

ТЕРАПИЯ
рак излечим



ОТНОШЕНИЯ
измена в семье



ОСЛОЖНЕНИЯ
ладонно-подшвенный синдром



КРАСОТА
головные уборы



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЕРСТВО
№ 16 ОКТЯБРЬ 2014
ОБЩЕСТВЕННО-
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ, директор Центра социальной экономики:

«У ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕТ СТРАТЕГИИ, И НЕЯСНО, КУДА МЫ ДВИЖЕМСЯ»

В последний год аналитики, эксперты и врачи говорят о том, что здравоохранение на грани кризиса. Директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов убежден, что главная проблема системы не в нехватке денег, а в нерациональном их использовании.

– Счетная палата и Минфин критикуют Минздрав по многим направлениям, в том числе за отставание от плана согласования стандартов лечения. Минздрав не признает ошибок и отбивается от критики. Как вы оцениваете эту ситуацию?

– Дело в том, что в Минздраве пришли к пониманию, что стандартизация имеет много минусов, потому что не дает достаточной гибкости в назначении лечения. Тем, у кого действительно сложное заболевание, этого стандарта не хватает, им нужна какая-то дополнительная финансовая поддержка. Государство на эту поддержку не может пойти. Поэтому пациенту приходится самостоятельно искать лекарства, самостоятельно получать медицинские услуги в коммерческих клиниках. Именно поэтому Минздрав, современный Минздрав под руководством Вероники Скворцовой, принимает решение отойти от стандартов лечения. То есть их оставить как некую калькуляцию затрат, конкретных опций в лечении тех или иных заболеваний, как некий бухгалтерский документ, а внедрить новую концепцию платы за медицинскую помощь.

Это клиничко-статистическая группа – некий усредненный пациент. То есть описывается самый легкий случай в нозологии и самый тяжелый случай в нозологии. Возьмем, например, рак молочной железы. Есть рак молочной железы первой стадии, который лечится амбулаторно и не требует высокотехнологичных препаратов. Либо уже запущенная стадия, 4-я, когда требуются сверхусилия, сверхзатраты. Вот описываются эти две крайние точки, два крайних пациента, и усредняется стоимость их лечения до некоего виртуального среднего пациента. И оплата лечебной организации идет за этого усредненного пациента. И уже у лечебной организа-

ции есть полноценный финансовый маневр в руках. Они могут сэкономить деньги, условно говоря, на легких больных и не выполнять все те обязательства, которые есть в стандарте, если они не показаны. И перебросить эти деньги на тех, кому требуется помощь, сверх этих стандартов. Поэтому министерство и не спешит сегодня обновлять стандарты, потому что нащупали, на наш взгляд, наиболее эффективный инструмент платы за медицинскую помощь.

– Но ведь за последние годы, когда начали разрабатывать и принимать стандарты, очень сильно сократилось и сейчас продолжает сокращаться финансирование здравоохранения. То есть в любом случае это какой-то именно маневр между тем, что нужно для того, чтобы вылечить и спасти людей, и тем, чтобы как-то вписаться в бюджет, который становится все меньше, а препараты становятся все дороже.

– На самом деле тут очень все сложно. Стандарт – это минимальный объем медицинских услуг. Учитывая, что это минимум, мы в прошлом году взяли все стандарты, которые выпустил Минздрав, – их уже 1200. Мы посчитали, сколько в итоге стоят эти стандарты по деньгам, и положили на это статистику по заболеваемости. И получается, что нынешнее финансирование не дотягивает до вот этого минимального в два с половиной раза. То есть реально выделяемые деньги меньше минимальных, положенных по стандарту, в два с половиной раза. Но есть такой инструмент, который позволяет сделать вид, что все в порядке. Этот инструмент называется «тарифы».

– Вот эти тарифы ОМС, которые различаются в два раза в разных регионах, да?

ВСЕ ЖЕ ЗАГРАНИЦА НАМ ПОМОЖЕТ

Российские пациенты имеют право лечиться за рубежом бесплатно, если в стране нет специалистов и технологий для оказания им помощи. Деньги на лечение за границей заложены в государственном бюджете, а с этого года действуют новые правила заключения контрактов на такую помощь и утверждена форма договора с иностранными клиниками. Мы разбирались, кто и как может получить направление на лечение за рубежом.

Получить помощь за пределами Российской Федерации пациенты теоретически имели возможность еще с середины 1990-х годов. Это право регулировалось различными нормативными актами, но его реализация затруднялась бюрократическими нестыковками и отсутствием эффективного алгоритма получения такой помощи. Летом 2011 года Минздравсоцразвития России выпустило приказ, который ввел в административный регламент такую государственную услугу, как «направление граждан РФ на лечение за пределами территории РФ». Через три года были разработаны правила заключения контрактов с иностранными клиниками, а в начале лета 2014 года Министерство юстиции утвердило форму типового договора, который Министерство здравоохранения будет с этими клиниками подписывать.

Продолжение
статьи
на стр. 8

Продолжение
статьи
на стр. 11

ВЫЛЕЧИТЬ ЗА ДЕСЯТЬ МИНУТ

Минздрав РФ предложил пересмотреть время приема пациентов терапевтами и сократить его с 14 минут на приеме до 9–10. Проект документа, который установит новые нормативы, называется «Отраслевые типовые нормы времени приема одного пациента врачом-педиатром участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)».



Врачу-терапевту предлагается ограничить прием 10 минутами. Педиатру будет выделяться 9 минут, а врачу общей практики – 12 минут на пациента. Профилактический осмотр и диспансерный прием сократится по времени на 60–70 процентов, сводя к минимуму вероятность выявления заболевания на ранних стадиях.

Предложению предшествовало изучение вопроса. Проводился хронометраж, проверялось, сколько

времени уходит у специалиста на осмотр и опрос больного, беседу, написание истории болезни, заполнение рецептурных бланков. Предполагается, что на непосредственное общение с больным врач будет тратить две трети отпущенного времени (например, 7 минут из 10), а еще треть – на заполнение документов.

Большинство врачей считают, что 10 минут на прием больного мало. Пациенты не всегда за это время и раздеться-одеться успе-

вают. Опросить больного, записать услышанное в компьютер, оформить рецепты, выписать больничный лист, все пояснить больному – для этого и сейчас времени отчаянно не хватает. Регионам, конечно, дадут возможность чуть увеличить время приема «в зависимости от плотности населения, показателей заболеваемости, количества медперсонала» и с учетом того, насколько к «ускоренному» приему подготовлено рабочее место врача. Правда, максимум, что

можно добавить к нормативу с учетом обстоятельств, – полторы минуты.

Сокращение времени приема невольно увязывается с нехваткой врачей. В самом деле, по данным Счетной палаты РФ, на январь 2014 года дефицит врачей составил 208,7 тысячи человек. Из них 115,5 тысячи врачей не хватает в поликлиниках.

«С помощью сокращенного времени приема чиновники пытаются решить проблему кадрового дефицита, – считает директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека Эдуард Гаврилов. – Эксперт определяет минимальное время приема в 18 минут. Ассоциация же врачей общей практики на первичный осмотр ребенка считает необходимым выделить до 50 минут, взрослого человека, в том числе осмотр гинеколога, – 40 минут, а на повторный прием рекомендует отводить 20 минут».

На своих форумах врачи говорят о том, что новые нормативы пагубно скажутся на качестве лечения.

«...На приеме у меня на человека уходит 20 минут, – пишет онколог из региона. – При этом медсестра заполняет документацию в системе ИСКУСа, я заполняю электронную карту в системе БАРС. Пациент хочет что-то сказать, его одергивает медсестра: «Видите, доктор занят, он забивает ваши данные в компьютер». То есть все время уходит на оформление, а собственно осмотр пациента – реально 2–3 минуты. А если перевязки или диагностические манипуляции, то вообще «туши свет». На предложение же о тарификации рабочего времени главные врачи согласия не дают!»

Детский эндокринолог Елена Н-на из Хабаровского края пишет в социальной сети «Врачи РФ»: «Те, кто придумал новые нормативы, считают, врач – это машина и думать ему не нужно».

На самом деле в сжатые нормативы можно уложиться, и с пользой для здоровья пациента. Но при одном условии – применения современных информационных технологий, когда один раз собранный анамнез хранится в информацион-

ной базе вместе с другими данными о пациенте. Перед приемом доктор может все прочитать и не задавать лишних вопросов. Но в России в большинстве ЛПУ это возможно лишь в теории.

Николай П-в, терапевт из Новосибирска, скептически оценивает возможности информатизации в нынешней России: «Мы в России! И нормы времени нужны с учетом этого. Компьютерная программа сырая, недоработанная... Связь сами знаете какая. Записался пациент на прием, заходит в кабинет, а в компьютере его нет. Я к айтишнику: «Что делать?!» Ответ: «Появится через 2–3 часа: Интернет «виснет». Что, подождем или на бумаге по старинке все запишем?»

«В советском здравоохранении тоже были нормативы приема пациентов, – рассказывает организатор здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор, член исполкома Пироговского движения врачей Юрий Комаров. – У участкового они составляли 12 минут, а у остальных врачей – 10 минут, и конечно, и тогда этого времени не хватало. Но сейчас, ко всему прочему, вдвое увеличился поток документов, которые нужно оформить врачу».

По мнению Комарова, в первую очередь новые нормативы отрицательно скажутся на возможности выявления онкозаболеваний на ранней стадии. Уже сегодня диспансеризацией в центрах здоровья называют элементарные профосмотры, «поскольку никакого индивидуального ведения и лечения такие осмотры не предполагают». Эксперт же предполагает, что количество запущенных случаев онкологических заболеваний при сокращении времени приема пациентов только увеличится.

Кто действительно выиграет от новых нормативов, так это сами лечебно-профилактические учреждения. Ведь чем больше они «пропустят через себя» больных, тем больше страховые компании выплатят им денег. Финансовое положение ЛПУ укрепит, хотя... «К медицине это отношения не имеет», – считает профессор Комаров.

«Р-ФАРМ» НАЧИНАЕТ ПРОИЗВОДСТВО ИНСУЛИНОВ СОВМЕСТНО С «ЭЛИ ЛИЛЛИ»

24 июня на Международном конгрессе BIOInternational Convention (Сан-Диего, Калифорния) состоялось подписание соглашения «Р-Фарм» и «Эли Лилли». В рамках соглашения с 2015 года на заводе «Ортат» («Р-Фарм») в Костромской области начнется производство всей линейки инсулинов Хумулин, в том числе производство шприц-ручки КвикПен. Отечественное производство полностью удовлетворит растущую потребность российских пациентов в высококачественных инсулинах.

Со стороны «Р-Фарм» соглашение подписал председатель совета директоров «Р-Фарм» Алексей Репик, со стороны «Лилли» – глава представительства «Эли Лилли Восток» Эрик Патруярд.

Алексей Репик, председатель совета директоров «Р-Фарм»: «Мы рады выйти на новый этап сотрудничества с компанией «Эли Лилли», начав производство инсулинов компании в России. «Р-Фарм» приветствует партнерство с «Эли Лилли» – компаний с богатой историей в области исследований и разработок, а также лечения социально значимых заболеваний, в частности сахарного диабета. Мы поддерживаем компанию в ее твердом намерении улучшить качество жиз-

ни для пациентов с сахарным диабетом в России. В свою очередь, мы сделаем все возможное, чтобы начать производство высококачественных инсулинов «Лилли» в России в самые короткие сроки».

Эрик Патруярд, глава представительства «Эли Лилли Восток С.А.»: «Сегодня мы рады

сообщить, что «Лилли» организует в России производство всей линейки инсулинов Хумулин. В ответ на растущую эпидемию сахарного диабета и высокую потребность в инсулинах в России мы объединили наши усилия с компанией «Р-Фарм». Являясь мировым лидером в лечении диабета, «Лилли» прилагает все усилия для того, чтобы

улучшить жизнь российских пациентов, предлагая им эффективные решения – от лекарственных препаратов до различных программ поддержки. Это партнерство в очередной раз подчеркивает нашу долгосрочную приверженность России. Мы надеемся, что, локализуя производство инсулинов, мы сможем решить одну из наиболее приоритетных для страны задач – обеспечить доступность качественных человеческих инсулинов российского производства для пациентов».

О КОМПАНИИ «ЭЛИ ЛИЛЛИ» В РОССИИ

«Лилли» является лидером в мировом здравоохранении. Вот уже 25 лет своего присутствия в России компания продолжает отвечать потребностям как пациентов, так и людей, которые заботятся о них. «Лилли» вывела на рынок более 30 препаратов для лечения сахарного диабета, остеопороза, психических расстройств, онкологических и урологических заболеваний. «Лилли» вносит значительный вклад в развитие российского здравоохранения с помощью научных исследований и разработок, передачи технологий, развития партнерства и реализации образовательных инициатив. «Лилли»: «В России на благо здоровья!» www.lilly.ru



В ТОМСКЕ ВЫПУСТИЛИ ПЕРВЫХ ЭКСКЛЮЗИВНЫХ МАГИСТРОВ ДЛЯ «Р-ФАРМ»

Дипломы Томского политехнического университета получили десять магистров – выпускников новой программы «Инжиниринг в биотехнологических и фармацевтических производствах». Эта программа реализуется крупнейшей российской фармацевтической компанией ЗАО «Р-Фарм» при поддержке Агентства стратегических инициатив (АСИ).

Томский политехнический университет первым в России подготовил эксклюзивных специалистов для фармацевтической и биотехнологической отраслей. Обучение магистрантов проходило на базе уникального научно-образовательного центра «ТПУ – Р-Фарм», оснащенного самым современным оборудованием. Готовили новых специалистов команда профессионалов Томского политехнического университета, Сибирского государственного медицинского университета, НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН и специалисты промышленных предприятий Томска. К участию в образовательном процессе были привлечены и ведущие эксперты, работающие в биотехнологической и фармацевтической отраслях РФ и стран мира.

– Нам удалось создать уникальный сетевой механизм взаимодействия, – говорит заведующий кафедрой физической и аналитической химии Института природных ресурсов Абдигали Бакибаев. – Мы обладаем самым современным технологическим оборудованием и специально не закупили то, что уже есть у наших коллег и партнеров. На базе ТПУ проходили в основном лекционно-практические занятия, занятия в лабораториях технологического направления. Все лабораторные и практические занятия по фармтехнологиям проводились на базе СибГМУ, а курс доклинических исследований препаратов проходил в лабораториях НИИ фармакологии.

Профессор Абдигали Бакибаев поясняет, что и ряд магистерских диссертаций выполнялся на площадках партнеров. Одним из преимуществ уникальной магистратуры можно назвать и тот практический опыт, который получили магистры. Они побывали на самых передовых заводах биотехнологической и фармацевтической отраслей. К примеру, магистры посетили фармацевтический комплекс ЗАО «Р-Фарм» по производству готовых лекарственных форм в Ярославской области. Он спроектирован по последним требованиям международного медицинского стандарта GMP, что является беспрецедентным для России, особенно в сфере выпуска стерильных инъекционных лекарственных форм. Во время детальной практики они прослушали курс лекций от ведущих специалистов завода.

