ХОСПИС
уход за детьми
6

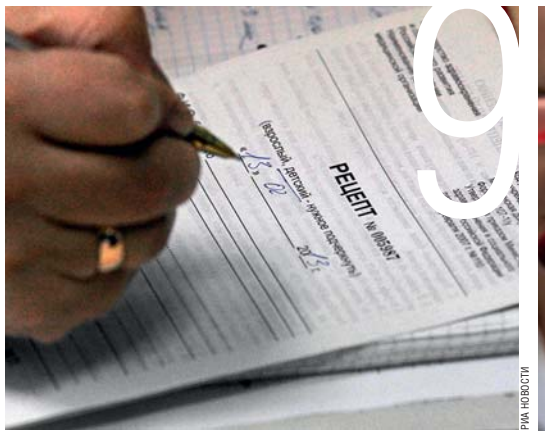
ТЕРАПИЯ
лекарство от тошноты
8

ЗАКОН
наказание за рецепт
9

ЛАБОРАТОРИЯ
все об онкомаркерах
13

АНДРЕЙ ПРОНИН/ИНТЕРПРЕСС/ ФОТО ИТАР-ТАСС

DIEGO CERVO/ VAV/ ФОТО ИТАР-ТАСС



РИА НОВОСТИ

ЕВГЕНИЙ ДУДИН

Глава РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
Михаил Давыдов

МАКСИМ ШЕМЕТОВ/ ФОТО ИТАР-ТАСС

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЁРСТВО

№11 СЕНТЯБРЬ 2013
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

«СИСТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НУЖНА МОЩНАЯ РЕФОРМА»

Глава РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН Михаил Давыдов назначен главным онкологом РФ. Практикующий врач, блестящий хирург, известный во всем мире, он очень критично оценивает уровень помощи пациентам с диагнозом «рак» в нашей стране. Но ясно видит, что и как нужно сделать, чтобы исправить ситуацию.

— Поскольку это одно из первых ваших интервью после назначения, первый вопрос, единственный возможный: какие задачи вы перед собой ставите в должности главного онколога России?

— За это время накопилось достаточно большое количество проблем, которые требуют серьезного реформирования онкологической помощи в стране. Многие вещи должны быть подвергнуты изменениям.

Самое главное для меня — сделать специализированную онкологическую помощь одинаково качественной и доступной во всех регионах нашей страны. Ведь сегодня различного уровня учреждения на территории Российской Федерации работают от высокого класса до самого низкого. Для этого мы разработали целый ряд мероприятий, программ, которые обсудим на VIII Всероссийском онкологическом съезде 11 сентября. Ожидаем, что инициативы нашего профессионального медицинского сообщества пройдут быстрое согласование и получат необходимую поддержку в Минздраве, поскольку реализовывать их нужно совместно и очень оперативно.

Среди основных вопросов — системная вертикаль управления и контроля специализированной помощи, единые принципы и стандарты, эффективность и рациональность использования государственных ресурсов.

Очень остро сегодня у нас в стране стоит проблема доступности лекарственного обеспечения для онкологических пациентов. В законах написано много всего хорошего, но на практике врачей бьют по рукам за выписанные сверх нормативов рецепты, не проводятся своевременно аукционы по закупке, во многих регионах ведется политика жесткого ограничения расходов без учета реальной потребности онкологической службы в ресурсах. В результате страна теряет ежегодно тысячи пациентов, которым можно было бы помочь. Регионы самостоятельно не справляются с этой проблемой, им нужна поддержка. Виды такой поддержки мы сейчас обсуждаем. Чтобы решить проблему нехватки финансирования, можно было бы привлечь механизм государственно-частного партнерства. Крупные финансовые структуры могут поддержать регионы в этой сложной проблеме, но на проработку таких схем нужно время. Пока мы только ведем переговоры.

— Если говорить о регионах, последние реформы Минздрава направлены на то, чтобы переложить весь груз ответственности за лечение пациентов на субъекты федерации. Как вам кажется, люди на местах готовы к этому?

— Мне кажется, нет. Дело в том, что задача Министерства здравоохранения как главного органа исполнительной власти здравоохранения — в декларативном ключе регулировать специализированную помощь в стране, не отдавая на откуп регионам, потому что ни по уровню развития, ни по кадровому обеспечению с такой задачей им не справиться. Здесь и некоторые провалы кадровой политики. Многие губернаторы назначают руководителями учреждений людей, не имеющих никакого опыта в онкологии вообще. А стало быть, этим варягам непонятна эта структура, непонятны режимы взаимодействия.

продолжение статьи на стр. 5

МАНЕВР ПРИОРИТЕТОВ

Министерство финансов разработало новую модель финансирования из федерального бюджета на 2014–2016 годы — «бюджетный маневр». Приоритетные проекты получают гарантированное обеспечение. Но бюджет, заложенный на здравоохранение, будет сокращен на 34%, в том числе за счет пациентов с тяжелыми и редкими заболеваниями.

В 2014 году государственная система здравоохранения начнет осуществлять заботу о здоровье граждан нашей страны в рамках «бюджетного маневра», провозглашенного Минфином. Смысл финансового маневрирования заключается в перераспределении федерального бюджета с целью обеспечения финансирования для приоритетных проектов страны, таких как проведение чемпионата мира по футболу в 2018 году, строительство скоростной железной дороги между Москвой и Казанью, повышение бюджета на безопасность и обороноспособность страны и прочие важные направления. Но здравоохранение при этом приоритетным направлением названо не было.

По плану маневра к 2016 году увеличивающийся более чем на 26,6% федеральный бюджет сократит свои расходы на здравоохранение на 34%... В ходе обсуждения проекта федерального бюджета РФ на 2014–2016 годы, подготовленного Минфином РФ, были обнародованы цифры предполагаемого снижения федеральных расходов на здравоохранение: с 515 млрд руб. в 2013 году до 340 млрд руб. в 2016 году.

продолжение статьи на стр. 2

МАНЕВР ПРИОРИТЕТОВ

окончание. начало на стр1

ВАСИЛИЙ МАКСИМОВ

Министр финансов РФ Антон Силуанов пояснил, что необходимость «бюджетного маневра» обусловлена поиском «дополнительных ресурсов на новые задачи, которые перед нами стоят».

Чиновники заявляют, что ничего страшного не происходит и данный процесс приведет систему финансирования в соответствие с нормами законодательства, по которому ответственность за финансирование лечения пациентов полностью ложится на регионы. Все субвенции (трансферты) федерального бюджета в субъекты федерации будут замещены системой одноканального финансирования по линии Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Вроде бы есть в этом логика — перейти от дотаций, рассчитываемых по остаточному и ограничительному принципу, к системе финансирования, формируемой налоговыми сборами, учитывающей количество льготников и необходимые затраты на лечение тяжелых пациентов. Но проблема в том, что эта система не готова! У ФОМСа нет средств для компенсации бюджетного провала, образующегося в ходе маневра, и пока нет системы, обеспечивающей дополнительное финансирование,— нужно как минимум дополнительных 500 млрд руб., чтобы не пострадали пациенты, которым нужно проходить лечение в следующем году.

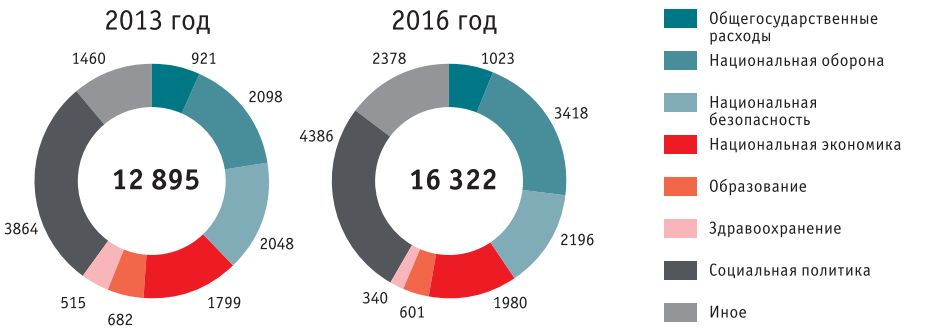
К сожалению, маневр ударит быстро и тотально в первую очередь по онкологической службе и ее пациентам: лечение для других нередких заболеваний стоит в разы дешевле и пациенты могут лучше себя обеспечить за счет личных средств. В онкологии пациент является заложником бюджетной системы — шанс на излечение и продление жизни напрямую зависит от бюджета, который в конкретном регионе тратится на обеспечение нужд онкологической службы и финансирование лечебного процесса.

На многих территориях именно за счет субвенций федерального бюджета формировался региональный бюджет на лечение онкологических пациентов — федеральных льготников. С 2014 года все их обеспечение будет осуществляться только за счет региональных бюджетов и средств ФОМСа. К чему это может привести, если регионы не смогут оперативно провести перераспределение ресурсов и закрыть бюджетную брешь,— к отказам в лечении, неисполнению регионами обязательств по обеспечению государственных гарантий на бесплатную специализированную медицинскую помощь, социальной напряженности и, самое ужасное, гибели пациентов, которым можно помочь, если своевременно обеспечить их необходимым лечением.

О недостаточности финансирования здравоохранения Минздрав говорит уже давно. Незадолго до принятия правительством решения о сокращении расходов федерального бюджета глава Минздрава Вероника Скворцова сообщила, что ведомство планирует разработать новый механизм финансирования здравоохранения, который дополнит уже существующую систему обязательного медицинского страхования.

По ее словам, главная задача Минздрава — в срок до 2015 года таким образом настроить отношения государства с гражданами, чтобы программа государственных гарантий работала с наибольшей отдачей. Для этого, сказала министр, нужно разработать такие механизмы финансирования, которые позволят населению пользоваться инновационными медицинскими технологиями, например клеточными, или ядерной медициной. Скворцова подчеркнула, что эти механизмы не должны стать для населения финансово обременительными. По ее словам, новая система финансирования может появиться после 2016 года.

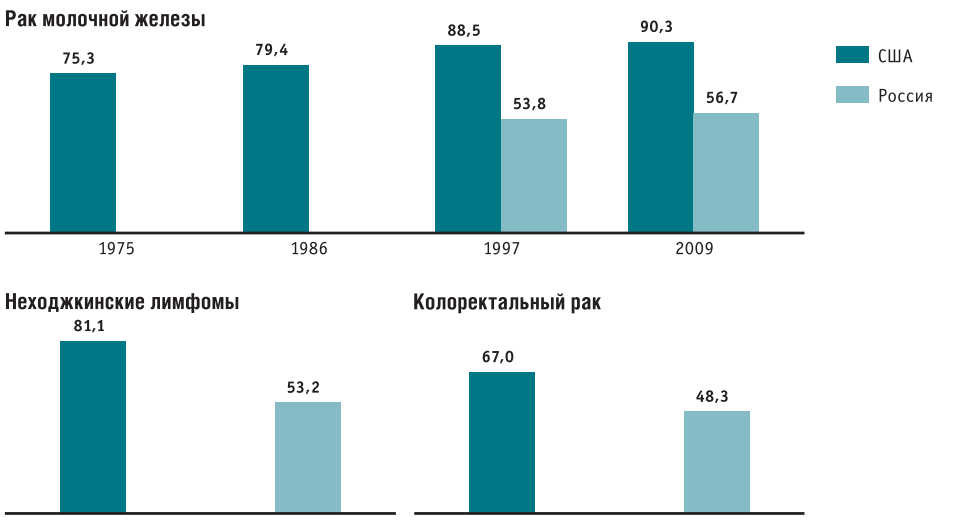
БЮДЖЕТНЫЙ МАНЕВР (структура расходов, млрд руб.)



ОПТИМИЗАЦИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ (млрд руб.)

Источник: проект бюджета на 2014-2016 годы. Расчеты Центра развития ВШЭ.

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАЗНЫХ ДИАГНОЗАХ %



Пятилетняя выживаемость — это процент пациентов, переживших пятилетний барьер после постановки диагноза.

Источники: National Cancer Institute SEER database; справочник «Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году» под редакцией В. И. Чиссова.

FDA ПРИСВОИЛО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ПРЕПАРАТУ, РАЗРАБОТАННОМУ КОМПАНИЕЙ SOTIO, ОРФАННЫЙ СТАТУС

В конце мая 2013 года Управление по контролю над качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) присвоило препарату активной клеточной иммунотерапии DCVAC/OvCa, разработанному компанией SOTIO, статус орфанного лекарственного средства. Этот препарат, применяемый для активной клеточной иммунотерапии (ACI), основан на использовании дендритных клеток пациента, активированных в лабораторных условиях опухолевыми антигенами, и предназначен для лечения карциномы яичников.

Статус лекарственного средства для лечения редких заболеваний FDA присваивает лекарственным препаратам, предназначенным для лечения заболеваний, которыми страдают менее 200 тыс. человек в Соединенных Штатах Америки. Для лекарственных препаратов, включенных в реестр орфанных, FDA может предоставлять финансовые субсидии (гранты) для проведения клинических исследований, налоговые льготы, ускоренный процесс выдачи разрешения на коммерческое использование лекарственного препарата и семилетний период действия эксклюзивных условий для вывода препарата на американский рынок.

В настоящее время компания SOTIO готовится к началу клинических исследований препарата DCVAC/OvCa фазы II, целью которых является анализ эффективности и безопасности препарата в комбинации со стандартным лечением пациенток, страдающих различными стадиями эпителиальной карциномы яичников.

Клинические исследования SOTIO будут проходить в медицинских центрах в Чешской Республике, Германии и Польше. По результатам клинических исследований фазы II будет запланировано проведение международного многоцентрового клинического исследования препарата DCVAC/OvCa фазы III, которое должно уже включать территорию Российской Федерации.

