

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Онкология без поддержки

РЕЦЕПТУРНЫЙ ОТДЕЛ
Минздрав подсчитал

ТЕРАПИЯ
Получить лекарство

ПРОФИЛАКТИКА
Битва с экстрасенсом



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЕРСТВО

№ 17 ФЕВРАЛЬ 2015
ОБЩЕСТВЕННО-
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ СНЯЛИ СО СПЕЦОБСЛУЖИВАНИЯ

В конце 2014 года в России завершилась пятилетняя федеральная программа по совершенствованию онкологической помощи. По оценке Минздрава, задачи программы были успешно выполнены – в результате ее реализации укрепилась материально-техническая база онкологических учреждений в регионах. В профессиональном сообществе также признают программу успешной, но считают, что она нуждается в продолжении и развитии.

Федеральная национальная онкологическая программа действовала в 72 субъектах России с 2009 года.

Проект программы появился, когда стало очевидно почти двадцатилетнее отставание онкологической службы России от развитых стран. Был проведен серьезный анализ ситуации в стране, сформирован перечень необходимого оборудования, выделено солидное финансирование. За пять лет на мероприятия по перевооружению онкологической службы было потрачено более 47 миллиардов рублей (35 миллиардов из федеральной казны на дорогостоящее оборудование для диагностики и лечения рака, 12,6 миллиарда из бюджетов регионов – на проектирование и строительство медцентров). По данным Минздрава, за эти деньги в регионах была создана необходимая инфраструктура: появилось 101 новое медучреждение, было отремонтировано и оснащено новейшим медицинским оборудованием более 4 тысяч существующих. Закуплено и введено в эксплуатацию более 389 тысяч единиц оборудования, в том числе более 700 магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 6,5 тысячи единиц рентгеновской и ангиографической аппаратуры. На начало 2014 года техникой для лучевой терапии было оснащено 7 федеральных центров и 56 диспансеров из 82 имеющихся в России.

Ведущие российские специалисты говорят о том, что программа была необходима, хотя в ходе ее реализации возникало немало проблем. Так, в некоторых регионах были сложности с монтажом оборудования – под лучевую аппаратуру требовалось строительство специальных каньонов, цена которых приближалась к стоимости самого оборудования. Отдавая должное качеству закупленной аппаратуры (в частности, новые аппараты могут строго сфокусировать пучок об-

лучения, чтобы избежать воздействия на здоровую ткань), эксперты говорят о том, что на ней зачастую некому работать. В России насчитывается около полутора тысяч лучевых терапевтов, хотя нужно втрое больше, а число медицинских физиков, без расчетов которых на новом оборудовании невозможно лечить пациентов, в десять раз меньше, чем нужно для обслуживания имеющегося оборудования.

Но больше всего профессиональное сообщество беспокоит сам факт завершения программы. По мнению участников круглого стола, который прошел в пресс-центре «АиФ», закупленное оборудование теперь должно начать работать, а для этого тоже нужны средства. Поэтому сегодня было бы правильнее говорить о завершении не всей госпрограммы, а лишь ее первого этапа. Необходимо еще дооснастить отрасль (согласно нормативным документам Минздрава, необходимо больше линейных ускорителей для лучевой терапии, аппаратов брахитерапии и рентгенотерапии и т.д.), заняться внедрением современных методик диагностики и лечения на новом оборудовании и подготовкой кадров (на сегодняшний день из 1,5 тысячи лучевых терапевтов 65% – пенсионного возраста), а также срочно организовать сервис оборудования, иначе достигнутый огромный технологический прорыв превратится в большую технологическую проблему. Стоимость обслуживания составляет от 3% до 10% от стоимости закупленной техники, то есть до 3 миллиардов рублей в год.

По мнению зампреда правления Ассоциации онкологов России, исполнительного директора НП «Равное право на жизнь» Дмитрия Борисова, решение о том, продолжать или завершать эту конкретную программу, должен принимать Минздрав. Вопрос в том, что придет ей на смену.

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА ЗАЩИЩАЕТ ПАЦИЕНТОВ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ

4 февраля исполняется восемь лет Движению против рака – общественной организации, которая помогает людям бороться с онкологией. Совершенно бесплатно пациенты, узнавшие о своем тяжелом диагнозе, могут обратиться к психологам, юристам, отстаивающим права онкобольных, или консультирующим врачам. Отделения работают в 20 российских городах – от Владивостока до Ростова-на-Дону.

В России онкологическим пациентам приходится труднее, чем людям с таким же диагнозом в странах с развитым в этой области здравоохранением. Несмотря на применяемые высокие технологии, которые давно уже помогают излечивать рак, в нашей стране все еще нет равного доступа к современным методам лечения для всех, кому оно нужно. Но если знать законы и свои права, можно добиться назначения нужных лекарств, эффективного бесплатного лечения.

В стране не развита система психологической помощи для пациентов и их родных, поэтому люди в сложной ситуации остаются наедине со своим страхом. МОД «Движение против рака» было создано, чтобы помогать людям и в плане психологической поддержки. За это время тысячи пациентов обратились в Движение и получили нужные лекарства, консультации и поддержку на всех этапах лечения.

Продолжение
статьи
на стр. 4

Продолжение
статьи
на стр. 9

ОТ РАКА ЕСТЬ СТРАХОВКА

Большинство людей воспринимают онкологию как стихийное бедствие. Ее якобы нельзя предвидеть, нельзя себя обезопасить и спастись. Тем не менее от рака можно как минимум застраховаться. Центр персонализированной медицины и «ВТБ-Страхование» предлагают страховой продукт на случай постановки диагноза «рак».

Рак поддается лечению. Миллионы людей во всем мире его прошли и живут полноценной жизнью долгие годы. За последние десятилетия наука шагнула далеко и добилась уникальных результатов в борьбе с недугом.

В России во многих клиниках врачи имеют возможность оказывать высокотехнологическую помощь онкологическим пациентам. Но, к сожалению, пока равного доступа к современным методам лечения по всей стране нет. Получают его часто те, кто знает свои права на бесплатную медпомощь и может их отстаивать. Или те, кто на начальном этапе имеет возможность пройти диагностику и терапию за свой счет. Также у нас нет обязательных скрининговых программ, направленных на раннюю диагностику рака, когда у него еще нет симптомов и когда лечить болезнь гораздо проще. Поэтому, станет ли рак в России смертельным диагнозом или излечимой болезнью в каждом конкретном случае, зачастую зависит от самого пациента.

Центр персонализированной медицины оказывает полное сопровождение клиентам, застрахованным по полису «Управляй здоровьем!» «ВТБ-Страхования», если им будет поставлен диагноз «рак». Кроме того, система предлагает участие в скрининговых программах (специализированных онкологических осмотрах), которые составлены таким образом, чтобы диагностировать рак на ранних стадиях.

Термин «персонализированная медицина» взят из направления в науке, которое в основу методов лечения кладет адаптацию протоколов и рекомендаций к особенностям каждого конкретного пациента. Когда лечение не унифицировано, а подобрано специально под каждого человека с учетом его особенностей – генетических и биологических, – удается достичь более высоких результатов лечения, избежать осложнений и неприятных побочных эффектов. Цель персонализированной медицины – обеспечить, чтобы конкретный пациент получил подходящее именно ему

лечение. По этому принципу действуют сотрудники Центра персонализированной медицины, когда общаются со своими клиентами, – индивидуальный подход и решение проблем каждого конкретного человека.

Оформив полис, клиент может быть уверен, что в трудной ситуации, если у него найдут опухоль, он не останется наедине с проблемой. Сопровождение будет обеспечено на всех этапах лечения, а опытные консультанты смогут помочь практически с любой проблемой.

Врачи ведущих федеральных центров проведут независимую экспертизу, уточнят диагноз и дадут рекомендации по лечению. Помогут подобрать ближайшую клинику с самым современным оборудованием. Если возникнут трудности с оформлением документов или в получении бесплатных лекарств, придут на помощь юристы, которые уже много лет занимаются борьбой за права пациентов в России. Психологи готовы проконсультировать пациента и членов его семьи.

Но это еще не все. Очень важно, что полис гарантирует единовременную выплату денежной суммы от 750 тысяч до 2 400 000 рублей в течение пяти дней после постановки диагноза. Деньги можно потратить на что угодно. Можно отложить, а можно ускорить диагностику и лечение через канал государственных платных услуг, о которых пациенту также все расскажут.

Стоимость полиса зависит от возраста застрахованного и срока, на который заключается договор. Стоимость 5-летнего договора для лиц возрастом от 18 до 45 лет составляет всего 5590 рублей в год. Для лиц от 46 до 50 лет 5-летний полис будет стоить 9590 рублей в год. Полис можно оформить на 3, 5, 7 или 10 лет. Причем специалисты советуют заключать договор на максимальный срок: страховая сумма ежегодно увеличивается.

Кроме того, «ВТБ-Страхование» предлагает расширить страховку и включить еще и риск развития критических заболеваний, та-



Узнать подробнее о страховом полисе «Управляй здоровьем!» и оформить заявку на покупку или узнать о правилах прохождения профилактических обследований можно на сайте Центра персонализированной медицины WWW.PEMED.RU

ких как инсульт, инфаркт миокарда, паралич, терминальная почечная недостаточность, а также страхование на случай аортокоронарного шунтирования и трансплантации органов.

Программа страхования «Управляй здоровьем!» уже получила одобрение Ассоци-

ции онкологов России, ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, Федерального медико-биологического агентства.

ПРОШЕЛ ФОРУМ НА АЛТАЕ

В Барнауле прошел медико-фармацевтический форум «Здравоохранение и развитие фарминдустрии: междисциплинарный диалог».

В его работе приняли участие специалисты-медики, представители крупнейших предприятий по производству лекарственных препаратов и представители органов исполнительной власти, ответственные за обеспечение населения фармацевтической продукцией.

Партнером мероприятия выступила фармацевтическая компания ЗАО «Р-Фарм». Представители компании рассказали об отечественных инновациях в сфере производства препаратов, об организации системы обеспечения качества по стандартам GMP, о реализации программы «Фарма 2020».

На форуме также обсудили вопросы организации лекарственного обеспечения жителей России, развития производства инновационных препаратов, механизмы импортозамещения.

«ЛУЧШИЕ В РОССИИ» В НОМИНАЦИИ «МЕДИЦИНА»

Председатель совета директоров группы компаний «Р-Фарм» Алексей Репик был признан персоной года в номинации «Медицина» премии публичной активности «Лучшие в России» (организатор и учредитель – новостной портал Anews.com).

Премия публичной активности «Лучшие в России» отмечает успехи компаний, персон и определяет самые значимые общественные события года в России.

Основная задача премии – отметить наиболее ярко проявившие себя компании и персон в деле служения общественным, политическим, государственным интересам России, укрепления авторитета бизнес-сообщества, формирования позитивного имиджа нашей страны за рубежом.

Отбор лауреатов для награждения осуществляется путем прямого интернет-голосования на основе данных, предоставленных информационно-аналитической системой «МедиаЛогия».

ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РМЖ

В России появился первый инновационный препарат для лечения агрессивной формы рака молочной железы. Лекарственное средство Кадсила, представляющее собой комбинацию моноклональных антител и химиопрепарата, официально зарегистрировано Минздравом РФ в октябре 2014 года. Считается перспективным в лечении неоперабельного рака молочной железы с метастазами. В США разрешен к применению с февраля 2013 года, к концу 2013 года одобрен Европейской комиссией.

Рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин. С развитием современной диагностики ученые выяснили, что самой агрессивной формой является HER2-позитивный тип опухоли, когда на раковой клетке обнаруживают специфические рецепторы к белку HER, отвечающему за рост и деление клеток. Эта опухоль, характеризующаяся быстрым ростом и стремительным распространением метастазов, обнаруживается у каждой пятой пациентки с РМЖ.

До сих пор не существует единой схемы лечения, способной быстро и полностью справиться с данным типом опухоли. Поэтому врачи ищут новые пути, в том числе и для возможности эффективного лечения при прогрессировании или рецидивировании заболевания.

Так появилась новая группа таргетных препаратов – конъюгаты антитела и химиопрепарата. Первые (моноклональные антитела) связываются с рецепторами на опухолевой клетке и подавляют ее жизнедеятельность и размножение. Также, ослабляя защитные клеточные механизмы, позволяют второму компоненту (цитостатику) проникнуть прямо внутрь раковой клетки и вызвать ее гибель.

Кадсила – первый официально зарегистрированный препарат из группы конъюгатов, одобренный FDA для лечения метастатической распространенной формы РМЖ. Он сочетает в себе противоопухолевое действие трасту-

зумаба, подавляющего сигнальный путь белка HER2 к росту и размножению раковых клеток, и цитотоксического агента DM1. Два вещества стабильно связаны в препарате Кадсила особым линкером. И это позволяет доставлять химиопрепарат непосредственно в HER2-позитивные клетки злокачественной опухоли молочной железы, минимально воздействуя на здоровые ткани.

Комбинация «антитело – цитостатик» дает несколько преимуществ при выборе лечения женщин с HER2-позитивным неоперабельным местно-распространенным или метастатическим раком молочной железы. Во-первых, сочетанный препарат помогает снизить дозу каждого из компонентов. Во-вторых, в силу прицельной направленности препарата общее воздействие на организм более щадящее, меньше побочных эффектов. Пациентки легче переносят лечение, сохраняя высокое качество жизни и хорошее самочувствие.

По последним данным, основанным на клиническом исследовании EMILIA, Кадсила дает возможность пациенткам с HER2-позитивным местно-распространенным или метастатическим раком молочной железы почти на 10 месяцев забыть про болезнь и жить без ухудшения состояния даже после аналогичной терапии, но проводимой отдельными препаратами (герцептином и таксанами). В целом Кадсила продлевает жизнь таким женщинам до двух с половиной лет (30,9 месяца). Это очень важно в настоящее время, когда каждый день разрабатываются все новые и новые препараты клеточного и субклеточного действия, растет уровень диагностики и понимания возникновения болезни на генетическом уровне. И вместе с ними растут шансы на выздоровление у ранее считавшихся безнадежными больных.

Уже 10 лет компания «Рош», выпустившая препарат Кадсила, занимается разработкой инновационных таргетных препаратов и по праву считается одним из лидеров в борьбе с HER2-позитивной формой РМЖ и другими онкологическими заболеваниями. Препарат Кадсила стал четвертым лекарственным средством «Рош» для лечения пациентов с особо тяжелыми распространенными стадиями злокачественных новообразований, получившим разрешение FDA за последние два года.

БЕЙОДАЙМ – СОЗВЕЗДИЕ ТОЧНОСТИ

У женщин, больных раком молочной железы, появилась новая надежда. Компания «Рош» выпустила на рынок таргетный препарат пертузумаб, который в комбинации с трастузумабом (герцептином) позволил существенно улучшить результаты лечения одного из самых агрессивных видов рака молочной железы – HER2-позитивного метастатического рака молочной железы.

Перьета (пертузумаб) одобрена FDA, Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США, в 2012 году и зарегистрирована в Швейцарии Агентством по лекарственным средствам (Swissmedic) в 2012 году. Официально разрешена для применения на территории РФ с марта 2013 года.

HER2-позитивная форма встречается в каждом пятом случае рака молочной железы. Если учесть, что каждый год в мире заболевают около полутора миллионов женщин, то это достаточно распространенная патология. До сих пор каждая третья женщина, заболевшая раком молочной железы, погибает. Поэтому ученые активно ищут новые методы лечения самой распространенной онкологической проблемы среди женщин. В тех случаях, когда с болезнью уже не могут справиться классические методы лечения – хирургия, лучевая и химиотерапия, – на помощь приходят новые, таргетные лекарственные препараты.

Уникальная комбинация двух таргетных препаратов – пертузумаба и трастузумаба – позволяет полностью заблокировать функцию рецептора HER2 на поверхности раковой клетки и таким образом обрубить ей возможность запускать процесс неконтролируемого деления. Два этих препарата, представляющие собой моноклональные антитела, полученные генно-инженерными методами из нормальных человеческих белков, также помогают иммунной системе распознавать злокачественные клетки в организме и уничтожать

их. Эти уникальные свойства двух лекарств позволили врачам добиться потрясающих результатов: болезнь на поздней стадии может быть остановлена более чем на 5 лет!

Комбинация этих двух препаратов будет доступна в России уже в начале 2015 года в виде комбинированного набора Бейодайм, который будет назначаться пациентам в комбинации с доцетакселом при метастатическом или местно-рецидивирующем неоперабельном раке молочной железы с установленной диагностически HER2-положительной формой заболевания. Механизмы действия препаратов пертузумаб и трастузумаб дополняют друг друга, так как оба препарата связываются с разными участками HER2-рецептора. Такое прицельное действие приводит к уничтожению опухоли.

Данная комбинация препаратов является первой линией при выборе лечения пациенток с HER2-позитивным метастатическим раком молочной железы, ранее не получавших лечения или после прогрессирования заболевания на фоне других методов лечения. Уже клинически доказано, что комбинация пертузумаба с трастузумабом и доцетакселом в качестве терапии первой линии увеличивает общую выживаемость пациенток с HER2-позитивным РМЖ, осложненным метастазами, практически до пяти лет (по официальным данным исследования CLEOPATRA – до 56,5 месяца). Такая пролонгация жизни женщин с диагностированной HER2-опухолью является на сегодняшний день максимальной.

Препарат пертузумаб разработан швейцарской компанией «Рош», которая входит в число ведущих фармацевтических компаний мира и является лидером в области диагностики онкологических заболеваний. В России набор Бейодайм будет производиться в рамках совместного проекта компаниями «Рош» и «Р-Фарм». Поддерживая тенденцию развития персонализированной медицины, компании «Рош» и «Р-Фарм» запускают в производство инновационные препараты, которые значительно продлевают жизнь онкологическим пациентам, улучшают ее качество, что очень важно в современном обществе, и зачастую спасают раковых больных.