Неудивительно, что все магистры защитили свои выпускные квалификационные работы на «отлично». Стоит отметить: в состав Государственной экзаменационной комиссии вошли ведущие специалисты в области разработки и производства лекарственных препаратов, управления кадрами фармацевтической отрасли, способные объективно оценить научную и техническую стороны выпускных работ.

Семь из десяти выпускников, получив заветные дипломы, отправляются работать в компанию «Р-Фарм». Как говорит профессор Бакибаев, по результатам собеседований им предложили



разные направления: в области фармацевтики, микробиологии, в управлении качеством. Это лишний раз подтверждает универсальность новых специалистов. К примеру, Екатерина Байер после окончания вуза отправляется на стажировку в Германию, где будет знакомиться с дуальной системой образования. Дальше Екатерина займется обучением персонала для обеспечения технологического процесса производства компании ЗАО «Р-Фарм». В области дуального образования в ЗАО «Р-Фарм» будет работать и другая выпускница – Анна Асташкина.

Три магистра из этого выпуска остаются на кафедре физической и аналитической химии, чтобы обучать новые поколения магистров. Это Евгений Плотников, Елена Дорожко и Рустам Мустафин. Выпускники признаются, что за время учебы приобрели колоссальный опыт и знания, которые помогут им не только готовить специалистов нового уровня, но и серьезно продвигаться в собственных исследовательских проектах. Например, магистр Евгений Плотников занимается созданием новых антибактериальных препаратов.

– Стоит особенно отметить оснащение центра «ТПУ-

Р-Фарм», – говорит Евгений, – ведь благодаря ему мы имели возможность работать с самым современным оборудованием. Кроме того, у нас был доступ в другие передовые лаборатории. Я думаю, что в будущем магистерская программа будет дорабатываться и становиться еще лучше.

– Программа дала мне возможность посмотреть на химию с точки зрения фарманализа, анализа фармацевтических объектов. Это совсем другой подход, – отмечает магистр Елена Дорожко. – Такие дисциплины, как биофармация, технологии изготовления лекарственных форм, практика на Ярославском заводе готовых лекарственных форм компании «Р-Фарм» – все это существенно расширило мой кругозор. В будущем полученные знания помогут еще эффективнее готовить новых специалистов для современных инновационных производств.

– Первый опыт выпуска эксклюзивных магистров получился весьма успешным, – считает Абдигали Бакибаев. – Сегодня в стенах ТПУ учится новое поколение магистрантов. Спрос на них есть уже сейчас. После первого года учебы они получили предложения о будущем трудоустройстве. И это очень хороший знак.

ДЛЯ СПРАВКИ

Магистерская программа – это часть масштабного проекта ТПУ и компании ЗАО «Р-Фарм» «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности» по созданию высокоэффективной национальной системы подготовки уникальных высококлассных профессионалов для инновационной фармацевтической отрасли на основе передовых подходов к управлению персоналом и лучших педагогических практик. ТПУ выступает не только партнером проекта, но и его основной пилотной площадкой.

В 2012 году проект «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности» получил поддержку наблюдательного совета АСИ под председательством Президента России Владимира Путина. В прошлом году университет получил статус федеральной инновационной площадки (ФИП) в области подготовки кадров для фармацевтической и биотехнологической промышленности до 2017 года.

НОВЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ОТ TAKEDA



7 мая 2014 года в Министерство Российской Федерации был подан на регистрацию препарат Брентуксимаб Ведотин.

Препарат имеет статус орфанного (сиротского) в США и ЕС. В клинических исследованиях II фазы у пациентов с рецидивирующими/рефрактерными лимфомами Ходжкина у 94% пациентов, получавших препарат, наблюдалось уменьшение размера опухоли и общий уровень ответа на терапию составил 75%, а у 34% пациентов достигнута полная ремиссия. У пациентов с анапластической крупноклеточной лимфомой наблюдалось уменьшение размера опухоли и общий уровень ответа на терапию составил 86%, включая полную ремиссию у 59% пациентов.

Такие ошеломляющие результаты были восприняты международным медицинским сообществом и национальными регуляторными органами в США и ЕС как прорыв в лечении больных со злокачественными лимфомами. В связи с исключительно высокой эффективностью и высоким уровнем безопасности препарат **Брентуксимаб Ведотин**

в течение 2011–2012 годов получил досрочную (до окончания клинических испытаний III фазы) регистрацию в США и ЕС.

Препарат представляет собой комбинацию моноклональных антител с химиотерапевтическим средством – монометил-ауристатином. Антитела связываются с CD30-рецепторами, характерными для данного вида злокачественных лимфом, а монометил-ауристин действует на клетки опухоли. Это позволяет целенаправленно поражать лишь раковые клетки мишени и свести к минимуму риск повреждения здоровых тканей организма.

Лимфомой Ходжкина, резистентной к химиотерапии, страдает в основном молодое трудоспособное население страны. Препарат дает шанс выжить пациентам, потерявшим надежду. На территории Российской Федерации препарат **Брентуксимаб Ведотин** будет представлять компания «Такэда».

О КОМПАНИИ «ТАКЭДА РОССИЯ»

«Такэда Россия» (ранее «Никомед Россия») входит в состав Takeda Pharmaceutical

Company Limited («Такэда») с сентября 2011 года. Как крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, «Такэда» придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины.

«Такэда» имеет представительства более чем в 70 странах мира с традиционно сильными позициями в Азии, Северной Америке, Европе, а также на быстрорастущих развивающихся рынках, включая Латинскую Америку, Россию-СНГ и Китай. Компания сосредотачивает свою деятельность на таких терапевтических областях, как сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, иммунные нарушения и респираторные заболевания, онкология и заболевания центральной нервной системы.

«Такэда» занимает 12-е место в мировом рейтинге в сегменте рецептурных препаратов, 14-ю строчку рейтинга компаний в странах БРИК и 18-ю строчку – в европейском рейтинге. В России компания входит в top-10 ведущих фармацевтических компаний по объему продаж.

Более подробную информацию о компании «Такэда» вы можете найти на сайте компании www.takeda.com, о компании «Такэда Россия» – на www.takeda.com.ru.

**«Р-ФАРМ»
ПОДДЕРЖАЛА
НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ПРОЕКТ**



ПО ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Группа компаний «Р-Фарм» приняла решение поддержать создание электронной базы данных – регистра пациентов с лимфомой Ходжкина. База пациентов позволит проводить долгосрочные многоцентровые наблюдательные исследования с целью изучения эффективности и безопасности различных вариантов оригинальных отечественных программ комбинированной химиотерапии первой линии при лимфоме Ходжкина. Полученные результаты позволят усовершенствовать стандарты лечения и ведения данной категории больных.

Инициаторами проекта выступили ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН и Московская городская клиническая онкологическая больница. На сегодняшний день в проекте участвуют 5 клинических центров из Москвы, Нижнего Новгорода, Липецка. В исследование уже включены более 150 больных лимфомой Ходжкина. В ближайшее время планируется подключить к программе еще несколько профильных медицинских учреждений в Москве и других городах Российской Федерации. В дальнейшем ожидается расширение масштабов проекта.

«Р-Фарм» поддерживает проект в целях содействия в сфере профилактики онкологических заболеваний, улучшения качества жизни больных и охраны здоровья граждан России.

Сколько больничных коек в РФ? Росстат сообщил о том, что в 2012 году на 10 тысяч россиян приходилось 93 больничные койки. Это немало. И количество это подлежит сокращению. И оно сокращается.

Особенно активно сокращает койки столица. За 2013 год число койко-мест в здешних медучреждениях уменьшилось на 3,5 тысячи. По официальным данным, к 2018 году в Москве останется желательная для правительства столицы 81 тысяча коек. Из них 50 тысяч – в клиниках и больницах.

Что сокращение нам готовит?

И.о. заместителя мэра по вопросам социального развития Леонид Печатников на днях объяснил СМИ, что освободившиеся при сокращении коечного фонда палаты и даже здания будут использоваться для внебюджетной деятельности. Больницы же смогут увеличить свой бюджет, пролечив иногородних граждан, предоставив платные услуги или открыв отделения стационарного ухода за пожилыми людьми. Соотношение амбулаторной и стационарной помощи в Москве должно стать таким, как в цивилизованных странах, – 70 процентов к 30.

Почему вообще стало возможно строить подобные планы? Руководители здравоохранения объясняют это тем, что московские поликлиники получили много новой медтехники, с помощью которой они могут предоставлять пациентам качественное лечение, в результате необходимость занимать койки в больницах резко сокращается. Но так ли все безоблачно на самом деле?

– Увеличение нагрузки на амбулаторное звено – процесс сложный, – считает директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. – Разные ЛПУ – разные задачи, и при этом все хотят получить пациентов «полегче», не портить статистику, так что возможны сложности при обращениях в поликлиники и ухудшение доступности медпомощи. А вот чего не хватает москвичам, так это палат паллиативного ухода. Нужны и общежития для родственников пациентов.

Эксперт высказал также опасения по поводу возможной сдачи освободившихся палат и ЛПУ в субаренду. При таком решении площади ЛПУ могут вообще перейти сторонним организациям.

Теперь зададимся вопросом: как такая оптимизация коечного фонда скажется на доступности медуслуг?

Департамент здравоохранения столицы сообщает, что, к примеру, уже с начала лета были закрыты Центр трансплантологии почки и 5-е хирургическое отделение городской больницы № 7. Но разве какие-то ЛПУ взяли на себя функции этих медучреждений? Разве они стали не востребованными? Разве на момент закрытия они пустовали?

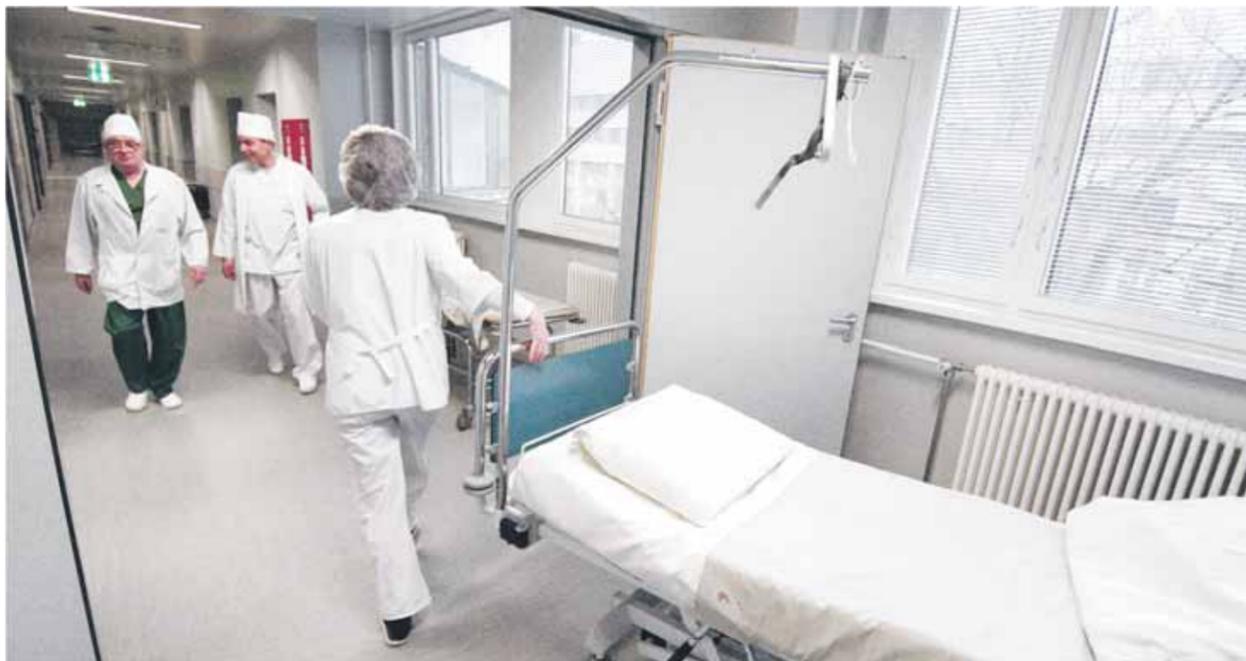
Персоналу хирургии больницы № 7 дали два месяца, чтобы найти новую работу. 200 пациентов, ожидавших в больнице № 7 медуслуг, попали в очередь медцентра НИИ имени Склифосовского, где очередь еще больше. Против таких сокращений выступила и Национальная медицинская палата. По словам ее лидера, Леонида Рошала, плюсы нынешней «оптимизации» бюджетного дефицита весьма сомнительны.

Оптимальные койки

Сколько же госпитальных коек нужно городу?

– Однозначного ответа на этот вопрос нет, – говорит эксперт по организации здравоохранения, консультант ВШЭ Владимир Шевский. – На реальную потребность в больничных койках влияет целый ряд факторов: общая заболеваемость населения; уровень госпитализируемой заболеваемости, куда включаются пациенты, чье состояние требует лечения в условиях стационара. Чем выше заболеваемость, тем выше потребность в больничных койках. Важно состояние амбулаторной медпомощи, прежде всего первичной медико-санитарной. Чем лучше она организована, чем в большей степени профилактически направлена, тем у пациентов реже возникают состояния, требующие лечения в стационаре, влияет показатель использования коечного фонда. Считается, что в среднем больничная койка должна быть занята 330–340 дней в году, а остальные 25–35 календарных дней занимает санитарная обработка коек, ремонт больничных помещений. При недостаточно полном использовании потребность в больничных койках возрастает.

А что же стоит делать, чтобы койка «работала» интенсивнее? В России койка «работает» лучше или хуже, чем у западных коллег? По мнению эксперта, именно уровень организации и интенсивности лечения и диагностики определяет среднее время пребывания больного на койке. Если лечить интенсивно, то сократить срок стационарного лечения можно. По этой же причине увеличивается еще один показатель, влияющий на потребность в больничных койках, – оборот койки (число больных, которые могут быть пролечены в течение года на одной койке). В настоящее время средняя длительность курса стационарного лечения в России составляет около 12 дней, в то время как в некоторых странах За-



КОЙКИ – НАВЫНОС. ПАЦИЕНТОВ – В ОЧЕРЕДЬ

В последние два года одной из самых чувствительных сторон здравоохранения стало повсеместное сокращение госпитальной ниши, то есть количества коек в лечебно-профилактических учреждениях, а также полный от них отказ и перераспределение нагрузки на амбулаторную помощь.

падной Европы – в 1,3–1,5 раза меньше. То есть в схожих случаях россиянин лежит в больнице 12 дней, а больной на Западе – 7.

Много значит для качества и количества лечения, как койка обеспечена ресурсами. Недостаток кадров и оборудования удлинит процесс лечения. Напротив, должная обеспеченность персоналом, его высокая квалификация, подкрепленная хорошим диагностическим и лечебным оборудованием, эффективными медикаментами, позволяют лечить интенсивно, сократить сроки госпитального лечения и снизить тем самым потребность в больничных койках.