ГРУППА КОМПАНИЙ «Р-ФАРМ» РАСШИРЯЕТ ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ПРИСУТСТВИЕ

Группа компаний «Р-Фарм» создала дочернее предприятие в Турции, которое займется регистрацией, продвижением и продажей как собственных разработок, так и лекарственных средств сторонних производителей, переданных компании по лицензионным соглашениям.

Основная цель выхода на турецкий рынок — расширение потенциальных рынков сбыта продукции российских заводов компании. В настоящий момент компания открывает офис в Стамбуле и занимается подбором персонала.

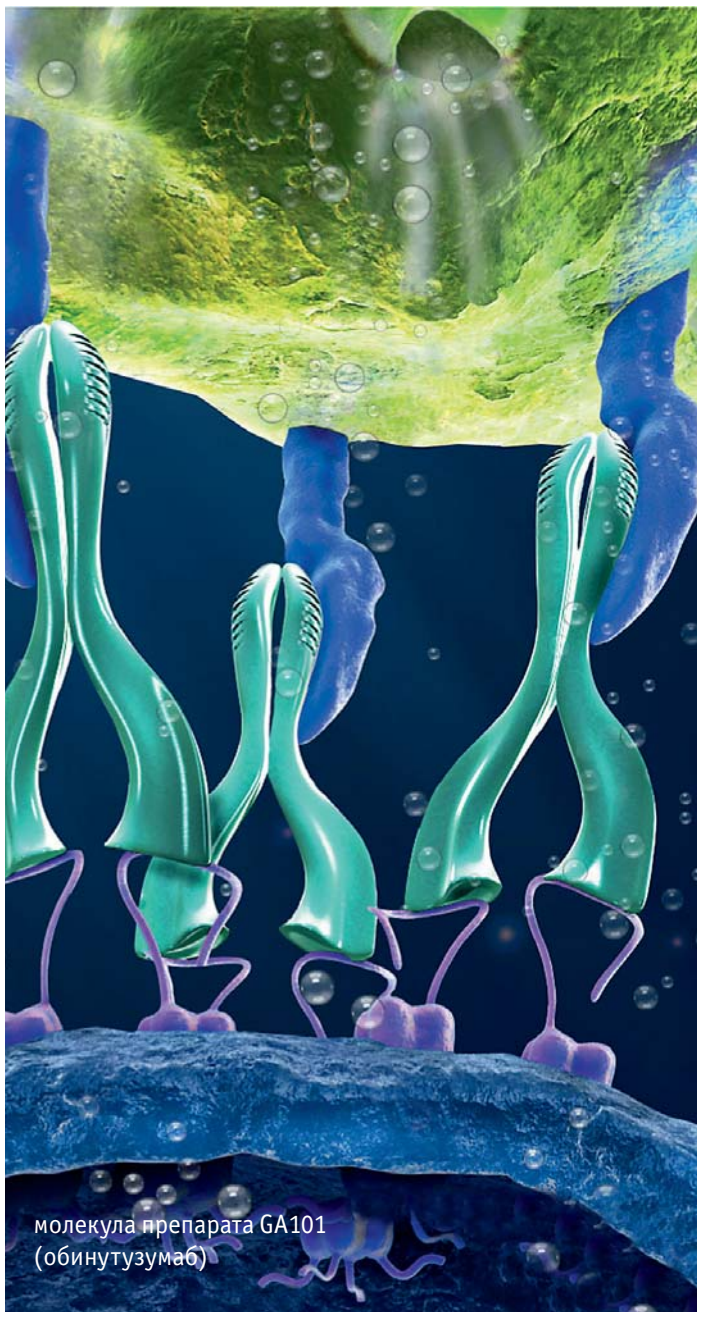
Экспансия компании в Турции обусловлена рядом причин: перспективный рынок, привлекательный стимуляционный пакет для инвесторов и действующие программы поддержки и развития фармацевтической отрасли. «Быстрорастущий турецкий рынок — хорошая площадка для нашего географического расширения. Мы рассчитываем, что турецкое подразделение сможет начать поставки российских препаратов “Р-Фарм” в страны Ближнего Востока и Африки»,— прокомментировал планы компании Василий Игнатьев, генеральный директор «Р-Фарм».

Впоследствии в Турции планируется организация биотехнологического производства, аналогичного российскому. Подбор площадки для этих целей станет одной из первых задач сотрудников нового офиса. В Турции, как и в России, местные власти предоставляют компаниям, организующим собственное производство, преференции, отмечает Игнатьев: в основном речь идет о налоговых льготах, в некоторых случаях — о субсидиях.

В течение четырех-пяти лет «Р-Фарм» планирует инвестировать в развитие бизнеса в Турции €100 млн, которые пойдут на регистрацию препаратов, проведение исследований, а также на строительство первой очереди завода.

ЛЕЙКОЗ ПОДДАЛСЯ ЛЕЧЕНИЮ

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) является одной из наиболее распространенных форм лейкемии. Каждый год от этого заболевания умирают 75 тыс. человек во всем мире. Он очень плохо поддается лечению, и до последнего времени пациенты с этим диагнозом были практически обречены. Но клинические исследования нового препарата обинутузумаб (GA101) показывают, что теперь у них может появиться шанс на полное излечение.


молекула препарата GA101 (обинутузумаб)

«Страдающие от хронического лимфолейкоза пациенты, особенно пожилые и с отягощенным соматическим статусом, нуждаются в новейших методах лечения,— сказала Сандра Хорнинг, доктор медицины, глава глобального подразделения компании "Рош" по разработке лекарственных препаратов в области онкологии и гематологии.— Как бывший практикующий гематолог, я верю, что GA101 обладает необходимым потенциалом, чтобы в один прекрасный день расширить выбор методов лечения для пациентов, страдающих ХЛЛ; мы с нетерпением ждем продолжения работы с FDA и регуляторными органами во всем мире, чтобы препарат GA101 стал доступен тем, кто в нем нуждается».

Обинутузумаб уже получил статус принципиально нового препарата, а также статус приоритетного рассмотрения при регистрации в FDA (Food and Drug Administration — Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США), что доказывает его революционность.

Во время клинических испытаний он применяется у пациентов, не получавших лечения ранее. В результате исследований было установлено, что комбинация GA101 и хлорамбуцила обеспечивала снижение на 86% рисков прогрессирования заболевания, рецидива или смерти. Кроме того, время, в течение которого пациенты жили без прогрессирования заболевания, увеличилось более чем в два раза в сравнении с хлорамбуцилом в режиме монотерапии. Добавление «Мабтеры» к хлорамбуцилу на 68% снизило риск прогрессирования заболевания или смерти за время наблюдения в исследовании, что также существенно ниже, чем результат, полученный при применении GA101.

GA101 — уникальный высокотехнологичный препарат последнего поколения. Он является первым анти-CD20-антителом II типа, полученным с помощью технологии гликоинжиниринга. Это означает, что специфические молекулы сахара в молекулах обинутузумаба были модифицированы (с помощью технологии GlycoMAb®) для изменения взаимодействия с нормальными иммунными клетками организма, что позволяет стимулировать иммунную систему к борьбе против злокачественной опухоли. Важно заметить, что в отличие от химиотерапии обинутузумаб действует избирательно только на специфические опухолевые клетки, не причиняя вреда жизненно важным органам. Кроме этого, являясь антителом II типа к антигену CD20, GA101 прикрепляется напрямую к опухолевым клеткам и вызывает их гибель.

Сейчас все еще проводятся клинические испытания препарата, до его регистрации и лицензирования в России еще пройдет не один месяц — такова процедура. Но получить лечение революционным препаратом GA101 российские пациенты с хроническим лимфолейкозом могут уже сейчас — в рамках международных клинических исследований, в которых активно участвуют российские специализированные научные центры.

«Рош» в гематологии

Более 20 лет «Рош» занимается разработкой новых лекарственных препаратов, которые приводят к пересмотру методов лечения, применяемых в гематологии. Компания в настоящее время вкладывает большие усилия в разработку инновационных способов лечения для людей, страдающих онкогематологическими заболеваниями.

Кроме GA101, портфолио потенциальных лекарственных средств для гематологии компании «Рош» включает в себя два конъюгата антитело-лекарство (анти-CD79b [RG7596] и анти-CD22 [RG7593]), малую молекулу — антагонист MDM2 (RG7112), а также разработанную в сотрудничестве с AbbVie малую молекулу — ингибитор BCL-2 (RG7601/GDC-0199).

О компании «Рош»

Компания «Рош» входит в число ведущих компаний мира в области фармацевтики и является лидером в области диагностики in vitro и гистологической диагностики онкологических заболеваний. Стратегия, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет компании «Рош» производить инновационные препараты и современные средства диагностики, которые спасают жизнь пациентам, значительно продлевают и улучшают качество их жизни. Являясь одним из ведущих производителей биотехнологических лекарственных препаратов, направленных на лечение онкологических заболеваний, тяжелых вирусных инфекций, аутоиммунных воспалительных заболеваний, нарушений центральной нервной системы и обмена веществ, и пионером в области самоконтроля сахарного диабета, компания уделяет особое внимание вопросам сочетания эффективности своих препаратов и средств диагностики с удобством и безопасностью их использования для пациентов.

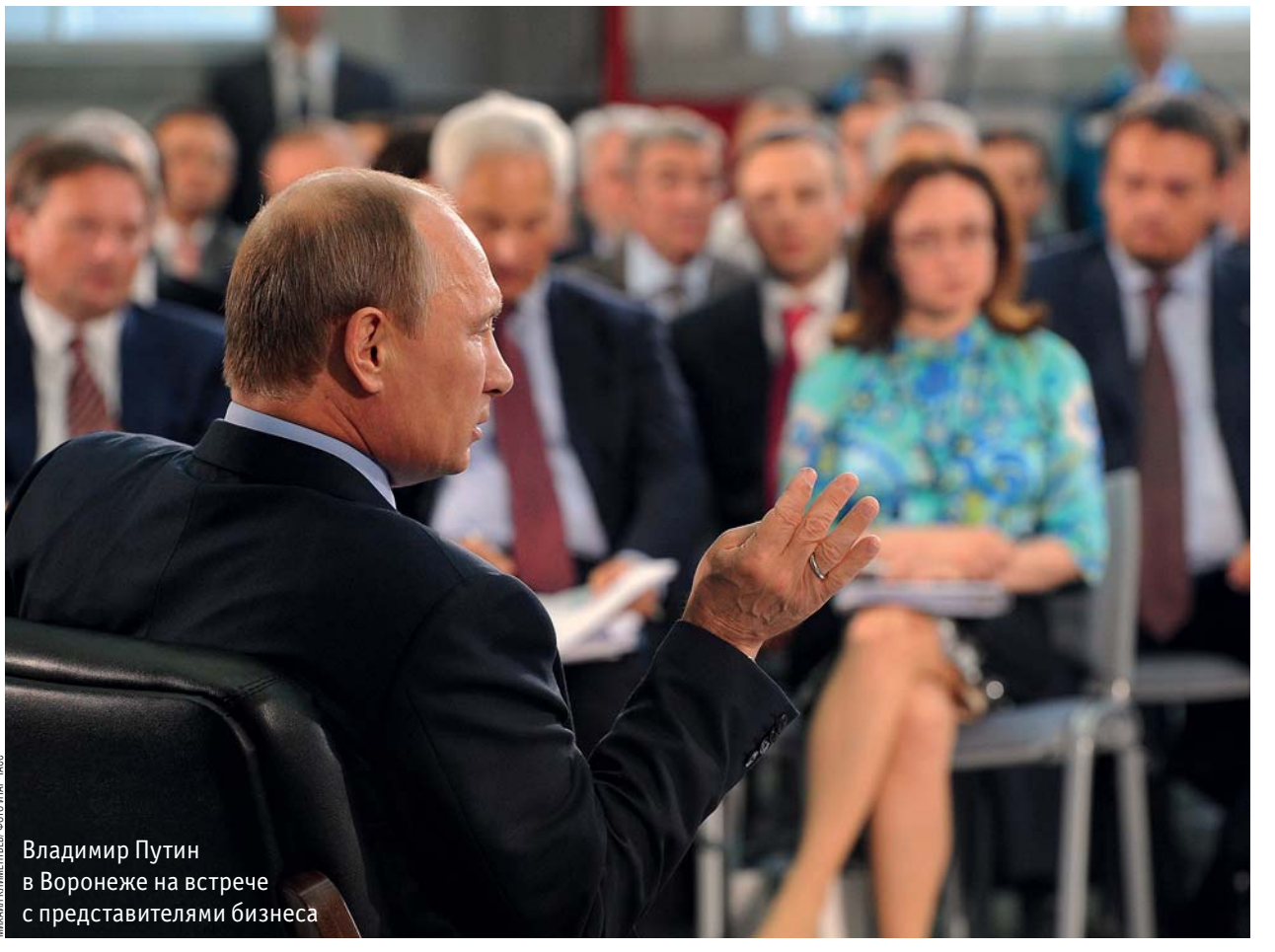
ПРЕЗИДЕНТ В ПОДДЕРЖКУ БИЗНЕСА

Алексей Репик, председатель совета директоров группы компаний «Р-Фарм», принял участие во встрече президента Российский Федерации Владимира Путина с российскими предпринимателями.

Владимир Путин провел рабочее совещание с представителями российского бизнес-сообщества в Воронеже 23 мая 2013 года, посвященное развитию отечественного предпринимательства и совершенствованию законодательной базы в этой области. Встреча, в которой приняли участие более 90 представителей бизнеса, состоялась в преддверии Дня российского предпринимательства.

Среди основных спикеров совещания, модератором которого выступил уполномоченный по правам предпринимателей Борис Титов,— главы Торгово-промышленной палаты, «Деловой России» и «Опоры России» Сергей Катырин, Александр Галушка и Александр Бречалов соответственно, председатель наблюдательного совета «Базового элемента» Олег Дерипаска, председатель совета директоров группы компаний «Р-Фарм» Алексей Репик и предприниматели.