Р-ФАРМ
Инновационные
технологии
здоровья

**«Р-ФАРМ»
ГОТОВИТ
СМЕНУ**

Группа компаний «Р-Фарм» приняла участие во 2-м фестивале науки Ярославской области в рамках Всероссийского фестиваля науки на площадках образовательных организаций города и области.

Цель мероприятия – популяризация науки и научных достижений региона, а также профессиональная ориентация и привлечение молодежи к научному творчеству. Программа предусматривала цикл открытых научно-популярных лекций, интерактивные мастер-классы, экспозиции, экскурсии и конкурсы. О последних достижениях науки рассказывали известные ученые, научные сотрудники РАН, руководители и специалисты передовых отечественных компаний.

«Р-Фарм» в рамках научно-популярной выставки презентовала свои инновационные образовательные программы, предназначенные для учащихся как высших, так и средних учебных заведений. Особый интерес у посетителей экспозиции вызвал пилотный проект «Фармстарт», который ориентирован на школьников, заинтересованных в получении профильного образования и дальнейшей работе в инновационном секторе фармацевтической отрасли. Старшеклассники будут вовлечены в исследовательскую и научно-практическую работу, смогут принять участие в профильных сезонных лагерях и тематических телевизионных передачах.

– Наша главная задача – наладить системную работу с молодежью, начиная со школьной скамьи. Мы постараемся создать условия, при которых изучение достаточно сложных предметов станет интересным и творческим процессом, – отметил генеральный директор ЗАО «Фармославль» Иван Парамонов. – Конкурсные модули позволят ярославским старшеклассникам проявить себя в коллективных и индивидуальных соревнованиях. Заявку на участие в проекте уже подали более 20 школ города и области.

Учащиеся Провинциального колледжа приняли участие в серии открытых образовательных лекций и ознакомили зрителей с научно-исследовательскими работами, выполненными в рамках проекта «Фармстарт» совместно с наставниками – сотрудниками группы компаний «Р-Фарм». Специалисты Ярославского завода готовых лекарственных форм и биотехнологических субстанций представили вниманию посетителей фестиваля интерактивную лекцию «Single-use technology: инновационная концепция биофармацевтического производства». Сотрудники компании рассказали о последних достижениях фарминдустрии и новых технологиях, используемых при производстве биофармацевтических субстанций, которые в настоящий момент внедряются на производственной площадке «Р-Фарм».

«Р-ФАРМ» И «ИЛЬ-ЯНГ ФАРМАСЬЮТИКАЛ» ПРОДВИНУТ В РОССИИ ЛЕКАРСТВО ПРОТИВ ЛЕЙКЕМИИ

В соответствии с условиями соглашения «Иль-Янг Фармасьютикал» предоставляет «Р-Фарм» эксклюзивные права на осуществление деятельности, связанной с разработкой и продвижением на рынок России лекарственного средства Супект (радотиниб), которое было открыто и разработано компанией «Иль-Янг Фармасьютикал».

Препарат Супект разработан в качестве второй и третьей линии терапии больных хронической миелоидной лейкемией (ХМЛ) после безуспешного лечения другими препаратами данного класса. Препарат зарекомендовал себя эффективным при лечении хронической миелоидной лейкемии как при отсутствии, так и при наличии точечных мутаций в гене Bcr-Abl. Супект имеет улучшенный профиль безопасности и низкую вероятность развития некоторых осложнений. Клинические исследования третьей фазы успешно проведены в ряде стран мира.

Каждый год диагноз «хроническая миелоидная лейкемия» ставится 2 тысячам новых пациентов, а общее количество больных ХМЛ в Российской Федерации превышает 6 тысяч. Около 20–25% пациентов с впервые установленным диагнозом ХМЛ могут демонстрировать первичную резистентность, и еще примерно у 40% может развиваться вторичная резистентность или непереносимость ингибиторов тирозинкиназы в течение пяти лет.

«Р-Фарм» планирует локализацию производства препарата Супект, проведение клинических исследований, получение одобрения на медицинское применение и промоцию препарата на территории Российской Федерации. Ожидается, что Супект станет более эффективной и безопасной альтернативой существующим ингибиторам Bcr-Abl тирозинкиназы для значительного числа пациентов с ХМЛ.

Окончание.
Начало на стр. 1

ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ СНЯЛИ СО СПЕЦОБСЛУЖИВАНИЯ

– Стране нужна комплексная программа, которая предусматривала бы не только вопросы закупки оборудования, но и адекватного финансирования всего лечебного процесса, – считает Борисов.

Между тем, как сообщили в Минздраве, завершившаяся программа, как и действовавшие в разные периоды времени аналогичные проекты по модернизации здравоохранения, «была направлена на повышение уровня оснащённости медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь». «Национальная онкологическая программа» – это обобщенное понятие, включающее ряд государственных программ, как федеральных, так и региональных. Некоторые из этих программ действительно уже завершились. Однако ни в одну из них не входило обеспечение больных онкологическими заболеваниями медицинской помощью или лекарственными средствами, поэтому завершение какой-либо из них не отразится на доступности и качестве медицинской помощи для населения», – подчеркнули в ведомстве. А также указали, что проблемы диагностики и лечения онкологических заболеваний решаются в других федеральных и региональных программах, например в государственной программе «Развитие здравоохранения».

Газета «Равное право на жизнь» попросила руководителей онкологической службы ряда регионов рассказать о результатах действия госпрограммы и перспективах развития онкологической помощи на местах.

Рустем Хасанов, главный онколог Приволжского федерального округа и Республики Татарстан, главный врач республиканского клинического онкологического диспансера:

– Я работаю главврачом уже 29 лет, и за это время не было ни одной столь мощной эшелонированной программы. Программы, которая была бы реально подкреплена деньгами, мониторилась правительством и в которой участвовали бы почти все регионы страны. Задействованы были и сами регионы, которые отвечали за софинансирование и определенные моменты организации онкопомощи, что способствовало более эффективной реализации программы. Благодаря программе и сами власти смогли по-другому взглянуть на онкологические проблемы, рост заболеваемости. Население стареет, мы хотим дольше жить, а это значит, что выявляется все больше и больше хронических неинфекционных заболеваний, в том числе онкологических.

Федеральные средства направлялись на покупку оборудования для областных и республиканских онкодиспансеров, в основном для лучевой терапии, и это было правильно, потому что это оборудование повсеместно физически и морально устарело и требовало замены. А территории должны были оснащать учреждения первичной медпомощи, создавая в них возможности для выявления онкопатологий. Одновременно приказом Минздрава был утвержден Порядок оказания онкологической помощи, где оговаривалось создание первичных онкологических кабинетов, межрайонных онкологических отделений. То есть существующая система реформировалась на новой основе. И импульс этому придала федеральная программа.

Субъекты России вступали в программу поочередно. В Приволжском округе в ней участвовали все 14 регионов. Наш онкодиспансер принял участие в программе дважды – как территориальный и как окружной. Результаты впечатляют. По сравнению с 2009 годом (а мы вступили в программу в 2010 году) доля выявляемых ранних форм рака увеличилась почти на 10%, а пятилетняя выживаемость – на 1%. Число состоящих на учете пациентов увеличилось на 30 процентов, значит, наши пациенты не умирают, а живут, и это самое главное. А от нас требуется обеспечить их лечебными и диагностическими ресурсами: онкологические больные требуют наблюдения, повторных обследований, а иногда и вмешательств.

Одна программа, даже такая мощная, не могла решить все вопросы, которые накопились за многие десятилетия. К тому же сегодня у онкологической службы совершенно другие потребности. Если вчера мы говорили о том, что иммуногистохимическая диагностика опухолей – это верх совершенства, то сегодня нужна уже молекулярно-генетическая диагностика, для того чтобы медицинская помощь каждому заболевшему была индивидуальной, с учетом всех особенностей конкретного пациента, то есть была персонализированной.

Сегодня в Татарстане недостаточно оборудования для лучевой терапии. С учетом числа наших больных его количество надо увеличить в три раза. При этом с момента установки этого оборудования прошло уже 4 года, а срок его службы – 8 лет, значит, в скором времени потребуется его менять. Есть проблемы с обеспечением современными противоопухолевыми препаратами, с организацией скрининговых программ.

Сейчас в стране проводится программа диспансеризации взрослого населения. И, конечно, онкологи не должны оставаться в стороне и методологически помогать общелечебной сети. В диспансеризации заложен и онкологический компонент: элементы скрининга рака предстательной железы посредством выявления простатспецифического антигена, скрининга рака шейки матки, маммографии для определения рака молочной железы, анализ кала на скрытую кровь для определения заболеваний толстой кишки. Если проводить диспансеризацию для «галочки», без использования современных методик, это будут выброшенные деньги. Но если подойти к этому профессионально, то диспансеризация может оказаться очень эффективной для раннего выявления онкологических и других заболеваний.

Андрей Модестов, главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»:

– Национальная программа началась в 2009 году, когда отношение к системе организации онкологической помощи у региональной системы здравоохранения строилось еще по остаточному принципу, и стала мощнейшим импульсом для выстраивания приоритетов в пользу борьбы с раковыми заболеваниями. У нас в рамках программы была проведена реконструкция каньонов в имеющемся радиологическом корпусе. Наш радиологический комплекс был введен в 2002 году и на тот момент был одним из лучших за Уралом. Но за 12 лет оборудование устарело морально и физически, и из-за этого снизилась его пропускная способность. Участие в программе позволило нам переоснаститься новым тяжелым оборудованием для лучевой диагностики и терапии, отремонтировать старый корпус и заменить в нем все инженерные системы. Параллельно мы проводили работу по повышению кадрового потенциала первичных медучреждений, начиная с уровня фельдшеров, смотровых кабинетов, ввели скрининговые программы по разным локализациям рака.

В итоге в Красноярском крае удалось добиться снижения смертности в трудоспособном возрасте от новообразований четырех локализаций – рака молочной железы, шейки матки, прямой кишки и меланомы кожи. Это, мы считаем, большое достижение. Помимо этого показатели заболеваемости в 2014 году у нас превысили среднероссийские, в том числе за счет их своевременного выявления.

Итоги Федеральной национальной онкологической программы

ФЕДЕРАЛЬНАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА
ДЕЙСТВОВАЛА В 72 СУБЪЕКТАХ РФ
С 2009 ГОДА



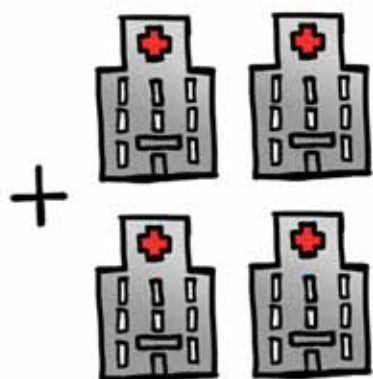
35 МЛРД РУБЛЕЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОЙ КАЗНЫ
БЫЛО ВЫДЕЛЕНО НА ДОРОГОСТОЯЩЕЕ
ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ РАКА



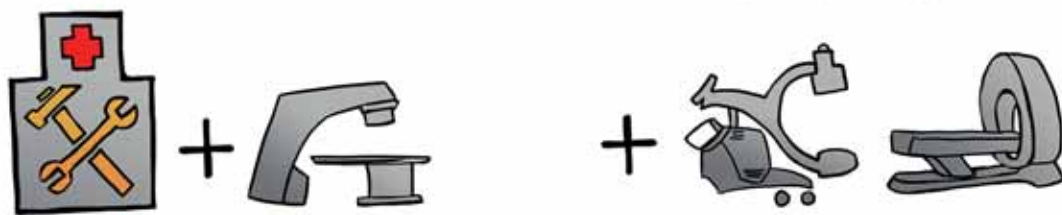
12,6 МЛРД РУБЛЕЙ ИЗ БЮДЖЕТОВ РЕГИОНОВ
БЫЛО ВЫДЕЛЕНО НА ПРОЕКТИРОВАНИЕ
И СТРОИТЕЛЬСТВО МЕДЦЕНТРОВ



ПОЯВИЛОСЬ 101 НОВОЕ
МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ



ОТРЕМОНТИРОВАНЫ И ОСНАЩЕНЫ
НОВЕЙШИМ МЕДИЦИНСКИМ
ОБОРУДОВАНИЕМ БОЛЕЕ 4 ТЫСЯЧ
СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ



ЗАКУПЛЕНЫ И ВВЕДЕНЫ
В ЭКСПЛУАТАЦИЮ БОЛЕЕ 389 ТЫСЯЧ
ЕДИНИЦ ОБОРУДОВАНИЯ

НА НАЧАЛО 2014 ГОДА ТЕХНИКОЙ ДЛЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БЫЛО ОСНАЩЕНО
7 ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ И 56 ДИСПАНСЕРОВ ИЗ ИМЕЮЩИХСЯ В РОССИИ



Меньше становится запущенных случаев, показатели раннего выявления злокачественных образований в крае увеличились с 34% в 2010 году до нынешних 48%. Выявление на первой или второй стадии рака молочной железы в прошлом году составило 71,6%, что выше среднероссийского показателя (66,7%). На учете с момента постановки диагноза состоят 5 лет более 62,7% женщин с раком молочной железы, что тоже выше среднероссийского показателя. И в целом показатели пятилетней выживаемости по всем локализациям у нас выросли за четыре года на 4%.

Поэтому я очень позитивно оцениваю национальную программу, которая сыграла ключевую роль в развитии онкологической службы в целом в стране и в каждом регионе. Те несколько регионов, которые не вступили в эту программу, либо оказались нерасторопными, либо не нашли возможность софинансирования. Это прямая ответственность региональных властей, и теперь, на мой взгляд, показатели территории по борьбе с новообразованиями должны стать одним из критериев, по которым оценивают деятельность губернаторов, которые имели, но проигнорировали такую возможность.

Что касается дальнейшего, то, на мой взгляд, теперь в целом по стране нужно дать толчок профилактическим мероприятиям – проводить помимо диспансеризации онкологические скрининговые программы. У нас в крае, например, во всех поликлиниках очень хорошо работает программа, направленная на выявление рака с наружной локализацией (рак молочной железы, кожи, слизистых оболочек, щитовидной железы, шейки матки, цервикального канала, прямой кишки). Такой скрининг по инициативе нашей онкослужбы региональные власти внесли в территориальную Программу госгарантий вдобавок к диспансеризации. Но в отличие от диспансеризации, которая проводится для каждого конкретного человека раз в 3 года, онкоскрининг по всем наружным локализациям для людей старше 50 лет проводится ежегодно и в 0,53% случаев выявляет раковые заболевания.

Георгий Манихас, главный внештатный специалист-онколог Северо-Западного федерального округа и Санкт-Петербурга, главный врач городского клинического онкологического диспансера:

– Госпрограмма действительно помогла сдвинуть с мертвой точки, особенно в регионах, вопросы комплектации тяжелым оборудованием, как диагностическим, так и лечебным. Если говорить о Санкт-Петербурге, то на момент старта программы мы были не готовы принять оборудование для лучевой терапии, так как процессы проектирования и строительства нового лучевого блока городского клинического онкологического диспансера были остановлены. А существующие каньоны на сегодняшний день находятся в приспособленном помещении диспансера и подлежат закрытию при новом

строительстве. В итоге по этой программе был поставлен только один ускоритель в НИИ онкологии. И конкретно в плане лучевой терапии Санкт-Петербург не получил того, что мог бы.

Наше обращение об участии городского клинического онкологического диспансера в программе для комплектации диагностического и лечебных подразделений нашло отклик в Минздраве, и нам выделили средства для приобретения компьютерных томографов, а также комплектации на высочайшем уровне эндоскопического и хирургических отделений, нового хирургического блока. И вот этот шаг министерства, разрешившего приобретение не только монтируемого, но и немонтируемого оборудования, существенно расширил возможности оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам Санкт-Петербурга. Выделенные нам по программе 500 миллионов рублей стали, конечно, огромным подспорьем, которое мы реализовали в 2013–2014 годах.

Я думаю, что такие программы не должны заканчиваться, они должны совершенствоваться, становиться более гибкими, с учетом всех трудностей, ошибок и полученного серьезного опыта. Кроме того, вложенные большие деньги требуют поддержки, важно же не просто поставить серьезные железные машины, надо, чтобы они работали длительное время и, самое главное, приносили пользу. Поэтому первое, на что я сегодня обратил бы внимание, – соглашения между Минздравом и регионом о дальнейшем выделении средств для обеспечения эксплуатации этого оборудования. Такое софинансирование должно быть пролонгировано на весь период эксплуатации этого оборудования, и это надо заранее продумывать, потому что некоторым регионам очень трудно найти средства. Тем более что тяжелое оборудование, как правило, зарубежное. И здесь актуальны вопросы эксплуатации, расходных материалов, ремонта. Я откровенно скажу: на сегодняшний день обеспечение работы оборудования, предположим фирмы «Сименс», не выдерживает никакой критики. Сюда входит вызов мастера, обеспечение вышедшими из строя деталями и т.д. Мы испытываем с этим серьезные трудности в городе: фактически оборудование работает в течение года менее 15% времени. Все остальное – это переходящие друг в друга ремонт и простой.