По мнению Владимира Шевского, потребность в койках в каждом регионе РФ индивидуальна. При этом расчеты потребности в больничных койках должны осуществляться в двух вариантах – в текущем (с учетом вышеназванных факторов) и в перспективном (с учетом мероприятий для интенсификации лечения). Такой подход в равной степени относится как к городским, так и к сельским территориям.

Риски и последствия

По мнению экспертов, основные риски связаны не столько с сокращением коечного фонда, резервы оптимизации которого пока еще сохраняются, сколько с непрофессиональным подходом к проведению реформы. То есть сначала надо подготовить замещающие технологии, обеспечить регион кадрами и оборудованием, а уж потом проводить сокращение.

Если действовать непродуманно, пациенты, ранее получавшие медпомощь в стационаре, увеличат нагрузку на персонал поликлиник, у которых ресурсов недостаточно, а очереди и к врачам-участковому, и к врачам-специалистам только вырастут. Ну и, естественно, такое сокращение коек снижает доступность медпомощи, вызывает рост удельного веса платных медицинских услуг, стимулирует недовольство населения не столько сокращением коечного фонда, сколько трудностями к доступу бесплатной медпомощи вообще.

– А в целом в здравоохранении наблюдается недовольство больничного персонала перспективами сокращения рабочих мест, а персонала поликлиник – некомпенсированной дополнительной нагрузкой, – говорит Владимир Шевский.

Зададимся вопросом: а реально ли улучшить экономические показатели здравоохранения путем сокращения коек? «Рациональная оптимизация коечного фонда (не только сокращение, но и приведение его структуры в соответствие со структурой потребности населения в стационарной помощи) позволяет повысить эффективность использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов системы оказания медицинской помощи в целом, – считает Владимир Шевский, – но это должно быть не примитивное бездумное сокращение числа коек, а системное, комплексное решение, увязанное с совершенствованием деятельности всех секторов здравоохранения. В противном случае, даже при условии выделения дополнительных ресурсов, вместо решения вопроса возникают риски усугубления уже существующих проблем.

С учетом специфики

В сельской местности в РФ низкая плотность населения. Чем ниже плотность населения, чем мельче населенные пункты, тем мельче сельские ЛПУ. Конечно, их медико-экономическая эффективность низка, и они в первую очередь подпадают под сокращение. При этом принимаемые решения по сокращению входят в противоречие с принципом обеспечения территориальной и временной доступности стационарной помощи сельскому населению. Здесь главенствующим должен быть принцип доступности. Поэтому любое сокращение маломощных сельских больниц должно быть строго индивидуализировано с учетом факторов территориальной и временной доступности стационарной помощи. Решение об их закрытии должно приниматься только после решения проблем качества дорог, транспорта, устойчивой связи, внедрения телекоммуникационных технологий.

Каков опыт?

Во многих странах подобный путь сокращения госпитальных коек проходили. Госпитализация и длительное лечение в больнице замещались амбулаторной диагностикой и амбулаторным лечением.

Обычно первое из средств оптимизации – сокращение больничных коек, как наиболее дорогих элементов медпомощи. Для интенсивной госпитальной помощи к каждой койке должны прилагаться инфраструктура, медперсонал, оборудование и медикаменты. Традиционно многие больные, нуждающиеся в длительном уходе, раньше на Западе попадали в больницы скорой помощи, однако сейчас многим таким больным помощь оказывается в домах престарелых и инвалидов.

В прежние годы существенно всего сократили больничные коечные фонды республики бывшего Советского Союза, особенно кавказские и среднеазиатские, которые в 90-х годах столкнулись с наибольшими экономическими трудностями. Из стран Европы наиболее интенсивно сокращались койко-места в Финляндии и Швеции – на 47 и 45 процентов коек соответственно. В других европейских странах число больничных коек сократилось на 10–20 процентов.

В Швеции и Финляндии значительная доля сокращений производилась за счет перевода коек в социальный сектор. В Швеции это было целью реформы 1992 года, в результате которой обязанности по уходу за многими хроническими больными были возложены на муниципалитеты. И это привело к репрофилированию стационаров и созданию более удобных социальных учреждений. В Англии сокращение длительности госпитализаций сопровождалось ростом числа коек в частных домах престарелых и инвалидов, из-за чего общее число коек немного выросло.

В Казахстане сокращение числа коек произошло вследствие прекращения центрального финансирования множества маленьких сельских больниц. Три четверти этих недостаточно загруженных и способных оказывать лишь первичную медицинскую помощь больниц было закрыто в период с 1991 по 1997 год.

В Эстонии сокращение части коек тоже произошло в результате того, что аккредитации маленькие больницы не прошли.

Итого

К чему все же приводит сокращение коек?

Некоторые страны Западной Европы теперь испытывают их нехватку. К примеру, Ирландия, Дания, Великобритания и Австралия столкнулись с растущими очередями на госпитализацию и сегодня уже пытаются увеличить число коек. Надежды же на повышение эффективности работы больниц (которая оценивается по потоку пациентов) не оправдались. И экономически лечение в них не стало более выгодным, что проявилось в Англии, например, при открытии новых корпусов для плановых операций.

Опыт Западной Европы также показал, что труднее всего сокращать количество коек в тех больницах, владеют которыми одни организации, а управляют – другие. Больше всего шансов на успех преобразований во Франции и Испании. Вопросы здравоохранения в этих странах решаются на уровне региона, то есть принимаются во внимание все больницы и другие медучреждения территории. Преобразования там подкрепляются постоянными инвестициями в учреждения альтернативной медпомощи.

Есть разные способы снизить затраты на стационарную медпомощь. Самый эффективный, хотя и трудный, – снизить саму потребность в больничных койках: улучшить здоровье населения, сократить число госпитализаций, в том числе неоправданных, ускорить выписку. Эксперты утверждают, что необоснованные госпитализации легче всего предупредить путем создания учреждений меднаблюдения. Число плановых госпитализаций можно сократить, если обследовать больных и лечить некоторые заболевания амбулаторно. Для ранней выписки больных требуются альтернативные лечебные учреждения, такие как дома престарелых и инвалидов и службы, осуществляющие лечение на дому. Но в целом объем работы при этом только увеличивается. К тому же помощь на дому обходится не дешевле больничной помощи. Только стандартизованное лечение при строгом выполнении протоколов сокращает сроки госпитализации и расходы.

Влияние сокращения больничных коек на доступность больничной помощи населению подробно изучалось в Канаде. С 1991 по 1993 год в Виннипеге (провинция Манитоба) было сокращено почти 10 процентов больничных коек. Исследование показало, что доступность больничной помощи не уменьшилась, так как возросло число амбулаторных операций и ранних выписок. Качество медицинской помощи (оцениваемое по смертности в течение трех

месяцев после госпитализации), частота повторных госпитализаций (в течение 30 дней после выписки) и обращаемость к врачам (в течение трех дней после выписки) тоже не изменились. Не изменилось и состояние здоровья населения Виннипега, оцениваемое по преждевременной смертности.

В Англии, напротив, долговременная программа сокращения числа коек серьезно отразилась на способности системы здравоохранения к неотложной госпитализации больных. Наибольшие трудности возникали зимой, во время всплеск респираторных заболеваний. Организаторы стремились к повышению «эффективности» больниц, то есть к увеличению занятости коек до 90 процентов, но при этом значительно увеличивался риск периодической нехватки коек и неспособности госпитализировать больных с острыми заболеваниями.

А будет ли экономия?

Проведенные в 80-х годах в Великобритании исследования показали, что в связи с затратами на альтернативную помощь экономия средств от сокращения коек составила лишь 20 процентов от расчетной. В нескольких североамериканских исследованиях показано, что вопреки ожиданиям сокращение коечного фонда больниц привело даже к повышению затрат на стационарное лечение одного больного. В одном случае это было результатом закрытия маленькой больницы, из-за чего больные стали лечиться в более дорогих больницах на базе учебных учреждений. В другом случае сокращение коек привело к снижению числа госпитализаций, однако средняя продолжительность пребывания в больнице выросла. В результате затраты на лечение одного больного увеличились. Сходным образом в 80-х годах в Калифорнии сокращение числа госпитализаций на 11 процентов привело к повышению затрат на одного больного на 22 процента. Эти исследования отражают важный факт: первые дни пребывания в больнице связаны с наибольшими затратами, а стоимость последующего пребывания в больнице обычно невелика. Поэтому ранняя выписка больных дает лишь небольшую экономию. При ранней выписке в больницах увеличивается доля только что поступивших и наиболее тяжелых больных, из-за этого нагрузка на персонал, связанная с оказанием помощи одному больному, возрастает, вызывая перегрузки.

Во всем мире существование маленьких сельских больниц находится под угрозой. В 1993 году было прекращено финансирование 52 сельских больниц в провинции Саскачеван (Канада), в каждой из которых насчитывалось менее 8 коек. Большинство этих больниц впоследствии было преобразовано в центры первичной медицинской помощи. Выражались опасения, что за-

крытие больниц отрицательно скажется на здоровье населения, но, судя по отзывам местных жителей, этого не произошло. Хотя некоторые населенные пункты столкнулись с определенными сложностями, другие приспособились достаточно хорошо. Успеха удалось достичь там, где сильное местное руководство поддерживало принятие инновационных решений и где создавались доступные службы альтернативной медицинской помощи.

В США, напротив, стали очевидными отрицательные последствия сокращения сельских больниц. Возникли нехватка и текучесть врачей, появились трудности в связи с утратой местных пунктов неотложной помощи, увеличилось расстояние до ближайшей больницы. По мнению медицинских работников, больше всего это сказалось на уязвимых группах населения – пожилых, инвалидах и малоимущих, причем эти группы были в неблагоприятных условиях даже там, где больницы продолжали работать. Отсутствие транспорта и тяготы поездки снижают доступ к медицинской помощи для уязвимых групп.

Совершенно очевидно, что последствия сокращения больничных коек будут зависеть от исходного соотношения спроса и предложения больничных услуг. Даже небольшое сокращение коек может существенно ограничить доступ к медпомощи, если ситуация изначально была напряженной.

В 90-е годы число больничных коек сократилось во многих странах. Но число коек – плохой показатель возможностей системы здравоохранения, говорят эксперты, поскольку койка только тогда отражает эти возможности, когда подкреплена необходимым персоналом и оборудованием.

Потребность страны в больничных койках зависит от множества обстоятельств, включая структуру заболеваемости и доступность альтернативных учреждений медпомощи. Сокращение коек должно сочетаться с политикой, направленной на предупреждение ненужных госпитализаций, повышение эффективности стационарной помощи и содействие быстрой выписке. Для этого часто требуется развитие альтернативных медслужб, поэтому общие затраты на здравоохранение могут и не уменьшаться. И не менее важно, что сокращение больничного коечного фонда часто отрицательно сказывается на медперсонале.

КОЙКИ НАВЫНОС

НА 2012 ГОД НА 10 ТЫСЯЧ РОССИЯН ПРИХОДИЛОСЬ 93 КОЙКИ



В СТОЛИЦЕ ЗА 2013 ГОД СОКРАЩЕНО 3,5 ТЫСЯЧИ КОЕК



К 2018 ГОДУ В СТОЛИЦЕ ОСТАНЕТСЯ 81 ТЫСЯЧА КОЕК



СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО 12 ДНЕЙ, А В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЫ – 7



СОКРАЩЕНИЕ КОЕК ПРИВЕДЕТ К ЗАКРЫТИЮ СЕЛЬСКИХ СТАЦИОНАРОВ



САМЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ СНИЗИТЬ ПОТРЕБНОСТЬ В БОЛЬНИЧНЫХ КОЙКАХ – ЭТО УЛУЧШИТЬ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДНАБЛЮДЕНИЯ



СОКРАЩЕНИЕ КОЕК ПРИВЕДЕТ К ОЧЕРЕДЯМ В СТАЦИОНАР



СОКРАЩЕНИЕ КОЕК НЕ ПРИВЕДЕТ К СУЩЕСТВЕННОЙ ЭКОНОМИИ



НЕ ТАК ОПАСЕН, ЕСЛИ ВОВРЕМЯ ОБНАРУЖЕН

Из женских онкозаболеваний самое распространенное – рак молочной железы. На сегодняшний день медицина предлагает различные способы его лечения, и шансы на успех тем выше, чем на более ранней стадии болезни поставлен диагноз. Поэтому женщинам необходимо регулярно посещать маммолога и делать УЗИ и маммографию.

С развитием науки эффективность лечения рака молочной железы выросла значительно. Если раньше лечение ограничивалось радикальной операцией и химиотерапией, то сегодня комплекс мер дополнила и таргетная терапия, и лучевая. И схема лечения подбирается в зависимости от каждого конкретного случая.

Чаще всего лечение начинается с операции. Ее объемы определяются в зависимости от стадии болезни. Если опухоль маленькая и лимфоузлы не затронуты, будет сделана резекция – органосохраняющая операция, когда удалят только опухоль и часть груди. Если опухолевый процесс запущен, врач назначит мастэктомию. При такой операции удаляется не только сама молочная железа, но и подмышечно-подлопаточно-подключичные лимфатические узлы. Современные методики позволяют провести операцию так, чтобы сохранить грудные мышцы, чтобы потом можно было восстановить грудь с помощью имплантатов или собственных тканей пациентки.

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

Если была проведена органосохраняющая операция, в обяза-

тельном порядке назначается курс лучевой терапии, без которого риск возникновения местного рецидива заболевания в рубце увеличивается более чем в 2 раза.

Согласно статистике, более 60 процентов пациенток с раком молочной железы чувствительны к гормональной терапии. Это самый щадящий метод лекарственной терапии, он эффективен и нетоксичен, поэтому не вызывает обычных для химиотерапии побочных эффектов – тошноту, рвоту, выпадение волос, анемию – и не снижает количество лейкоцитов. Лечение гормонами позволяет достаточно быстро «обуздать» опухоль. Однако почти так же стремительно раковые клетки «подбирают код» к противоопухолевому препарату и перестают на него реагировать. Изменение схемы лечения дает кратковременный положительный эффект, после чего опухоль вновь становится невосприимчивой к лечению.

Поэтому в комплексе лечения кроме «гормонов» будут и другие препараты. Современный уровень развития молекулярной биологии позволяет точно выявлять механизмы контроля деления и смерти клеток, а также белки, участвующие в процессе образования и распада опухоли. На основе этих механизмов возникло революционно новое направление в лечении рака – таргетная терапия, при которой

назначаемые лекарства способны распознавать пораженную клетку и точно воздействовать конкретно на нее.

Около 30 процентов женщин, страдающих РМЖ, имеют HER2-положительные опухоли. Рецептор HER2 – один из наиболее значимых молекулярных маркеров при раке груди. В нормальном состоянии рецептор HER2 в допустимом количестве располагается на поверхности многих клеток организма, однако в клетках опухоли его количество повышается, что говорит о высокоагрессивной форме рака. Применение в терапии моноклональных антител-блокаторов HER2-рецептора увеличивает эффект лекарственного лечения и безрецидивный интервал. Кроме того, в схему лечения включается и блокатор фактора роста опухолевых сосудов – такой препарат препятствует снабжению опухоли питательными веществами, вследствие чего она погибает.