В своем выступлении Алексей Репик подчеркнул высокое значение поддержки со стороны государства новых высокотехнологичных отраслей, которые могут внести существенный вклад в создание новых рабочих мест. Были отмечены хорошие показатели роста фармацевтического рынка и динамики развития отечественной фармацевтической промышленности. Вклад компании «Р-Фарм» — создание самого современного в Европе завода по выпуску готовых лекарственных форм и биотехнологических субстанций в Ярославле. По мнению Алексея Репика, существуют и сложности на пути создания сильных конкурентоспособных компаний — жесткая конкуренция и скрытые запретительные барьеры в рамках действующих норм и правил ВТО на внешних рынках для отечественных товаров, практически полная зависимость от импортных субстанций в фармацевтической промышленности и необходимость стимулировать приток инвестиций в создание отечественных производств по синтезу субстанций. Был внесен ряд предложений для рассмотрения, в частности режим наибольшего благоприятствования при государственных закупках товаров отечественного производства.


МИХАИЛ КЛИМЕНТЬЕВ/ ФОТО ИТАР-ТАСС
Владимир Путин в Воронеже на встрече с представителями бизнеса

ДОРОГУ ПОКАЖЕШЬ?

Программа Минздрава «Дорожная карта» в своем оптимистичном сценарии должна поднять уровень организации профилактики и лечения неинфекционных заболеваний в регионах к 2018 году. Однако, как показали первые итоги, не все регионы могут самостоятельно определить, как и куда потратить деньги, чтобы программа модернизации здравоохранения перестала быть бездонной дотационной бочкой. Для экспертной поддержки субъектов был создан общественный проект «Главная дорога».

ВЛАДИМИР СМИРНОВ/ ФОТО ИТАР-ТАСС

Исполнителями проекта стали некоммерческое партнерство «Равное право на жизнь» и автономная некоммерческая организация «Центр социальной экономики». По словам директора Центра социальной экономики Давида Мелик-Гусейнова, отдав инициативу оптимизации бюджетов на откуп регионам, Минздрав планировал получить так называемые дорожные карты, которые отражали бы положение дел в области профилактики и лечения неинфекционных заболеваний — сердечно-сосудистых болезней, онкологии, эндокринологии, диабета, заболеваний легких и т. д. Кроме того, в рамках проекта регионы должны были научиться самостоятельно перераспределять бюджеты под свои доминантные нозологии, решать и определять, как и чем лечить пациентов. Однако разный уровень развития местного здравоохранения, дефицит бюджетов и отставание от Москвы в освоении высокотехнологичной медпомощи дезориентировали местных чиновников.

— В чем суть проекта «Главная дорога»?

— Регионам сложно понять, как в идеале реализовать поручения Минздрава. Для помощи им был создан проект по обмену лучшими экспертными практиками «Главная дорога», объединяющий федеральных лидеров мнений, медиков, фармкомпании, бизнес, демографов, экономистов, социальные службы — всех, кто так или иначе зависит и работает в системе здравоохранения.

— На данный момент экспертную поддержку получили уже восемь регионов, на старте работа еще с 25 субъектами. Как строится работа с ними?

— В каждом регионе есть свои представители от «Главной дороги». Мы тщательно изучаем статистику, которую регион поставляет в Минздрав, встречаемся с главными врачами больниц, губернаторским пулом, поднимаем не всегда комфортные для них темы и дальше формируем программу развития местного здравоохранения на два-три года, которая включает в себя образовательные мероприятия в области онкологии, фармации, менеджмента, скрининга, услуги в области IT. Мы показываем, насколько эффективны и экономичны те или иные новые подходы в области высоких технологий, целесообразно ли тратить на это деньги, закупать дорогостоящее оборудование.

— В Российской Федерации, по данным ВОЗ, неэффективные финансовые вложения в здравоохранение составляют от 40% до 60%.

— Действительно, мы постоянно дотируем систему здравоохранения, в то время как эксперты призывают переходить «в режим инвестиций». Здравоохранение — это та отрасль, которая должна приносить отдачу вложений. Вылеченный пациент должен возвращаться в экономику страны и пополнять ВВП и налоговую копилку. Целый ряд заболеваний можно рассматривать как инвестиционные, в том числе онкологические заболевания, ревматоидный артрит, ВИЧ, туберкулез. Да, результаты будут заметны лишь через 5–10 лет, но только так мы получим здоровое население, которое эти затраты вернет.

— Ситуация с развитием системы здравоохранения на местах различна, всегда ли это связано с экономической ситуацией в регионах?

— Понятно, что многие вопросы упираются в финансирование, но ведь существует ряд эффективных решений, которые финансирования не требуют. Мы не говорим, где можно взять деньги, не указываем на тумбочку, где их можно взять. Мы учим регионы работать в существующих условиях и грамотно распределять средства, чтобы в условиях дефицита бюджета вылечить как можно больше пациентов и не тратить деньги впустую.

Состояние системы здравоохранения и подход к решению ее проблем в регионах очень разнятся: в России есть свои Швейцарии — регионы, имеющие высокотехнологичные медицинские центры, и есть свои Гондурасы — регионы, где врачи боятся провести что-то сверх стандартного набора манипуляций. В результате мы ищем и лечим конкретную болезнь, не диагностируя попутно другие патологии или осложнения, так как ФОМС может не оплатить врачу услуги «сверх диагноза».

— После того как средства на модернизацию системы здравоохранения в регионах были выделены, ситуация должна была сдвинуться с мертвой точки?

— Проект Минздрава, спущенный в регионы, имеет социальную направленность. Большая часть средств пойдет на повышение зарплаты врачам и закупку оборудования, а на модернизацию больниц, создание системы профилактики заболеваний, заполнение информационного вакуума, в котором живут пациенты и их лечащие врачи, останется не более четверти всех денег. В существующем проекте «дорожных карт» не учитывается, что в разных субъектах требования к финансированию программ модернизации различны. В ряде регионов после выплаты зарплат врачам на остальные процедуры останется лишь 8–10% средств. Именно поэтому мы планируем развивать свою «региональную экспансию». Пока что мы охватываем только онкологию, но с сентября начнем работу по всему спектру неинфекционных заболеваний — кардиологии, эндокринологии, травме. Для нас больной — это государство, мы должны лечить его комплексно со всеми сопутствующими заболеваниями и осложнениями.

О ЛИМФОМАХ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Лимфома — редкое заболевание, находящееся на пересечении двух специальностей — онкологии и гематологии. На лечении лимфом специализируется не больше 2 тыс. онкологов и гематологов по всей стране. При этом столкнуться с таким диагнозом в своей практике могут и врачи из глубинки, которым приходится быть специалистами широкого профиля из-за нехватки кадров. Чтобы поддержать специалистов, рассказать им о новых методах лечения и современных препаратах, а также предоставить возможность провести виртуальный консилиум, была создана информационная площадка в интернете — lymphoma.ru.

Главная страница сайта lymphoma.ru

Онкология и онкогематология — самые быстро развивающиеся области клинической медицины. Новые препараты и методики лечения появляются постоянно, и врачам необходимо быстрое информирование о новых методах лечения. Однако доступ к современной информации о новых препаратах и методах лечения рака, особенно в отдаленных регионах России, есть далеко не всегда.

Руководство Российского общества онкогематологов много лет уделяет большое внимание образовательным программам в области онкологии и онкогематологии.

С целью улучшения информирования врачей о современных аспектах лечения лимфом руководством общества было решено создать удобный современный сайт, где будет собрана актуальная информация, которую смогут использовать специалисты в своей практике. Для этих целей при поддержке НП «Равное право на жизнь» совместно с TRM-Oncology и при участии компаний «Рош», «Санофи» и «Астелас», в сентябре 2013 года будет запущена новая версия сайта lymphoma.ru.

Информация на сайте будет структурирована таким образом, чтобы врач мог найти клинические рекомендации и последние стандарты лечения. Также будут размещены консультации специалистов, лекции, доклады участников на лимфорумах, будет возможность проведения вебинаров.

«Принятие медицинских стандартов для нашей страны связано с возможностью их обеспечить за счет бюджета. Лечение это дорогостоящее, так что расширение списков применяемых препаратов затягивается. Но современный врач должен иметь полную картину возможных лечебных стратегий для наиболее точного назначения пациенту»,— объясняет завкафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор Ирина Поддубная.

Основной раздел сайта будет доступен только для специалистов, прошедших регистрацию и небольшое тестирование для подтверждения квалификации. «Мы продумывали сайт таким образом, чтобы он был не только источником информации, клинических рекомендаций, отражением последних достижений науки в области онкологии и гематологии. Важной задачей было создать место для общения, консультаций, обмена опытом и обсуждения клинических случаев»,— рассказывает Ирина Поддубная. Также на сайте будет размещена и открытая информация для пациентов.

«Новый сайт планирует активную работу по освещению работы регионов: представление ведущих региональных клиник и их достижений, ведущих региональных специалистов, основные направления их научной и практической деятельности, региональные мероприятия и материалы»,— рассказала вице-президент по региональному развитию TRM-Oncology Татьяна Дроздова.

Одной из ключевых особенностей по словам Татьяны Дроздовой, является его международный компонент. Российское общество онкогематологов активно развивает международное сотрудничество, в том числе с Европейской ассоциацией гематологов (EHA), Итальянской ассоциацией гематологов и т. д. Это открывает новые возможности для российских специалистов, в том числе стажировки за границей, участие в международных проектах и исследованиях, обмен опытом, доступ к лекциям ведущих мировых специалистов.

«Образовательные программы для специалистов всегда были важной частью нашей работы,— рассказал исполнительный директор НП “Равное право на жизнь” Дмитрий Борисов.— Российские врачи должны иметь максимальный доступ к современным методикам лечения вне зависимости от места их жительства и работы. Образование и квалификация врачей не должны разделяться по регионам, ведь от этого зависят шансы пациентов на выздоровление. Поэтому, разрабатывая проект lymphoma.ru, мы хотели сделать не просто сайт, а удобный рабочий инструмент».

Запуск нового сайта lymphoma.ru запланирован на 15 сентября 2013 года.

«СИСТЕМЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НУЖНА МОЩНАЯ РЕФОРМА»

окончание. начало на стр1

Руководителей онкологических диспансеров нужно специально готовить, это должны быть профессионалы высочайшего уровня, разбирающиеся в медицинской специфике проблемы и способные эффективно организовать работу на местах.

Некоторые регионы вообще разгромили свои диспансеры, слили их с многопрофильными больницами, что является, с моей точки зрения, стратегической ошибкой. Больница — это больница, а диспансер — это диспансер. Он обязан выполнять программу в режиме от скрининга до полного сопровождения пациента до последних дней его жизни. Ведь онкология — это многопрофильная гигантская дисциплина, от нейроонкологии до ортопедии. И у взрослых, и у детей.

Здесь особенно важна роль федеральных институтов, которые должны обеспечить контроль за качеством выполнения программ в регионах. Сейчас нет жесткой связки и эффективного взаимодействия в этом процессе, и здесь мы надеемся найти понимание и поддержку со стороны Минздрава. Это в некоторой степени противоречит закону о распределении полномочий регионов. Но с другой стороны, для чего тогда у нас федеральные институты, если они не могут быть полноценными участниками процессов развития специализированной онкологической помощи в регионах нашей страны?

— Каким образом вам это удастся с тем учетом, что к 2016 году в рамках «Бюджетного маневра» на 34% сократятся субвенции федерального бюджета на финансирование здравоохранения регионов?

— Вопросы финансирования здравоохранения вообще достаточно остросюжетные. И в целом система финансирования здравоохранения непонятная совершенно. Многоканальное финансирование, а все каналы из одного источника — из государственного кармана. И при чем здесь многоканальность — непонятно. Никто и ничего умнее сметного финансирования, с моей точки зрения, не придумал. Должна четко определяться потребность конкретной клиники с учетом количества коек, пациентов, используемых технологий. Именно это должно лежать в основе расчета потребности в финансировании. Бюджет, определенный с учетом реальной потребности в использовании медицинских технологий и потоков пациентов, с коррекцией на инфляцию, должен выдаваться учреждению в начале года, чтобы руководитель мог планировать все режимы работы: закупки оборудования, потребность в лекарствах, техническое перевооружение и так далее. А сейчас из-за сложной системы выделения средств мы кучу времени тратим на отчетность по ним. Глупость, честное слово!

И ведь достаточно много средств выделяется, я должен сказать, на здравоохранение. Но вот рациональность и эффективность их расходования вызывает много вопросов.

— Решение проблемы ранней диагностики могло бы сэкономить средства?

— Ну конечно! Только подход должен быть системным — нельзя забывать о тех пациентах, которым уже поставлен диагноз. Они нуждаются в лечении уже сегодня. Сейчас мы много говорим о профилактике, не понимая сути этого слова. Профилактика — не медицинская проблема, а социальная: улучшение уровня благосостояния граждан, здоровый образ жизни, экология и так далее. А то, во что мы можем сегодня активно вмешаться сами,— разработка комплексов ранней диагностики, дабы все пациенты, поступающие на этапе специализированного лечения, имели первую стадию заболевания. Тогда лицо онкологии совершенно изменится, эффективность вырастет, затрат будет несопоставимо меньше. Но нужно понимать, что это не произойдет завтра, результат можно будет оценить лишь через 15–20 лет.

Мне кажется, что VIII Всероссийский онкологический съезд должен обозначить четкие рекомендации, в том числе и по этому вопросу. А главная задача съезда — не похвальба своими научными достижениями или обмен какими-то технологиями. Главная задача — организационные, направляющие вопросы. Критика допущенных ошибок, анализ неудач наших программ — вот в чем главная проблема. И мы должны в нелицеприятном режиме сами себе сказать, где мы находимся, на какой стадии развития.

— И на какой, по-вашему?