Кроме того, конечно, невозможно было за пять лет удовлетворить все нужды онкологической службы. Поэтому необходимо дальнейшее развитие национальной программы, возможно, даже совместная с Минпромторгом работа по обеспечению медучреждений российским тяжелым оборудованием. Программа, в которую гарантированно заложены средства, подтолкнет российских производителей (у которых сейчас нет никакой мотивации) работать под нее, активизировать усилия по доведению своего оборудования до уровня зарубежного. Но оно должно быть конкурен-

тоспособным. У нас уже сегодня есть достаточно высокого уровня рентгенологическое оборудование. Если будет перспектива дальнейшего развития, отечественные производители доведут до должного уровня и ультразвуковое, и другое оборудование. И не надо заикливаться на чем-то одном. Должно быть поддержано все, что позволяет сегодня влиять на выявляемость онкозаболеваний, увеличение продолжительности жизни и снижение смертности.

Давид Мелик-Гусейнов, директор Центра социальной экономики:

– В рамках программы модернизации, других инвестиций, которые осуществлялись в систему здравоохранения, сделано очень много вложений и в улучшение высокочастотной онкологической помощи. Но этого все равно недостаточно, система недофинансирована в несколько раз. И это проблема не медиков или Минздрава, это проблема финансовых органов, которые, к сожалению, не видят в подобных программах того эффекта, который они хотели бы видеть. Наши экономисты как федерального, так и регионального уровня считают, что система здравоохранения всегда убыточна и сколько ни дай денег, все равно их будет мало. Но когда начинаешь смотреть на онкологию с точки зрения инвестиций, а не дотаций, когда видишь, что вылеченный человек становится экономически дееспособным и начинает платить налоги, сам себя обслуживает и не является социальным бременем для общества, строит семью, тогда экономика начинает читаться совсем по-другому. Здесь ни в коем случае нельзя плоско мыслить, здесь должно быть, если хотите, 3D-мышление. Основная проблема системы здравоохранения не в том, что врачи плохо лечат или у нас нет каких-то технологий или лекарств, а в том, что на это выделяется очень мало денег.

Национальная онкологическая программа принесла много пользы, и принимавшие в ней участие регионы очень хорошо видят ее результаты. И мы надеемся, что, когда экономическая ситуация в стране стабилизируется (если не в 2015-м, то хотя бы в 2016–2017 годах), эта программа будет разморожена и вновь запущена. Если этого не произойдет, онкослужба в стране вновь будет отброшена далеко назад. К 2017 году устареет оборудование, и его надо будет менять, появятся более эффективные технологии, за покупку и внедрение которых тоже надо будет платить. Поэтому, думаю, мы в любом случае вернемся к этой программе.

– На вопрос о возможном сокращении финансирования чиновники отвечают, что после перехода на систему обязательного медицинского страхования (ОМС) тарифы на лечение выросли, что бояться и жаловаться не надо и жизнь врачей и пациентов станет только лучше. А как на самом деле?

– Тариф, по которому оплачивается лечение государством, формально стал больше. Но теперь этот тариф в себя включает не только лечение пациентов, но и так называемый полный тариф, то есть обеспечение всей службы работы любого медицинского учреждения. А сюда входят и аренда помещения, и плата за свет, за коммунальные услуги, и зарплата дворникам, уборщицам, и так далее. И я боюсь, что на самом деле денег на лечение станет меньше. Кроме того, если, например, раньше хотел регион выделить определенную сумму на финансирование какого-то лечебного учреждения, он мог делать прямой транш на счет этого лечебного учреждения, то теперь это сделать невозможно. Бюджет должен перевести деньги в региональный фонд обязательного медицинского страхования, и уже этот региональный фонд обязательного медицинского страхования потом может перевести деньги учреждению. Однако при этом регионы смогут оплачивать ремонт зданий и закупку оборудования, например.

– А федеральные центры в этой ситуации как будут финансироваться?

– С ними происходит, в общем, то же, что происходило и раньше. Финансирование федеральных центров идет из бюджета той структуры, которой эти центры принадлежат. То есть если это учреждение Минздрава, то Минздрав может выделять финансирование, если это учреждение бывшей Академии наук (теперь ФАНО называется), то соответственно ФАНО может на это выделять деньги. Есть у нас еще Федеральное медико-биологическое агентство. Есть различные ведомственные учреждения, их содержат ведомства. Тут уже как каждый конкретный руководитель учреждения договорится

Александр ПЕТРОВСКИЙ:

«ГОД ДЛЯ ОНКОЛОГИИ БУДЕТ СЛОЖНЫМ»

О переходе на новую систему финансирования, о нехватке лекарств и сложностях в обеспечении высокотехнологическими методами лечения рассказал газете исполнительный директор Ассоциации онкологов России Александр Петровский.

с руководителем соответствующего ведомства и объяснит необходимость трат и закупок.

Раньше лечение большей части больных финансировалось за счет средств, выделенных на ВМП – высокотехнологичную медицинскую помощь. Сейчас ВМП также вошла в ОМС. И хотя средства на нее идут напрямую из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, они также будут распределяться и на немедицинские расходы лечебного учреждения. К тому же средства эти на сегодняшний день пока недоступны, и до 1 февраля мы не сможем лечить больных по высокотехнологичной медицинской помощи.

– Какое лечение входит в ВМП?

– В общей сложности это более тысячи различных видов помощи. Во всяком случае, в прошлом году порядка 30% больных в онкоцентре имени Блохина лечились по высокотехнологичной медицинской помощи. Пока тех, кого возможно, будем лечить по тарифам ОМС, хотя они значительно ниже тарифов высокотехнологичной медицинской помощи.

– А что происходит с финансированием лекарств в этой системе?

– Они попадают в основном под обязательное медицинское страхование либо под так называемую программу ДЛО – дополнительного лекарственного обеспечения. Я ничего не могу сказать про бюджет, который выделяется на

программу ДЛО, у меня просто нет этой информации. И когда я задавал прямые вопросы в Минздраве, мне на них прямо не ответили. Но что касается тарифа ОМС, то он в Москве, например, резко снизился. Получается, реально на лечение выделяются какие-то смешные деньги, они не покрывают стоимость лекарственных препаратов. Поэтому есть риск того, что доступность противоопухолевых лекарственных препаратов будет резко снижена.

– Вице-премьер Ольга Голодец обещала заморозить цены на препараты...

– Тариф от этого выше не станет. Даже в стационарных условиях, в которых мы работаем, он не покрывает и малой части того, что требуется для лечения больных. Не решит проблему и переход на дженерики: часть препаратов останутся дорогостоящими.

– То есть те решения проблем, которые предпринимает министерство, вас не удовлетворяют?

– К сожалению, нет. Кроме того, надо понимать, что онкология – очень бурно развивающаяся наука. И развитие идет по пути индивидуализации лечения больного. А эта индивидуализация требует высокочастотных методов молекулярной диагностики и назначения высокоспецифичных лекарственных препаратов. И одно без другого невозможно и бессмысленно. Невозможно назначать лекар-

ственные препараты, не проведя эту диагностику. И наоборот, если ты провел эту диагностику, ты знаешь, что пациент наилучший результат получит от лечения именно новым, так называемым молекулярно-нацеленным, лекарственным препаратом, который стоит дорого, а ты вместо этого будешь предлагать, скажем, обычный химиотерапевтический препарат, который в меньшей степени показан этому пациенту или вообще не показан, то ты впустую тратишь деньги. И поступаешь так, как врач не должен поступать, то есть не рекомендуешь оптимальное лечение для пациента.

– Получается, что из той системы, которая складывается на сегодняшний день (лекарственного обеспечения с учетом нынешнего финансирования), внедрение новых направлений в лечении рака в принципе выпадает?

– В принципе не выпадает, но доступность к таким направлениям ограничена. К сожалению, это относится даже к тем препаратам, которые уже зарегистрированы в Российской Федерации, а некоторые из них включены в список жизненно важных... Тем не менее мы не в состоянии обеспечить всех больных необходимыми лекарственными средствами в полном объеме.

Доступность онкологической помощи у нас недостаточна как в лекарственном обеспечении, так и с точки зрения хирургической, лучевой терапии, и это – объективная реальность.

– Ждет ли нас кризис в системе онкологической помощи в этом году?

– Мы не жили еще в системе одноканального финансирования. Есть пилотные регионы, в которых эта система была внедрена год или два назад. Я разговаривал с главными врачами онкодиспансеров некоторых из этих пилотных регионов. Какие-то из них были довольны, а какие-то говорили, что стало хуже. Но я думаю, что в 2015 году корректировать систему с учетом этого первого опыта никто не будет. Какое-то время мы в этой системе наверняка проживем. И мне кажется, что проживем мы в ней довольно сложно.

МИНЗДРАВ СЧИТАЕТ ПО-НОВОМУ

Несмотря на вливания ресурсов в систему онкологической помощи, проблемы с доступностью современных методов лечения остаются. Последние несколько лет Минздрав России пытается оптимизировать систему финансирования таким образом, чтобы хватило на все. Но пока министерство буксует на этапе выбора механизмов оценки стоимости лечения пациентов, положение с доступностью медпомощи усугубляется.

Системе здравоохранения не хватает средств. Больше всего это заметно в таких затратных областях, как онкология. При этом в Министерстве здравоохранения РФ нет точной цифры, сколько денег не хватает на то, чтобы пролечить всех пациентов. Дело в том, что долгие годы финансирование шло через региональные бюджеты, которые утверждали местные депутаты. Они выделяли некую сумму для лечения онкологии на год. Часто эти деньги заканчивались еще осенью, людям не могли выдать лекарства, но система защищала не пациентов, а саму себя, скрывая недостаток средств. Примерно так же происходило и с ассигнованиями из федерального бюджета, который тоже участвовал в финансировании лечения рака.

Чтобы определить, сколько же денег нужно выделять на лечение онкологии, Минздрав разрабатывал стандарты лечения. Для каждого диагноза нужно было определить стоимость лечения, вести реестр пациентов, чтобы точно определить, сколько и на что было потрачено и сколько средств не хватило. Но по итогам двух лет работы стало понятно, что эта система неоптимальна, и от нее решили отойти.

Выступая с докладом на заседании Общероссийского народного фронта в конце 2014 года, министр здравоохранения Вероника Скворцова сообщила, что ведомство переходит на финансирование медпомощи по клинко-статистическим группам (как это принято в странах с развитым здравоохранением). Под сомнение ставится финансирование по стандартам лечения, принятым в 2010 году. Стандарты определяли максимальную стоимость лечения пациента с определенным диагнозом. По словам главы Минздрава, «такие стандарты неэффективны для формирования тарифа, поскольку не покрывают полного спектра из 32 тысяч заболеваний, а опыт двухгодичной модернизации в регионах показал, что кроме искажений и конфликтов внутри коллектива по поводу тех стандартов, которые были разработаны, ни к чему другому, к сожалению, это не привело». Скворцова сообщила, что уже «подготовлено 900 методических рекомендаций, клинических протоколов, и их количество будет доведено до того норматива, который позволит сделать работу более эффективной».

Что же это такое – клинко-статистические группы, или КСГ?

Проект магических букв

Одинаковые медицинские манипуляции в каждой из российских больниц должны оплачиваться одинаково. Смысл в том, чтобы денег хватило на обследование и лечение каждого пациента независимо от места проживания. Чтобы больницам не приходилось создавать

очереди и откладывать терапию из-за того, что раньше времени кончились деньги, как это бывает сейчас.

Это особенно актуально и особенно сложно после перехода на финансирование онкологической помощи через систему Обязательного медицинского страхования (ОМС). С прошлого года в рамках модернизации здравоохранения российские медучреждения перешли на оказание помощи населению по полному тарифу. То есть за счет поступлений из территориальных фондов ОМС им должны полностью компенсироваться затраты на лечение каждого больного. На деле это обернулось тем, что тарифы ОМС на оказание одних и тех же услуг в российских регионах сегодня отличаются в несколько раз. Причем, как отмечают проводившие исследование эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье», речь идет о территориях со сходными социально-экономическими условиями, то есть примерно одинаковыми местными бюджетами и средними зарплатами сотрудников медучреждений.

Директор Центра оценки технологий в здравоохранении РАНХиГС при Президенте Российской Федерации профессор Виталий Омеляновский, выступая на заседании XVIII Российского онкологического конгресса, отметил, что структурная перестройка здравоохранения диктует обязательный междисциплинарный подход к предоставлению медпомощи пациентам.

Основные цели КСГ сформулировала на Онкологическом конгрессе д. м. н., руководитель отдела клинко-экономического анализа АНО «Национальный центр оценки технологий в здравоохранении», профессор кафедры общественной здравоохранения и профилактической медицины факультета управления здравоохранением Первого ММГУ им. И. М. Сеченова Мария Авксентьева.

– Смысл новой системы финансирования в том, чтобы лечение больных, в том числе онкологических, с одинаковыми степенями заболевания адекватно оплачивалось вне зависимости от места оказания медицинской помощи, – считает профессор Авксентьева, – и каждое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС, должно получать финансовые ресурсы в полном соответствии с его вкладом в оказание медицинской помощи населению.

Видимо, это и более экономичный вариант

Для того чтобы воплотить желаемое в жизнь, была взята американская система клинко-статистических групп (КСГ) заболе-



ваний. Проще говоря, экономисты создали общие для всех лечебных учреждений расчеты объемов потребления ресурсов по каждому случаю госпитализации пациента, исходя из длительности его пребывания в стационаре и стоимости его лечения. Применение КСГ, по замыслу авторов новшества, позволит повысить эффективность финансирования и управления системой ОМС. В этом случае появляется объективный экономический инструмент оценки работы в каждом стационаре, а также оценки достоверности медстатистики. То есть от оплаты содержания больницы или клиники в целом постепенно перейдут к оплате за объем, качество и сложность оказанной медпомощи. В том числе будут включены и оплата за содержание больниц, зарплата врачей, медсестер и персонала и т.п.

Сколько стоит один больной?

В среднем в РФ на один случай госпитализации в стационар выделялось в 2014 году 19 186,2 рубля, а в дневном стационаре – 1227,5 рубля (в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»). В 2015 году сумма для стационара будет составлять примерно 20–22 тысячи рублей. Количество дней, которые больной проведет в отделении, определяют сами врачи.

Но КСГ не волшебная палочка, и переход на работу по КСГ не предполагает выделение дополнительных денег. Это только инструмент грамотного и справедливого распределения имеющихся ресурсов. В одну клинко-статистическую группу эксперты внесли близкие по затратоемкости лечения патологии, однако г-жа Авксентьева подчеркнула, что вполне возможны региональные поправки к предложенным тарифам, хотя общая сумма выделенных ресурсов остается постоянной. Вот эти поправки предстоит обсчитать и достаточно быстро передать федеральным органам, региональным структурам организации медпомощи.

Как определить КСГ?

К какой группе отнести заболевание пациента, врач определяет по устанавливаемому диагнозу, а все диагнозы содержатся в своде МКБ 10.

Клинко-статистическая группа – это о некоем усредненном пациенте. То есть описывается самый легкий случай в нозологии и самый тяжелый случай в нозологии. Допустим, возьмем 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 для спасения пациентки и соответственно сверхзатраты. Описываются эти две крайние точки заболевания, усредняется стоимость лечения – получаем сумму средств на лечение виртуального среднего пациента. И оплата лечебной организации идет за этого усредненного пациента. И лечебная организация получает возможность с помощью финансового маневра оказывать помощь пациентам на самой разной стадии заболевания.

Для оплаты из ОМС в лечебном учреждении каждое вмешательство снабжается соответствующим кодом, и к этой учетной работе необходимо относиться с предельным вниманием, иначе ЛПУ останется без ресурсов. Не учли всех расходов – пострадают и медики, и пациенты.

Уже попробовали

В целом внедрение новой системы оплаты в пилотном режиме началось в 2013 году. Оплачивать медпомощь на основе КСГ, то есть оплачивать фиксированную сумму в расчете на один случай госпитализации, начали первыми в Кировской, Томской, Липецкой и Кемеровской областях. Размер выделенных средств зависел от диагноза, категории пациента, характера вмешательства, клинических характеристик, включая уровни оказания медпомощи. Как говорят эксперты, удалось внедрить справедливую методику оплаты за результат (большая оплата за больший объем работы и более сложные случаи), унифицировать методы оплаты оказанной медпомощи, исключить исходно большое разнообразие методов оплаты в субъектах Федерации, исключить необходимость поддерживать баланс между справедливостью оплаты и риском неоправданного завышения расходов.

При такой системе оплаты стационары стимулировались к более эффективному использованию ресурсов, так как деньги выделялись в соответствии с количеством и видом помощи, оказанной больному. С учетом региональных особенностей перечень КСГ доработан, в нем содержится сейчас около 300 групп.

В 2014 году к названным регионам в пилотный проект влились Санкт-Петербург, Московская и Свердловская области, Хабаровский, Красноярский, Ставропольский края, Республика Татарстан. А с 2016 года система будет «усиленно рекомендована» всем территориям, и такая форма оплаты услуг здравоохранения постепенно распространится на всю страну.

«ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ» ПРИЕХАЛА В МИНИСТЕРСТВО

Министр здравоохранения Вероника Скворцова поддержала работу МОД «Движение против рака» по информационной помощи пациентам с диагнозом «рак». Проект «Школа пациентов» существует уже пять лет. За это время тысячи человек получали психологические, юридические и медицинские консультации абсолютно бесплатно.

В конце декабря прошло последнее в 2014 году заседание Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ. Глава Минздрава Вероника Скворцова поблагодарила участников Совета за эффективную работу по формированию системы общественного контроля в сфере охраны здоровья. Она подчеркнула необходимость активного взаимодействия с органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и развития советов общественных организаций по защите прав пациентов на местах.

Большое внимание на заседании было уделено так называемым «Школам здоровья», которые помогают пациентам правильно организовать свое лечение. Директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Игорь Никитин рассказал о целях и задачах «Школ здоровья», которые помогают пациенту самостоятельно контролировать процесс лечения.