Для предотвращения и снижения побочных эффектов от химиотерапии лечащий врач может назначить курс сопроводительной терапии. Современные противорвотные препараты позволяют пациентам чувствовать себя хорошо даже во время курса химии.

Также необходимо следить за показателями крови, регулярно сдавать анализы, чтобы при необходимости скорректировать лечение.

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

О маммопластике нужно говорить со своим врачом еще до операции. Дело в том, что в ряде случаев можно восстановить грудь прямо во время операции по удалению опухоли. Многие врачи-онкологи делают такие операции – они называются «первичные», или «одномоментные». Но иногда – по состоянию здоровья женщины и течению болезни – врачи рекомендуют отсроченное восстановление груди, которое можно сделать через несколько месяцев или даже лет после удаления опухоли.

Часто первичная маммопластика – это подготовка к последующей операции. В этом случае



ВСЕ В ЛУЧШЕМ ВИДЕ В ЗОНЕ ДЕКОЛЬТЕ

Самым тяжелым для многих женщин, особенно молодых, является не сам диагноз «рак молочной железы», а удаление груди во время операции. Многие впадают в тяжелую депрессию, теряют половое влечение, отчего портятся отношения в семье. Каждый пятый брак распадается. При этом пластическая операция по восстановлению груди во многом решает эти проблемы.



ставится задача создать под грудной мышцей полость, или «карман», подготовить место для установки здесь через какое-то время имплантата (причем так, чтобы уже на этой стадии грудь обрела прежнюю форму). Для этого после удаления пораженного участка или полностью молочной железы под грудную мышцу помещается эспандер – камера, в которую после операции постепенно закачивается физиологический раствор для увеличения размера молочной железы, соответствующего противоположной молочной железе.

Не всегда во время первичной операции можно сразу начать формировать новую грудь. Противопоказанием к одномоментной реконструкции является, например, инфильтративно-отечная форма рака молочной железы, необходимость интенсивной лучевой терапии.

Отсроченная маммопластика, когда грудь была удалена полностью, выполняется уже после окончания основного этапа противоопухолевого лечения (химио- и лучевой терапии).

Такая операция может выполняться как с использованием имплантатов, так и с использованием кожи (ткани) самой пациентки со спины или из подпупочной области живота – там и кожа, и соединительная ткань очень похожи по эластичности и упругости на женскую грудь. И в том и в другом случае шрамы после забора тканей и кожи в дальнейшем будут скрыты. Формирование же соска на новой груди из ее кожи или с помощью пересадки кусочков от здорового соска производится под местной анестезией позже.

Три года назад восстановить грудь с использованием имплантатов или собственных тканей стало возможно за счет государства. Однако делается это по квоте, а квот, как всегда, не хватает, и распространяются они лишь на медицинские учреждения, оказывающие высокотехнологичную медпомощь. Опыт реконструктивных операций сегодня нарабатан в федеральных онкоцентрах в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Уфе, Казани, Томске.

Михаил Личиницер:

«БОЯТЬСЯ РАКА НЕ НАДО. РАК НАДО ЛЕЧИТЬ»

О важности ранней диагностики, о современных методах лечения, доступности препаратов и значении общественных акций для борьбы с раком читателям газеты рассказывает академик РАМН, заместитель директора РОНЦ, руководитель отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей Михаил Романович Личиницер.

– Октябрь – месяц борьбы с раком молочной железы. Как вы относитесь к подобному рода акциям?

– Эти мероприятия полезны с двух сторон. Во-первых, они дают знание пациенту о том, что рак излечим. Во-вторых, они привлекают внимание здоровых людей к проблеме и имеют большое этическое значение в решении этого вопроса. Потому что, пока люди здоровы, их мало интересует проблема болезни. Если они заболевают, им кажется, что всех вокруг это должно волновать. На самом деле часто пациент оказывается один со своей болезнью, его сторонятся. А это совершенно неправильно. Психология общества тоже воспитывается на таких мероприятиях. Нужно обращаться к этой теме чаще, повседневно.

И это должно быть в системе образования. То есть как важно объяснять, что курить вредно, так же важно говорить, что нужно следить за своим здоровьем и вести здоровый образ жизни, регулярно проходить обследования, выполнять рекомендации врачей. Это не пустые слова. Люди думают, что рак – это болезнь пожилых. Действительно, чаще опухоли возникают в зрелом возрасте, но рак молочной железы бывает и раньше, у совсем молодых женщин. И от того, что диагноз будет поставлен рано, зависит качество жизни больных и возможность их излечения навсегда. Но, к сожалению, сегодня у нас даже в больших городах 50 процентов запущенного рака молочной железы. И причиной тому в большой степени – плохая информированность.

Одни женщины думают, что это их не коснется. Другие не верят, что рак можно вылечить. Боятся, что болезнь найдут, и не идут к врачу, потому что считают, что лучше не знать, если больна. Иногда даже те, кому ставят диагноз, не начинают лечение, стараются отстраниться от самого факта болезни, хотя, если диагноз поставлен на ранней стадии, шансы на полное выздоровление очень хорошие.

– А как можно убедить женщин ходить к врачам, если они боятся?

– Нужно больше и громче говорить о том, что рак излечим. А у нас все время говорят только о тяжелых случаях. Собирают деньги на умирающих детей, взрослых и концентрируются только на печальных ситуациях. Говорить о том, что «я болел, но сейчас я здоров», у нас не принято. А это очень важно. Жена президента, или вице-президента, или представителя парламента в какой-нибудь стране рассказывает, что, да, у нее была опухоль, но она излечилась. Это производит хорошее впечатление на людей. Нужно все время говорить о разных способах профилактики заболеваний, о новых методах лечения.

И бояться рака не нужно. Если судьба так определила, то тут уже ничего не поделаешь. Важно быть готовым – проходить обследования, чтобы диагностировать рак как можно раньше. Ранний диагноз означает меньшие эмоции во время лечения, больше

шансов на успех, менее травматичное лечение. Сторониться же проблемы – это плохо. А у нас, я повторяю, телевидение, пресса, знахари играют негативную роль. Женщины наслушаются, насмотрятся и, не получив помощи, вырастят опухоли, попадут в другую прогностическую группу – время потеряно, шансы на выздоровление значительно ниже.

– Организацию помощи пациентам и систему ранней диагностики трудно назвать налаженной. СМИ говорят и пишут об этом не для того, чтобы пугать людей, а чтобы привлечь внимание чиновников к проблеме.

– Действительно много проблем, связанных с общей организацией здравоохранения. Есть рекомендации по диагностике и методы, которые успешно применяются в других странах, а у нас проблемы с тем, чтобы наладить эту работу. Ну, например, для диагностики рака молочной железы всем женщинам после 35 лет, особенно после 40 лет, рекомендуется проходить маммографию раз в два года. Кроме того, существует 10–15 процентов женщин, которые предрасположены заболеть раком из-за генетических нарушений: у них врожденная мутация генов BCRA1, BCRA2. Такие женщины требуют особого внимания – обследования, ежегодная МРТ на протяжении жизни, чтобы выявить болезнь на ранней стадии и пролечить ее. Это нефатально, но серьезно. Эти женщины могут иметь детей. Но им нужно сказать, что лучше им рожать в молодом возрасте, когда риск заболеть еще минимален. Анализ на мутацию этих генов нужно делать всем, у кого есть семейная история рака молочных желез и рака яичников, чтобы определить группу риска. А у нас для диагностики чаще проводят пальпацию (ручной осмотр. – Ред.) и ультразвук, которые совершенно непоказательны для ранней диагностики, а анализы не делают вовсе.

В общем, это непростая задача, и мне кажется, что это достойная задача, потому что все-таки достаточно много женщин сталкиваются с этим диагнозом, и надо делать все, чтобы им помочь.

– А современные методы лечения, которые сделали рак излечимой болезнью, применяются в России?

– За последние годы принципы лечения онкологии сильно изменились благодаря появлению новых препаратов. Мы сегодня гораздо больше знаем о самой болезни. Сегодня рак молочной железы – это четыре подтипа, каждый из которых требует своих схем лечения. Когда я начинал работать, наши представления о том, что это за болезнь, были минимальны. Тогда только начинали работу по характеристике генома и белков, которые ответственны за появление и рост опухоли. А сейчас благодаря таким исследованиям появилась таргетная терапия. Она действует адресно, по мишени, и значительно повышает шансы на выздоровление тех, кому она показана. Такие методы



часто просто переворачивают представление о лечении заболевания.

Все эти препараты и технологии есть и в России. Но, к сожалению, доступны они не всем. Это отдельный большой вопрос финансирования, который постепенно начинает решаться. Ни одно государство в мире не способно обеспечить лечение онкологических больных. Это должны сделать страховые компании, которые контролируются и поддерживаются государством. У пациентов должны быть гарантии на получение лекарств. Абсолютная помощь должна быть. Например, при раке молочной железы первая линия лечения обязательно должна быть обеспечена. Вторая, третья, где успехи 10 процентов, – при возможности. Но, если говорить откровенно, надо всех лечить. Но у нас полностью пролечивают 10–20 процентов больных максимум.

– А что остальные?

– А остальные лечатся хуже. Они лечатся нерационально, несовременно. Я составлял перечень жизненно важных лекарств в прошлом году. Потрясающие лекарства созданы в мире. Но они стоят дорого. Однако если посчитать, что они будут назначены, и не просто назначены, а назначены по показаниям, то это не так уж много. Но общая сумма впечатляет. И пока государством принято решение о постепенном внедрении новых достижений. А люди-то ждать не могут.

– И как же быть пациентам, которые знают, что лекарств не хватает на всех?

– Если не идти к врачу, избегать диагноза, бояться проблемы, шансов на излечение просто нет. А если посещать врачей, вовремя поставить диагноз, выполнять все предписания, то и шансы будут очень хорошие. Нельзя сдаваться, всегда надо бороться за жизнь. Вот это надо помнить.

Беседовала Мария Цыбульская

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

на сайте Движения против рака

www.rakpobedim.ru

и на сайте НП «Равное право на жизнь»

www.ravnoopravo.ru

Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ, директор Центра социальной экономики:

«У ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕТ СТРАТЕГИИ, И НЕЯСНО, КУДА МЫ ДВИЖЕМСЯ»

Окончание. Начало на стр. 1

– Да. И вот в каждом регионе эти тарифы рисуют так, чтобы скрыть дефицитность программы госгарантий. Если сделать высокий тариф, то, конечно, плата пойдет более высокая за лечебную процедуру и бюджет быстрее закончится. Поэтому в регионах, используя эти тарифы, «подкручивают» программу госгарантий, сужают ее, но реально не могут себе позволить там дорогостоящие технологии, лекарственные препараты, потому что придуманный тариф не отражает действительную стоимость этой услуги. Хотя по большому счету, если человек знает свои права, умеет свои права отстаивать, он может добиться лечения по полной схеме.

– Тут ничего сложного: получается, что денег выделено недостаточно.

– Не совсем. Есть общая проблема практически всех субъектов Российской Федерации – и прогрессивных, и депрессивных: эти тарифы привязаны к койкам. Не к технологиям лечения, а к койкам. Я приведу пример из онкологии. Вот есть онкологические койки в диспансерах, профильные, и там должны лечиться пациенты полноценно. А есть онкологические койки в многопрофильных больницах. Но у них нет таргета, у них нет специализации на онкологию. Есть койки в больницах скорой помощи, где тоже нет специализации на онкологию. В результате финансовый поток, который распечатан под онкологию, размывается по всем этим организациям. И деньги идут туда, где есть койки, где больные лежат, а не туда, где есть технологии, где этих больных лечат.

На самом деле пациента нужно просто правильно маршрутизировать на этапе амбулаторного звена, чтобы пациент не как пьяный к метро шел к своему диагнозу, своему назначению, а гораздо быстрее приходил к специализированному звену – к онкологу в онкологическом диспансере – и получал самое современное, самое эффективное лечение. И не нужно эти деньги направлять туда, где нет лечения.

– Тогда денег хватило бы?

– Это существенно изменило бы ситуацию. Есть еще один важный момент: нужно из системы здравоохранения убрать весь «мусор». Ведь сегодня мы лечим наших пациентов, особенно в неинфекционном кластере заболеваний, чем попало. Врачи не виноваты в этом.



Потому что это все зарегистрировано, это все одобрено в тех же самых стандартах, где-то там еще. Но это бездоказательно. То есть государство платит деньги за те технологии, за те лекарства, которые не имеют под собой доказательной медицинской базы. Нонсенс. Ни в одной стране мира, даже самой дорогой, как, допустим, США, где здравоохранение стоит миллиарды долларов, такого себе позволить не могут. У нас же 40 процентов, в частности, если мы говорим про лекарства, 40 процентов лекарств, закупаемых в стационарах, – это «мусор». Например, капельницы физраствора, которые ставят всем поголовно, а он не нужен совершенно нашим больным.

Если мы это все оптимизируем, бездоказательную медицину уберем, вместо нее нормальную доказательную медицину поставим, переведем тарифы с коек на технологии, начнем полноценно заниматься маршрутизацией пациента, денег хватит и эффекта будет гораздо больше.

Но это как бороться с ветряными мельницами. Потому что сегодня система здравоохранения не имеет вертикали управления. Есть министр, во главе министерства сидящий, его замы, и это министерство – само по себе. Есть в каждом регионе департаменты или министерства здравоохранения, и они сами по себе.

– Какие задачи должно поставить руководство, чтобы приблизиться к этому результату?

– Проблема в ключевых показателях эффективности (KPI). Неважно, какие программы мы запускаем – социальные, допустим, или лекарственного обеспечения, или программы модернизации. Важно, как потом оценить их результативность. Многие программы, которые уже закончились, мы так не проанализировали: какой эффект, что же они в итоге нам дали, какой процент выживаемости по тем или иным заболеваниям они нам принесли. То есть много программ мы делаем, но эффекта от них в результате аналитического рассмотрения не видим.

– Сразу перебью, чтобы задать уточняющий вопрос. Вот наш президент поставил KPI по онкологии: за 10 лет нужно снизить смертность на 192,8 человека на 100 тысяч населения к 2018 году. Это вообще реально? Корректно ставить такую задачу?

– Это правильные индикаторы, но их недостаточно. Для того чтобы врач был замотивирован более эффективно лечить, чиновник был

замотивирован более эффективно управлять финансовыми потоками, принимать решения, должны быть немного другого качества индикаторы. Но вот эти индикаторы, они ведь не про врача. У него больной сидит перед ним. Какой там индикатор? Ему нужно лечить, и лечить эффективно.

Врач должен быть замотивирован на результат лечения. Вот у него есть 15 пациентов, прикрепленных к нему. Вошли они в стойкую ремиссию, не прогрессируют на своем заболевании. Врач должен от этого получать определенные блага. Ведь это же его заслуга, что больные не умирают и не прогрессируют с диагнозом. Такой системы в России нет. У нас действует система мотивации на процесс.