— Мы пока в этом плане не блещем. Я должен сказать, что сегодня онкологическая помощь достаточно разорвана. Она деформирована. Нет системы преемственности онкологических учреждений. И региональные структуры иногда исходят из своих интересов, игнорируя рекомендации ведущих учреждений страны. И нет никаких суборганизационных механизмов для того, чтобы привести их в нужное русло.

— То есть в ваши планы входит выстраивание вертикали?

— Да. Я думаю, для того чтобы эта служба заработала, нужно выстраивать вертикаль. Как в передовых странах мира. Скажем, США возьмите. Национальный институт рака. И все остальные институты под ним. Япония: Национальный противораковый центр, 80 онкологических госпиталей под ним. Там очень все строго. Они имеют обратную связь, они готовят кадры, они обмениваются впечатлениями. Идет текущая работа, направленная на улучшение ситуации. Эти институты, финансируемые государством, являются основным организационным механизмом, обеспечивающим совместно с государственными структурами весь процесс оказания специализированной помощи: медицинские технологии, кадры, обучение, стандарты лечения и финансирования, контроль качества, профилактику, пропаганду. Словом, весь спектр вопросов. У них даже есть возможность финансировать зарубежные лаборатории и клиники, которые участвуют с ними в научных программах. У нас это на сегодня полностью исключено. Но вертикаль нужна, и мы будем активно этим вопросом заниматься. Уверен: первостепенную роль в этом процессе может и должна сыграть Ассоциации онкологов России.

— Для такой реформы вам нужна поддержка Минздрава? Или вы можете сделать это сами?

— Безусловно да. Конечно, без поддержки Минздрава это невозможно. Все остальные инициативы могут рассматриваться, могут не рассматриваться. Конечно, у меня есть такое впечатление, что Минздрав должен пойти нам навстречу. Мы способны предложить ряд совершенно новых и конструктивных решений проблемы, которая стоит очень остро. Она возведена в ранг политических приоритетов и даже на уровне ООН и ВОЗ в разделе проблем по неинфекционным заболеваниям, по которым принята Политическая декларация в 2011 году. Особое внимание уделяется тому, как страна может мобилизовать свои экономические и социальные ресурсы, чтобы справиться с бременем онкологических заболеваний. У нас 2,9 миллиона онкологических пациентов, 350 тысяч граждан погибает ежегодно, полмиллиона заболевает. Вот и посчитайте.

— Но у вас есть взаимопонимание с министерством?

— Я только приступил, еще не общался с ведущими руководителями министерства. Надеюсь, это произойдет в ближайшее время. Думаю, что главный разговор должен состояться после съезда, когда мы придем с конкретными предложениями. В целом у меня такое впечатление, что взаимопонимание есть. Есть понимание, есть желание участвовать и поддержать важное дело. Другой вопрос, хватит ли нам мощности реализовать эту программу. Потому что внутри онкологических структур достаточно много разночтений. И при отсутствии субординационных отношений эти разночтения можно годами обсуждать. Поэтому я надеюсь, что все-таки это будет выстроено.

Иначе нет логики наличия федеральных институтов в стране. Тогда их нужно сделать диспансерами, московскими, ленинградскими, и пусть они там болтаются вместе со всеми учреждениями. Это институты, призванные разрабатывать передовые технологии. Доносить эти технологии до практического звена, обучать, контролировать качество исполнения, готовить кадры — суть нашей работы.

— Если обсуждать какие-то конкретные первоочередные шаги, с чего нужно начать?

— Аудит качества работы региональных центров. Сейчас необходима срочная ревизия существующих региональных центров, клиник, регистров пациентов, оснащенности и инфраструктуры всех профильных ЛПУ. Необходимо пересмотреть все региональные программы, принципы их формирования и финансирования.

Помимо этого, нужно пересмотреть номенклатуру специальностей в онкологии, а также систему лицензирования онкологических специалистов и клиник, определив роль федеральных институтов в этом процессе.

— Реформы, которые задуманы, вы сможете реализовать, не отрываясь от операционного стола?

— Я был и президентом Академии медицинских наук — не отрывался от операционного стола. Директор, который не занимается непосредственно своим профессиональным делом, становится ненужным элементом. Я не верю в чистых менеджеров, я никогда не видел от них толку. Назовите мне хотя бы один пример, когда менеджер создал институт, создал научный коллектив. Хороший менеджер — высокий профессионал, имеющий непререкаемый авторитет.

Глава РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН Михаил Давыдов

ВИТАЛИЙ БЕЛОУСОВ/ФОТО ИТАР-ТАСС

«ХОСПИС — ЭТО КАК ДОМ»

Менеджер детской программы фонда помощи хосписам «Вера» Лидия Мониава рассказывает о том, каким будет первый московский детский хоспис, обезболивающих чупа-чупсах и почему в Англии в благотворительность вовлечены почти все, а в России — почти никто.

НИКОЛАЙ РЮТИН/ ИНТЕРПРЕСС/ ФОТО ИТАР-ТАСС

Пациент детского хосписа

— Правительство Москвы наконец-то выделило участок для строительства первого в городе детского хосписа, и все тут же связали это с предвыборной кампанией Сергея Собянина... Как развивались события?

— Эта история началась еще до. Осенью прошлого года к нам стали обращаться очень много онкологических детей, с болью. Все не могли поместиться в Первый московский хоспис на улице Доватора. Ситуация была такая — есть восемь детей, у которых адски болит, а надо выбирать двух. Остальные шесть останутся где-то в Москве на съемных квартирах или у себя дома вообще без помощи — обезболивание получать у нас долго, недели две занимает. Мы были в ужасной панике, я начала писать на Facebook, что дальше так жить невозможно, что детский хоспис нужен прямо сейчас. Позвонили из правительства Москвы — сказали, что готовы помочь, на выбор восемь адресов. Потом мы ездили смотрели. Какие-то были неплохие, какие-то были на окраине, где нет метро. В итоге выбрали Долгоруковскую улицу. Это центр, сюда смогут добраться родители, другие члены семьи. Хочется, чтобы ребенок, который попадает в хоспис, не оказывался один. Чтобы каждый день могли приходить друзья, одноклассники, бабушки, дедушки, тети, дяди, волонтеры, артисты, клоуны. Это возможно, только если хоспис в центре. Еще важно, когда хоспис рядом с многофункциональной больницей, чтобы было легко довезти, если нужно переливать кровь, ставить трахеостому. А от Долгоруковской недалеко Морозовская больница. Пока на участке стоит старая школа, она никак не используется. Будем думать, как ее разбирать и строить новое здание.

— Кто будет строить?

— Есть несколько благотворителей. Например, Вадим Беляев (бизнесмен, председатель попечительского совета фонда «Подари веру»), который готов взять на себя оплату строительства хосписа и его дальнейшего существования. Конечно, будем еще какие-то деньги собирать.

— А правительство Москвы или России?

— Они дают безвозмездно землю. Во всем мире хоспис — благотворительное учреждение. Потому что, если хоспис будет учреждением здравоохранения, получится обычная больница. Хоспис как дом, а создать дом при Минздраве довольно трудно. В Англии тоже все хосписы частные, благотворительные. И это философски правильно, чтобы там работали волонтеры, чтобы все не подчинялось огромному количеству правил — с животными нельзя, цветы нельзя, ковры нельзя...

— И передачи, пожалуйста, только консервами.

— Да-да-да. Чтобы этого всего не было.

— Вы только что вернулись из Англии, где хосписное движение когда-то зародилось. Наверное, они знают, как обстоят дела в России. Как реагируют?

— С пониманием. Говорят, что у них начиналось все точно так же, и это обнадеживает. Нам много рассказывали, что самая главная проблема — с онкологами. Онкологи совсем не передают в хоспис детей, они просто звонят в пятницу вечером и говорят, чтобы срочно забрали ребенка. И в субботу утром он умирает в хосписе. А как-то заранее обсудить и передать они не могут. У нас то же самое.

Еще в Англии люди вокруг тоже не доверяли хосписам, соседи не хотели, чтобы их под боком строили,— боялись, что это дом смерти, откуда будут бесконечно вывозить гробы. Прошло 30 лет, как в Англии существуют детские хосписы, и соседи демонтируют заборы между своим участком и участком хосписа, чтобы любоваться на сад. Сейчас в каждом крохотном городке Англии есть хоспис, о нем знает вся округа, и любой таксист может рассказать, что это такое и как они всем городком любят и помогают.

— Как в Англии обстоят дела с обезболиванием?

— Сложно говорить, потому что о проблемах мы обычно узнаем не от врачей, а от пациентов в критический момент. Но то, что рассказывают врачи... Для нас это фантастика. Огромное количество форм препаратов. У нас, если ребенку нужен морфин, ему будут делать уколы четыре раза в день и четыре раза в день ему будет больно. А там есть сиропы, конфетки чупа-чупс, пластыри, свечки, таблетки... Получить медикаменты безусловно легче, это занимает день-два. В России принято, прежде чем назначать морфин, обезболивать трамалом, анальгином, и только если совсем мучается, может, выпишут морфин. Там сразу же переходят к низким дозам морфина.

— Лида, а какой опыт вы там получили, что увидели из того, что можно было бы применить при создании детского хосписа в Москве?

— Совершенно потряс персонал. Любой человек, садовник, рабочий — все разделяют хосписную философию. Настроены очень дружелюбно, не раздражаются в ответ на вопросы — понимают, что семье приходится тяжело. На улице Доватора так же, и хочется создать похожую атмосферу.

ШКОЛА БЕЗ ЭКЗАМЕНОВ

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

Права пациентов в России нарушаются очень часто. Людей не обеспечивают своевременной диагностикой, лекарствами последнего поколения, которые по законам РФ им положены бесплатно. Сегодня пациенты стали более образованны, чем раньше. Они могут прочесть в интернете о своей болезни, о способах лечения и задавать вопросы своему врачу. Но многие не могут заступиться за свое здоровье и свою жизнь, потому что ни об этих лекарствах, ни о правах на них даже не знают.

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

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

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

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

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

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

Уникальный формат мероприятий позволяет уделить внимание каждому участнику.

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

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

www.rakpobedim.ru

или по телефону горячей линии

8-800-200-2-200

ЗДОРОВАЯ ПОЛИТИКА

Проблема высокой смертности от неинфекционных заболеваний признана на уровне ООН два года назад. О том, как международные отношения и политические решения могут повлиять на ситуацию и какова роль неправительственных организаций в борьбе за здоровье людей, рассказал заместитель исполнительного директора Фонда поддержки публичной дипломатии имени А. М. Горчакова Роман Гришенин.

— Когда говорят о деятельности Фонда Горчакова, часто упоминают политику «мягкой силы». Не могли бы вы пояснить, что имеется в виду?

— Концепцию мягкой силы сформулировал Джозеф Най еще в 1990 году. Под этим термином он подразумевал возможность государства оказывать влияние на внутриполитическую ситуацию в других государствах посредством не исключительно военной и экономической мощи, а используя такие составляющие, как привлекательная общественно-политическая модель, культурные достижения, экономическая независимость. Soft power — это еще и способность государства придерживаться самостоятельной политической линии, которая в малой степени зависит от мнения других государств. По сути, «мягкая сила» — способ убедить представителей других государств в собственной правоте, не прибегая к насилию.

— Как эти принципы применяются на практике?

— На мой взгляд, публичная дипломатия предоставляет оптимальный механизм выработки путей решения тех конфликтов, которые не всегда могут обсуждать за столом переговоров официальные лица.

Основная цель публичной дипломатии — создание собственному государству привлекательного образа среди политических элит и населения других государств. Это происходит за счет демонстрации своих политических ценностей и политических институтов, притягательности их как таковых. Речь может идти о соблюдении прав человека, верховенстве права и так далее.

— Читателям газеты некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», безусловно, интересна тема здравоохранения в публичной дипломатии. Поскольку Фонд Горчакова поддерживает деятельность НП «Равное право на жизнь», значит, видит значимость этой темы?

— Важным элементом создания позитивного имиджа является и демонстрация привлекательности страны с точки зрения того, что в ней можно жить долго, интересно и безопасно. Ключевым словом здесь является «долго». Соответственно, привлекательность государства во многом объясняется доступностью и низкой стоимостью медицинского обслуживания.

Я хочу сказать о том, что советская система здравоохранения, которую мы в значительной степени унаследовали, характеризовалась именно равнодоступностью и высоким качеством медицинского обслуживания населения. К сожалению, многое мы утратили. За возвращение этих позиций бьется сейчас «Равное право на жизнь». Я с большим уважением отношусь к вашей организации — не так много тех, кто пытается не ограничиваться адресной помощью пациентам, а кардинально изменить систему. А это значит, что вы помогаете тысячам людей. Поэтому Фонд Горчакова поддерживает деятельность НП «Равное право на жизнь».

— Признание проблемы на международном уровне — это сильный поступок? Или лучше стараться делать вид, что у нас все хорошо?