– Целевая аудитория «Школ здоровья» – это пациенты с хроническими заболеваниями. Их задача – повышение информированности населения о заболевании и факторах риска их развития, формирование ответственности за собственное здоровье, – отметил Игорь Никитин. – Важный обще-

ственный и психологический элемент «Школ здоровья» – то, что человек не остается один на один со своим заболеванием. Они помогают пациенту сформировать конкретные умения по самоконтролю и самопомощи.

Член Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ, Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ, председатель Исполнительного комитета МОД «Движение против рака» Николай Дронов представил проект «Школа пациентов» для онкологических пациентов, который проводится по всей стране абсолютно бесплатно вот уже пять лет.

– Главная задача этих мероприятий – увеличение числа пациентов, получающих достоверные и самые современные знания о терапии злокачественных новообразований, – сказал Николай Дронов. – Онкобольные обретают уверенность в себе, находят силы лучше справиться с болезнью. При помощи юристов они получают необходимый багаж юридической информации о своих правах по охране здоровья и медицинской помощи.

На «Школах пациентов» практикующие врачи рассказывают о современных методах диагностики и лечения рака, о реабилитационных мероприятиях, объясняют, что, например, делать при возникновении побочных эффектов от химиотерапии, дают другие практические рекомендации. Юристы разъясняют правовые и юридические аспекты, связанные с получением инвалидности, бесплатного лечения, взаимодействия с работодателем, органами социальной опеки. На таких встречах обязательно присутствует психолог, который ока-

зывает профессиональную поддержку пациентам и их родственникам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации. Анонсы «Школ пациентов» своевременно размещаются на сайтах НП «Равное право на жизнь» и МОД «Движение против рака», а также в социальных сетях.

Во время презентации, рассказывая о накопленном опыте, Николай Дронов отметил, что МОД «Движение против рака» при поддержке НП «Равное право на жизнь» за пять лет работы по всей стране смогло проконсультировать тысячи пациентов. Так, в 2013 году более чем в 60 российских городах прошли 162 очные и онлайн «Школы пациентов», в которых приняли участие более 2000 слушателей, 125 человек получили персональные консультации.

Как сообщил Николай Дронов, Вероника Скворцова осталась вполне удовлетворена презентацией и результатами практической деятельности Движения против рака по проведению «Школ пациентов». Министр здравоохранения выразила благодарность за хорошую работу, особо подчеркнув ее социальную значимость и важность данной формы работы для формирования крепкой связи между врачом и пациентом.

Николай Дронов рассказал также, что совместно с другими пациентскими организациями планируется разработать и предложить Министерству здравоохранения, Министерству экономического развития и Правительству РФ комплекс мероприятий, направленных на всемерную и разностороннюю государственную поддержку информационно-просветительского проекта «Школа пациентов».



Узнать о том, где пройдет следующий семинар «Школы пациентов», можно на сайте WWW.RAKROBEDIM.RU или по телефону горячей линии **8-800-200-2-200**



По мнению экспертов, принимаемые сегодня в здравоохранении организационные решения часто бывают некачественными. Их заложниками становятся пациенты, а порой и сами медики. Об этом шла речь на XVI Международном конгрессе «Справедливость, качество, экономичность», который провела Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований».

ПОМОГИ СЕБЕ. И ВРАЧУ ТОЖЕ

ПАЦИЕНТСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИЩАЮТ ИНТЕРЕСЫ И ТЕХ, КТО ЛЕЧИТСЯ, И ТЕХ, КТО ЛЕЧИТ

После передачи ресурсов и обязанностей по закупкам дорогостоящих препаратов в субъекты Федерации обеспечение лекарствами для многих граждан усложнилось. При этом программы лекарственного обеспечения, финансируемые на федеральном уровне, такие как программа «7 нозологий», по-прежнему эффективны. При закупках препаратов для всех участников программы, всех пациентов в РФ, удастся существенно сократить государственные расходы. Сейчас стоимость программы – 42–43 миллиарда рублей. Если при ее запуске участниками были 25–26 тысяч пациентов, то на сегодняшний день их уже более 100 тысяч человек. Если бы и другие программы остались федеральными, цены на препараты в субъектах были бы существенно ниже, а субъекты не стали бы конкурентами в очереди за выделением средств в региональные бюджеты. Сегодня выявление больных в субъектах стало более тщательным, «претендентов» на дорогостоящие лекарства существенно добавилось. При этом обеспечения пациентов современными лекарствами и медтехнологиями в ряде территорий приходится добиваться через суд, поскольку часто цена препарата для нескольких больных сравнима с бюджетом здравоохранения субъекта в целом.

По мнению выступившего на конгрессе депутата Госдумы Олега Куликова, при переводе в систему ОМС всех бюджетных расходов по 24 нозологиям, в том числе и по онкологическим, возникнут большие проблемы с доступностью медпомощи. Поэтому следует хотя бы самые затратные позиции – финансирование по отдельным редким болезням – перенести в федеральный бюджет.

При покупке препаратов достаточно часто примитивно и уни-

тарно принимаются во внимание только экономические соображения, а про интересы пациентов никто и не упоминает, сказал на конгрессе президент Общества специалистов доказательной медицины профессор Василий Власов. В ряде случаев закупки становятся просто нерациональными. В качестве примера профессор Власов сослался на положение с антиферментным препаратом аprotинин. По словам эксперта, при закупках игнорируются факты того, что лекарства изымаются из обращения в ряде стран по причине увеличения сердечно-сосудистых осложнений. Тем не менее препараты по-прежнему остаются в перечнях основных лекарств при наличии безопасных аналогов.

Роль пациентских организаций в период кризиса будет расти, отметил на конгрессе сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов юрист Юрий Жулев, поскольку нужных пациентам лекарств и медпомощи «мало добиться – еще нужно отстоять завоеванные позиции». Юрий Жулев отметил также, что пациентские организации сейчас не просто «лоббисты» пациентов, они отстаивают интересы еще и врачей, а некоторые медики называют их «наша танковая бригада».

– Врач сегодня оказался в сложной ситуации, – напомнил Жулев. – Он – лицо здравоохранения – вынужден находиться между системой, которая говорит «лечите подешевле» или «вот это лечить нельзя, потому что слишком дорого», и пациентом, который хочет получить адекватную услугу, медицинскую помощь.

По мнению руководителя профессиональной службы по редким болезням Форумного комитета РАМН профессора Павла Воробьева, надежды на организацию профессиональной помощи пациентам с редкими болезнями и создание соответствующей специализированной профессиональной службы связаны сегодня с системой Федерального медико-биологического агентства. «В этой системе находятся службы крови, работа ведется на профессиональном уровне, – сказал профессор Павел Воробьев. – Когда работа по закупкам препаратов для пациентов с ВИЧ/СПИД велась в Роспотребнадзоре, все «жило своей жизнью», а когда снабжение и закупки «выдернули», система развалилась».

К организационной работе по созданию системы оказания медпомощи пациентам с орфанными заболеваниями планируется привлекать и пациентское сообщество.

ЧТО ПО НАСЛЕДСТВУ НАМ ДОСТАЛОСЬ...

Ученые – биологи и физиологи, генетики и химики – убеждены, что наследственность – один из серьезнейших факторов возникновения онкологических заболеваний. Некоторые наследуемые дефекты приводят к стократному и более повышению риска возникновения злокачественных опухолей.



В ряде случаев вероятность развития рака у носителей наследуемого дефекта достигает 100 процентов. Но хорошо уже то, что подобные генетические дефекты все-таки редки (1 случай на 10 тысяч населения), в связи с чем редки и связанные с ними по происхождению злокачественные опухоли. Расчеты, которые провели ученые в различных странах, показали, что доля злокачественных опухолей, по своему происхождению связанных с редкими наследственными синдромами, не превышает в целом 0,1–0,5 процента. В то же время предрасположенность к развитию рака, которая определяется генами, ответственными за метаболизм «раковых», или канцерогенных, веществ, их активацию, детоксикацию, репарацию ДНК, то есть появление «неблагоприятного» фенотипа (проявления генов в жизни), может встречаться у 30–50 процентов населения. Хотя в реальной жизни развитие онкологического заболевания, связанного именно с «неблагоприятным» фенотипом, тоже происходит достаточно редко. Правда, взгляды ученых меняются в соответствии с проводимыми исследованиями.

СПРАВКА

На сегодняшний день мутации в генах BRCA1 и BRCA2 являются наиболее широко известными и изученными причинными факторами развития наследственных опухолей молочной железы, яичников, а также некоторых других локализаций. Частота носительства этих мутаций в популяции составляет около 0,1%.

По словам профессора Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета Евгения Имянитова, за последние пять лет взгляды ученых уточнились: наследственных раков насчитывают теперь более 30 разновидностей, и обусловлены они могут быть разными генами.

В целом ученый относит к наследственным до 5 процентов злокачественных опухолей. «До 10 процентов опухолей молочной железы, до 20 процентов карцином яичника, до 3 процентов рака толстой кишки и эндометрия могут быть наследственно зависимы», – отметил профессор Имянитов на Онкологическом конгрессе в ноябре 2014 года. «Накопление мутаций происходит у человека к концу жизни. И носители мутирующего гена имеют фатальный риск в определенном органе», – сказал профессор Имянитов. Профессор Имянитов отметил, что средний возраст пациентов для возникновения обычных онкологических заболеваний – старше 65 лет. Что касается наследственно обусловленных, то эти болезни поражают гораздо более молодых пациентов – примерно 45 лет.

Сегодня врачам лечить слепо нельзя. Профессор Имянитов рекомендует при семейном полипозе назначать каждые 1–3 года проведение колоноскопии, при наследственном раке щитовидной железы – удаление железы с добавлением гормонотерапии.

Что касается риска рака молочной железы, то он в 2–3 раза выше у женщин, родственницы которых также болели раком молочной железы. Повышенный риск рака молочной железы передается от родителей детям. В этих семьях раком молочной же-

лезы (обычно редким) болеют и мужчины. Наследственный рак молочной железы чаще диагностируется у молодых женщин, и молекулярные исследования показали, что наследственный рак молочной железы у молодых женщин этиологически связан с генами BRCA1 и BRCA2. Гены BRCA1 и BRCA2 также связаны с семейным раком яичника. Эпидемиологические исследования показали, что у кровных родственников, больных раком яичника, в 3 раза повышен риск заболеть раком этого органа.

Опухоль детского возраста, которая имеет семейное распространение, является опухоль Вильмса. У больных детей она часто сочетается с врожденными пороками мочеполовой системы. Но семейная форма опухоли Вильмса встречается редко. Семейный аденоматозный полипоз толстой кишки, по литературным данным, во многие десятки раз повышает риск возникновения рака ободочной и прямой кишки. Молекулярные исследования показали, что причиной развития этого наследственного синдрома является ген супрессор APC (adenomatous polyposis coli), который находится на хромосоме 5q.

Индивидуальная профилактика опухолей должна быть связана с изучением генов, ответственных за метаболизм канцерогенных веществ, и это будет перспективным направлением индивидуальной профилактики.

Важно при назначении терапии учитывать и этнический аспект, подробно изучать анкету больного, его семейную историю. У населения разного этноса с разной частотой встречаются мутации разных генов.



СПРАВИТЬСЯ С БОЛЬЮ

Болевой синдром сопровождает заболевание (отчасти и лечение) рака на разных этапах и в разной степени. Справиться с ним можно – для этого есть методики, и препараты. Знать о том, как это делать, какие рекомендуются препараты для каждого случая, желательно. Чтобы подготовиться, чтобы боль не застала пациента и его близких врасплох.

По статистике, от боли при онкологии страдают до 87 процентов пациентов. В большинстве случаев болевые ощущения обусловлены самой опухолью, ее прорастанием в близлежащие ткани, сдавливанием органов. У каждого пятого пациента этот симптом связан с противоопухолевой терапией. В любом случае каждый заболевший должен получить адекватное и своевременное обезболивание.

При проведении обезболивающей терапии соблюдение определенных правил обязательно. Например, необходим постоянный контроль за состоянием пациента и интенсивностью боли. Если что-то идет не так и боль не уходит – требуется срочная корректировка доз препаратов или их замена. Каждый пациент нуждается в разработке индивидуальной схемы и комбинаций препаратов, их доз и кратности использо-

вания для достижения максимального эффекта. Также обязательно проводятся профилактика, выявление и устранение побочных эффектов обезболивающей терапии.

Схема применения обезболивания стандартна, применяется во всем мире, разработана и утверждена Всемирной организацией здравоохранения. Эта схема трехступенчатая. На первой применяются ненаркотические анальгетики и специальные адъювантные препараты, усиливающие их действие и устраняющие побочные эффекты. На второй используют слабые опиоиды (например, кодеин), анальгетики и адъювантные средства. И, наконец, применяют сильный опиоид (опиаты) группы морфина в сочетании с анальгетиками и адъювантами. Такой подход позволяет добиться хорошего обезболивающего эффекта у 90 процентов пациентов.

Задача лечения – полное устранение или значительное уменьшение боли. При этом обезболивающие средства должны приниматься только по часам. Это позволяет вводить новую дозу препарата до прекращения действия предыдущей – именно так удастся избежать появления интенсивной боли. Лечение идет по «восходящему» принципу. Схема подбирается так – от максимальной дозы слабейшего опиата к минимальной дозе сильнейшего.

Обезболивание начинают с ненаркотических анальгетиков – антипиретиков, например парацетамола. Применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – ацетилсалициловую кислоту, ибупрофен, индометацин, диклофенак, мелоксикам. Такие препараты могут назначаться для купирования легких болевых ощущений, а также применяться в сочетании с наркотическими анальгетиками. Эти препараты могут раздражать слизистую желудка, их назначают с различными обволакивающими средствами, а в схемах приема свечи и пластыри предпочтительнее капсул и таблеток.

Слабые опиаты назначаются при нарастающей боли, на второй ступени терапии. Напри-

мер, препарат трамадол, отличающийся хорошей переносимостью и наркологической безопасностью. Опиаты могут применяться в комбинации с ненаркотическими анальгетиками, в частности с ацетилсалициловой кислотой.

Интенсивная боль чаще всего требует назначения наркотических анальгетиков, например морфина или фентанила, подавляющих передачу болевого импульса. Составляя программу обезболивания, помимо дозировки доктор также выбирает и лекарственную форму средства. Препарат может быть использован инъекционно, внутрь в таблетках и в виде пластыря, обеспечивающего постепенное высвобождение препарата в течение 3 суток.

Вспомогательные средства, ослабляющие побочные эффекты от приема обезболивающих средств, также подбираются индивидуально. Дексаметазон назначают при неврологических болях или болях в костях. Церукал или аминазин – для помощи при тошноте и рвоте. Диазепам – при мышечных спазмах. Финлепсин и карбамазепин – при судорогах, нейралгин – при саркомах костей, нейропатических болях и метастазах в кости.

В современной медицине существуют эффективные схемы и комбинации лекарственных средств, обеспечивающих обезболивание при онкологических заболеваниях. Все эти препараты производятся отечественной фармацевтической промышленностью или закупаются за рубежом. Недостатка в них нет. Проблема – в доступности для пациентов: на пути к опиатам и, тем более, к наркотическим препаратам стоят правила, призванные не допустить их перевода в сферу незаконного оборота наркотиков. И хотя в декабре 2014 года был одобрен закон, повышающий доступность обезболивающих наркотических лекарств для нуждающихся в них тяжелобольных людей, правила и приемы, которые позволят онкопациентам, их родным и близким обеспечить больного по назначению врача обезболивающими препаратами, по-прежнему актуальны. Ознакомиться с ними можно, в частности, на нашем сайте www.rakpobedim.ru.

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА ЗАЩИЩАЕТ ПАЦИЕНТОВ ПО ВСЕЙ СТРАНЕ

Окончание.
Начало на стр. 1

Часто пациенты сталкиваются с проблемами сразу после постановки диагноза. Не во всех регионах уровень лечения одинаковый. Не везде есть нужные специалисты, оборудование. Пациенты часто боятся, что начнут лечение и не получат результат, и хотят выбрать самую лучшую больницу. Специалисты и волонтеры Движения определяют, в какой помощи нуждается онкобольной, в какое учреждение ему необходимо обратиться. При необходимости помогают направить медицинские документы в федеральные учреждения. Получить заочную консультацию ведущих врачей Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина и сотрудников кафедры онкологии Российской медицинской академии постдипломного образования (РМАПО) пациенты могут, заполнив анкету на сайте www.ravnopravo.ru.

Вскоре после создания, в 2007 году, Движение против рака запустило бесплатный информационно-образовательный проект «Школа пациентов» в формате выездных семинаров для онкологических больных и их родственников. В ходе этих семинаров эксперты поддерживают заболевших людей, рассказывают о достижениях науки, о том, как отстаивать юридические права. Семинары проводятся по всей стране – до 200 мероприятий в год. Каждый желающий может прийти на такую «Школу» в своем регионе или посмотреть ее онлайн-трансляцию в Интернете.

На заседания «Школы» приезжают врачи, юристы, психологи и бывшие пациенты, прошедшие успешно курс лечения. Практикующие врачи помогают разобраться в принципах лечения рака. Они могут ответить на вопросы каждого участника, обсудить диагноз и назначения, подсказать, как лучше бороться с побочными эффектами химиотерапии.

По мнению представителей Движения против рака, такое неформальное общение со специалистами очень важно. Ведь у лечащих врачей часто не хватает времени, чтобы объяснить, что происходит во время лечения.