– Но у меня такое ощущение, что так, как рассуждаете вы, все-таки ни в Минфине, ни в Минздраве никто не рассуждает.

– Я думаю, что рассуждают. Только рассуждать, наверное, проще, а делать какие-то вещи очень сложно, потому что у нас очень зарегулирована система здравоохранения.

Но, на мой взгляд, чего не хватает сегодня, катастрофически не хватает, это вектора, основного вектора – какую же систему здравоохранения мы строим в итоге? Вот у нас есть точка «А» – 91-й год, точка старта, когда мы стартовали, когда разрушена была советская система, перешли от семашкинской к нынешней экономике. И дальше мы существуем в таком «межзвездном пространстве». Мы видим, что происходит в мире, какие прекрасные практики в Америке, в Германии, в Японии, во Франции, в Израиле. А вот своей точки «Б» на этой карте не поставили, своей траектории. Куда мы идем, какую мы систему строим – систему страховую, систему частную в большей степени, систему государственную? И что эта система, по нашим предположениям, должна дать нашему населению? Она должна ему дать доступ к здравоохранению, либо она должна дать здоровое население, либо она должна дать какой-то комфорт? То есть вот этих индикаторов на выходе мы для себя не поставили. Минздрав разработал концепцию развития системы здравоохранения до какого-то там года. Но там настолько все абстрактно, настолько все, так сказать, декларативно, что так и не понять, что мы в итоге строим. Поэтому, наверное, нужно начинать с самого главного документа – со стратегии.

Беседовала Мария Цыбульская

Не переставая критиковать благотворительные фонды за дублирование государственных функций, чиновники регулярно переключаются на них свои обязанности. Фонды ищут средства и возможности для лечения больных и в России, и за рубежом, оплачивают жизненно необходимые лекарства и все чаще выступают в роли «пожарной команды» даже для статусных федеральных медучреждений.

Один из таких «пожарных» случаев стал недавно причиной крупного скандала: директор фонда «Подари жизнь» Екатерина Чистякова выложила в Интернет запрос Российской детской клинической больницы (РДКБ) Минздрава о покупке реактивов для определения групп крови и резус-фактора. Сама Чистякова объяснила свои действия «переполнившейся чашей терпения: сколько можно переключать ответственность с государства на благотворителей?» Как сказано в письме за подписью замглаврача по медицинской части Ирины Брюсовой в адрес Чистяковой, в больнице закончились реактивы, в связи с чем

ПОДАРИ ЖИЗНЬ... МИНЗДРАВУ

Государство просит благотворительные фонды о помощи

фонд просят «по возможности закупить реактивы на сумму 265,9 тысячи рублей». Счет и реквизиты компании-поставщика прилагаются.

«Эта бумага означает, что у РДКБ нет денег на закупку реактивов для определения групп крови», – написала под фотографией документа в «Фейсбуке» Чистякова. По ее словам, фонд ежедневно получает по два десятка подобных просьб, и не только от РДКБ. Причем в этом году идет рост обращений от федеральных клиник за помощью в покупке «самых элементарных вещей, без которых работа онкологических отделений невозможна в принципе». Еще одна серьезная проблема этого года, отмечает Чистякова, – недостаточное финансирование специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Фонду приходится оплачивать детям операции, которые раньше выполнялись бесплатно.

В РДКБ просьбу к фонду объяснили «необходимостью срочного по-

полнения запасов реактивов». Именно «срочностью» объяснялась ситуация, названная Чистяковой типичной, в опубликованном на сайте больницы заявлении за подписью главного врача РДКБ Николая Ваганова. Пресс-секретарь министра здравоохранения Олег Салагай, увидев сообщение Чистяковой в «Фейсбуке», пообещал выяснить все обстоятельства этого дела. Однако после официальных заверений главврача о том, что лаборатория работает в штатном режиме, в ведомстве сочли, что инцидент исчерпан.

Впрочем, как считают эксперты, немалая доля ответственности в случаях, подобных ситуации с закончившимися в РДКБ реактивами для определения группы крови, лежит на самих медучреждениях. По мнению президента Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе, эксперта Национальной медицинской палаты Алексея Старченко, столь

незначительная сумма не повод для обращения за помощью в благотворительный фонд. Поэтому скорее всего, считает эксперт, речь идет о прикрытии чьей-то халатности.

– Надо понять, почему не оказалось реактивов: действительно нет средств или просто вовремя не были проведены конкурсы по закупке реактивов, – считает Старченко. – На мой взгляд, не может быть такого, чтобы не было столь ничтожной суммы. Скорее всего опоздали с конкурсом. Нельзя говорить и о том, что с количеством реактивов просчитались и их не хватило. Это плановые позиции, и нехватить чего-то может в конце, но никак не в середине финансового года. Значит, вообще не планировали. Поэтому и обращаются не в Минздрав, а в фонд.

Не исключена, по мнению Алексея Старченко, и коррупционная составляющая: больница закупает реактивы по конкурсу, а фонд может приобрести их у любого указанного ему поставщика.

Сама проблема, между тем, никуда не делась. И заявка от РДКБ в данном конкретном случае – всего лишь иллюстрация к ситуации, в которой оказалось все здравоохранение. Сегодня благотворительные фонды разделяют свои расходы на те, которые не финансируются государством в принципе (в частности, на оплату донора костного мозга, закупку, ввоз и таможенное оформление незарегистрированных в РФ лекарств, оплату проживания иногородних пациентов), а также на те, что не покрываются за счет бюджетных средств вследствие несовершенства нормативной правовой базы, в частности неповоротливости процесса закупок.

Еще полтора года назад на заседании Совета при Правительстве России по вопросам попечительства в социальной сфере сопредседатель попечительского совета фонда «Подари жизнь» Чулпан Хаматова говорила о том, что, вынужденно подменяя собой государство, фонды тратят массу средств, которые могли бы пойти на то, что не оплачивается из бюджета. Однако с тех пор мало что изменилось.

КРАСНЕЕТ, ЖЖЕТ И КОЛЕТСЯ

Ладонно-подошвенным синдромом называется побочная реакция кожи ладоней и подошв, возникающая при проведении химиотерапии. У этого состояния много синонимов: ладонно-подошвенная реакция, токсическая эритема, акральная эритема, ладонно-подошвенная дизэстезия, пальмарно-плантарная эритродизэстезия.

Хотя ладонно-подошвенный синдром не несет никакой угрозы для жизни, он существенно влияет на самочувствие пациента, чем часто вынуждает врача снизить дозы химиотерапевтических лекарств.

При типичном течении ладонно-подошвенного синдрома кожа на подошвах и ладонях краснеет, нарушается чувствительность, появляются неприятные ощущения (жжение и покалывание).

В чем причина

Современные исследования как на причину ладонно-подошвенного синдрома указывают на возможность выделения некоторых препаратов через определенный тип потовых желез, которых много на ладонях и стопах. Лекарство накапливается на поверхности кожи в большой концентрации, оказывая прямое токсическое действие на быстро делящиеся клетки кожи.

Согласно другой гипотезе, некоторые химиотерапевтические препараты взаимодействуют с белками в стенках мельчайших капилляров конечностей, вызывают в них воспалительный процесс, что приводит к нарушению кровоснабжения кожи.

Вероятно, ладонно-подошвенная реакция – это комплексный процесс нарушения обновления эпителия в области потовых желез и повреждения капилляров кожи.

У кого он развивается

Ладонно-подошвенный синдром возникает только у пациентов,

проходящих химиотерапию. Его причиной является именно процесс лечения онкологического заболевания, а не оно само. Вероятность развития реакции – около 2 процентов.

Синдром развивается как у детей, так и у взрослых и при совершенно различных типах онкологических заболеваний. Выраженность реакции зависит от вида и дозы химиотерапевтического лекарства. Значение имеют как максимальная вводимая концентрация лекарства, так и эффект накопления (при проведении нескольких циклов химиотерапии).

Чаще всего ладонно-подошвенная реакция развивается в ответ на прием **5-фторурацила и капецитабина**. Реже подобные реакции наблюдают у пациентов, принимающих доксорубин, цитарабин, эмиафур, тегафур, препараты гидроксимочевина, метотрексат, цисплатин, циклофосфамид, иринотекан, б-меркаптопурин, сорафениб и б-тиогуанин.

Как и когда

Ладонно-подошвенный синдром чаще всего развивается быстро, через несколько дней после старта курса химиотерапии, но в отдельных случаях может возникнуть по истечении нескольких месяцев и при проведении повторных курсов химиотерапии.

Всегда страдают ладони, реже – подошвы, пальцы, тыльные стороны кистей и стоп. Совсем редко кожные проявления могут развиваться на сгибах (локти, колени), в складках кожи, в местах трения и сдав-



ливания (в области пояса одежды, застёжек нижнего белья).

Самые первые проявления синдрома: периодическое онемение в области ладоней (и чуть позже – подошв), покалывание, скованность и болезненность движений. Затем через 2–4 дня появляется яркое симметричное покраснение ладоней и подошв с четкими краями, сопровождающееся чувством жжения. Кожа может потрескаться и шелушиться. В тяжелых случаях могут появиться пузыри и язвы на коже. Становится тяжело работать руками, держать предметы, застегивать пуговицы, ходить.

После прекращения цикла химиотерапии все болезненные проявления проходят в течение одной-двух недель. Обычно на коже не остается никаких следов, если только не было глубоких язв. С каждым последующим циклом химиотерапии реакция становится все тяжелее и кожа заживает дольше.

В зависимости от выраженности проявлений в диагнозе «ладонно-подошвенный синдром» указывается степень:

- 1-я степень – легкое покалывание, онемение, небольшое покраснение;
- 2-я степень – ярко выраженное покраснение, отек, нарушение чувствительности;
- 3-я степень – болезненные ощущения, сильные покраснение и отек;
- 4-я степень – боль, пузыри и язвы на коже, нарушение функции конечности.

Лечение ладонно-подошвенного синдрома

Единственный способ борьбы с ладонно-подошвенным синдромом – полное прекращение химиотерапии, ожидание самостоятельного заживления кожи и затем возобновление химиотерапии в более низких дозах (или с меньшей частотой).

Для того чтобы уменьшить болезненные проявления и ускорить процесс заживления, если синдром уже развился, врачи рекомендуют:

- использовать увлажняющие средства для кожи кистей и стоп (лучше начать еще до старта химиотерапии);
- избегать механических повреждений в области кистей и стоп: не заниматься грубой работой, избегать тесной одежды и обуви, тугих резинок и швов;
- избегать горячей воды, сильного перегревания стоп и кистей;
- следить, чтобы на кожу не попадали химически активные раздражающие жидкости (моющие средства, растворители, краски);
- для уменьшения боли и жжения можно использовать холодные ванночки и компрессы;
- возможно применение витаминов группы В, витамина Е (внутри и местно).

МНОГО ВСЯКИХ РАЗНЫХ НА ОДНОГО

Ситуация, когда у одного человека последовательно или одновременно обнаруживаются несколько злокачественных опухолей, редка, но возможна. В последнее время такие случаи все чаще стали встречаться в диагностике.

Во-первых, это связано с совершенствованием медицинской диагностической аппаратуры (раньше некоторые опухоли было просто невозможно обнаружить имеющимися средствами). Во-вторых, в лечении многих онкологических заболеваний достигнуты значительные успехи. Выживаемость пациентов после излечения рака достигает десятилетий, и может случиться, что они доживают до развития другой опухоли, тогда как раньше не выживали из-за первой. Важное значение имеет тщательное обследование пациентов с опухолями как при их обнаружении (для диагностики метастазов и других опухолей), так и после излечения.

«Рак» – общий термин, которым обозначают массу различающихся между собой опухолей. Опухоли разных органов и тканей имеют разное строение, разный генетический аппарат

и разные факторы предрасположенности, и ничто не мешает развиваться опухоли сначала в одном месте, затем в другом, а иногда – в двух и даже нескольких местах одновременно.

Например, меланома развивается из-за повреждения клеток кожи солнечными лучами; она может возникнуть в любом возрасте, но чаще – в старости, так как время пребывания на солнце за всю жизнь суммируется. Другие виды опухолей, например опухоли крови, костей, чаще развиваются в самом начале жизни, у маленьких детей. Два разных типа рака могут поражать даже один и тот же орган. Описано несколько случаев, когда после удаления одной почки по поводу злокачественной опухоли через некоторое время в другой почке обнаруживалась опухоль другого типа. Известны также случаи «синхронных» раков, растущих рядом друг с другом в просвете желчного или мочевого пузыря.

Самые частые локализации для множественных опухолей – рак молочной железы, колоректальный рак, мочевого пузыря, предстательная железа, почки.

Но все же ситуация, когда в одном организме развивается несколько разных злокачественных опухолей, очень редка. Если у человека, уже имеющего или перенесшего рак, обнаруживается новая опухоль, в 95 процентах случаев это вторичная опухоль (метастаз). Все злокачественные опухоли имеют способность метастазировать, или распространяться по организму из первоначального места возникновения в другие органы. Сначала рак возникает в одном органе (это называется «первичная опухоль»), а затем клетки раковой опухоли разными

путями рассеиваются, давая начало новым, дочерним опухолям – метастазам. Метастазы могут образовывать практически все виды рака и практически во всех органах.

Вторичные опухоли (метастазы) по строению точно такие же, как и первичная опухоль: они состоят из тех же клеток, имеют те же самые биохимические и иммунные свойства (те же антигены). Метастатические опухоли называются тем же именем, что и первичные (например, если первичная опухоль находится в желудке и она распространилась в печень, то она называется «метастаз рака желудка в печень», а не «рак печени»).

Как же проходит лечение, если имеются две разные опухоли?

Так как подобные случаи необычны и редки, для них не разработаны стандартные схемы химио- и радиотерапии или методики хирургических операций, и в каждом отдельном случае планирование индивидуального лечения – сложная задача для врачей и пациента. Иногда, если обе опухоли имеют родственные свойства, схемы лечения, препараты, к которым они чувствительны, могут совпадать, или обе близко расположенные опухоли возможно будет удалить в течение одного хирургического вмешательства. Труднее, если для каждой из опухолей выбор методов лечения будет отличаться. В таком случае пациенту придется готовиться к череде операций или несколькими различным курсам химиотерапии.

Важно знать, что излечение одного вида рака не гарантирует отсутствие или развитие в дальнейшем других видов.

ИМЕЕМ ПРАВО НА ТОМОГРАФИЮ

Качество диагностики рака и рецидивов во многом зависит от исследований, которые для этого проводятся. После модернизации системы здравоохранения в диспансерах появились современные сложные томографы, которые позволяют такие обследования проводить, причем бесплатно. Но назначат их не каждому пациенту, а только по особым показаниям. О том, кто и как попадает на высокотехнологическую диагностику, рассказывает специалист по защите прав пациентов, юрист Лариса ЗВЕРЕВА.