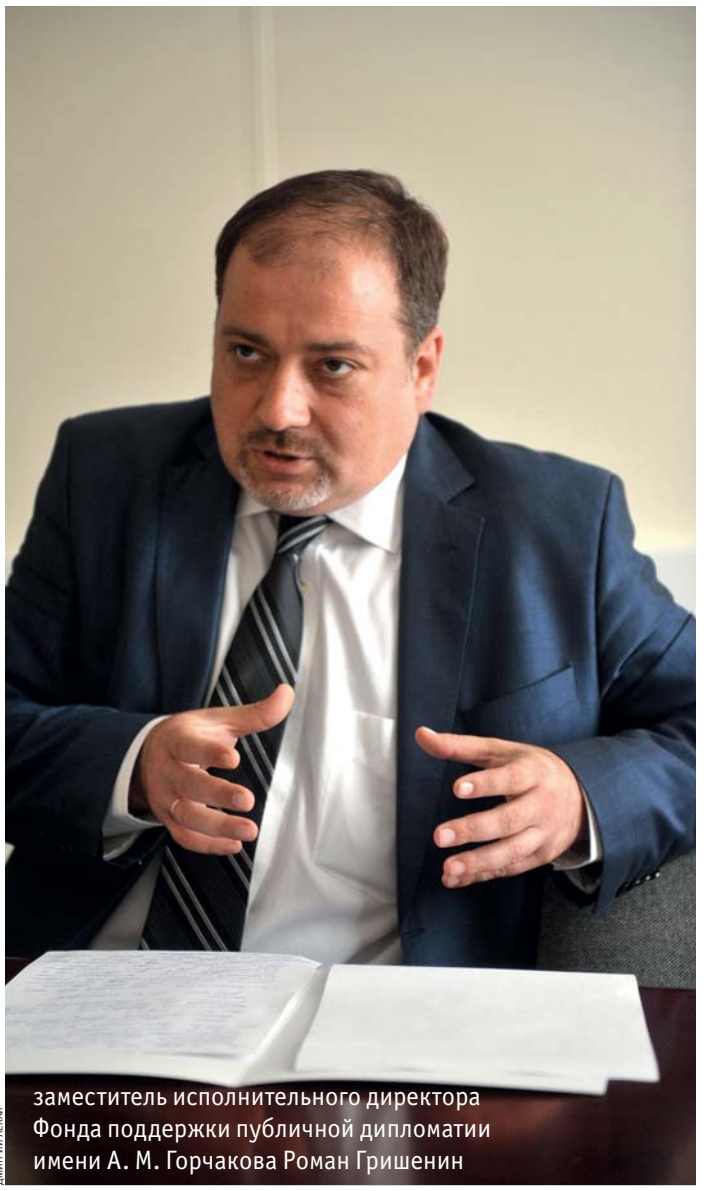
— Я считаю, что признание проблемы — это всегда сильный поступок. Ведь для того, чтобы решать задачу, надо, что называется, изначально сформулировать ее. Поэтому, я уверен, международное признание проблемы делает государство более привлекательным.

— «Равное право на жизнь» получило консультативный статус в Экономическом и социальном совете ООН. На ваш взгляд, что это дает на международном поле России, которую представляет наше некоммерческое партнерство?

— Это единственный способ быть услышанным напрямую. Это возможность формировать повестку, влиять на расставление приоритетных проблем на уровне Организации Объединенных Наций — мощнейшей структуры мирового масштаба.

Более 60% смертей во всем мире происходит от неинфекционных заболеваний. Соответственно, необходимость разъяснения, ведения пропаганды борьбы с вредными привычками, которые вызывают неинфекционные заболевания,— это стержневой момент деятельности.

Еще одна задача — добиваться, чтобы во всем мире пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, получили равный доступ к современной медицинской помощи.

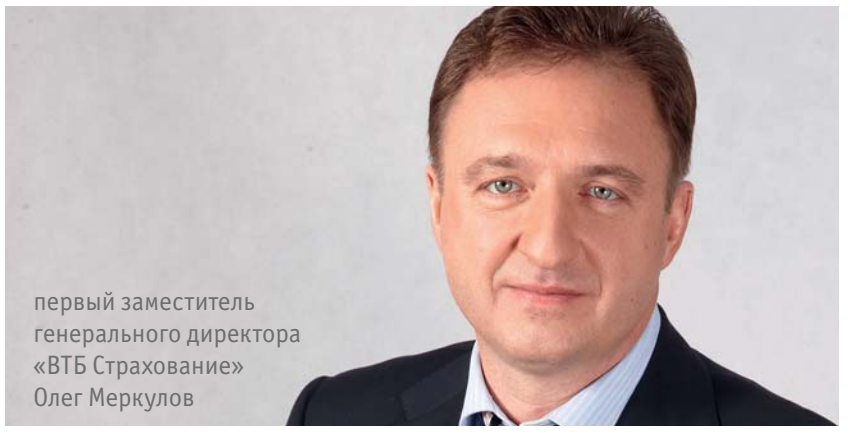


ДМИТРИЙ ЛЕКАЙ

заместитель исполнительного директора Фонда поддержки публичной дипломатии имени А. М. Горчакова Роман Гришенин

РАК — ЭТО НЕ ТОЛЬКО СТРАШНАЯ БОЛЕЗНЬ, НО И ТЯЖЕЛЕЙШИЙ ФИНАНСОВЫЙ РИСК

Время и деньги — два ключевых фактора в успешной борьбе с раковыми заболеваниями. Однако гарантированная государством помощь не всегда может быть оказана оперативно. Может ли человек помочь себе сам, обеспечив финансовую защиту и своевременную доступность необходимого лечения, если он сталкивается с онкологическим заболеванием?



первый заместитель генерального директора «ВТБ Страхование» Олег Меркулов

С недавнего времени в России стало возможным застраховать себя от того, о чем люди обычно предпочитают не думать,— онкозаболевания. Программа страхования рассчитана на здоровое население, для заключения договора не нужно проходить медицинский осмотр, и при выявлении диагноза, как обещают страховые компании, пациент в течение недели сможет получить до 1 млн руб. и потратить его на лечение в России или за рубежом. Подробнее о новом страховом продукте рассказал первый заместитель генерального директора «ВТБ Страхование» Олег Меркулов.

— С чем связана идея запуска такого продукта?

— Онкологические заболевания для современного человека — один из самых актуальных рисков. К сожалению, большинство людей считают, что такой диагноз — это приговор. На самом же деле современная медицина помогает справиться с болезнью при ранней диагностике в 95% случаев. Для пациентов очень важны своевременная и полная диагностика и лечение — естественно, это требует финансовых ресурсов, недостаток которых ограничивает доступность технологий, способных спасти жизнь пациентов. Поэтому мы разработали продукт, который помогает пациенту с диагнозом «рак», чтобы он мог начать необходимое лечение, даже если государственная система даст сбой и не обеспечит необходимое финансирование. Также мы даем возможность получить профессиональную помощь и консультации по организации лечения, где бы ни жил наш клиент.

Даже в Москве люди, получившие такой диагноз, не всегда знают, куда быстро обратиться, чтобы сделать операцию или пройти курс современной терапии. А мы работаем и в самых отдаленных регионах и обязательно поможем нашим клиентам, проконсультируем и порекомендуем как лучших российских специалистов, так и зарубежные клиники, по желанию клиентов.

— Что представляет собой «страховка от онкологии»? Это расширенная версия договора ДМС между страховой компанией и клиентом или отдельный вид страхования?

— Этот продукт можно купить отдельно, как обычную страховку ОСАГО или каско. И даже легче: одно из главных достоинств нашего продукта — для заключения договора не нужно проходить медицинский осмотр. Его можно оформить буквально за пять минут, достаточно только паспорта.

Кроме того, его можно оформить не только для себя, но и для всей семьи. При этом страхование трех детей бесплатно, вы оплатите только полис для взрослых.

— Как выглядит договор, в чем его отличие от договора по ДМС и страхования жизни?

— Во-первых, в подавляющем большинстве программ ДМС риск онкологии включается крайне редко, скорее в исключительных случаях и только по индивидуальной договоренности со страховой компанией. Во-вторых, в отличие от ДМС, по нашему полису клиент получает выплату деньгами и может сам решить, как их потратить: на оплату различных услуг отдельно или комплексное лечение как в России, так и за рубежом. Кроме того, даже если клиент получает в России бесплатное лечение, он находится на больничном, и полученные деньги помогут семье компенсировать уменьшение дохода.

— От каких факторов зависит стоимость договора страхования онкозаболеваний?

— Стоимость договора 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.

Договор можно заключить на три, пять, семь или десять лет. Причем мы советуем нашим клиентам заключать его на максимальный срок: страховая сумма ежегодно увеличивается на 50 тысяч рублей, а стоимость полиса остается неизменной на все время действия договора. Как правило, из года в год из-за инфляции и других факторов все дорожает, а вы можете зафиксировать цену полиса на ближайшее десятилетие. Это очень выгодно. Лично у меня именно такой договор — страховой выплаты от 750 тысяч до 1,2 миллиона рублей (с учетом ежегодного прироста страховой суммы).

— На каком этапе начинаются выплаты пациенту после постановки диагноза? Какие действия должен предпринять сам застрахованный для получения выплат по страховке?

— По нашему договору клиент получает фиксированную страховую выплату в размере 100% страховой суммы в течение пяти рабочих дней в случае диагностирования у него онкологического заболевания. За это же время компания будет подыскивать оптимальное место для лечения, что особенно важно для региональных клиентов.

Сразу после получения диагноза или в процессе, когда клиент уже подозревает наличие у себя онкозаболевания, ему необходимо позвонить нам и сообщить о наступлении страхового случая. Оператор объяснит, какие дальнейшие действия необходимо предпринять и какие документы потребуются для получения выплаты. Их список небольшой. Помимо стандартных — заявления о страховом случае, самого полиса и документа, удостоверяющего личность,— потребуются выписка из медкарты, выписка-справка об отсутствии обращений за последние пять лет из онкологического диспансера по месту жительства и результаты проведенных анализов. После предоставления всех документов в течение пяти дней мы принимаем решение о выплате и переводим деньги.

ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРЕСАДКОЙ

На общественное обсуждение вынесен федеральный законопроект, упрощающий посмертную трансплантацию органов. Согласно документу, запрет на использование органов будет действовать только в том случае, если человек при жизни письменно оформил этот запрет. Сейчас в России на пересадку органов погибшего человека должны давать согласие его родственники.

Число операций по трансплантации в России мало, в том числе из-за неразвитого законодательства в этой области. Сегодня врачи-трансплантологи спасают 1 тыс. жизней в год, вместо того чтобы спасти 14 тыс., заявил заместитель министра здравоохранения РФ Андрей Юрин на открытии Первого российского национального конгресса «Трансплантология и донорство органов». По его словам, сегодня выполняется лишь десятая часть потребности страны в трансплантационной помощи населению.

Нормативно-правовая база для трансплантологии донорских органов в стране есть. Она должна осуществляться на основании «Порядка по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга человека». Кроме того, Минздравом разработана новая форма «Протокола констатации смерти головного мозга» — юридически закрепленного перечня правил, подтверждающих факт смерти мозга и возможность изъятия для пересадки каких-либо органов. В документе подробно расписаны действия медиков по исследованию каждого критерия, свидетельствующего о смерти мозга. Но для того чтобы забрать органы на пересадку, требуется получение согласия родственников, которые нечасто идут на такой шаг.

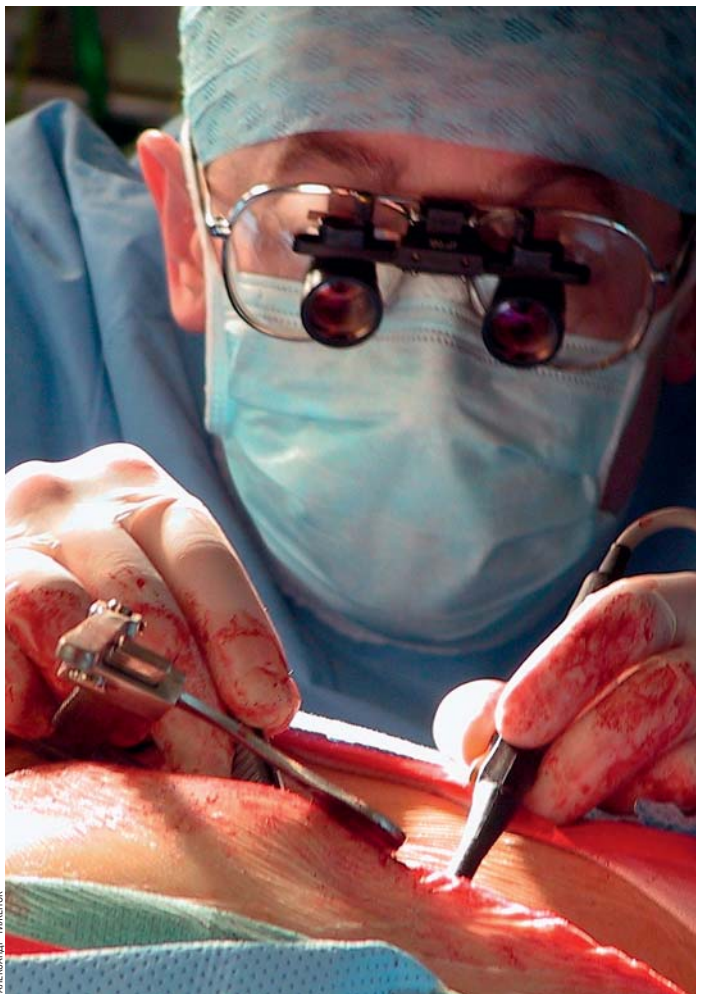
Теперь же предлагается ввести презумпцию согласия: если человек не писал при жизни отказа от изъятия его органов для донорства, значит, медики смогут воспользоваться ими, чтобы попробовать спасти чью-то жизнь.

Законопроект вызвал бурную реакцию в обществе.

Правозащитники опасаются, что «презумпция согласия» «развяжет руки» врачам-трансплантологам, которые начнут злоупотреблять своим положением. В связи с этим, по мнению президента Общества доказательной медицины Кирилла Данишевского, необходимо как минимум ужесточить наказание в отношении недобросовестных медиков. Президент Лиги по защите прав пациентов Александр Саверский утверждает, что трансплантология — та область, в которой необходима презумпция испрошенного согласия на изъятие органов, то есть, если человек хочет стать донором в случае несчастья, происшедшего с ним, он должен заранее сам написать согласие на изъятие его органов. И донорами могут становиться только люди, такое согласие давшие. А ребенок, не понимая, что это такое, при жизни не может выразить свою волю. Поэтому, на взгляд Саверского, детского донорства быть не должно.