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

Также во время занятий в «Школе» с пациентами и их родственниками общаются психологи. Ведь, как говорят эксперты, онкологический диагноз – это стресс для всей семьи. Депрессия и тревога у пациента, чувство вины, страха, а затем и раздражения у родственников часто де-



ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ОБЩЕНИЕ
НА САЙТЕ ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВ РАКА

www.rakpobedim.ru

лают жизнь невыносимой, считают психологи, изучавшие проблемы семей больных. Поэтому в ходе заседаний «Школ» специалисты рассказывают больным и их близким, как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием.

В организации подчеркивают, что преодоление сложившихся стереотипов и страха общества перед онкологией является одной из важнейших задач. Волонтеры, которые сталкивались

с заболеванием сами и смогли выздороветь, всегда приезжают на «Школы пациентов». Они лучше других умеют подобрать нужные слова и ободрить пациентов. Их пример показывает, как можно выздороветь, шаг за шагом. «Волонтеры ломают шаблоны, поддерживают пациентов, рассказывают, что прошли через рак, выздоровели и живут. Ведь болезнь – это не приговор», – говорят представители Движения.

Значительная часть работы Движения против рака – это так называемое адвокати́рование пациентов, когда юристы объясняют, какая помощь положена больным, как заполнить необходимые бумаги, как действовать в случае отказа в выписках из медицинских документов или в выдаче лекарств. Грамотные юристы помогают написать обращения, объясняют, у кого и как требовать справедливости, если права пациента нарушаются.

– Мы оказываем разного рода юридическую помощь пациентам, начиная с консультаций о процессе получения выписки из медицинских документов и заканчивая защитой пациентов в суде, – рассказывает председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака» Николай Дронов. – Наши юристы выходят на судебные заседания вместе с прокуратурой и отстаивают права пациентов, в том числе инвалидов, которые сами ходить в суд не могут по состоянию здоровья.

Также Движение против рака организовало горячую линию для пациентов по номеру 8-800-200-2-200. Специалисты горячей линии объясняют всем позвонившим, как справиться с трудностями медицинского или юридического характера, помогают связаться с региональными специалистами и волонтерами.

Движение против рака сотрудничает со многими профессиональными медицинскими структурами. Организация взаимодействует с Общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни», Обществом врачей России, налажены контакты с Российской ассоциацией паллиативной медицины. Но, как признают участники Движения, наиболее им близка по направленности Ассоциация онкопсихологов России.

– Партнерство Движения против рака и Ассоциации онкопсихологов давнее и прочное. Ассоциация проводила тренинги для наших специалистов, для того чтобы они могли более качественно и правильно работать с онкологическими пациентами, – рассказывает Николай Дронов. – Специалисты в области психологии Движения против рака помогают больным и их близким выходить из депрессии, работают над повышением качества жизни пациентов во время и после лечения вне зависимости от прогнозов.

На сегодняшний день Движение против рака – влиятельнейшая организация. Сегодня сотрудники Движения против рака ведут работу во многих отделениях Общественного совета при территориальных органах Росздравнадзора. Они на месте рассматривают жалобы на отказ в получении необходимого лечения и добиваются реализации прав пациентов.

Sotio

**ХИМИОТЕРАПИЯ
С ПОДЪЕМОМ
ИММУНИТЕТА**

Биотехнологическая компания SOTIO, входящая в группу PPF, проводит глобальное клиническое исследование для лечения с использованием активной клеточной иммунотерапии с помощью препарата DCVAC/PCa пациентов с раком предстательной железы.

Целью SOTIO является включение в данное исследование около 1170 пациентов с мета-

статическим кастрат-резистентным раком предстательной железы (мКРПП) по всему миру, включая 25 европейских стран и США. В исследовании уже участвуют пациенты из Венгрии и США.

Профессор Радек Шпешек, директор по научно-исследовательской деятельности компании SOTIO, пояснил:

– Мы верим, что, для того чтобы стать успешными в лечении поздних стадий рака предстательной железы, должны понимать, нужно ли совмещать опухолевую иммунотерапию с существующими методами лечения, такими как химиотерапия. В соответствии с данной стратегией мы разработали химиоиммунотерапевтическое клиническое исследование, которое изучает сочетание стандартного химиотерапевтического лечения с новой иммунотерапией, основанной на дендритных клетках. DCVAC/PCa – индивидуальный препарат активной клеточной иммунотерапии для лечения

пациентов с раком предстательной железы. Для изготовления DCVAC/PCa используются дендритные клетки пациента, которые вызывают иммунный ответ против широкого спектра опухолевых антигенов. I и II фазы клинических исследований, включающие сотни пациентов с раком предстательной железы, демонстрируют многообещающие предварительные результаты и создают предпосылку для дальнейшего развития препаратов DCVAC.

Также SOTIO проводит 5 клинических исследований фазы II для пациентов с раком предстательной железы и 3 исследования фазы II для пациентов с раком яичников. Скоро начнется исследование I–II фазы препарата DCVAC/LuCa для пациентов с раком легких. Компания SOTIO рассчитывает на формирование надлежащей регуляторной среды в Российской Федерации. В настоящее время планируется внесение в Федеральное собрание РФ проекта Федерального закона «Об обраще-

нии биомедицинских клеточных продуктов». После принятия данного законопроекта SOTIO планирует незамедлительно начать клинические исследования своих препаратов в России. SOTIO – международная биотехнологическая компания, которая занимается исследованием и производством новых препаратов, предназначенных для лечения онкологических и аутоиммунных заболеваний. Компания проводит исследования собственной платформы активной клеточной иммунотерапии на базе дендритных клеток с целью усовершенствовать лечение и сделать его более доступным для пациентов. В собственных лабораториях компании SOTIO в Праге лучшие ученые изучают роль дендритных клеток при активации лечебных способностей иммунитета организма и проверяют эффективность данного метода с помощью клинических исследований. Компания SOTIO действует на территории европейских стран, в США, Китае и России.

МОСКВА БЕЗ КОЕК

Столичная реформа здравоохранения предполагает увольнение около 7 тысяч врачей и медработников в 2015 году, каждая третья больница закроется. Чиновники объясняют радикальные меры необходимостью оптимизации и «простаивающими койками» в стационарах Москвы. Врачи выходят на акции протеста и предрекают гибель бесплатной медицине.

О массовой ликвидации больниц и роддомов и как следствие увольнении медицинского персонала и врачей стало известно после публикации на «Русмедсервере» плана реорганизации медучреждений, согласно которому в Москве будет ликвидировано 28 из них, в том числе 15 больниц. По этому плану уволены будут около 7 тысяч медработников, а «коечный фонд», то есть количество мест для госпитализации, сократится тоже примерно на 7 тысяч мест. Руководство столичного Департамента здравоохранения само не собиралось публиковать этот документ, затем заверило, что он не имеет статуса официального плана, а лишь является результатом заказанных мэрией Москвы исследований. Но в конце концов признало: план будет претворяться в жизнь.

— Мы не хотели это публиковать, потому что тихо плакали в наших кабинетах. Но раз уж это вылилось в публичное пространство, теперь будем плакать все вместе, — прокомментировал план реорганизации в беседе с газетой «Ведомости» вице-мэр столицы Леонид Печатников.

— Официальная позиция московского правительства такова: в столице слишком много неэффективно работающих больниц и отделений стационаров — около 30%. Больницы непопулярны у пациентов, там простаивают пустые палаты или госпитализируют тех, кого можно лечить амбулаторно. При этом в поликлиниках Москвы не хватает 25% участковых терапевтов, — говорит глава Лиги защиты пациентов Александр Саверский.

— В этих мерах нарушена последовательность и вообще здравый смысл, — сетует Саверский. — Что нужно было сделать? Усилить амбулаторное звено, увеличить зарплату в поликлиническом звене. В результате этого усиления высвобождающиеся койки репрофилировать в реабилитационные, в койки дневного стационара, паллиативные, а только потом сокращать и койки, и персонал. Но ничего этого сделано не было.

В итоге запись в поликлиниках уже сейчас на недели и месяцы вперед — как на самый обычный прием к врачу, так и на те самые высокотехнологические исследования, на которые делают ставку чиновники от здравоохранения.

Планируемые в 2015 году увольнения мэрии отказываются называть массовыми, желая обещать перепрофилировать на другие специальности и выплатить увольняемым компенсации от 200 до 500 тысяч рублей. Все уцелевшие во время реформы больницы превратятся в современные медицинские центры и перейдут на одноканальное финансирование по системе ОМС.

Те больницы, которые авторы плана признали неэффективными, будут закрывать — и уже закрывают — в два этапа: сначала превращают в филиал другого медучреждения, а затем окончательно ликвидируют. Так поступили, например, с 11-й больницей (сейчас филиал № 1 24-й ГКБ). После объединения зарплаты в филиале заметно снизились, а прием пациентов сократился. По словам врача-невролога и физиотерапевта этой больницы Семена Гальперина, диспетчерам «Скорой» и врачам в поликлиниках поступило указание не везти пациентов в филиал № 1 24-й ГКБ под тем предлогом, что больница якобы закрыта и не принимает людей. В итоге в феврале 2015 года больница планирует уволить всех сотрудников, а в апреле здание будет выведено из ведения Департамента здравоохранения, рассказал Гальперин «Коммерсанту».

По той же схеме в 2015 году закроют пять роддомов: 14-й (его уже реорганизовали в филиал № 2 13-й ГКБ), 16-й (он превратился в филиал № 1 81-й ГКБ), 18-й (реорганизован в филиал № 2 29-й ГКБ), 10-й (филиал № 1 ЦСПиР) и 72-й (с февраля 2014 года — филиал ГКБ № 31). Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун назвал эти родильные дома непопулярными, нуждающимися в модер-



низации и ремонте, небезопасными с точки зрения пожарной инспекции.

Среди попавших в список ликвидируемых — 61-я больница, 53-я больница, 59-я больница, 4-я больница. С января планируется полностью ликвидировать штат больницы № 72, которая ранее уже стала филиалом ГКБ № 31. Сейчас в Москве 57 городских больниц. Сколько останется после реформы — пока точно не известно, определиться с количеством правительство столицы планирует к 2016 году. По словам вице-мэра Печатникова, чиновники рассчитывают примерно на 35 стационаров.

В тех больницах, что доживут до 2016 года, тоже запланированы существенные сокращения — около 30% от штата. На тематических форумах и в соцсетях врачи обмениваются информацией о начавшихся сокращениях: в ГКБ № 67 раздают уведомления об увольнении в связи с сокращением должности врачам-нейрохирургам, в Боткинской больнице запланирована ликвидация 44-го неврологического отделения.

Увольняемым из Москвы врачам вице-мэр Печатников рекомендует работать в Подмосковье: «В Московской области не хватает 37 тысяч врачей, всего более 50 тысяч медработников. При этом почти треть сотрудников столичной системы здравоохранения — из Подмосковья».

Московские власти также заявили о своей готовности заняться переподготовкой уволенных врачей: на это выделено 1,5 миллиарда рублей.

— Пока я не видела и не слышала, чтобы кто-то из увольняемых медиков получил обещанные 500 тысяч рублей, — говорит координатор общественного движения «Вместе за достойную медицину» Алла Фролова. — Власть обещают выплачивать 200 тысяч уволенным санитарам, 300 тысяч — медсестрам и 500 тысяч — врачам, но не рассказывают, что после их получения уволенные медработники в течение года не смогут работать в муниципальных учреждениях, потому что эти компенсации будут оформлены как годовая зарплата.

По мнению экспертов, заявленный столичными властями тезис о перераспределении нагрузки между стационарами и поликлиниками заведомо несостоятелен: количество поликлиник в столице сократилось еще раньше, и уже сейчас там можно наблюдать постоянные очереди, не хватает специалистов.

Что до реформ в целом, то они, конечно же, нужны: система досталась от советских времен, и она во многом неэффективна, затратна, громоздкая. Но реформа делается на подъеме экономической ситуации в стране, а не на спаде, близком к жесточайшему кризису.

ГДЕ БОЛЬ В СПИНЕ, А ГДЕ ОПУХОЛЬ...

Успешность лечения рака зависит от стадии выявления заболевания. А это значит, помимо рекомендованных по возрасту обследований при любых отклонениях и болях следует обращаться к врачу. Однако помимо прямых симптомов, указывающих на необходимость обследования на предмет онкологии (боли в области желудка, уплотнения в груди), существуют еще и косвенные проявления возможного онкологического заболевания. Например, зуд кожи в ряде случаев может указывать на возможный рак крови, а боли в спине — на злокачественное образование в легких... Такие косвенные симптомы в медицине обозначаются как «паранеопластический синдром».

Идет человек к неврологу с жалобами на то, что при ходьбе его «шатает». Доктор обследует его, копается, ищет причины и вдруг совершенно неожиданно для пациента произносит: «Вам нужно обратиться к онкологу, проверить... кишечник».

Оказалось, невролог прав. У больного выявили поражение мозжечка на фоне рака толстого кишечника. И дело не в метастазах, а в способности опухоли продуцировать веще-

ства, которые распространяются по организму и проявляют себя в разных местах. Поэтому характерным признаком паранеопластичности и является отсутствие видимой связи, проще говоря, симптомы возникают «вдали от опухоли».

Конечно, знания о паранеопластическом синдроме нужны не только для диагностики ранних стадий. К тому же проявиться он может в разгар лечения или в период ремиссии

(стихания острого процесса после проведенной терапии).

Проявляет себя синдром поразному.

Есть у него, например, неспецифические проявления. В частности, острые лейкоцитозы, лимфомы и саркомы могут провоцировать изменение вкуса, снижение аппетита, истощение и лихорадку. Наиболее частым кожным проявлением синдрома становится кожный зуд, реже встречается алопеция, то есть очаговая потеря волос, опоясывающий лишай и изменение окраски кожи. При опухолях толстой кишки, предстательной или поджелудочной железы нередко развиваются артриты и полимиаглии, то есть боли в мышцах, причем довольно часто по всему телу. Системная красная волчанка наблюдается у пациентов с лимфомами, раком легких или молочной железы.

При опухолях толстой кишки и карциноме щитовидной железы может развиваться интенсивный понос, во время которого пациент теряет не только жидкость, но и соли. В итоге развивается истощение, упадок сил и в тяжелых случаях даже спутанность сознания. А при мелкоочечном раке легкого может наблюдаться «утечка» калия с мочой, что чревато развитием мышечной слабости, су-

дорог и усталости. Возможны также запоры и нарушения сердечного ритма.

Проблемы с кровью чаще всего проявляются анемией (тревожные звоночки — повышенная утомляемость, бледность, снижение аппетита) и повышением уровня тромбоцитов, что чревато образованием тромбов. При лимфоме или раке легких в крови могут появляться незрелые лейкоциты, что сопровождается зудом кожи.

Эндокринные проявления синдрома чаще всего имитируют синдром Кушинга. Здесь преимущественно «работают» опухоли, вырабатывающие гормоны. Гормональный всплеск, в свою очередь, влечет за собой многочисленную симптоматику. Тут и ожирение с преимущественным отложением жира на лице, шее, груди и животе, и появление на коже живота, ягодиц и бедер синюшных или багровых полос растяжений. И гирсутизм (избыточное оволосение у женщин), и остеопороз, и повышение артериального давления — в такой ситуации отмечается рост волос на груди, подбородке, над верхней губой и нарушения психики — депрессии, психозы, бессонница.

Неврологические проблемы возникают нечасто, по статистике, в 6% случаев. Чаще всего к доктору

приходит человек, жалующийся на повышенную утомляемость и слабость.

У малышей может развиваться так называемый миоклонус-синдром, для которого характерны слабые мышцы, нарушение походки и повышенная раздражительность.

«Паранеопластический лимбический энцефалит» развивается при мелкоочечном раке легких. Это может приводить к потере памяти, повышенной раздражительности и депрессии, а в тяжелых случаях провоцировать судороги.

«Паранеопластическая мозжечковая дегенерация» — диагноз, который нередко идет рядом с раком простаты, молочной железы или яичников. В такой ситуации поражается мозжечок — отдел мозга, который отвечает за наши движения. Поэтому довольно быстро развивается нарушение походки и глотания, а также тошнота, двоение в глазах и головокружение.

Любой из этих симптомов требует внимательного обследования, ведь, к сожалению, нередко причиной становится опухоль.

В лечении паранеопластического синдрома два обязательных направления — воздействие на саму симптоматику, а также лечение непосредственного источника проблемы — ракового заболевания.

НЕ СДАВАТЬСЯ НА МИЛОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вице-премьер Ольга Голодец заявила, что цены на жизненно важные препараты будут фиксироваться государством. В стране, по ее словам, создан запас препаратов для лечения сложных заболеваний. Министр здравоохранения Вероника Скворцова сообщила о намерении закупать более дешевые аналоги импортных лекарств, чтобы обеспечить льготников. Но на всякий случай «Равное право» напоминает, как пациенты могут получить полагающиеся им по закону лекарства и бесплатную медицинскую помощь.

Как получить лекарства

Лекарства в стационаре пациенту предоставляются бесплатно, как и расходные материалы, диагностические и другие процедуры. Это гарантировано программой ОМС. Лекарства, которые назначает врач, входят в стационарный стандарт по заболеванию пациента и в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). При индивидуальной непереносимости или по жизненным показаниям врач может назначить пациенту лекарство, не входящее в перечень.

Но нередко пациентам стационара предлагают заплатить за лекарства или расходники (например, шприцы, капельницы и т.п.), объясняя это их временным отсутствием. Избавить себя от этих трат вполне реально. Можно позвонить с жалобой в региональный минздрав по телефону горячей линии, позвонить в страховую компанию или обратиться к главному врачу, напомнив, что лечение по полису ОМС и территориальной программе госгарантий является бесплатным и требование платы незаконно. Если лекарства все-таки пришлось приобрести за свой счет, нужно сохранить чеки и попробовать получить компенсацию, написав заявление на имя главного врача. В случае отказа после выписки из стационара обращайтесь в свою страховую компанию с письменным заявлением о возмещении потраченных средств.