Вид и объем бесплатной диагностики зависит от цели, с которой она проводится, и наличия ее в объеме медицинских услуг в рамках ОМС. Отправить пациента сразу на МРТ врач не может, потому что дорогие методы исследования применяются только тогда, когда дешевые не смогли определить наличие заболевания.

Например, при РМЖ сначала проводится предварительная диагностика, к которой относятся пальпация (ручной осмотр), маммография и пункция. Иногда предварительной диагностики при начальных стадиях онкологии бывает достаточно для проведения оперативного вмешательства. В более сложных случаях, когда предварительные методы неинформативны (в том числе при злокачественных новообразованиях скрытых визуализаций), проводится уточненная диагностика, которая включает компьютерную томографию, магнитно-резонансное исследование, ультразвуковое исследование, все виды биопсии и другие методы исследования, которые позволяют целенаправленно искать определенные изменения, уточнять их природу, характер и распространенность.

Уточненные методы диагностики также проводятся после завершения лечения с целью оценки его эффективности. В этом случае все назначенные онкологом пациенту исследования после лечения должны проводиться в стационаре онкодиспансера, так как в большинстве случаев КТ, МРТ, ОСТ входят в стандарты при злокачественных новообразованиях. В том числе в стандарты может входить и МРТ мозга. По завершении всех курсов лечения пациент выписывается из стационара, и, если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются по схеме: в течение первого года – один раз в три месяца, в течение второго года – один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год. Данные плановые диспансерные осмотры не включают проведение КТ, МРТ, сцинтиграфии, ПЭТ. Показа-

ниями к их проведению на этом этапе медицинской помощи являются жалобы пациента на длительные боли в определенной области и подозрение на прогрессирование опухолевого процесса.

Позитронно-эмиссионный томограф относится к инновационным продуктам и технологиям. Возможность ПЭТ-исследования ограничена отсутствием его в стандартах лечения, отсутствием оборудования и тем, что его заменяют менее информативные, но более доступные и стандартные МРТ, КТ, ОСТ. Например, при раке молочной железы позитронно-эмиссионная томография в стандарты лечения не входит, а входят КТ, МРТ, сцинтиграфия. ПЭТ показана детям при лимфобластной неходжкинской лимфоме, при множественной миеломе и других злокачественных плазмоклеточных новообразованиях, после трансплантации аллогенного костного мозга, при новообразованиях головного мозга и мозговых оболочек, при новообразованиях гипофиза, в связи с чем ПЭТ в субъекте Федерации может быть проведена бесплатно, если эта диагностика назначена врачом, входит в стандарт лечения и в городе имеется позитронно-эмиссионный томограф. По всем вопросам прохождения ПЭТ следует получить консультацию в областном минздраве.

Если врач назначает какое-либо исследование, значит, для этого есть медицинское показание, и он обязан выдать

направление на диагностику, указав конкретное ЛПУ, где пациент сможет это обследование пройти бесплатно в плановом порядке по полису ОМС. Однако на ОСТ, МРТ, КТ и другие исследования устанавливается очередь. Сроки ожидания плановых диагностических исследований устанавливаются Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Нарушение сроков ожидания также свидетельствует о некачественном оказании медицинской помощи исходя из Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230.

Иногда предлагают пациенту пройти необходимые исследования за свой счет, чтобы сэкономить время ожидания. В таких случаях врачи не выдают письменное направление, давая устные рекомендации, не проводят в стационаре контрольную стандартную диагностику после лечения, предлагая пациенту пройти процедуру диагностики после выписки. Это можно оспорить. Для этого следует позвонить в свою страховую компанию или ТФОМС и уточнить возможность прохождения назначенных врачом МРТ, КТ, ОСТ по полису ОМС в пределах указанных в программе сроков ожидания или в рамках медицинского стандарта в стационаре. Впрочем, пациент всегда может без медицинских показаний пройти эти исследования за свой счет в порядке личной инициативы.

МУТАЦИЯ ЧРЕВАТА РАКОМ

Предрасположенность к развитию рака в некоторых случаях обусловлена мутацией генов. Для рака молочной железы и рака яичников это гены BRCA 1 и 2. Всем пациенткам с диагнозом РМЖ показан генетический анализ, который поможет установить в том числе индивидуальный график лечения и профилактики рецидивов.

Мутации в генах BRCA1 и BRCA2 говорят о наследственной предрасположенности к раку молочной

железы и раку яичников. Течение рака молочной железы у женщин с мутациями BRCA1 и 2 отличается от тех случаев, когда мутации нет. У таких больных чаще развивается высокодифференцированный рак с отсутствием рецепторов к эстрогенам; у таких пациенток вероятны мутации гена p53. В целом же все эти факторы приводят к большой вероятности рецидивов и худшим прогнозам заболевания.

– Если анализ показывает наличие у женщины мутации BRCA, в некоторых странах ей могут предложить профилактическую мастэктомию. Если же она не хочет лишиться груди, ей рекомендуется ежегодная маммография и магнитно-резонансная томография молочных желез (1–2 раза в год) и контроль уровня онкомаркеров (CA-125 и CA15-3), – рассказывает онколог Лали Бабичева. – Если уже имеется опухоль молочной железы, то определение мутации в генах BRCA целесообразно в начале заболевания, сразу после постановки диа-

гноза, что может повлиять на выбор терапевтической тактики в сторону увеличения ее интенсивности.

Некоторые исследователи считают, что женщины с мутацией BRCA1 должны сделать профилактическую овариэктомию (удаление яичников) к 35 годам. Другое мнение: женщины с мутацией BRCA2 могут вполне безопасно отложить операцию до 40 лет и старше, так как у них риск рака яичников не так выражен. Так, актриса Анджелина Джоли, у которой анализы показали мутацию гена BRCA1 и BRCA2, уже сделала профилактическую мастэктомию, а теперь планирует сделать профилактическую овариэктомию, чтобы избежать риска возникновения опухоли. В России сама по себе мутация генов показанием к такой операции не является.

Невозможно назвать точную дату появления злокачественной опухоли у носителей мутаций, однако такие люди должны сделать все, чтобы обнаружить опухоль на самой ранней стадии. Необходимо уделять внимание обследованию, в том числе

в рамках диспансерных осмотров, профосмотров, скрининговых обследований, которые позволяют выявлять онкологические заболевания на самых ранних стадиях развития.

– При подозрении на опухоль следует обратиться к врачу-онкологу (терапевту, специалисту) районной поликлиники, который назначит бесплатную уточняющую диагностику, – советует специалист по защите прав пациентов, юрист Лариса Зверева. – А углубленные виды обследования будут проводиться по стандарту лечения уже в территориальном онкодиспансере с использованием его диагностической и лабораторной базы или в другом ЛПУ по направлению врача-онколога первичного звена территориального онкодиспансера.

Стандарты лечения приняты Минздравсоцразвития РФ и Минздравом РФ по большинству ЗНО и включают перечень бесплатной диагностики и бесплатных лекарств. Врач несет ответственность за качество оказанной медицинской

помощи, поэтому обязан последовательно назначить все необходимые пациенту исследования с целью уточнения диагноза и оформления в стационар для лечения.

Анализ на определение мутаций в генах BRCA в настоящее время выполняется во многих крупных центрах и лабораториях. Стоимость обследований зависит от количества мутаций в генах BRCA1, BRCA2 и CHEK2, которые будут выявляться. На сегодняшний день известны десятки мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 и CHEK2, но в России более чем в 90 процентах случаев из всех выявленных мутаций обнаруживается только одна мутация в гене BRCA1 (именно эту мутацию и следует определять). Для получения консультации и направления можно обратиться к специалистам-генетикам, которые определяют минимальный спектр и необходимость обследования.

Бесплатно эти анализы не проводятся (такая возможность существует только в рамках каких-либо локальных научных исследований).

Право на лечение за границей есть и у взрослых пациентов, и у детей. Необходимым условием является заключение врачей о том, что в России нет технологий, оборудования или специалистов для того, чтобы помочь больному. Дать такое заключение может врачебная комиссия федерального медицинского центра, например РОНЦ им. Блохина или ФКНЦ Детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева. В перечне диагнозов, с которыми на поездку за границу будет дан зеленый свет, – разные виды детской трансплантации (в России она невозможна из-за законодательных ограничений), некоторые врожденные пороки развития и генетические заболевания, врожденные иммунодефициты в тяжелой форме.

Бюджет на заграничное лечение ограничен 177 миллионами рублей в год. Для сравнения: благотворительный фонд «Подари жизнь» в 2013 году потратил на лечение детей за рубежом 73 миллиона рублей.

Какие же документы нужны, чтобы получить направление на бесплатное лечение за рубежом? После получения заключения врачей федерального медицинского центра в Министерство здравоохранения нужно представить копию выписного эпикриза с рекомендациями пройти лечение или обследование за границей, а также написать соответствующее заявление. К нему необходимо приложить копию паспорта или свидетельства о рождении пациента, а в случае если заявление подает доверенное лицо или законный представитель (например, если речь идет о ребенке) – копию паспорта этого доверенного лица и документа, подтверждающего его полномочия. На принятие решения, отправлять пациента за рубеж или нет, чиновникам Минздрава закон отводит 92 дня.

Если решение положительное, Минздрав заключает с иностранной клиникой договор и перечисляет на счет деньги – аванс за лечение. Клиники будут выбирать по системе госзакупок путем проведения тендера, то есть сам пациент или его лечащий врач не смогут решать, где именно лечиться за рубежом. Условия договора с клиниками таковы, что принять пациента из России больница или медицинский центр должны будут не позднее 30 дней с момента заключения договора.



Перелет к месту лечения и проживание в стране тоже оплачиваются из бюджета. Пациент сможет рассчитывать на те же суммы, как если бы он был отправленным в заграничную командировку сотрудником бюджетного учреждения. Если больному требуется сопровождающий, его расходы тоже покроет Минздрав, при условии что все траты будут документально подтверждены.

ИНОГДА И ВИНО НЕ ПОВРЕДИТ

На этот вопрос нет универсального и категорического ответа, между каждым пациентом и врачом вопрос об употреблении алкоголя должен обсуждаться отдельно. Решение будет зависеть от конкретной ситуации: типа и течения онкологического заболевания, метода его лечения, применяемых препаратов, общего состояния здоровья пациента.

Разумеется, речь идет лишь о разовом употреблении небольшого количества алкоголя – бокала вина за воскресным обедом или кружки пива по случаю.

Частое употребление больших доз алкоголя ведет к зависимости, тяжелой хронической алкогольной интоксикации, нарушению нормальной работы многих органов и, конечно, не рекомендуется ни в каких случаях и никому.

В этой статье мы лишь хотим рассказать, какие эффекты возмож-

ны при приеме алкоголя в процессе лечения.

Возможно взаимодействие химиотерапии и алкоголя

Большинство лекарств при химиотерапии не взаимодействует в организме с алкоголем, поэтому его употребление, строго говоря, не влияет на эффективность лечения.

Существует два препарата, которые категорически запрещено и опасно для жизни совмещать с алкоголем. Это прокарбазин (используется в терапии лимфом) и

ломустин (применяется для многих видов рака). Если они входят в схему лечения, врач обязательно отдельно предупредит о запрещенных напитках и продуктах.

Алкоголь нельзя смешивать со снотворными, обезболивающими и противорвотными препаратами

Но помимо основных химиотерапевтических средств пациенты во время лечения обычно принимают множество дополнительных препаратов других групп: обезболиваю-

щие, успокоительные, снотворные, противорвотные, антибиотики... Среди них очень многие могут вызвать опасные побочные эффекты совместно с алкоголем.

Алкоголь усиливает седативный (снотворный) эффект лекарств. В тяжелых случаях может произойти угнетение жизненно важных центров мозга, вплоть до потери сознания и остановки дыхания. Поэтому все лекарства с седативным эффектом, и особенно наркотические анальгетики (морфин), нельзя сочетать с алкогольными напитками.

Взвесьте нагрузку на печень

Большинство препаратов для химиотерапии перерабатываются и выводятся из организма через печень. Алкоголь также обезвреживается в печени и может вызвать ее воспаление (алкогольный гепатит). Значит, при употреблении алкоголя работоспособность печени может уменьшиться, выведение лекарств при этом замедлится, их концентрация в крови будет выше, а следовательно, будут сильнее выражены их токсические эффекты. Если химиотерапия переносится хорошо, алкоголь не противопоказан.

Разумеется, если уже есть признаки нарушения нормальной работы печени (повышение в крови содержания билирубина и печеночных ферментов), то алкоголь употреблять нельзя.

Не в ущерб другим напиткам

Еще один из известных эффектов алкоголя – дегидратация (обезвоживание). Уменьшение количества воды в организме пагубно сказывается на солевом составе крови, на артериальном давлении, работе сердца и общем самочувствии. Пациенты, проходящие лечение по поводу онкологических заболеваний, и так подвержены дегидратации из-за частых диарей и рвоты. Прежде чем думать

об алкоголе, важно убедиться, что организм не испытывает недостатка в чистой питьевой воде.

Алкоголь вредит слизистым оболочкам

Спиртосодержащие напитки оказывают раздражающее действие на слизистые оболочки полости рта, глотки, пищевода, желудка. У пациентов, находящихся на химио- или радиолечении, эти слизистые часто бывают повреждены, воспалены, подвержены изъязвлению. В такой ситуации алкоголь только помешает заживлению язвочек, обострит течение стоматита, гингивита или гастрита, поэтому стоит на время воздержаться от его употребления.

«Все есть яд, и все есть лекарство»

Несмотря на все вышеизложенные опасные эффекты, даже алкоголь может иметь свои плюсы в некоторых случаях:

– у онкологических пациентов зачастую пропадает аппетит и всякое удовольствие от приема пищи, а алкогольные напитки улучшают аппетит;

– алкоголь обладает транквилизирующим (успокаивающим) действием и помогает снять напряжение и тревогу (если не показано более серьезных лекарств);

– алкогольные напитки являются одним из элементов общения между людьми, важной составляющей праздников. Общение очень важно для онкологических пациентов, поэтому не стоит без серьезного повода отказываться от семейных торжественных ужинов и дружеских посиделок.

В целом решение об употреблении алкоголя остается за пациентом и его врачом. Важно взвесить все факторы, знать меру и не впадать в крайности, а также не забывать об особых противопоказаниях.



РАЗВЕ ЭТО БОЛЕЗНЬ ВСТАЛА МЕЖДУ НАМИ?

«Онкология» – диагноз, который влияет на всю жизнь человека, в том числе и на семейные отношения. Как не дать болезни разрушить брак? Почему мужья уходят от заболевших жен? Куда обратиться за помощью? На эти вопросы мы попытались найти ответы вместе со специалистом-онкопсихологом.



– Семья – система. Онкологическое заболевание нарушает равновесие в этой системе, нарушает баланс в отношениях, – считает ведущий психолог АНО «Проект СО-действие» Наталья Горожанина. – Какими гармоничными они ни были бы, кризис неминуем. Вопрос в том, как его преодолеть.