Президент Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе, член Национальной медицинской палаты Алексей Старченко считает, что процедура диагностики смерти мозга должна быть более строгой, и не только для детей. «В частности, в Германии, где эта процедура более проработана, больше защиты от незаконного донорства,— считает эксперт.— Там потенциальному донору проводят, в частности, токсикологическое обследование, чтобы удостовериться, что не были применены препараты, угнетающие центральную нервную систему. У нас же смотрят только на клинические показатели».

Свою позицию заявила и Русская православная церковь. На официальном сайте Московского патриархата опубликовано совместное заявление синодального отдела по церковной благотворительности и отдела по взаимоотношениям церкви и общества: «От лица Русской православной церкви обращаемся ко всем гражданам России и просим выразить добровольное согласие на посмертное изъятие органов для трансплантации. От вашего решения может зависеть чья-то жизнь». При этом РПЦ призвала власти отказаться от закрепленной в законопроекте «презумпции согласия».


АЛЕКСАНДР ЧИЖЕНОК

ЛЕКАРСТВО ОТ ТОШНОТЫ

Тошнота и рвота, вызванные химиотерапией, вынуждают многих отказаться от лечения. Однако за последние годы появилось множество препаратов для облегчения и снятия этих синдромов у онкологических пациентов.

Как развиваются тошнота и рвота при химиотерапии?

Механизм этих побочных эффектов еще до конца не изучен. Считают, что здесь задействованы сразу несколько путей. Ученые выделяют три основных компонента, участвующих в формировании медикаментозных тошноты и рвоты: 1) триггерная зона в головном мозге, клетки которой улавливают «эметогенные» («возбуждающие рвоту») вещества в крови и реагируют на них, активируя рвотный центр; 2) чувствительные нервные окончания блуждающего нерва в слизистой оболочке тонкого кишечника, импульсы от которых также достигают рвотного центра в мозге; они представлены разнообразными рецепторами (5-HT3, NK-1 и другими), и именно на них направлено действие современных противорвотных препаратов; 3) нейромедиаторы, или гормоны нервной системы, серотонин и дофамин, имеют частичное значение в активации рвотного центра, поэтому блокирование этих веществ предупреждает рвоту.

HEIKO WOLFRAUM / DPA / AFP/ EASTNEWS

Тошнота и рвота при химиотерапии бывают трех типов: острые (в течение суток после приема лекарства), отсроченные (через больший срок) и предшествующие (условный рефлекс на каждый последующий сеанс химиотерапии).

Основные противорвотные средства

Механизм действия всех противорвотных препаратов сходен: это вещества-антагонисты, или блокаторы, которые связываются с соответствующими рецепторами в тонком кишечнике и в мозге (5-HT3, NK-1, дофаминовыми и др.), делают их неактивными и прерывают передачу нервного импульса, тем самым блокируя механизм развития тошноты и рвоты.

5-HT3-антагонисты: доластерон, гранистерон, ондансетерон, палоностерон, тропистерон. Лекарства этой группы наиболее эффективны для профилактики острой тошноты и рвоты при приеме высокоэметогенных цитостатиков.

NK-1-антагонисты: единственный пока доступный препарат группы — апрепитант. Он эффективен для профилактики и острой, и отсроченной рвоты, вызванной различными цитостатиками. Наиболее эффективен в комбинации с дексаметазоном.

Кортикостероиды: дексаметазон. Этот препарат не является собственно противорвотным, но в клинических исследованиях установлено, что он эффективен для предупреждения медикаментозных тошноты и рвоты, особенно в составе комбинированной терапии. При одновременном приеме с 5-HT3- и NK-1-антагонистами дексаметазон усиливает их эффект. До изобретения апрепитанта дексаметазон был самым действенным средством предупреждения отсроченной рвоты.

Антагонисты рецепторов дофамина: метоклопрамид. До появления 5-HT3-антагонистов метоклопрамид в больших дозах был единственным средством предупреждения острой рвоты. Это далеко не самый подходящий препарат для пациентов, проходящих химиотерапию, так как имеет тяжелые побочные эффекты при приеме в больших дозах и длительное время: лекарственный паркинсонизм, позднюю дискинезию и злокачественный нейролептический синдром. Метоклопрамид подходит только для кратковременного приема в небольших дозах в сочетании с другими препаратами для устранения легких тошноты и рвоты.

Другие препараты: слабое противорвотное действие имеется у многих лекарственных средств, например антипсихотиков (оланзапин), бензодиазепинов (клоназепам и др.), антигистаминных препаратов. Они сегодня не входят в стандартные схемы лечения тошноты и рвоты, вызванных химиотерапией, но могут усиливать эффект основных противорвотных лекарств.

Профилактика тошноты и рвоты: важно вовремя начать

Критически важно еще до начала химиотерапии подобрать оптимальную схему профилактики острой и отсроченной тошноты и рвоты, оценить эметогенность цитостатиков и сразу начать предупредительную терапию. Симптоматическое лечение на этапе, когда тошнота и рвота уже возникли, неэффективно.

Схемы профилактической противорвотной терапии

Предупреждение острой рвоты (первые сутки химиотерапии):

- при терапии высокоэметогенными цитостатиками: комбинация трех препаратов — 5-HT3-антагонист + NK-1-антагонист + дексаметазон;
- при терапии среднеэметогенными цитостатиками: если это антрациклин или циклофосфамид, то комбинация трех препаратов — 5-HT3-антагонист + NK-1-антагонист + дексаметазон; если другие цитостатики, то комбинация 5-HT3-антагониста и дексаметазона;
- при терапии низкоэметогенными цитостатиками: достаточно низких доз кортикостероидов;
- при терапии минимально эметогенными цитостатиками: не нужно противорвотное лечение.

Предупреждение отсроченной рвоты (вторые-пятые сутки после химиотерапии):

- при высокоэметогенной химиотерапии: комбинация NK-1-антагонист + кортикостероид;
- при среднеэметогенной химиотерапии: если в первые сутки пациент получал NK-1-антагонист — продолжить его прием, если нет — профилактическая терапия кортикостероидами;
- при низко- и минимально эметогенной химиотерапии: профилактика не проводится.

РЕЦЕПТ УГОЛОВНОГО ДЕЛА

Ужесточая условия выписки и назначения наркосодержащих и сильнодействующих обезболивающих, Минздрав и Госнаркоконтроль говорят о борьбе с нелегальным использованием этих препаратов и в конечном счете о борьбе с наркоманией. Вместо этого страдают пациенты с тяжелым болевым синдромом: с лекарствами нередки перебои, а врачи не стремятся проявлять инициативу и избавлять пациентов от боли, чтобы не оказаться обвиняемыми в суде.

ОЛЕГ ХАРСЕЕВ

Алевтине Хориняк 71 год. Она живет в Красноярске и последние 50 лет работает врачом — обычным терапевтом в обычной поликлинике. В конце апреля 2009 года она пришла навестить своего знакомого, 57-летнего Виктора Сечина. Он болел давно — рак половых органов, амиотрофия (тяжелое поражение мышц) и частичный паралич,— но в этот день в прямом смысле слова кричал от боли. Старенькая мама Сечина рассказала врачу Хориняк, что в поликлинике ему не выписали необходимый для обезболивания трамадол: бесплатного нет, а платный рецепт участковый терапевт давать не стала, потому что «не положено» — якобы подобные действия нарушают права пациента. Хориняк слушала, как кричит и стонет Сечин, и, как расскажет потом на суде, думала о том, что скоро в стране майские праздники, а значит, десять дней, а то и две недели без обезболивания.

Тогда доктор Хориняк решила обезболить Сечина сама. Она пришла на работу, взяла бланк для рецептов и свою печать и выписала раковому больному платный трамадол. В аптеке его купила другая знакомая Сечиных Лидия Табаринцева. За 286 рублей.

В 2011 году в уголовном деле, возбужденном красноярским управлением ФСКН, эти действия Хориняк описывались так: «подделка официального документа с целью облегчить совершение другого преступления» — это часть 2 статьи 327 УК РФ — и «незаконное приобретение, хранение в целях сбыта и незаконный сбыт сильнодействующих или ядовитых веществ, совершенные организованной группой» — часть 3 статьи 234 УК РФ. За все Хориняк грозило до восьми лет лишения свободы, столько же могла получить и Табаринцева — поскольку в аптеку ходила она, следователи квалифицировали поступок врача и сердобольной знакомой пациента как «совершенный организованной группой».

В суде адвокаты Алевтины Хориняк ссылались на то, что в ее действиях нет состава преступления: пленум Верховного суда еще в 2010 году разъяснил, что выдача сильнодействующих препаратов может быть незаконной только в том случае, если их выписывают без медицинских показаний, а у Сечина такие показания были.

Хориняк и Табаринцеву суд признал виновными по обоим пунктам и приговорил к штрафу — по 15 тыс. руб. с каждой.

«Формальное нарушение инструкций тут есть, но суд должен назначить наказание ниже минимального, а прокуратура — с таким же рвением разобраться в том, почему не был выписан бесплатный рецепт. Почему обезболивающие средства не были в наличии в аптеке? За это должно понести наказание руководство области самого высокого уровня»,— говорит сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. По его мнению, нарушения усматриваются и в действиях терапевта, отказавшегося выписать рецепт, но главное — в действиях должностных лиц департамента здравоохранения, ответственных за обеспечение региона льготными препаратами.

«Врачи перестраховываются и считают, что лучше им вообще ничего не делать, ничего не выписывать»,— отмечает заместитель исполнительного директора по правовым вопросам НП «Равное право на жизнь» Николай Дронов. По его мнению, заложниками формальных требований становятся и врачи, и следователи, и в конечном итоге суд.

Но в начале июля вступил в силу приказ Минздравсоцразвития №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» — и с его появлением ситуация должна начать меняться, полагает Дронов.

В самом Минздравсоцразвития говорят, что приказ устанавливает нормы, «направленные на обеспечение большей доступности паллиативной помощи больным с выраженным болевым синдромом»: в частности, разрешает непосредственно врачу-терапевту назначать пациентам наркосодержащие препараты (сейчас это может делать только врачебная комиссия), а также позволяет выписать такие препараты «впрок» — как раз для таких случаев, как с Сечиным, когда ему нужно было обезболивание на праздники (теперь можно выписать курс на два месяца вперед). Но правда, отмечают эксперты, Алевтину Хориняк этот приказ все равно не избавил бы от ответственности, как и не решил бы проблему отсутствия в аптеке льготного препарата.

«У Госнаркоконтроля свои доводы, их тоже нельзя сбрасывать со счетов: у нас растет потребление наркотиков, принесенных из аптеки, наркоманы народ пронырливый и ввиду отсутствия денег всякую дрянь употребляют»,— говорит Дронов.

СЧЕТ ИДЕТ НА ПАЦИЕНТОВ

Создание и ведение пациентских регистров — это не модная тенденция, а необходимый инструмент работы современного врача. База данных по онкологическим нозологиям позволяет в динамике отслеживать течение заболевания, определять безопасность применяемых схем лечения, а главное, прогнозировать, сколько средств потребуется для лечения конкретного пациента в будущем.

ЮРИЙ МАРТЫНОВ

На сегодняшний день в мире насчитывается более 250 популяционных раковых регистров, собирающих данные обо всех новых случаях онкозаболеваний в конкретной стране, регионе или городе. Еще примерно в ста базах хранятся данные по отдельным онконозологиям, в том числе и в отдельных возрастных группах.

В России пока не существует полноценных регистров и получить консолидированные эпидемиологические данные по онкопациентам достаточно сложно. Те или иные базы сегодня существуют в каждом регионе и, пожалуй, в каждом ЛПУ. Это так называемые госпитальные регистры, однако собранная в них информация разрозненна, и суммировать и проанализировать ее невозможно.

Отсутствие в России единой базы по тяжелым нозологиям негативно влияет как на работу врачей-онкологов, так и на процесс лечения и реабилитации онкобольных. Так, существующая система популяционного онкологического регистра не используется при оценке потребности в объеме медицинской помощи и планировании расходов на будущее лечение пациента — диагностику, клинические и эпидемиологические исследования в полном объеме.

«Создание пациентских регистров — актуальная задача современного здравоохранения, в первую очередь облегчающая проблему эффективного лечения новыми, в том числе биологическими, препаратами с точки зрения доказательной медицины»,— считает исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов.

С 2009 года «Равное право» совместно с медицинским сообществом работает над созданием баз данных, по-другому единых информационных систем — ЕИС, для различных нозологий, требующих дорогостоящего лечения, бремя которого сегодня чаще всего ложится на плечи самого пациента. В 2009 году совместно с Обществом по изучению рака груди была внедрена ЕИС для рака молочной железы, в 2011-м стартовал аналогичный проект по онкогематологическим заболеваниям с Российским обществом онкогематологов , год назад при участии Ассоциации ревматологов России была разработана единая система учета больных с ревматоидным артритом.

В настоящее время создается база данных для других онкологических нозологий. Новый программный продукт будет совместим с любым уже существующим регистром в лечебном учреждении. Таким образом, лечащему врачу не потребуется собирать информацию о новом пациенте, в то же время он сможет в режиме онлайн вносить дополнение в карту больного после тех или иных манипуляций. Кроме того, клиницисту это даст возможность создавать необходимые отчеты, в том числе вести точную статистику по количеству больных с одной стадией заболевания, которые получили определенный вид терапии. Такая выборка позволит оценить эффективность проведенного лечения.

Ведение регистра регламентируется сертификатами и лицензией ФСБ России, таким образом, при сборе данных соблюдаются все правовые аспекты, другими словами, и врачам, и их пациентам гарантируется полная анонимность.

«Мы видим статус пациента на момент его обращения в лечебное учреждение, какое лечение он начал получать сразу после постановки диагноза: показано ли хирургическое вмешательство, курс радиотерапии, какая выбрана лекарственная схема с учетом дозировок назначаемых препаратов. А главное, каковы промежуточные и конечные результаты лечения — сроки до рецидива заболевания и статистика безрецидивной выживаемости. Особенно эта информация актуальна, если пациент вынужден сменить больницу, к которой прикреплен, или переводится на лечение из региона в федеральные онкоцентры»,— пояснила медицинский директор «Равного права на жизнь» Маргарита Макарова.