После выписки из больницы или онкодиспансера пациент продолжает получать противоопухолевые препараты амбулаторно. Их выписывает либо врач-онколог диспансера, либо врач-терапевт поликлиники по его рекомендации. Потребность пациента в лекарстве включают в сводную заявку, которая передается в минздрав области. Узнать о том, включена ли потребность пациента в лекарстве в сводную заявку по онкодиспансеру или по поликлинике на определенный период, можно у лечащего врача и в отделе лекарственного обеспечения регионального минздрава.

Полученный у врача льготный рецепт пациент предъявляет в льготную аптеку. Если нет ни препарата, ни подходящей замены (ее сотрудник аптеки должен обязательно обсудить с врачом – на бланке рецепта есть его телефон), рецепт нужно поставить на отсроченное обслуживание. В этом случае рецепт регистрируется в специальном журнале неудовлетворенного (или

отсроченного) спроса. Записав данные пациента и рецепта, сотрудник аптеки должен поставить на рецепте отметку о дате постановки на учет, указать номер аптеки и расписаться. Если от пациента требуют оставить рецепт в аптеке (в некоторых это предусмотрено правилами), нужно сделать его копию, на которой сотрудник аптеки должен поставить свою подпись и дату приема рецепта.

После этого аптека должна сразу сделать заявку на получение лекарства в фармацевтическую компанию, отвечающую за поставки льготных лекарств в регион. Она, в свою очередь, должна поставить лекарство в течение 10–16 дней; если лекарство есть в другой аптеке – в течение 10 дней с момента постановки рецепта на отсроченное обслуживание.

Если врачи и аптека говорят, что лекарства нет и не будет, имеет смысл самостоятельно позвонить в фармацевтическую компанию (ее телефон есть в льготной аптеке). По телефону можно узнать, есть ли лекарство на складе, когда оно будет доставлено в аптеку и по какой причине отсутствует. Также стоит уведомить фармкомпанию о принятом на отсроченное обслуживание рецепте, так как аптека может не сделать этого самостоятельно.

Если 16 дней прошло, а лекарство в льготной аптеке так и не появилось, можно купить его за свой счет, сохранив чек и рецепт с отметкой аптеки. После этого нужно написать претензию в адрес фармацевтической компании с требованием возместить потраченные средства. Скорее всего претензия удовлетворена не будет и фармкомпания напишет ответ, в котором обвинит во всем региональный минздрав (например, он мог не провести вовремя торги на госзакупку препарата). В любом случае этот ответ будет полезен для обращения в суд: так легче будет понять, кто должен быть привлечен в качестве ответчика.

Как получить специализированную и высокотехнологичную медпомощь

После постановки диагноза пациент направляется на лечение в стационар территориального онкодиспансера. Однако при необходимости он может быть госпитализирован в региональную или федеральную клинику в другом городе (например, в РОНЦ имени Блохина). Такое лечение в условиях стациона-

ра называется специализированной медицинской помощью (СМП).

Направление на лечение в другом городе или федеральной клинике выдается в случаях, когда нужно уточнить или верно установить диагноз, когда нет эффекта от проводимого лечения, при высоком риске хирургического лечения, при нетипичном течении заболевания. Выдает направление, как правило, минздрав региона или то медицинское учреждение, которое не смогло оказать помощь пациенту.

Если показания к госпитализации экстренные, минздрав региона направляет пациента в федеральную клинику по согласованию с ее руководством.

В случае отказа обеспечить направление на СМП в минздраве региона его можно получить в Департаменте организации медицинской помощи Минздрава РФ, представив туда заключение врачебной комиссии, письменное заявление и медицинские документы, подтверждающие необходимость направить пациента на лечение в другой регион или в федеральный центр.

Обратиться в федеральную клинику пациент может и сам. Тогда решение о госпитализации будет принимать руководство клиники, а оформление всех необходимых документов будет происходить уже после того, как человек окажется в больнице. Кроме того, у каждого пациента есть право на амбулаторно-поликлиническую специализиро-

ванную медицинскую помощь: в поликлинику федерального центра может прийти и записаться на прием любой гражданин с полисом ОМС и паспортом, без каких бы то ни было направлений.

Процедура получения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) несколько отличается от СМП: оказание таких услуг возможно только при наличии направления (талона на ВМП). Процедура его получения такова. Решение о том, что пациент нуждается в ВМП, принимает лечащий врач и направляет медицинские документы внештатному онкологу при минздраве области. Эти документы рассматривает отборочная комиссия областного минздрава, а та уже направляет их на комиссию в ту клинику, где могут оказать необходимый вид ВМП. Комиссия клиники принимает решение, госпитализировать ли пациента, исходя из имеющихся показаний и противопоказаний, назначает дату госпитализации, а пациенту выдают талон на ВМП. Вся процедура занимает от одного месяца до полугода. Если получить направление через региональный минздрав не удалось, можно обратиться в Минздрав России, написав заявление и приложив необходимые документы.

Онкологические больные могут рассчитывать на получение квоты на ВМП только в случае с хирургическим и лучевым лечением. Химиотерапия, согласно действующим правилам, может осуществляться по месту жительства больного в территориальном онкодиспансере. Кроме того, в прошлом году Минздрав запустил процесс передачи финансирования ВМП, и теперь высокотехнологичное лечение будет оплачиваться не из федерального или регионального бюджета, а из средств ОМС. Минздрав объясняет это тем, что некоторые виды помощи, входящие в перечень ВМП, стали массовыми и их могут оказывать многие клиники. По замыслу министерства, это не должно усложнить жизнь обычных пациентов: речь идет не о передаче медпомощи в регионы и муниципальные больницы по месту жительства, а о том, что эта помощь будет финансироваться через систему ОМС. То есть пациента будут направлять в специализированную клинику, а средства будут «идти» вслед за ним, и не нужно больше никаких квот.

На практике все не так просто. В территориальных фондах ОМС нет денег не только на ВМП, но часто и на УЗИ или приобретение лекарств для стационара. Нет сформированного финансового обоснования механизмов расчета тарифов на услуги ОМС, а межбюджетные трансферты на предоставление высокотехнологичных видов помощи будут оказываться по программе ОМС, федеральным бюджетом на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов не предусмотрены, так что, для того чтобы добиться высокотехнологичной помощи, придется подключать все возможные ресурсы, включая правоохранительные.



Сегодня, по данным ВОЗ, неэффективные финансовые вложения в российское здравоохранение составляют от 40 до 60 процентов. По словам директора НП «Центр социальной экономики» Давида Мелик-Гусейнова, отдав инициативу оптимизации бюджетов на откуп регионам, Минздрав рассчитывал, что они смогут самостоятельно перераспределять их под свои основные нозологии, решать, как и чем лечить пациентов. Однако разный уровень развития местного здравоохранения, дефицит бюджетов и отставание от Москвы в освоении высокотехнологичной медпомощи дезориентировали местных чиновников.

Для помощи регионам два года назад был создан проект по обмену лучшими экспертными практиками «Главная дорога», цель которого – помочь организовать полноценную онкологическую помощь, рационально расходуя выделенные на нее средства. Авторы проекта – некоммерческие партнерства «Равное право на жизнь» и «Центр социальной экономики». По мнению экспертов проекта, в том, что касается лечения онкологии, Россия сегодня – не единая страна, а 85 мини-государств со своими правилами, политиками, проблемами и подходами к их решению. В России есть свои Швейцарии – регионы, имеющие высокотехнологичные медицинские центры, и свои Гондурасы, где врачи не могут провести что-то сверх стандартного набора манипуляций, который оплачивает ФОМС.

При этом общие для большинства территорий проблемы – это недостаточное финансирова-

В последние годы слово «оптимизация» в медицине стало чуть ли не ругательным, превратившись в синоним сокращения больниц и врачей и снижения доступности медпомощи. При этом российское здравоохранение остро нуждается в реальной оптимизации – организационной, управленческой, инфраструктурной. Проект «Главная дорога» разрабатывает схемы именно такой работы.

ние специализированной помощи, низкие тарифы ОМС на лечение онкозаболеваний. В регионах остро не хватает профильных специалистов, почти не используются современные клинические руководства, слабо развита реабилитационная и психологическая помощь пациентам.

– Понятно, что многие вопросы упираются в финансирование, но при этом существует ряд эффективных решений, которые финансирования не требуют, – считает Давид Мелик-Гусейнов. – Мы не говорим, где можно взять деньги, не указываем на «тумбочку», откуда их можно достать. Мы объясняем регионам, как работать в существующих условиях и грамотно распределять средства, чтобы в условиях дефицита бюджета вылечить как можно больше пациентов и не тратить деньги впустую.

В 2014 году к проекту присоединились почти два десятка российских регионов, для которых разработаны программы развития местного здравоохранения на два-три года. Рабочие круглые столы «Главной дороги» прошли в Иркутске, Казани, Курске, Липецке, Нижнем Новгороде, Омске, Перми, Пензе, Пятигорске, Самаре, Санкт-Петербурге, Тамбове, Твери, Тюмени, Томске и Челябинске. Изучая региональную специфику, инфраструктуру и онкогенные факто-

ры, эксперты разбирались, насколько в местных условиях эффективны и экономичны те или иные технологии лечения, на что лучше потратить деньги, какое закупать оборудование.

В рамках проекта «Главная дорога» экспертами из Высшей школы экономики были созданы паспорта онкогенноопасных предприятий, цехов и организаций. Планируется к внедрению национальный банк данных о онкогенноопасных производственных процессах в России, банк данных химических канцерогенных факторов, а также система санитарно-гигиенических мероприятий по уменьшению и устранению канцерогенных факторов на рабочих местах и в местах проживания. Кроме того, совместно с пациентами организациями начата разработка стандартов качества медпомощи в онкологических нозологиях. В стране действуют стандарты лечения (те, по которым идет калькуляция стоимости программы государственных гарантий), а вот документа для контроля качества пока нет.

Помощь, предлагаемая экспертами «Главной дороги», бесплатна.

– Мы не предлагаем покупать те или иные проекты управленческих решений, а стараемся наладить полноценный обмен лучшими практиками между регионами, – говорит Давид Мелик-

Гусейнов. – Где-то, допустим, лучше обстоит дело с внедрением клинико-статистических групп, где-то – с маршрутизацией пациентов, где-то – с планированием необходимого объема лекарственных препаратов. И, изучив эти практики, мы пытаемся тиражировать лучшее.

По информации Мелик-Гусейнова, в самих регионах к «Главной дороге» относятся по-разному. Активно вошли в проект Пермский край, Татарстан, Башкирия, всего 18 субъектов Федерации. Но есть регионы, которые наотрез отказались идти на диалог, мотивируя это тем, что у них, оказывается, никаких проблем в организации онкологической помощи нет.

– В частности, нас удивил Краснодарский край. Это действительно хороший регион, с устойчивым финансированием. Но даже там, где денег много, есть проблемы, связанные с более рачительным использованием существующих финансовых средств, более эффективным подходом к маршрутизации пациентов.

В 2015 году проект «Главная дорога» будет реформативирован – станет более практическим и предметным, чтобы узкие специалисты вынесли из него уже конкретный план действий.

– До сих пор мы обсуждали очень широкий круг вопросов, связанных с оказанием медпомощи, но в 2015 году решили сфокусироваться на финансовой теме, – рассказал эксперт. – Пригласим в проект людей, которые отвечают за финансовый блок и на федеральном, и на региональном уровне, экспертов-финансистов в системе здравоохранения, страхования. Мы прогнозируем, что это приведет к более упрощенной системе оплаты медицинской помощи, а также к прекращению фобий лечащих и главных врачей к назначению пациентам дорогих медицинских технологий, которые не вписываются сегодня по своей стоимости в пресловутые стандарты лечения. Надеюсь, что вместе с внедрением платы по клинико-статистическим группам это позволит решить многие проблемы.



«Мы собирали деньги на покупку масок для неинвазивной вентиляции легких у детей в НИИ имени Блохина. Эти маски необходимы детям с легочными осложнениями после химиотерапии: смертность при их применении снижается на 50%. Так вот за время сбора средств их стоимость увеличилась в четыре раза», – говорит руководитель проекта «Нужна помощь» Митя Алешковский. Маски, как и почти все необходимое больным детям и взрослым оборудование, благотворители закупают за границей. Большинство лекарств, которые заказывают фонды, в России не производится.

В декабре, рассказывает Алешковский, в проект «Нужна помощь» подал заявку петербургский фонд AdVita – один из немногих в стране, занимающихся помощью взрослым. Речь шла о финансировании деятельности семи лабораторий, закупке реактивов и оборудования. Первоначально фонд подал заявку на сбор 24 миллионов рублей, но к концу декабря эта сумма увеличилась до 48 миллионов – ровно в два раза.

«Кислородный концентратор вчера стоил 60 тысяч рублей, сегодня – 96 тысяч. Кресло для мытья в ванной вчера стоило 36 тысяч рублей, сегодня – 60 тысяч. Одноразовая пеленка вчера стоила 8 рублей, сегодня – 16. Перфузор для капельного введения лекарств и питания вчера стоил 66 тысяч рублей, сегодня – 111. Индивидуальные инвалидные кресла вчера стоили 250 тысяч рублей, сегодня – 450», – перечисляет менеджер детской программы фонда помощи хосписам «Вера» Лида Мониава. Многие подопечные фонда не могут провести без кислорода и пяти минут, нуждаются в постоянном введении лекарств и могут передвигаться только с помощью сконструированных по индивидуальному заказу инвалидных колясок. Все это закупается за рубежом. «Россия практически не производит никакого достойного медицинского оборудования, реабилитационной техники и расходных материалов, которыми действительно можно было бы пользоваться. Это не политическое высказывание, это реальность», – констатирует Мониава.

Некоторым фондам удалось застраховать хотя бы часть расходов от

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ НА ФОНЕ ПАДАЮЩЕГО РУБЛЯ

Благотворительные фонды страдают от падения курса рубля: цены на импортные лекарства, оборудование и лечение за рубежом увеличились в разы. Даже градусники и впитывающие пеленки стоят уже на порядок дороже. При этом из-за начала кризиса снижается поток пожертвований.

резкого скачка цен: руководство фонда «Подари жизнь» заранее договорилось с поставщиками лекарств о фиксированной цене, некоторым был выплачен аванс. Но если в 2015 году тенденция роста цен на фармацевтику сохранится, шансы организовать всем нуждающимся подопечным эффективное лечение снижаются существенно. И это на фоне начавшегося еще в прошлом году снижения государственного финансирования здравоохранения, которое из-за изменения схемы выделения средств в 2014 году по сравнению с 2013-м сократилось на 30 процентов.

– Из-за роста цен и общей нестабильной экономической ситуации благотворительные фонды могут потерять такую возможность, как приобретение лекарств, оборудования и направление пациентов на лечение под гарантийные письма до полной оплаты стоимости услуг: клиники и фармкомпания просто перестанут их принимать, чтобы снизить риски, – говорит президент благотворительного фонда «Предание» Владимир Берхин.

Еще одно серьезное опасение благотворителей – снижение пожертвований в период кризиса. Волонтеры фонда «Старость в радость», помогающего пожилым людям в домах престарелых, в декабре были шокированы ситуацией с традиционным сбором новогодних подарков: обычно заполненные сувенирами, сладостями и полезными мелочами пункты сбора через две недели после

его начала оказались пустыми. «Пока подарков не просто мало, а совсем мало, едва хватит на две поездки в эти выходные. Подарки, которые уже пришли на Шухова, замечательные, чудесные, но их совсем мало, как будто первый день сбора... А бабушки наши уже привыкли и надеются, и я даже боюсь себе представить, как буду объяснять, что в этом году Дед Мороз не придет», – написала в «Фейсбуке» 12 декабря руководитель фонда Елизавета Олескина. Сообщение разошлось в соцсетях, и в итоге подарки все же удалось собрать вовремя и отвезти в Новом году в подшефные дома престарелых.

Фонды ожидают, что первыми жертвования сократят даже не физические лица, обычные и тоже пострадавшие от скачков валют люди, а предприниматели, жертвующие существенные суммы. «В первую очередь страдают те, кто получает существенную долю донорских взносов от юридических лиц: бизнес в кризис в первую очередь «режет» расходы на благотворительность», – отмечает Митя Алешковский.

Региональные фонды уже почувствовали на себе эту «оптимизацию».

– Очень многие сейчас просто спасают свое дело, особенно малый и средний бизнес, который составлял основную категорию наших благотворителей. Наши постоянные дарители жалуются, что у них серьезные потери, – рассказывает директор благо-

творительного фонда «Мы вместе» в Екатеринбурге Ирина Луговых. – В фонде обеспокоены тем, как обеспечить своевременную отправку своих подопечных с легочной гипертензией на очередной курс лечения в Италию: средняя стоимость такого курса – 26 тысяч евро, и значительную долю собранных на лечение средств фонд потерял при конвертации.

Выходом для многих благотворительных организаций и гарантией защиты от скачков валют могло бы стать открытие валютного счета, уверена директор фонда UnitedWay («Дорога вместе») Татьяна Задирако:

– Мне кажется, что, если НКО не будут переводить деньги в твердую валюту, у них не будет способа защититься от непредсказуемости финансовой ситуации в стране. Перевести деньги на счете в доллары или евро – вполне законно.

Однако в нынешней экономической и политической ситуации многие благотворители опасаются вести валютные счета, чтобы не привлечь к себе внимание борцов с «иностранными агентами» или не усложнить себе жизнь налоговыми проверками. Кроме того, есть риск перевести пожертвования в доллары или евро по нынешнему курсу и потерять часть собранных денег, если рубль вдруг стабилизируется: фонды боятся в такое непростое время рисковать еще и доверием своих жертвователей.