В семье, где появляется онкологический больной, меняется весь уклад – от планов на отпуск до привычного распределения ролей. Если заболевает «добытчик», тот, кто зарабатывал деньги, остальным членам семьи приходится искать источники дохода. Если заболевает тот, кто принимал решения, брал на себя основную работу по дому и ответственность за воспитание детей, – партнеру

приходится принимать на себя новую роль, и дается это нелегко.

До принятия болезни доходят не все, а вот агрессию и гнев доводится пережить каждому, кому поставили диагноз «рак». И этот период становится настоящим испытанием для отношений. Это этап, когда заболевший человек может стать раздражительным, вспыльчивым из-за переживаний. Он спрашивает себя: почему у меня эта болезнь, почему это коснулось именно меня, почему все остальные здоровые, а я заболел? Считает, что его никто не понимает. И это ощущение вселенской несправедливости может направиться внутрь, то есть агрессия на самого себя, выраженная как чувство вины. А может

вовне – раздражение на весь мир, на врачей, на близких.

Именно в этот период, по мнению психологов, супруги часто начинают отдаляться друг от друга. Если болеет жена, она, с одной стороны, испытывает то самое чувство вины – она не может делать то, что делала до болезни и терапии, а с другой – постоянно обижается на здорового мужа, который ее не понимает. А мужчине, в силу того что меняются роли, приходится брать на себя часть функций жены, и у него внутри накапливается ощущение, что жена ему обязана. Он об этом, скорее всего, не говорит и, может быть, даже не думает, но вот это ощущение «я столько всего для нее делаю, а она еще и злится на меня», оно есть.

Растущее непонимание дополняется ограничениями, которые накладывает болезнь. Невозможно поехать в отпуск из-за очередного курса лечения. Нельзя заняться сексом из-за плохого самочувствия. Из-за химиотерапии женщина теряет волосы, при раке груди ей проводят мастэктомию, и она считает, что теряет женскую привлекательность. Это наносит серьезный удар по самооценке. Супруги еще больше отдаляются друг от друга.

– Сложно сказать, кто чаще уходит, кто чаще изменяет, – отмечает Наталья Горожанина. – Принято считать, что изменяют чаще мужчины, так как женщины, у которых заболевает муж, компенсируют дисбаланс в отношениях за счет пробуждения своего материнского инстинкта, стремления к опеке, к заботе. Я знаю о случаях, когда у женщины заболевает муж, она о нем заботится, а потом этот муж уходит от здоровой жены. Но бывает, что женщина, заболев, что-то понимает и уходит от здорового мужа, такое тоже может произойти. Здесь нет каких-то правил или статистики.

По словам психолога, на горячую линию АНО «Проект СО-действие» с просьбой оказать психологическую помощь или что-то посоветовать обращаются и мужчины, и женщины – как сами онкопациенты, так и их близкие. Звонок по телефону 8-800-100-0191 бесплатный, а если у нуждающегося в помощи специалиста есть возможность приехать в Москву, то можно записаться и на бесплатную очную консультацию.

– Идеальный вариант – обратиться к психологу вместе. В случае с онкологией житейская мудрость «надо заботиться друг о друге, относиться с пониманием, прислушиваться» не поможет. Это сложная проблема, которая так просто не решается, как ни старайся. Так что обращение к специалисту в любом случае имеет смысл, к онкопсихологу или семейному терапевту, – рекомендует Горожанина.

Кабинеты онкопсихологов в последние годы открываются и в обычных онкологических диспансерах. Правда, пока далеко не все врачи направляют своих пациентов к таким специалистам.

ШКОЛА БЕЗ ЭКЗАМЕНОВ

Пациентам нужна не только медицинская, но и психологическая и юридическая поддержка. Чтобы справиться с тревогой и депрессией, разобраться, как и зачем оформлять 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 последнего поколения, которые по законам РФ им положены бесплатно. Сегодня пациенты стали более образованны, 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 участников «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 род-

ственникам 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

ВЫПАДУТ. НО ВЫРАСТУТ СНОВА

Нарушение роста и питания волос – одно из самых частых осложнений при химио- и лучевой терапии. Практически у всех пациентов во время лечения волосы тускнеют, редеют и могут полностью выпасть. Почему так происходит? Можно ли предотвратить выпадение? Вырастут ли волосы снова?

Почему волосы выпадают?

Химиотерапия связана с использованием сильных лекарств, а радиотерапия – с применением ионизирующего излучения, которые атакуют раковые клетки, препятствуют их росту и в итоге разрушают их. К сожалению, лечебное воздействие сложно сделать максимально целенаправленным и ограничить только злокачественной тканью. Химиотерапия, убивая раковые клетки, попутно «задевает» в организме практически все ткани, в первую очередь те, клетки которых активно растут и делятся: клетки крови, слизистых оболочек рта и желудочно-кишечного тракта, кожи и волос. С этим и связаны все побочные эффекты терапии, в частности потеря волос.

Лучевая терапия так же, независимо от расположения облучаемой опухоли, практически всегда затрагивает окружающие ткани, нарушает естественный процесс обновления клеток кожи и питания волосяных лукович.

Выпадут ли волосы все сразу?

Далеко не все препараты для химиотерапии вызывают полное выпадение волос. Иногда волосы незначительно редеют, и это практически незаметно. В свою очередь, другие химиотерапевтические препараты вызывают повсеместное выпадение волос не только на голове, но и в других местах: на бровях, ресницах, бороде, усах, груди, в подмышечных впадинах, на ногах и на лобке.

Степень выпадения волос зависит от конкретного препарата или сочетания нескольких препаратов, используемых при терапии. Также имеют важное значение дозировка, частота введения лекарств и индивидуальная реакция организма пациента. Есть пациенты, у которых волосы становятся сухими и ломкими, но не выпадают. У других они выпадают в течение нескольких дней.

В отличие от химиотерапии, при лучевой терапии выпадение волос происходит не по всему телу, а только в одной области – там, куда было преимущественно направлено излучение.

Как быстро волосы отрастут снова?

Восстановление волосяных лукович – процесс более длительный, чем их разрушение. В среднем рост волос возобновляется через 2–3 месяца после завершения курса химиотерапии и длится около года. Сначала, как правило, появляются редкие и тонкие волосы, а через несколько месяцев нормальная структура волос полностью восстанавливается. Разумеется, этот срок зависит от дозы препарата (облучения) и продолжительности курса лечения. Крайне редко после длительного и высокодозированного лечения волосы не восстанавливаются.

Как пережить?

Выпадение волос – неприятный, но часто неизбежный побочный эффект лечения. Перспектива облысеть на несколько месяцев ни в коем случае не должна останавливать вас в борьбе с основным заболеванием. Есть способы приспособиться к такому временному состоянию, чувствовать себя лучше и лучше выглядеть.

Возможно, из-за потери волос вы не захотите лишней раз выходить из дома, активно проводить досуг, общаться с друзьями. Но важно помнить, что чем больше времени вы будете проводить в компании других людей, тем увереннее начнете себя чувствовать и проще перенесете период восстановления.

Приготовьтесь к выпадению волос заранее

Стоит сделать короткую стрижку еще до начала лечения, если у вас длинные волосы. Это поможет несколько сократить объем выпадения волос под действием силы тяжести (длинные волосы тяжелее, они оттягивают кожу головы и тянут сами себя вниз). К тому же процесс выпадения коротких волос будет гораздо менее заметно отражаться на внешнем виде.

Как вариант можно постричься наголо, не дожидаясь начала выпадения волос.

Ухаживайте за волосами и кожей в период лечения

Из-за лечения волосы, вероятно, станут сухими, тонкими, редкими и хрупкими. Чтобы улучшить их внешний вид и замедлить выпадение, лучше:

- ✓ аккуратно расчесывать волосы, используя мягкую щетку (как для младенцев) и расческу с широкими зубчиками;
- ✓ мыть голову деликатными шампунями, подходящими для ежедневного мытья, например детскими, или кремом на водной основе, чтобы при мытье получилась пена и увлажнилась кожа головы;
- ✓ делать регулярно деликатный массаж кожи головы;
- ✓ не мыть голову лечебными шампунями (против перхоти, выпадения волос и т.п.): их лечебные компоненты не подходят в этот период и могут вызвать зуд;
- ✓ не использовать фен в режиме высокой температуры, утюжки и термобигуди;
- ✓ не делать окрашивание, мелирование, химическую завивку до того, как волосы и кожа восстановятся;
- ✓ не наращивать волосы в течение нескольких месяцев после лечения, так как сама процедура сопряжена с травмированием кожи головы и волос, что может привести к их выпадению.



Команда «ГОловы» помогает детскому отделению РОНЦ им. Блохина

ЕСЛИ ХОЧЕШЬ – БУДЬ КРАСИВОЙ

Юлии Скидан 26 лет. В октябре 2013-го Юле поставили диагноз «лимфома Ходжкина». Сейчас у нее ремиссия. После химии потеряла волосы, стала придумывать, что делать с головой, чтобы выглядеть красиво. Придумала для себя, а потом и для других стала создавать оригинальные, привлекательные, делающие красивыми женщин без волос головные уборы. Получился успешный проект «ГОлова» (go-lova.ru). Часть прибыли «ГОловы» идет на благотворительность.

Все началось прошлым летом, а кажется, ужасно давно.

Вдруг заболела шея, появились шишки на шее, чесалось все тело. Думала, простуда, аллергия. Врачи разводили руками и пичкали антибиотиками, которые помогали, но не надолго. Юля продолжала жить на полную – раскручивала проекты на фирме, получала благодарности и сертификаты, встречалась с любимым. Хотя жила она на антибиотиках и сегодня ничего, кроме усталости и ощущения растущего бессилия, о том времени вспомнить не может. И на всю жизнь останется благодарной доктору, зануде и педанту, которая не закрывала больничные, пока Юля не сдаст снова анализ крови и не пройдет биопсию. Так ей и был поставлен диагноз «лимфома Ходжкина».

Сил рассказать родителям не было, о болезни дочери они узнали от ее жениха Юрия. Юля ему очень благодарна, он буквально взял ее за руку и провел через все этапы лечения.

Болезнь меняет человека. Юля рассказывает, что стала мягче, спокойнее, радуется тем вещам, которые раньше казались незначительными. Своим оптимизмом и жадной жизни она заразила всех, кто лечился вместе с ней в РОНЦе. В Юлиной группе «ВКонтакте» 50 участников, в основном девушки. Это сплоченная команда, которая не дает друг другу раскисать. Многие помогают Юле в реализации ее проекта.

Когда после химиотерапии потеряла волосы, ей все равно хотелось выглядеть привлекательной и в больнице, и дома. Она начала искать красивые головные уборы. Нашла их только на иностранных сайтах. Ждать шапочки и платки приходилось долго, да и доставка была недешевой. Тогда Юля решила создать салон головных уборов для тех, кто оказался в такой же ситуации, что и она сама. Дала объявление для всех, кто хочет этим заняться. Сразу же позвонила женщина, которая умеет шить и вязать. И закрутилось. Сейчас в головных уборах из магазина Юли ходят женщины в разных городах, есть уже повторные заказы, недавно был звонок из тундры, где тоже хотят выглядеть красиво.

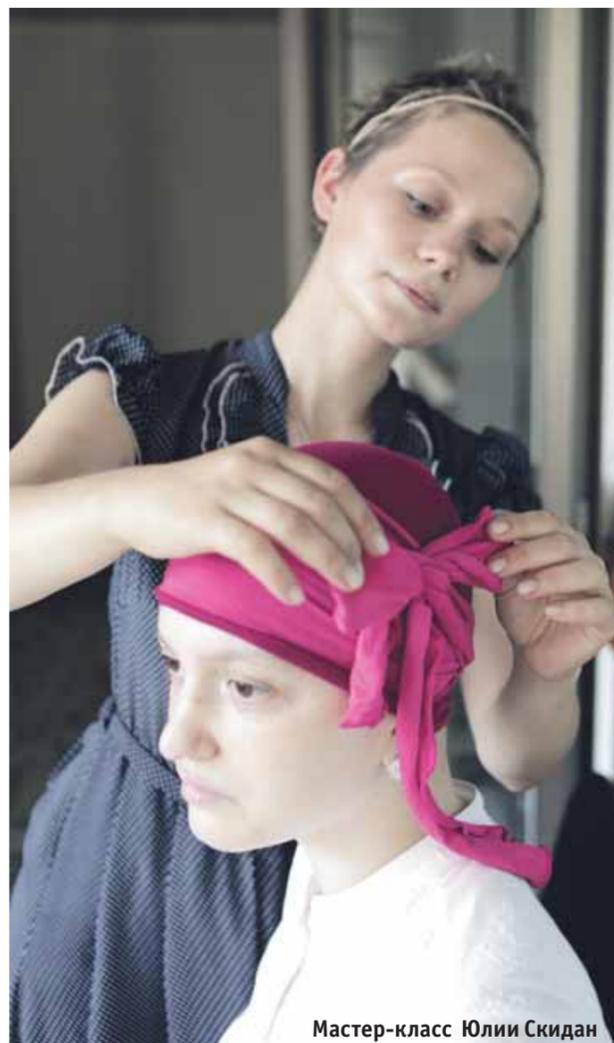
Все модели удобные, сделаны только из натуральных тканей, дышащие, швы не раздражают кожу. Коллекция постоянно обновляется. Сейчас Юля готовит видео с мастер-классом по завязыванию головного убора – хита продаж – банданы, которая трансформируется для различных образов.

Более пяти процентов прибыли от магазина идет на благотворительность. Юля и ее команда помогают детскому отделению РОНЦа им. Блохина. Волонтеры проводят мастер-классы для маленьких пациентов, делают с ними украшения из бусин, коллажи, раскрашивают футболки, веселят и просто

играть. Недавно стали сотрудничать еще с одной больницей – в Солнцево, там они навещают пациентов онкохирургического отделения. За короткий период существования проект «ГОлова» получил благодарственные письма и приличный список партнеров.

Юля мечтает о том, чтобы ее проект развивался и принес людям радость. Еще она мечтает о семье и детях.

В сентябре у Юли и Юрия свадьба.



Мастер-класс Юлии Скидан

ОТВЕЧАЮТ

Ольга Мельникова, кандидат медицинских наук, ведущий онколог-маммолог ФГБУ ВЭРМ МЧС имени А.М. Никифорова.

Окончила в 1998 году Санкт-Петербургский государственный медицинский институт имени академика И.П. Павлова, лечебный факультет.

С 1998 по 2000 год проходила обучение в клинической ординатуре НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова на отделении заболелавной молочной железы.

С 2000 по 2004 год – НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, отделение опухолей молочной железы, аспирантура.

В 2004 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Переносимость основных программ адьювантного и неоадьювантного лечения рака молочной железы как фактор, влияющий на интенсивность химиотерапевтического лечения и его результаты».

С 2004 года по 2008 год работала в НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова, в отделении заболеваний молочной железы, затем в отделении химиотерапевтических методов лечения.

