА
ЮЛИЯ УСАЧЕВА
ИРИНА КОСТОГЛОТОВА

Фотографии предоставлены
Phanie/East News, PhotoXPress.ru, НП «Равное право на жизнь»

ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ
ИРИНА ВЛАСОВА
ЕЛЕНА ШМАРАЕВА
ЕКАТЕРИНА САВИНА

Номер подготовлен к печати
ЗАО «Издательский синдикат»,
тел. (499) 943-97-74

Отпечатано в типографии
«Немецкая фабрика печати»

По горизонтальному: 1. Теремок. 5. Лузевая. 9. Ар. 11. Осирия. 12. Нейрон. 13. Пиромант. 14. Игрок. 15. Шакар. 17. Непал. 19. Пушк. 20. Орег. 21. Манна. 22. Индия. 24. Дрожжи. 25. Ар. 26. Янковский. 33. Рейдер. 34. Турк. 35. Опа. 36. Маятник. 37. Реклама. По вертикали: 2. Ефим. 3. Москва. 4. Какао. 5. Гримм. 6. Энон. 7. Вера. 8. Фотошоп. 10. Институт. 13. Планиция. 14. Индустри. 16. Кашею. 18. Погода. 21. Марейра. 23. Кученюк. 27. Нерон. 28. Оброк. 29. Сезар. 30. Исток. 31. Айна. 32. Крым.