ВАС ВЫСЛУШАЮТ, ПОЙМУТ И ПОМОГУТ

Ежегодно в России более 500 тысяч человек узнают, что больны раком. Многие пациенты с трудом переживают известие о болезни и нуждаются в психологической поддержке. Так как психологическая помощь не входит в медицинские стандарты лечения, поддержка к ним приходит не через систему здравоохранения, а от общественных организаций.

Система бесплатной психологической помощи в России пока налажена недостаточно хорошо. Специалисты если есть, то чаще в крупных городах. Поскольку консультации онкопсихологов не входят в стандарты лечения, существуют они в основном за счет благотворительных организаций. Ольга Гольдман – директор автономной некоммерческой организации «Проект СО-действие», организовавшей крупнейшую круглосуточную горячую линию для психологической помощи пациентам в России. Каждый месяц к специалистам обращаются 2,5 тысячи человек.

Почти половина обращений – от родственников пациентов. Большая часть работы – обучение медицинского персонала и врачей психотехникам, выработка психологической устойчивости и профилактика профессионального выгорания.

Успешность лечения любого заболевания напрямую связана с психологическим состоянием человека, тем более когда речь идет о тяжелой и длительной болезни, вынуждающей пациента переносить подчас труднопереносимое лечение, требующее

огромных душевных и физических сил.

Возможность анонимного обращения по телефону горячей линии, обеспечивающей психологическую поддержку пациентов и их семей, снимает многие проблемы. Помогает и лечащему врачу: он реже сталкивается с паническими настроениями и психосоматическими реакциями больного, видит активный настрой на лечение, позитивное отношение к медикам.

Методы психотерапии и психокоррекции в работе с онкологическими пациентами различны, поскольку психологическое благополучие у разных по возрасту, интеллекту, социальному положению групп больных различается. С появлением в семье тяжелобольного врачам и психологам приходится применять методы возрастной и семейной психологии, учить близких людей преодолевать трудности взаимодействия. Во многом они зависят от того, насколько возможно сохранить больному качество жизни.

Онкологический диагноз – мощный стресс. Возникает он из-за угрозы операции, длительного тяжелого лечения, возможной потери важного



органа, неопределенности в прогнозе развития болезни. Онкологическое заболевание в таких случаях нередко рассматривается больными не только как физическая патология, но и как эмоциональная катастрофа, нарушающая жизнь человека как личности.

Болезнь меняет привычки, вызывает беспокойство, ведет к нарушению сна, сопровождается истощением нервной и иммунной систем.

Пациент боится угрозы рецидива, намеренно ограничивает общение и социальные контакты. Нарушается способность к обучению, освоению

новых знаний, умений, навыков. У многих начинаются эмоциональные проблемы. Эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что в конечном итоге может отразиться на качестве лечения. Психологи помогают больному и его близким мобилизовать собственные дополнительные психические ресурсы на борьбу с болезнью, для полноценного общения, создания психологического и физического комфорта и в целом – на улучшение качества жизни.

При этом применяются методы телесно ориентированной психотерапии, арт-терапии, визуализации, когнитивной психотерапии. Разработаны коррекционные программы, в которых применяется сочетание методов и техник, успешно используемых в психотерапии для лечения и реабилитации онкологических больных.

Психолог по телефону доверия не обещает онкобольному чуда. Его цель – переориентирование, насколько это возможно, пациентов с тяжелого, нагружающего переживания своего диагноза на качество жизни «здесь и сейчас»: ценить каждый новый день, каждую проживаемую минуту, наслаждаться тем, что может приносить радость, даже во время лечения. Такое состояние соединенности со своими ценностями дает абоненту необходимый ресурс для того, чтобы противостоять болезни.

Главная цель онкопсихологов, больных и их родственников – сделать процесс восстановления более эффективным, чтобы как можно больше людей, столкнувшихся с раком, восстановили здоровье, вернулись в общество, ощущали себя счастливыми, полноценными людьми.

Телефон горячей линии психологической помощи онкологическим больным

8-800-100-0191

Когда начинаются перебои в поставке лекарств, растет число тех, кто бросает лечение и обращается к целителям и шарлатанам. Не веря в официальную медицину или в возможность получить ее бесплатно, люди погибают, даже когда их можно было спасти.

ВРАЧИ НЕ НАЗНАЧАЮТ МУХОМОРЫ

Настойка из чаги, выжимка из мухомора, заваренные березовые почки, керосин и даже водка с маслом – чего только нет в арсенале так называемых целителей и магов. К сожалению, у них нет главного – чудодейственного рецепта, который поможет справиться с тяжелой болезнью. Однако сколько бы ни предупреждали врачи, люди продолжают постоянно обращаться к ним за помощью, теряя драгоценное время.

Онкология сегодня поддается лечению. Есть виды рака, которые успешно излечиваются в 90% случаев. Если начать лечение на ранних стадиях, шансы полностью вылечить рак есть у большинства пациентов. Не редкость выхода в ремиссию и на третьей и даже на четвертой стадии. Но многих пугает долгое и сложное лечение. Другие не верят, что врачи способны помочь, и считают рак приговором, от которого спасти может только чудо.

Онколог не станет давать пациентам гарантий и обещаний. В отличие от травника или целителя, который развешивает свои объявления на дверях онкологических клиник и обещает излечение от любого вида рака даже в самой тяжелой его стадии. И очень жаль, что ослепленный надеждой человек не задает себе простого вопроса: если бы настойка мухомора или засушенные побеги сои работали, разве не захотел бы ими воспользоваться весь мир? Разве не взяли бы крупнейшие фармакологические компании эти рецепты за основу приготовления эффективных препаратов? Ежегодно в мире тратятся миллиарды евро на изучение рака, на синтез и исследование новых средств, чтобы повысить выживаемость, чтобы спасти больше людей. Медицина идет по такому сложному пути, а на самом деле все просто и легко? К сожалению, так не бывает!

Вот история 50-летней женщины, произошедшая в Саратове. Диагностированный рак шейки матки на начальной стадии, конечно, напугал ее, но химиотерапия, потеря волос и операция в перспективе напугали больше. И она решила обратиться к знахарке, чтобы «быстро, безболезненно и надежно вылечить рак», несмотря на все простоты дочери-врача. Женщина пила настои из трав, заваривала чагу, использовала тампоны, пропитанные специальным снадобьем. Но становилось только хуже. Слезы детей и родителей, их постоянные уговоры и просьбы, да и плохое самочувствие, заставили обратиться к онкологу, но было уже поздно. Четвертая стадия, метастазы и невозможность проведения операции. Страдала вся семья, а врачи уже не могли никак помочь – только обезболить и облегчить последние дни. Грустно и обидно, ведь, не отказавшись от традиционной медицины в начале болезни, женщина могла бы жить.

И это только один из тысяч таких примеров. По неофициальной статистике, каждый пятый онкологический больной и вовсе отказывается от официальной медицины, полностью отдавая себя и свое здоровье в руки знахарям и целителям. А это уже, к сожалению, прямой путь в никуда.

Есть и другие цифры. Около 60% онкологических пациентов используют нетрадиционные методы, даже если проходят при этом медицинское лечение, причем большинство из них скрывают этот факт от доктора. И в лучшем случае травяные настои просто не помогают, а иногда ведь они могут и сильно навредить. У каждого доктора в копилке найдутся истории о том, как он долго искал причину внезапного ухудшения стабильного больного и находил в итоге травки, настои или примочки, назначенные псевдо-лекарем. Один пациент после успешного лечения рака и выхода в ремиссию через год был госпитализирован с разрушенной печенью и вскоре скончался. Оказалось, что мужчина целый год пил настойку на керосине, чтобы закрепить результат.

– Ни для кого не секрет, что нетрадиционные методы лечения широко распространены – все онкологические учреждения обклеены объявлениями «Излечим рак 100%». Но ведь если бы такое излечение было возможным, в России не было бы почти 3 миллионов больных с этим диагнозом, – отмечает председатель исполнительного комитета Движения против рака Николай Дронов. – Чудес без использования современных препаратов не бывает. Чудо – это всегда результат совместной деятельности пациента и врача, которые вместе идут по пути борьбы с болезнью.

НП «Равное право на жизнь» и МОД «Движение против рака» предостерегают пациентов от лечения у целителей. Если вы столкнулись с отказом в бесплатных лекарствах или другими проблемами лечения – обратитесь на телефон нашей горячей линии или напишите нам письмо через наши сайты. Мы обязательно поможем.

8-800-200-2-200

WWW.RAKPOBEDIM.RU

WWW.RAVNOEPRAVO.RU



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 злокачественной 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 адъювантного и неoadъювантного 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 злокачественной молочной железы, затем в отделении химиотерапевтических методов лечения.

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

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

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

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

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

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

Лариса Зверева, юрист

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

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

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

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

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

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

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

Ирина Морковкина, психотерапевт

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

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.



Ольга Мельникова

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

После операции назначили маме тамоксифен. Врач сказал, что лучше не покупать его в России, а привозить из-за границы. Я не поняла почему.

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Тамоксифен и другие препараты отечественного производства часто имеют больше побочных эффектов, поэтому врачи рекомендуют принимать препараты импортного производства. Клинические испытания, которые могли бы это подтвердить, не проводились. Эти выводы сделаны из практики.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

Предложили принять участие в клинических испытаниях биоаналога герцептина. Стоит ли решиться? Это не опасно?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Если вам предлагают принять участие в клинических испытаниях какого-либо препарата, можно соглашаться. Все клинические испытания проходят одобрение этического комитета, и при этом оценивается безопасность применения препаратов для пациентов. Если есть какие-то сомнения в безопасности исследуемых препаратов, разрешение на проведение испытаний не выдается.

ОТВЕЧАЕТ ЮРИСТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА

Клинические исследования лекарственных препаратов для медицинского применения проводятся в медицинских организациях, аккредитованных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Перечень медицинских организаций, имеющих право проводить клинические исследования, и реестр выданных разрешений на их проведение размещаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в установленном им порядке на своем официальном сайте в сети Интернет (статья 38 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»).

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Мне 39 лет, детей нет. Готовилась к ЭКО, когда нашли опухоль в груди. Диагноз: РМЖ, 2-я стадия. Будет операция, химия – детали я пока не поняла. Сейчас больше всего меня волнует, смогу ли я иметь детей.

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

При диагнозе РМЖ беременность не рекомендуется, только при длительной ремиссии и при полном обследовании. Но риск рецидива повышается при беременности!

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Нужна ли лечебная диета при РМЖ? Какая? Поможет ли?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Специальной диеты при РМЖ нет, необходимо полноценное здоровое питание плюс физическая активность.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

Добрый день! Мне 35 лет. Не замужем. Сейчас жду результаты биопсии на РМЖ и очень переживаю. Пугает перспектива радикальной мастэктомии. Но прочитала, что бывает одномоментная реконструкция груди. Когда показана? Какие минусы? Как получить ее бесплатно?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Показания к одномоментной реконструкции определяются на консилиуме врачей, где присутствуют хирург, химиотерапевт, лучевой терапевт, пластический хирург. На сегодняшний день одномоментная реконструкция в некоторых ситуациях относится к программе поддержки ВМП и выполняется в лечебных учреждениях, которые имеют право на оказание данного вида медицинской помощи.

ОТВЕЧАЕТ ЮРИСТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА

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

В стандарт входят резекция молочной железы с пластикой различными вариантами кожно-мышечных лоскутов, резекция молочной железы с маммопластикой и эндопротезированием. Согласно стандарту при указанных стадиях провести данную операцию можно в комбинации с оперативным лечением.

Для получения указанных в стандарте услуг хирургическое отделение онкодиспансера должно располагать необходимым оборудованием и иметь соответствующих специалистов.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ЮРИСТУ

Надо ли спешить с операцией и лечением? Врач торопит на операцию, хотел сделать в день постановки диагноза. Мы отказались, чтобы подумать хоть немного, а он давит. Предположительно 1-я стадия РМЖ. Сколько у нас есть времени? Можем ли мы выбрать клинику сами?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ ОЛЬГА МЕЛЬНИКОВА

Вы имеете право выбора клиники и врача, но не стоит затягивать с началом лечения, так как первая стадия может перейти до третьей и далее, а когда и за какой срок это произойдет, не скажет никто.

ОТВЕЧАЕТ ЮРИСТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА

В день постановки диагноза операция обычно не делается. Рак груди у женщин – это не чрезвычайная ситуация. Больным должен быть выполнен минимальный объем лабораторных и инструментальных исследований, биохимические тесты: АЛТ, АСТ,



Лариса Зверева



Сергей Стефанков

билирубин, креатинин, ЛДГ, общий белок крови, щелочная фосфатаза, R-графия грудного, поясничного отделов позвоночника, костей таза, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, общий анализ крови с подсчетом лейкоформулы и некоторые другие исследования, необходимые для оценки состояния организма и степени распространенности злокачественного процесса.

Что касается именно методов диагностики злокачественной опухоли молочной железы, то это УЗИ молочных желез, биопсия, маммография, онкомаркеры... Но единственным способом бесспорного доказательства рака молочной железы является биопсия. Для большинства пациенток соответствующее лечение назначается на основании анализа тканей, полученных при биопсии груди. Метод лечения (операция, химия, лучевая терапия) выбирает не один врач, а консилиум врачей онкодиспансера на основании изучения полученных медицинских исследований. Для лучшего лечения необходимо, чтобы перед первым терапевтическим шагом в наличии были все нужные результаты исследований и чтобы врачебный консилиум тщательно изучил данный конкретный случай. Это важнее, чем быстрота. На консилиуме присутствует пациент и соглашается с назначенным лечением или отказывается от него. После этого пациенту назначается дата госпитализации. В связи с этим у пациентки есть время подумать, морально подготовиться к предлагаемому лечению, обсудить дальнейшие действия с родственниками, задать вопросы врачам, чтобы решить, что делать дальше. Но затягивать с лечением нельзя. Согласно рекомендациям решение принимается за 5–18 дней, которые проходят от биопсии до операции. В связи с этим делать операцию в день постановки диагноза нецелесообразно.

Возникает вопрос правомерности действий врача, предлагающего сделать операцию на следующий день после постановки диагноза «предположительно 1-я стадия РМЖ». У нас все граждане закреплены за лечебными учреждениями по территориально-административному признаку. В большинстве городов России территориальный онкодиспансер, как правило, один, на него и возложена задача оказать пациенту медицинскую помощь при выявлении онкозаболевания на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 года № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Согласно Порядку в онкодиспансере вас направят на первичный прием к лечащему врачу-онкологу, который назначит предварительные исследования, уточнит диагноз, созвет консилиум и направит на операцию в стационар. Пренебрегать лечением в территориальном онкодиспансере не стоит: врачи здесь не предлагают операцию по предварительному поставленному диагнозу на следующий день.

ВОПРОС ПСИХОЛОГУ

Рецидив. Родные уговаривают бороться. А мне кажется, я снова это не переживу. Как начать лечение заново?

ОТВЕЧАЕТ ПСИХОЛОГ ИРИНА МОРКОВКИНА

Ваше заболевание (поскольку вы обратились к нам, следует предположить, что вы имели в виду онкологию) входит в разряд хронических расстройств.

Хроническое течение онкологического заболевания, протекающего с ремиссиями и обострениями, сходно с таковым при гипертонии, сахарном диабете и многих других хронических недугах.

Вам наверняка встречалась фраза «если болезнь неизлечима, это не значит, что нельзя помочь». Так и относительно онкологических заболеваний: в социуме бытует мнение о неизлечимости рака, о том, что уже ничего нельзя сделать, в результате чего некоторые пациенты перестают видеть смысл в продолжении лечения. Предоставьте возможность проводить необходимые лечебные мероприятия врачам. Ваша задача – следовать их рекомендациям.

Если после обследования врач предложил вам лечение, соглашайтесь, и болезнь снова отступит. Время, как известно, в медицине,

в частности в онкологии, имеет большое значение. Важно не затягивать, делать все, как посоветовал врач, для достижения положительных результатов терапии. Успехи современной медицины в лечении онкологических заболеваний позволяют с уверенностью говорить о том, что рецидивы в большинстве случаев поддаются лечению.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Как уберечь вены во время химии?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ

Очень часто после введения химиопрепаратов наблюдается повреждение поверхностных вен на руках. С одной стороны, это связано с повреждающим воздействием самого химиопрепарата, с другой стороны – с повреждающим действием иголки.