Полноценный раковый регистр может дать представление об эпидемиологической обстановке в регионе, адекватности диагностики, эффективности и безопасности различных вариантов терапии, особенно если она требует закупок и внедрения на базе больниц новых и дорогостоящих противоопухолевых препаратов и методов лечения.

«МЫ ПОСТОЯННО СТАЛКИВАЕМСЯ

В последние годы в России при органах власти стали создаваться общественные советы — структуры, задуманные как площадки для взаимодействия государства и гражданского общества. Об особенностях работы, целях и задачах Общественного совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области рассказал заместитель председателя совета, председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака» Николай Дронов.

— Николай Петрович, в чем заключается смысл работы Общественного совета при Росздравнадзоре?

— Общественные советы при органах власти появились вместе с Общественной палатой — их создание было предусмотрено статьей 20 федерального закона «Об Общественной палате Российской Федерации». С моей точки зрения, цель такого совета — содействие этому органу власти в выработке взвешенных и качественных управленческих решений в подведомственной сфере деятельности. Кроме того, привлечение общественности направлено на то, чтобы при принятии этих решений были учтены интересы тех людей, которых они затронут. А деятельность самих общественных советов должна быть не бутафорской, а реальной и прозрачной, что сможет способствовать большей открытости деятельности самих госорганов.

Общественный совет при Росздравнадзоре и его отделение по Москве и Московской области послужили той площадкой, на которой пациентские сообщества впервые консолидировались и начали путь к совместным действиям. Причем это площадка не только для рассмотрения жалоб, но и для выработки предложений, а также для проведения информационных мероприятий. Так, МОД «Движение против рака» и НП «Равное право на жизнь» регулярно и под эгидой совета проводят на площадке Управления Росздравнадзора по Москве и Московской области свои информационно-просветительские проекты, в частности «Школу пациентов онлайн», в которой, зарегистрировавшись на сайте, могут принять участие все желающие. Кроме того, Росздравнадзор всегда помогает подобрать специалистов, способных квалифицированно ответить на вопросы граждан, касающиеся их прав в области охраны здоровья, системы организации здравоохранения, получения медицинской и даже ранней социальной помощи.

Николай Дронов

— Как Общественный совет реагирует на обращения и жалобы пациентов?

— С помощью федеральных органов власти, уполномоченных по надзору и контролю в сфере здравоохранения, нам многократно удавалось решать проблемы многих конкретных пациентов. К сожалению, мы постоянно сталкиваемся с конкретными частными случаями нарушений прав граждан, и число таких нарушений, к сожалению, неуклонно растет. Приходится констатировать и рост числа конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи. Причем чаще всего корень проблем, причина недопонимания того, что делают врачи, кроется не в действиях самих врачей, а в работе региональных органов управления здравоохранением, так как в силу существующей законодательной конструкции основные права и обязанности по организации здравоохранения лежат на региональных властях. Эта конструкция сложилась еще 20 лет назад и сохраняется сегодня, создавая системные проблемы, связанные с невыполнением в регионах многих базовых требований по организации медицинской помощи, в том числе и по лекарственному обеспечению.

— Что это за проблемы?

— Эти проблемы делятся на две большие группы. Первая носит экономический характер — не секрет, что разные российские регионы далеко не равны в своих финансовых возможностях. Вторая касается качества управленческих решений и показывает, насколько эффективны региональные органы управления здравоохранением и профильные заместители губернаторов, отвечающие за социальную политику в своем регионе, какие меры они принимают, чтобы то, что записано в федеральном законодательстве, было доступно российским гражданам на их территории.

— Контролем этой деятельности и занимается Росздравнадзор?

— Да. Но для того чтобы в процессе контрольных мероприятий стимулировать власти какого-либо субъекта федерации на надлежащее исполнение своих обязательств перед жителями регионов, органам Росздравнадзора необходимы дополнительные полномочия. На мой взгляд, основным камнем преткновения в деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения является отсутствие достаточных полномочий для организации эффективного контроля — за качеством медпомощи, исполнением своих обязанностей органами управления здравоохранением в регионах, за действиями региональной власти по обеспечению прав граждан на охрану здоровья.

К примеру, если говорить о деятельности Управления Росздравнадзора по Москве и Московской области, то приходится констатировать разное положение вещей в двух соседних регионах. Так, если департамент здравоохранения столицы адекватно реагирует на критику и старается постоянно улучшать работу своих учреждений и собственную деятельность, то правительство Подмосковья и областной Минздрав до недавнего времени практически никак не реагировали на обращения и запросы, поступавшие к ним из Управления Росздравнадзора по Москве и области. Но игнорировать надзорный орган должно быть неповадно никому, иначе просто теряется смысл его существования.

— Возможно, необходимо ввести за это соответствующие санкции?

— Сама юридическая ответственность органов власти в действующем законодательстве уже записана, но поскольку сегодня она не обеспечена необходимыми механизмами приведения в действие соответствующих санкций, эта юридическая ответственность остается бессмысленной, никого ни на что не стимулирует и никого ни от чего не охраняет. Поэтому мы и ратуем за наделение федеральной службы полномочиями по привлечению нерадивых должностных лиц к ответственности.

Мы обобщили мнения и предложения различных пациентских организаций, профессиональных сообществ и выступили в поддержку общественной инициативы Росздравнадзора о наделении его такими полномочиями. И насколько мне известно, в правительственных кругах готовится проект поправок в законодательство, который уточнит компетенции Росздравнадзора, и в том числе в части применения санкций к нерадивым чиновникам.

С НАРУШЕНИЕМ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ»

МАКСИМ ЗМЕЕВ/ИНТЕРПРЕСС/ ФОТО ИТАР-ТАСС

Отделение Общественного совета по защите прав пациентов является совещательным органом при Управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, осуществляющем рассмотрение вопросов, связанных с реализацией прав граждан на охрану здоровья, в том числе повышения качества и доступности всех видов медицинской и социальной помощи, эффективности и безопасности медицинских и реабилитационных технологий и медицинской продукции, реформирования системы здравоохранения, совершенствования государственной системы контроля и надзора в сфере оказания медицинской и социальной помощи.

«НА ЗАПАДЕ У ОБЩЕСТВЕННОСТИ ГОРАЗДО БОЛЬШЕ РЫЧАГОВ ВЛИЯНИЯ»

По словам вице-президента Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИ-БРС) Игоря Цикорина, многие годы пациентские организации работали практически без связи друг с другом, точечно решая проблемы конкретных пациентов. Поначалу у ОООИ-БРС, как и в других организациях, эта работа сводилась к поиску жизненно важных лекарственных препаратов. Позже был создан институт общественных экспертов — специально обученных людей, занимающихся комплексными проблемами больных рассеянным склерозом в своем регионе. Стало возможным заниматься проблемами второго плана — «но не менее важными для нас и наших пациентов» (речь идет о социальном обеспечении, санаторно-курортном лечении, психологической поддержке, проблемах вторичной — поддерживающей — терапии).

«Однако со временем стало ясно, что создающие трудности больным людям проблемы носят системный характер и даже не всегда зависят от конкретной нозологии,— говорит Цикорин.— Мы начали встречаться с другими общественными организациями и поняли, что необходима официальная переговорная площадка, обладающая некими административными ресурсами, позволяющая не просто обсуждать, но и решать вопросы системного характера, расширять поле нашей деятельности. Представители общественных организаций имеют опыт, полученные от пациентов данные, сведения о том, в чем они конкретно нуждаются. А ресурсная помощь государства может позволить общественникам не обивать пороги в каждом конкретном случае, а решать проблему комплексно».

К сожалению, пока в силу законодательства у Общественного совета нет возможности прямого воздействия на органы здравоохранения, отмечает Цикорин. «На Западе это выглядит немного по-другому — там у общества гораздо больше рычагов влияния,— говорит он.— Но мы еще только в самом начале пути. Подобный формат работы в России только зарождается, и мы видим очень яркую поддержку со стороны Росздравнадзора, который самым первым пошел на создание переговорной площадки с общественными организациями без каких-то указаний сверху».

ПРОБЛЕМА НОМЕР ОДИН

Кандидат медицинских наук, почетный врач города Москвы, представитель Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане и военной травмы — «Инвалиды войны» Владимир Тимошенко одной из наиболее актуальных называет проблему нормативно-правовой базы для оказания помощи инвалидам. И разработку такой базы он намеревается лоббировать с помощью совета. «Мы постоянно сталкиваемся с недостатками нормативных актов по лекарственному обеспечению и в особенности патронажу,— говорит Тимошенко.— То, что сегодня у нас называется патронажем на дому нуждающегося в посторонней помощи инвалида, не более чем проформа, существующие социальные службы не выполняют предназначенной им роли. Это системная проблема, которая в каждом случае выливается в большие трудности для каждой конкретной семьи. А если у инвалида нет семьи и он остается один на один со своей проблемой, это вообще катастрофа. Социальные патронажные центры должны быть созданы на всей территории России на уровне муниципальных районов».

Но уход — это полбеды, ставшему инвалидом человеку обязательно должна быть оказана качественная психологическая помощь, считает эксперт. «Наш пациент после четырех недель лечения возвращается в свой регион, где должен продолжить лечение и реабилитацию по составленной для него индивидуальной программе,— говорит он.— Но на местах нет нужных специалистов. Мы не оставляем без внимания своих пациентов и после их отъезда, наши психологи работают с ними по скайпу или телефону, но на всех им не разорваться. Мы ежегодно пролечиваем около пяти с половиной тысяч пациентов, а психологов в штате только четверо».

Кроме того, серьезную проблему представляет возвращение пациента в социум, чтобы он чувствовал себя полноправным членом общества. «В свое время человек вернулся в Москву из горячей точки без ног, семья его бросила, он растерялся,— привел Тимошенко пример из практики своей организации.— Мы помогли ему со служебной площадью, а потом и с организацией свадьбы. И сейчас у этой семьи встал вопрос с ЭКО (искусственным оплодотворением), но чиновники отказывают в этой операции на том основании, что его жена из другого региона. Но так нельзя, может быть, следует даже отложить ЭКО какой-то другой семье и помочь стремящемуся вернуться в социум инвалиду войны. Конечно, это все частные случаи, но тем не менее государство должно обращать на них внимание».

Как отмечает председатель Межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА» Людмила Кондрашова, российским нефрологическим пациентам создает много трудностей отсутствие утвержденных стандартов лечения. Эти трудности связаны прежде всего с лекарственным обеспечением, качеством лечения, нехваткой диализных мест и доступностью диализа. Созданная пять лет назад в трех регионах страны «НЕФРО-ЛИГА» сейчас работает «от Калининграда до Владивостока» и везде, вмешиваясь в ситуации, касающиеся конкретных пациентов, сталкивается с «очень тяжело решаемыми системными проблемами».

«В частности, в России нет законодательных актов, регулирующих транспортировку пациентов к месту диализа и обратно,— говорит Кондрашова.— Повсеместно больным людям приходится преодолевать большие расстояния. К нам поступают жалобы из Новосибирской области, Красноярского края, Якутии. Есть сложности и в Центральном федеральном округе. Мы сейчас очень интенсивно занимаемся этим вопросом, и часть наших пациентов выиграла суды. Так, в Брянске людей будут возить на диализ. Но добиваться этого очень сложно, многое зависит от региона. И в Псковской области, например, суд вынес решение не в пользу пациента».

По словам президента Межрегиональной общественной организации инвалидов «Московская диабетическая ассоциация», сопрезидента РДФ Эльвиры Густовой, больные сахарным диабетом, как и все другие пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, сталкиваются с множеством различных проблем в сфере здравоохранения. Это и качество оказания медицинских услуг, и несвоевременное обеспечение лекарственными средствами, и необоснованный перевод с одного препарата на другой не по медицинским показаниям, а с целью финансовой экономии. Большая проблема заключается в обеспечении больных средствами самоконтроля, без которых невозможно добиться компенсации течения диабета.

«Эти проблемы носят системный характер, и ответственность за это в равной степени лежит как на федеральных органах власти, так и на региональных,— считает эксперт.— И конечно, главной задачей совета является содействовать контрольно-надзорным органам в решении этих вопросов. К сожалению, пока эта деятельность малоэффективна, так как в настоящее время не только сам совет, но и контрольно-надзорные органы Росздравнадзора не имеют никаких существенных методов воздействия на субъекты правоотношений в сфере здравоохранения. И в этом случае деятельность Росздравнадзора ничем не отличается от деятельности общественных организаций пациентов, он так же, как и мы, вынужден обращаться за помощью к другим ведомствам, например в прокуратуру».