С 2008 по 2013 год работала в Санкт-Петербургской клинической больнице РАН врачом-онкологом отделения заболеваний молочной железы.

С 2013 года по настоящее время – ведущий онколог-маммолог ФГБУ ВЭРМ МЧС имени А.М. Никифорова.

Лариса Зверева, юрист

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

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

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

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

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

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

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

Ирина Морковкина, психотерапевт

Родилась в г. Чебаркуле Челябинской области. После окончания средней школы училась на лечебном факультете 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. Сейчас это заведение называется Медицинской академией. По окончании вуза в 1977 году – два года ординатуры, затем три года аспирантуры в Институте психиатрии АМН СССР. Защита кандидатской диссертации в 1982 году. В том же учреждении, но с названием ФГБУ НЦПЗ (Научный центр психического здоровья) РАМН работала в отделе пограничных психических расстройств (под руководством академика А.Б. Смулевича), острых психозов (под руководством профессора Г.П. Пантелеевой), последние девять лет (под руководством профессора В.А. 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

Врач сказал есть больше мучного во время химии. Я ем и толстею. Что делать? Заниматься спортом сил нет.

ОТВЕЧАЕТ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Питание во время химиотерапии должно быть сбалансированным, и употреблять большое количество мучных продуктов необязательно. В рацион должны входить свежие овощи и фрукты, также мясо и рыба. Желательно избегать копченых и сильно соленых блюд, чтобы не было обострения хронических заболеваний.

Спорт во время лечения желателен, но нагрузка должна быть переносимой, можно планировать занятия спортом на те дни, когда самочувствие лучше.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

В России трудно получить высокотехнологичные дорогие лекарства даже за деньги. Может быть, можно их привезти из-за границы? Как это организовать?

ОТВЕЧАЕТ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

За границей вы можете приобрести лекарства только по рецепту, который выписывает врач. Это возможно. Если вы получите консультацию онколога (обычно при этом принимаются все наши результаты обследований), то он выпишет вам рецепт и вы сможете заказать и приобрести лекарства. В аптеке вам дадут все рекомендации по транспортировке и хранению лекарств, так как многие препараты имеют строго определенный температурный режим хранения.

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА

В России зарегистрированы для медицинского применения многие эффективные и инновационные препараты с доказанной клинической эффективностью. Часть их входит в разработанные Минздравом РФ стандарты лечения по злокачественным новообразованиям. Проблема в том, что обычно противоопухолевые лекарства, в том числе входящие в стандарты, стоят дорого и стационары и региональные минздравы их просто не покупают, утверждая, что нет денег. Но это не означает, что единственная возможность принимать в России данные лекарства – привезти их из-за границы. По закону они должны быть доступны пациенту в регионе проживания, законодательством же предусмотрен и механизм их бесплатного и льготного получения. С жалобами на отказ в лечении следует обращаться в территориальный Росздравнадзор и органы прокуратуры.

Многие НИИ и федеральные онкоцентры действительно рекомендуют более современные лекарства, не входящие в стандарты или льготный перечень Приказа Минздравсоцразвития РФ от 18 сентября 2006 года № 665, тем более не входящие в региональный перечень лекарств. Поэтому в регионах в таких лекарствах пациентам обычно отказывают. Например, не назначают их на консилиумах, не покупают. Хотя должны их назначить и предоставить по «медицинским показаниям по

**Ольга Мельникова**

решению врачебной комиссии» ЛПУ, в том числе закупить по сокращенной и упрощенной процедуре закупок, предусмотренной Федеральным законом от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ. Привозить из-за границы лекарства можно и если вы везете несколько упаковок одного лекарства. Следует на таможне предъявить подтверждение того, что все ввозимые упаковки лекарств нужны для личного пользования, например по назначению консилиума или врачебной комиссии ЛПУ на курс годового лечения. Иначе ввоз лекарств будет признан коммерческим. Однако их качество никто не гарантирует, да и лечебное учреждение может отказаться применять такие лекарства без подтверждающих сертификатов.

Ввозить лекарственные средства на территорию Российской Федерации могут также заявители – медицинские организации, НИИ, производители лекарств, организации оптовой торговли – для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента при наличии разрешения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для получения заявителем разрешения на ввоз на территорию Российской Федерации конкретной партии лекарственных средств для лечения конкретного пациента необходимо его заявление. Если ввозится незарегистрированное в РФ лекарство, то необходимость ввоза должна быть подтверждена заключением консилиума врачей федерального учреждения или учреждения РАМН, где должно быть указано о назначении этому пациенту незарегистрированного лекарственного препарата для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям и необходимости ввоза лекарства.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Год назад у меня была операция, вырезали сектор. Была 2-я стадия РМЖ, были метастазы в лимфоузлах. Ki-87%. Трипл – негатив. Мне 28 лет, на тот момент было 27. В июле закончилась химия (3 красных и 3 таксола). В сентябре были лучи (27 раз). В общем, в декабре у меня заломило спину. Сильно. Я даже обезболивающее пила. Потом вроде прошло, но где-то отдаленно ныло. В январе делала обследование. Все ОК. Делала даже сканирование костей. Сейчас вот у меня очень немеет под левой лопаткой (операция на правой груди была). Также отдавало в левую грудь, сейчас не отдает, но онемение под лопаткой есть. Иногда меня как бы «ведет», голова кружится, что ли. В пояснице постоянно что-то ноет. Вот, думаю, пойду на МРТ. Или куда? Еще все суставы хрустят. Коленка правая побаливает, вот даже сыняк появился. В левом боку что-то тянет иногда. Или все это нормально?

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА

Тройной негативный рак молочных желез наиболее характерен именно для молодого возраста. Особенность этого варианта – в невосприимчивости опухолевых клеток к доступным прицельным, то есть таргетным, лекарственным средствам.

**Лариса Зверева**

Таким образом, в настоящее время стандартом первой линии лечения при этой форме опухоли молочных желез остается традиционная химиотерапия с применением таксанов и антрациклинов и обязательная последующая лучевая терапия, что и было проведено в вашем случае.

Несмотря на адекватную терапию первой линии, возможно прогрессирование заболевания. Метастазирование в кости обычно идет гематогенным путем. Поражаются при этом, как правило, позвоночник, проксимальная часть бедренной и плечевой костей, кости таза, ребра, грудина. Одной из основных причин преимущественного поражения метастазами костей скелета является секреторная активность опухолевых клеток, позволяющая создать в костной ткани максимально благоприятные возможности для роста и развития метастазов. Различают два вида поражения костной ткани – остеолитические и остеобластические метастазы. Остеолитическое поражение характеризуется вымыванием минеральной части кости, ее истончение, переломы. Остеобластические метастазы, напротив, характеризуются уплотнением минеральной части. Одним из наиболее информативных методов обнаружения костных метастазов является сцинтиграфия с ^{99m}Tc. Однако после сцинтиграфии для установления точной причины необходимо дополнительно сделать рентгенологическое исследование мест гиперфиксации радиофармпрепарата (либо КТ – при сомнительных данных рентгена). Результаты сцинтиграфии могут быть как ложноположительными, так и ложнонегативными (хотя и в более редких случаях). Поэтому обязательно нужно провести рентгенологическое исследование (либо КТ) для исключения возможного метастазирования в кости. Предварительно целесообразно посетить невропатолога, который определит точную локализацию патологического процесса и, возможно, отдаст предпочтение магнитно-резонансной томографии при подозрении на наличие межпозвоночных грыж.



Ирина Морковкина

ВОПРОС ПСИХОЛОГУ

Нервничать нельзя. А как не нервничать? Я все время в стрессе и психую!!! Может быть, можно найти группы помощи, поддержки, чтобы было с кем поговорить?

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА

Онкологическим больным, их родственникам оказывается психологическая помощь штатными психологами и психотерапевтами в профильных медицинских учреждениях при наличии соответствующих сотрудников. Существуют также локальные специализированные группы поддержки в рамках пациентских организаций либо специализированных служб психологической помощи. В Москве это организация «СО-действие». По вопросам же общей психологической поддержки в регионах могут существовать и таковые (к примеру, в Москве – Московская служба психологической помощи населению). Удачи вам.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Маме 2,5 недели назад была сделана операция, грудь оставили. Рука отекает, нашла ей комплекс упражнений, иногда делать больно.

Вчера вечером после долгого стояния в церкви (периодически мне удавалось ее усадить на скамейку ненадолго) отяжелела прооперированная грудь, отекала, чувствуюсь «бегущая» боль и жжение. Возможна ли инфекция?

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА

Отек верхней конечности может быть обусловлен различными причинами, связанными как с самой операцией, так и с

другими осложнениями, наиболее опасными из которых являются присоединение инфекции и тромбозы вен верхней конечности. Поэтому до начала реабилитационных мероприятий необходимо проконсультироваться с вашим лечащим врачом и, возможно, провести доплерографию вен верхней конечности. Если отек обусловлен послеоперационным лимфостазом, то можно приступать к реабилитации, опять-таки под строгим контролем специалиста. Различают мягкий и плотный лимфостазы. Первый (обратимый отек) связан непосредственно с операцией и наблюдается в течение первого года после нее. Позже возможно возникновение плотного лимфостаза, который связан с рубцеванием области лимфатических коллекторов.

Для устранения и предупреждения лимфостаза используется целый комплекс реабилитационных мероприятий. Наиболее эффективным и физиологичным методом является пневматическая компрессия. Лечебный эффект этого метода основан на повышении давления в тканях, обеспечивающего усиление венозного оттока с помощью пневмомассажера. Кроме того, в настоящее время разработаны специальные эластичные контурные изделия (рукава, перчатки, майки), предусматривающие создание необходимого лечебного давления и правильного распределения его по поверхности тела. Они удобны и эстетичны.

Лечебная гимнастика должна начинаться в присутствии инструктора, а уже со временем ваша мама сможет делать ее самостоятельно. Обычно физические упражнения в комплексном лечении лимфостаза руки рекомендуется начинать уже на 7–10-й день после операции.

Очень важно регулярно заниматься гимнастикой и постепенно увеличивать нагрузку без резких движений. При этом не стоит переусердствовать – при появлении болевого синдрома необходимо снизить нагрузку либо изменить комплекс упражнений. Больная рука должна быть постепенно задействована в повседневных движениях: при расчесывании волос, вытирании полотенцем и т.д. В комплексе лечения лимфостаза используется и медикаментозная терапия – венотоники курсом от 2 до 4 недель. Иногда для устранения выраженного лимфостаза верхней конечности краткосрочно назначаются диуретики, рекомендуются мочегонные травяные сборы на основе хвоща полевого, корня лопуха, петрушки, фенхеля и крапивы под контролем артериального давления.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

Добрый день. Муж проходит химию в Израиле. Если назначат операцию, то планируем делать в России. Куда идти в России? Какие документы должны быть? Откажут ли в постановке на учет?

ОТВЕЧАЕТ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Вам необходимо иметь все справки и результаты обследований с переводом на русский язык. Плюс желательны получить блоки и стекла гистологических препаратов на руки, так как в России могут потребовать пересмотра гистологических препаратов. В постановке пациентов на учет, а также в продолжении лечения никто не отказывает. Вы сможете пройти дальнейшее лечение в России. В каком медучреждении проходить лечение? Здесь возможны варианты. Могут дать направление в определенный центр. Если вас он не устраивает, вы можете обратиться в другую клинику.

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА

Для продолжения лечения в России необходимо иметь паспорт, полис ОМС и все медицинские документы о проведенном противоопухолевом лечении за границей. В России специализированное лечение пациентов с онкозаболеваниями проводится в территориальном онкодиспансере по месту жительства пациента по направлению врача-терапевта (специалиста) районной поликлиники. С переведенными на русский язык медицинскими документами, имеющимися на руках у пациента после прохождения лечения в Израиле, или с иными документами, подтверждающими диагноз ЗНО, нужно прийти на прием к врачу ЛПУ за направлением в территориальный онкодиспансер.

В регистратуре онкодиспансера пациента сначала отправят в кабинет врача-специалиста первичного амбулаторного отделения онкодиспансера по профилю заболевания пациента. Врачу нужно будет отдать копии всех медицинских документов в связи с лечением в Израиле, так как с их учетом будет выработываться дальнейшая тактика лечения и объем операции. Врач-специалист назовет дату проведения консилиума, на котором будет решаться вопрос о выработке дальнейшей тактики медицинского лечения и обследования, в том числе возможности хирургического вмешательства с учетом представленных пациентом документов. Затем пациент оформляется на стационарное лечение.



Лали Бабичева

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

От тошноты и рвоты ничего не помогает! Мы готовы уже любые деньги заплатить за эффективный препарат. Расскажите, что РЕАЛЬНО помогает от тошноты.

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА

У онкологических больных причинами тошноты могут быть: проведение химиотерапии; лучевая терапия; осложнения опухоли желудочно-кишечного тракта – последствия резекции желудка; опухоль или метастазы в головном мозге; метастазы в печени; почечная недостаточность; опухолевая интоксикация; воспалительные и инфекционные заболевания. Поэтому при лечении тошноты и рвоты необходим индивидуальный подход с выяснением причины этого нежелательного явления.

Наиболее частым фактором развития тошноты является лекарственное противоопухолевое лечение. Реакцию на химиотерапию у каждого конкретного пациента предсказать невозможно. При повторяющихся абсолютно аналогичных курсах химиотерапии тошнота будет различаться и по времени возникновения, и по качеству, и по продолжительности. Тошнота и рвота возникают при раздражении специфических рецепторов в желудочно-кишечном тракте или же при раздражении непосредственно рвотного центра, расположенного в головном мозге.

Исходя из предполагаемых причин лечение тошноты и рвоты подразумевает два основных направления: оздоровление слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и воздействие на рвотный центр головного мозга. По механизму своего фармакологического действия они подразделяются на пять групп. К первой группе относятся препараты метоклопрамида, ко второй – антагонисты серотониновых рецепторов 5-НТЗ. Третья группа препаратов – блокатор нейрокининовых рецепторов 1-го типа (NK1) – самая современная и пока представлена единственным средством – апрепитант. Блокаторы смешанного типа – оланзапин (блокатор допаминовых, серотониновых, мускариновых и гистаминовых рецепторов). Из глюкокортикоидов чаще всего применяется дексаметазон. Если препарат не помогает, на следующем курсе следует заменить его аналогом из этой же группы. На следующие после введения химиопрепарата сутки для купирования тошноты целесообразно использовать не только уже упомянутые антагонисты 5-НТЗ рецепторов, но и препараты периферического действия: метоклопрамид, диметпрамид или мотилиум.

Иногда уже в ожидании химиотерапии или при воспоминании о ней пациенты испытывают так называемую психогенную тошноту. В таких случаях необходимо использовать седативные средства накануне химиотерапии, их выдают только по рецепту врача. Причиной тошноты при опухолях головного мозга является повышение внутричерепного давления. Состояние облегчают высокие дозы гормонов и мочегонные препараты, противорвотные препараты бессильны. При почечной недостаточности, а также при опухолевой интоксикации помогает дезинтоксикационная внутривенная терапия.

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