На что следует обращать внимание:

1) если есть возможность, желательнее чередовать руки для выполнения внутривенных инъекций или капельниц, то есть сегодня капаем в правую руку, завтра – в левую, послезавтра – опять в правую и так далее. Таким образом, у вен каждой руки есть больше времени на восстановление и заживление. Исключение – это рука той стороны, на которой выполнялась мастэктомия при раке молочной железы, или подмышечная лимфаденэктомия по поводу метастазов в лимфоузлы разных опухолей или другие подобные ситуации. В этом случае руку оперированной зоны надо беречь и химиопрепараты туда лучше не вводить;

2) есть химиопрепараты, которые можно вводить и внутривенным уколом, и капельно, есть, которые вводятся только внутривенно капельно. Если есть выбор, лучше всегда вводить препараты внутривенно капельно: в этом случае меньше концентрация препарата в единице жидкости и соответственно меньше повреждение вен;

3) при установке системы капельного введения лекарств лучше использовать пластиковые катетеры, а не иголки. Полностью зафиксировать руку скорее всего не удастся, а при движениях человека конец иголки может дополнительно травмировать интиму вены;

4) почти всегда лекарство можно развести в большем или меньшем количестве раствора (для каждого препарата есть своя минимально допустимая концентрация в растворе). Если дополнительное введение жидкости не противопоказано для пациента, лучше развести в большем количестве раствора и капать медленнее;

5) после химиопрепаратов, в конце капельницы, лучше промыть вену еще дополнительно, например, 200 мл физиологического раствора;

6) после того как сняли капельницу, можно мазать вены мазями, например гепариновой или гепатромбиновой или им подобными. Это снимает воспаление вен и улучшает кровоток;

7) если вены «плхие» или планируется много длительных капельниц, можно установить внутривенный порт. Он обычно устанавливается в более крупные вены, которые меньше подвержены повреждающему воздействию.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

ОРВИ во время химии. Очень плохо, температура. Что можно принимать?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ

Дело в том, что во время химиотерапии почти всегда происходит «снижение» иммунитета и нередко обостряются хронические воспалительные заболевания (бронхиты, циститы, артриты и прочие «иты»), а также организм больше подвержен заражению всякой вирусной инфекцией. Обязательно надо поставить в известность вашего лечащего доктора. Если инфекция тяжелая, часто делается перерыв в химиотерапии до выздоровления. В этом случае для лечения можно использовать все, что обычно используется для лечения этих заболеваний без химиотерапии: парацетамол и любые препараты на его основе (терафлю и прочие) для снижения температуры, виферон-свечи, кипферон, капли в нос, антибиотики при показаниях и другие.

Для профилактики вирусной инфекции реже бывайте в общественных местах во время химиотерапии, пользуйтесь масками, виферон-гелем смазывайте слизистую носа перед выходом из дома, по возвращении домой промывайте нос растворами типа аквафора или физиомера или хотя бы мылом, при подозрении на заражение вирусной инфекцией – таблетки галавит под язык.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ И ПСИХОЛОГУ

Боюсь метастазов. Где и как провериться? Как жить и не ждать, что они появятся?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ

После окончания специального лечения для каждого онкологического заболевания существует своя схема наблюдения,

которая позволяет выявить метастазы, если они начинают появляться. Стандартно онкологического пациента после стационара наблюдает онколог по месту жительства. Каждое обследование включает в себя опрос больного, осмотр и назначение анализов и методов обследования, которые необходимы в данный момент. Анализы и обследования проводятся либо в районном онкодиспансере, либо в прикрепленных лечебных учреждениях. Анализы и обследования бесплатные. После того как прошли эти процедуры, наблюдающий врач еще раз консультирует больного, анализирует все проведенные обследования и, если данных за прогрессирование нет, назначает срок очередного визита. Если есть признаки наличия заболевания – либо назначает дополнительное обследование, либо направляет на лечение.



Ирина Морковкина

ОТВЕЧАЕТ ПСИХОЛОГ ИРИНА МОРКОВКИНА

Периодичность профилактического обследования в течение ряда лет после излечения первично выявленного онкологического заболевания вам наверняка объяснил врач, рекомендаций которого следует строго придерживаться. Думать о метастазах, которых, как я понимаю, нет, не имеет основания. Хотя каждый раз (и это психологически объяснимо) очередное обследование в той или иной мере вызывает тревожные опасения и воспоминания о перенесенном заболевании. Тем не менее вовремя проведенное обследование – это ваша ответственность за свое здоровье. А жить нужно продолжать, как и раньше. У вас, как и прежде, много забот, много хлопот, радостей, удач, интересных начинаний, которые быстро затмят беспокойство перед очередным визитом к врачу. Могу порекомендовать при возникновении всплеск подобных мыслей обращаться за поддержкой к психологу.

ВОПРОС ОНКОЛОГУ

Что такое «стекла»? Почему их надо забирать и куда потом нести?

ОТВЕЧАЕТ ОНКОЛОГ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ

Существует два вида морфологических исследований, связанных с понятием «стекла», – цитологическое и гистологическое. Разница в том, что при цитологическом исследовании анализируются отдельные разрозненные клетки опухоли, а при гистологическом – целая ткань опухоли, то есть клетки, соединенные друг с другом. И в том и в другом случае материал, полученный при пункции (биопсии, трепанбиопсии, операции...), помещается на стекло размером примерно 8x2 см и красится, чтобы можно было различать отдельные клетки и отдельные компоненты этих клеток. Далее стекло с материалом помещается под микроскоп и врач-морфолог делает свое заключение. Это заключение – самая главная информация во всем диагностическом процессе, это основа диагноза. На основании этого заключения выстраивается вся тактика лечения, наблюдения и прогноза.

Если вы лечитесь в одном лечебном учреждении, «стекла» забирать не надо, они хранятся в патоморфологической лаборатории много лет. Если вы собираетесь ехать на консультацию и лечение в другое лечебное учреждение, их надо забрать и взять с собой. Патоморфолог в новой больнице их пересмотрит, подтвердит или изменит патоморфологическое заключение и таким образом даст врачам основу для построения тактики лечения или решения других важных вопросов.

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

ОНИ ВМЕСТЕ. И БОЛЕЗНЬ ОТСТУПАЕТ...

Поддержка близких и успешное лечение помогли Жанне Фриске прийти к ремиссии и вернуться в Россию

Публичность сыграла в ее истории свою роль, в чем-то трогательную, в чем-то вполне практическую, – позволила собрать через телемарафон и благотворительный фонд немалые средства на лечение.

Хотя Жанна как и сколько могла избегала не только гласности для публики. Она от самых близких – папы и любимого человека, отца долгожданного ребенка, телеведущего Дмитрия Шепелева, – скрывала поначалу болезнь: не хотела огорчать. Считала, что должна справиться сама.

Тем не менее близкие узнали о том, что головные боли после рождения сына Платона на самом деле не просто так, а рак мозга в неоперабельной стадии, довольно скоро. Скрывать такое невозможно. Отец Жанны, заподозрив в недоговоренностях что-то, сам вылетел в Штаты, где Жанна рожала ребенка и где ей поставили диагноз, «чтобы узнать на месте, в чем там дело». И узнал.

Такое всегда как гром среди ясного неба. Просто если со звездой, певицей, молодой, любимой, в разгар романа с юным телеведущим, освещенного всем возможным глянцем и рождением ребенка, гром гремит громче, а тех, кто восклицает: «Как же так?», «Почему?», «За что?», больше.

Насчет «почему?». Издания обильно цитировали некоего нейрохирурга, сетовавшего

на съемки актрисы в солнечно-радиоактивном Майами и опасность некоторых процедур омоложения. Насчет «за что?» приводили мнения отца звезды: «Наказание Господне» с поправкой самой Жанны: «Не наказание, а испытание, которое я пройду».

– Мы справимся с этой бякой, – уверяла Жанна Фриске и держалась в самом деле мужественно.

Телемарафон в помощь певице поднял ее личную беду до уровня национальной трагедии. Соотечественники впервые, наверное, за всю историю благотворительности сплотились до такой степени в желании помочь человеку. Собрали почти 70 миллионов рублей. О том, что деньги на лечение нужны для заграничной, при этом как-то само собой разумеется. Подтверждение того, что отечественные медики бессильны (операцию делать поздно, а терапии такой в Отечестве нет), пришло позже.

Величина собранной суммы одних заставляла гордиться, других раздражала.

Жанна пожертвовала из этих денег на лечение детей с онкологией. Оставшегося хватило погасить уже накопившийся долг за начало терапии в Америке. Деньги, впрочем, кончились еще до окончания лечения. Чтобы его продолжить, Дмитрию пришлось продать свою квартиру.



Наверное, столь массовая поддержка помогла Жанне держаться в самом начале болезни, когда диагноз был особенно страшен – «неоперабельна», а шансы благополучной терапии совершенно неясны. Вот только после телемарафона и отъезда на лечение в Америку интерес к судьбе артистки на родине как-то спал: мы сделали все, что могли, дальнейшее не в наших силах. Упоминания о судьбе заболевшей звезды были крайне редки и скупы.

Может быть, оно и к лучшему: трудно собраться и держаться изо дня в день под пристальным светом софитов. Тут нужна ненавязчивая, но нежная и твердая поддержка самых близких – родителей, мужа, растущего и радующего своим существованием ребенка.

Они были. Муж (просто муж, без суховатого определения «гражданский») перешел на жизнь в

самолетах, чтобы быть рядом с любимой постоянно, не оставляя работы, в сущности, ради оплаты лечения. И он, и родители поддерживали, когда Жанна принимала решение о курсе лечения новейшим «нанотехнологическим» курсом, поднимающим иммунитет на борьбу с опухолью.

Он и сын Платон были рядом на Рижском взморье, где Жанна проходила курс реабилитации после восьмимесячного лечения в клинике в Лос-Анджелесе. Дима был с Жанной во время дальнейшего лечения в Китае, а по возвращении Жанны в Россию оставил на время эфир, чтобы быть рядом с женой.

Все время борьбы с болезнью Дмитрий вел себя удивительно стойко, нежно и заботливо, чем вызвал удивление многих, знавших его эгоцентричность и заикленность на себе до этой истории.

Возвращение в Россию победившей рак певицы не прошло незамеченным. Хотя по сравнению с порывом сострадания, когда исход борьбы был неясен, все же встречали ее довольно сдержанно. Издания, цитируя друг друга, говорили о том, что Жанна чудом исцелилась и вот-вот вернется на сцену. Сама певица и ее близкие в оценках более сдержанны. Говорят о ремиссии, об улучшении, о том, что болезнь отступила.

Живут сегодняшней радостью, что можно обходиться без инвалидного кресла. Что зрение вернулось. Что продолжающиеся сеансы китайского массажа и постоянный фитнес укрепляют. Что выглядит отлично и форма почти как до болезни.

Нет, о возвращении на сцену Жанна не говорит. А вот о том, что по-новому научилась ценить жизнь и семью, – да. Коротко, но проникновенно.

И это в самом деле было реальной победой над болезнью, когда они все вместе – Жанна, Дима и Платон – отправились перед Новым годом на представление с Дедом Морозом в спортивный центр «Олимпийский»...

УЛЫБНИТЕСЬ

Интересно, почему во всех детских поликлиниках висят плакаты с Айболитом? Он же ветеринар!

– Доктор, у меня с сердцем плохо.
– А вы думаете, что без сердца вам будет хорошо?

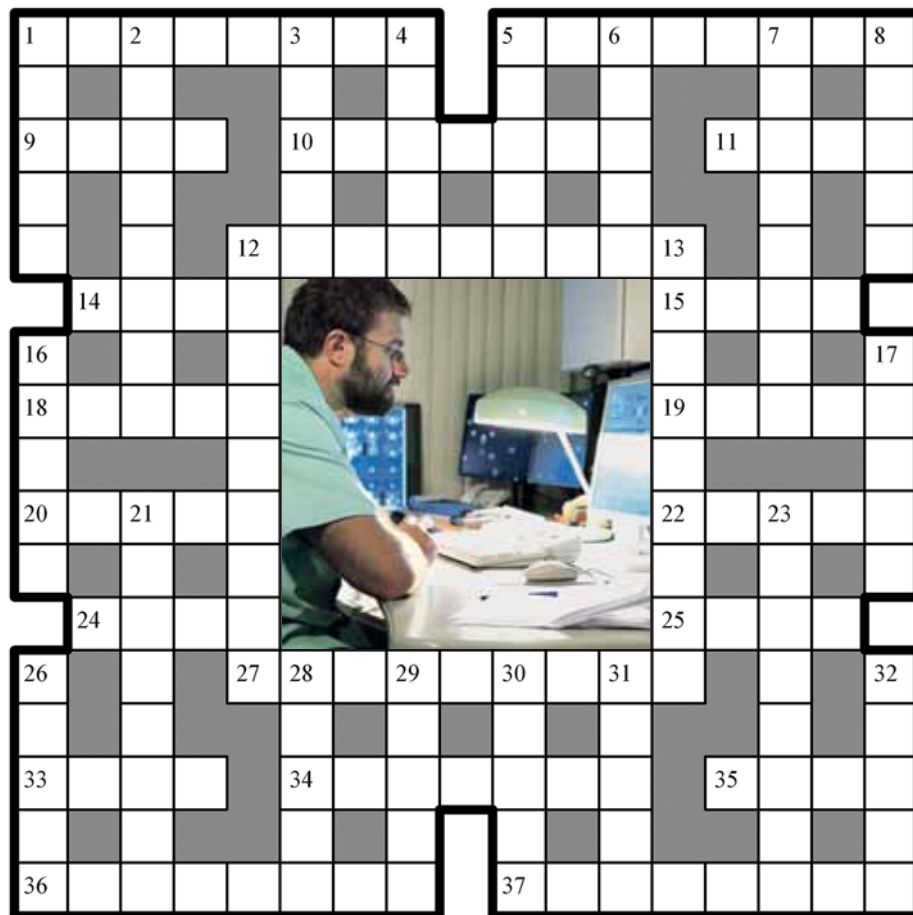
Врач – пациенту:
– Если не бросите пить, можете попрощаться с печенью.
– Прощай, печень!

Пациентка:
– Доктор, у меня болит голова.
– А я ни на что и не претендую!

– Доктор, у меня что-то болит вот тут.
– Сейчас я вам выпишу какие-то таблетки.

– Здравствуй, бесплатный доктор.
– Здравствуй, безнадежно больной пациент.

Продается нервная система в отличном состоянии – заводится с пол-оборота.



КРОССВОРД

ПО ГОРИЗОНТАЛИ: 1. Приспособление для тренировки мышц, упражнения с которым основаны на упругой деформации. 5. Литературный отец «Недоросля». 9. Имя американской актрисы Хепбёрн. 10. Фиолетовая трава в салате. 11. Задача для шахматиста. 12. Точное воспроизведение подписи. 14. Она красна пирогами. 15. Напиток, в котором содержится истина. 18. Детская прививка «пуговкой». 19. Жульническая сделка. 20. Оружие подхалима. 22. Покатый спуск. 24. Древнерусский митинг. 25. Рыбьи «яйца». 27. Столовая в монастыре. 33. Бразильский «король футбола». 34. Краска, растертая на яичном желтке. 35. Химический элемент, который добавляют в зубную пасту. 36. Столица Индонезии. 37. Обладательница самой загадочной улыбки в живописи.

ПО ВЕРТИКАЛИ: 1. Вирус, от которого «лихорадит» весь мир. 2. Итальянский сыр, попавший под санкции. 3. Город физиков-ядерщиков. 4. Кровавый фактор. 5. Дело рук кинорежиссера. 6. Страсть лампочной спирали. 7. Временная «отключка» солнца или луны. 8. Подземные природные богатства. 12. Чем руководит декан? 13. Курортный город в Крыму. 16. Наружный слой зуба. 17. Железнова в исполнении Инны Чуриковой. 21. Природная сообразительность. 23. Изоляция больных. 26. Дикая... в вестернах. 28. Античный учитель красноречия. 29. Пористый камень для мягких пяточек. 30. Отдельный этап в скачках. 31. Бельгийский шансонье итальянского происхождения. 32. Врач в исполнении Михаила Пореченкова из телесериала (на снимке).

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

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

- модернизация онкологических лечебных учреждений и поставка современного медицинского оборудования;

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

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

Телефон горячей линии:

8-800-200-2-200

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

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

www.ravnoepravo.ru

«Равное право на жизнь» №17
Тираж: 3000 экз.
Распространяется бесплатно
Свидетельство о регистрации:
ПИН-ФС77-45868
Дата и время
подписания в печать:
15:00, 25 января 2015 г.

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

Главный редактор:
МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
Дизайн:
ИВАН СИДЕНКО
Верстка:
МАРИНА ИВШИНА

Над номером работали:
НАТАЛЬЯ ЗБЛЕ
ОЛЕСЯ БУТУЗОВА
ИРИНА КОСТОГЛОВА
ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ

ИРИНА ВЛАСОВА
ЕЛЕНА ШМАРАЕВА
ВИКТОР КОРНЮШИН (фото)

Отпечатано в типографии
«ЗЕТА-принт»

По вертикали: 1. Эбола, 2. Пармезан, 3. Дубна, 4. Резус, 5. Финик, 6. Накан, 7. Затмение, 8. Нептун, 12. Факкультер, 13. Еватория, 16. Транзая, 33. Лема, 34. Темпера, 35. Фтор, 20. Лестя, 22. Откос, 24. Вещь, 25. Икра, 27. 14. Изаб, 15. Вино, 18. Манту, 19. Афера, 23. Изоляция больных, 26. Дикая, 12. Факкультер, 12. Эспандер, 5. Фоновый, 9. Адам, 32. Тирса, 26. Зарад, 28. Расса, 21. Снежка, 23. Карантин, 25. Нептун, 17. Басса, 21. Снежка, 23. Карантин, 8. Нептун, 12. Факкультер, 13. Еватория, 16. 4. Резус, 5. Финик, 6. Накан, 7. Затмение, 8. Нептун, 12. Факкультер, 13. Еватория, 16. По вертикали: 1. Эбола, 2. Пармезан, 3. Дубна, 4. Резус, 5. Финик, 6. Накан, 7. Затмение, 8. Нептун, 12. Факкультер, 13. Еватория, 16. Транзая, 33. Лема, 34. Темпера, 35. Фтор, 20. Лестя, 22. Откос, 24. Вещь, 25. Икра, 27. 14. Изаб, 15. Вино, 18. Манту, 19. Афера, 23. Изоляция больных, 26. Дикая, 12. Факкультер, 12. Эспандер, 5. Фоновый, 9. Адам, 32. Тирса, 26. Зарад, 28. Расса, 21. Снежка, 23. Карантин, 25. Нептун, 17. Басса, 21. Снежка, 23. Карантин, 8. Нептун, 12. Факкультер, 13. Еватория, 16.