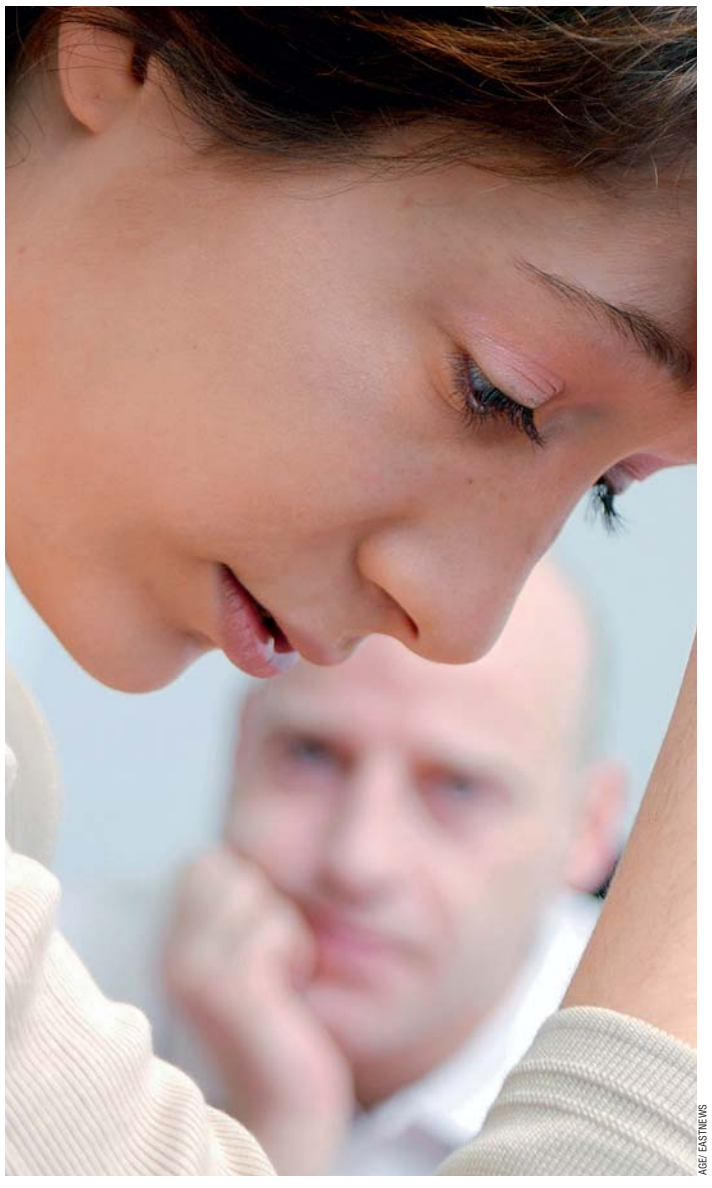
По мнению президента Благотворительного фонда помощи женщинам с онкологическими заболеваниями «Здоровье женщины», члена Международной ассоциации акушеров-гинекологов Стеллы Узденовой, для многих российских пациентов проблема номер один — это невозможность лечиться в чужом регионе.

«К нам в фонд поступает очень много жалоб на проблемы, связанные с полисом обязательного медицинского страхования и невозможностью воспользоваться им за пределами своего региона,— рассказала она.— В Москве при оказании даже экстренной помощи приезжая пациентка может находиться в больнице бесплатно только сутки. Если же требуется дальнейшая помощь, то она вынуждена платить. И это очень большие деньги. Я уже не говорю про иностранцев — их вообще не обслуживают, с угрозой выкидыша выписывают в день поступления в стационар, а бесплатно могут принять только роды.

Это ненормально. И мы собираемся предложить решение, вполне осуществимое, по крайней мере, в отношении пациентов из других регионов России. Все мы жители одной страны, на всех распространяются одни законы, и у всех должны быть одинаковые права. В московской больнице иногороднего пациента должны пролечить бесплатно, а затем предъявить счет региону, из которого он приехал и в котором получал полис ОМС. Может, это и не совсем удобно, но более правильно, чем вообще ничего. Кроме того, приехавшие из российских регионов граждане работают в Москве. Не все работодатели предоставляют своим работникам полисы ДМС, но уплачивать за них обязательные страховые взносы они обязаны. И с этим тоже надо разбираться».

НАПЕРЕГОНКИ С БОЛЕЗНЬЮ

Ранняя диагностика рака молочной железы — вот что может спасти жизнь десяткам тысяч женщин в России каждый год, как спасает в США и Европе. Отсутствие необходимой техники, равнодушие врачей, страх и незнание — сейчас все это приводит к тому, что в России умирает каждая вторая пациентка с диагностированным раком груди.


AGE/ EASTNEWS

Миллион женщин во всем мире ежегодно заболевают раком молочной железы, больше всего случаев — в США и Европе, в том числе на постсоветском пространстве. Каждые две минуты этот диагноз ставят одной женщине в Европе, каждые шесть минут одна женщина умирает. Заболеваемость раком растет, но в развитых странах более десяти лет назад перестала расти смертность, а за последние восемь лет этот показатель стал снижаться: в Соединенных Штатах — на 23%, в Великобритании — на 20%. Для сравнения: в России за тот же период смертность от рака молочной железы увеличилась на 13%.

В нашей стране диагноз «рак груди» каждый год слышат более 50 тыс. женщин. 22 тыс. пациенток в год умирают — это самая распространенная причина смерти в возрасте от 45 до 55 лет. Международные исследования показали, что при ранней диагностике 94% пациенток излечиваются полностью. И главная проблема — добиться того, чтоб ранняя диагностика стала реальностью.

«Наверное, в первую очередь важно то, что в обществе отсутствует правильное представление об онкологических заболеваниях. Очень многие считают, что рак неизлечим, и боятся вообще узнать об этой болезни. И они, соответственно, приходят, когда заболевание уже распространено»,— рассуждает онколог-маммолог, врач отделения радиохирургии Российского онкологического научного центра (РОНЦ) им. Н. Н. Блохина Александр Петровский. И тут же добавляет: одновременно со стороны медиков отсутствует стремление что-то объяснить обществу об онкологии и пользе ранней диагностики. «Человек приходит в районную поликлинику, ждет несколько часов приема врача, а после этого ему еще нужно записаться на исследование, а исследование будет через три недели, и там надо будет еще очередь отстоять и так далее. Отношение медицинского персонала к пациентам тоже оставляет желать лучшего. Это приводит к тому, что люди стараются не ходить в поликлинику, потому что они не видят там хорошего отношения к себе»,— констатирует Петровский.

Следующая проблема — отсутствие необходимого оборудования в регионах. В Москве в поликлиниках и больницах установлено в общей сложности около сотни маммографов, но в бесплатных лечебных учреждениях эта процедура все еще неизбежно связана с очередью. В регионах маммограф есть в лучшем случае в медучреждении в райцентре, в худшем — только в областном центре. Это часы пути на поездах или автобусах, часто с пересадками. В 22 странах мира существуют программы национального маммографического скрининга, когда ежегодная маммограмма становится рутинной и даже обязательной процедурой. Россия в число этих стран не входит. По данным, которые летом 2012 года приводила сенатор Валентина Петренко, чтобы начать программу такого скрининга в России, нужно купить оборудования на 3,6 млрд руб. Сроки реализации такой программы не называются.

Плохая экология, ожирение, курение — в странах с низким уровнем жизни населения — все эти факторы считаются увеличивающими риск развития опухоли, в том числе рака молочной железы. «Есть и социальный фактор, фактор контроля рождаемости. Женщины стали меньше рожать, в более позднем возрасте. Аборты чаще используются в качестве способа контрацепции. Недоказанным считается, но широко обсуждается вклад широкого применения оральной контрацепции»,— перечисляет Петровский.

По данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина, по сравнению с показателями 1990–1995 годов сейчас удается вылечить в 1,5 раза больше пациенток — прежде всего благодаря ранней диагностике. Но для того чтобы показатели улучшались, женщины должны начать следить за своим здоровьем.

«На сегодняшний день технология маммографии развивается, от аналоговой перешла к цифровой, есть возможности на ранних стадиях поставить диагноз, а не тогда, когда опухоль уже большая»,— говорит маммолог Петровский. Существуют и другие виды диагностики рака молочной железы: ультразвуковые и магнитно-резонансные исследования, анализы крови,— но для скрининга здорового населения они не так эффективны, как маммография. Начинать обследоваться регулярно (раз в год или хотя бы раз в два года) онкологи советуют женщинам с 40 лет.

ЖЕНСКАЯ ПЛАСТИКА

Потеря груди для женщин, особенно в молодом и среднем возрасте, страшнее опухоли. А между тем переживания эти совершенно напрасны. Современная маммопластика восстанавливает женскую грудь так, что трудно отличить от удаленной. Многие решаются на пластику и второй груди, чтобы улучшить то, что до операции чем-то не устраивало.

Рак молочной железы молодеет. Если раньше операцию по удалению опухоли переносили женщины, которых в силу возраста грудь не очень волновала, сегодня для женщин молодых и нестарых эта потеря — трагедия.

Почти 100% пациенток после операции чувствуют себя неполноценными. Две трети впадают в депрессию, треть теряет половое влечение. Каждый пятый брак после удаления у жены опухоли молочной железы вообще распадается.

Внешние накладки и экзопротезы проблему молодых и зрелых женщин не решают. Но ее может решить маммопластика — полное восстановление груди после удаления. При наличии показаний маммопластику можно провести прямо на операционном столе сразу после удаления опухоли. Такая операция называется первичной. В отличие от отсроченной — восстановления груди через несколько недель, месяцев или даже лет после удаления опухоли.

Не нужно выдумывать аргументы в пользу первичной маммопластики, когда она показана. Это тот случай, когда возможность «отмучиться сразу» — как подарок. То есть и опухоль удалят, и с операционного стола встанешь такой же, как была. Шрамы затянутся, неприятные ощущения пройдут. И при самых придирчивых осмотрах ничего заметно не будет.

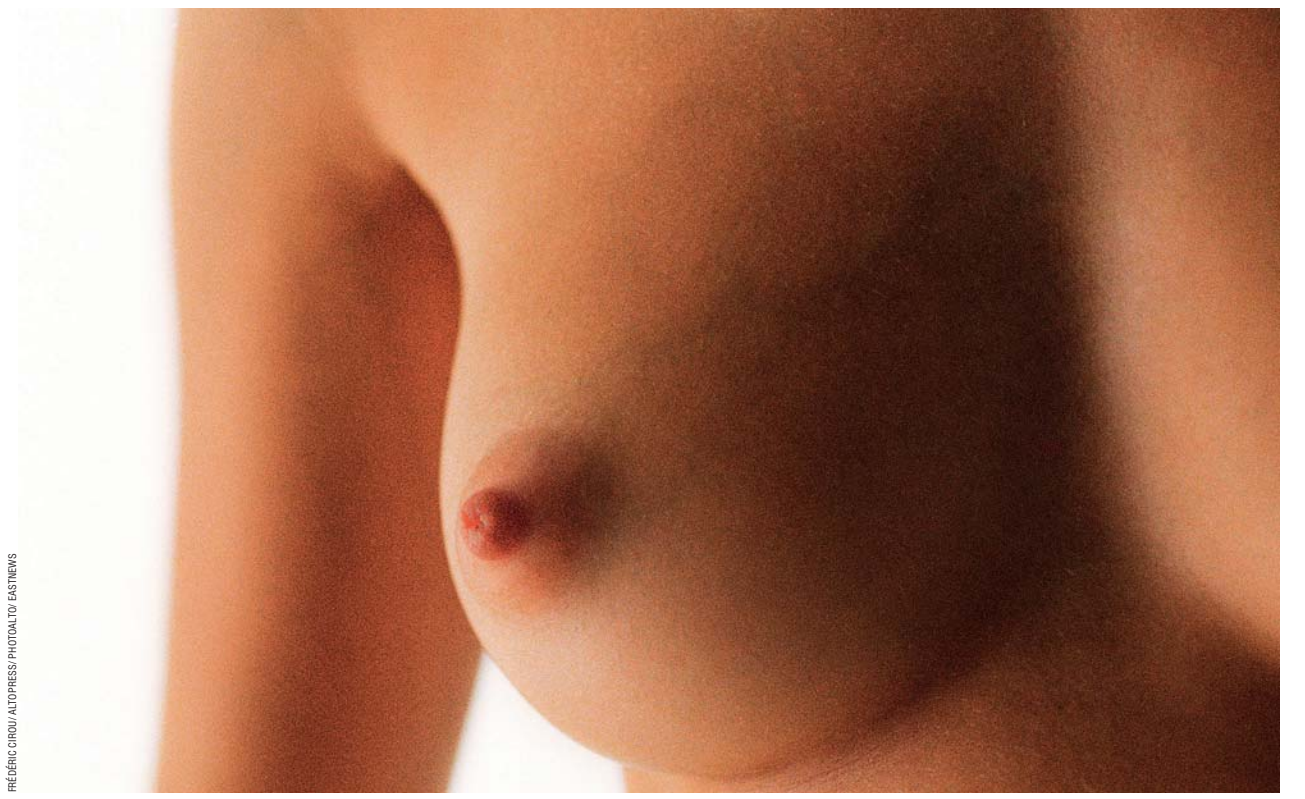
Иногда первичная маммопластика — это подготовка к повторной операции. В этом случае ставится задача создать в грудной мышце полость или карман. Подготовить место для установки здесь через какое-то время импланта (причем так, чтобы уже на этой стадии грудь обрела прежнюю форму). Для этого после удаления пораженного участка или полностью молочной железы в грудную мышцу помещается эспандер — полость, в которую после операции постепенно закачивается физиологический раствор или силикон. Тем самым мышца раздвигается, кожа растягивается, принимая форму груди. Позже в ходе вторичной маммопластики на это место может быть установлен постоянный имплант. Но чаще и предпочтительнее устанавливать в ходе мастэктомии эспандер со всеми свойствами импланта. Такой эспандер, наполненный физраствором или силиконом, сам становится имплантом и формирует будущую искусственную грудь. Необходимость во вторичном оперативном вмешательстве отпадает.

Сосок формируется на этой новой груди из ее кожи. Пигментированная ареальная область вокруг него восстанавливается с помощью татуажа. Сформированная новая грудь, как правило, приподнята, подтянута, близка к «девичьей», что предполагает подтяжку и иногда уменьшающую маммопластику здоровой груди.

Вторичная маммопластика — когда грудь уже была удалена полностью — выполняется с использованием кожи и тканей пациентки. Проводится такая операция после того, как восстановительный период закончится, швы зарубцуются, на месте удаленной железы начнет формироваться соединительная ткань.

Кожа для операции берется у пациентки со спины или из подпупочной области живота — там и кожа, и соединительная ткань очень похожи по эластичности и упругости на женскую грудь. И в том и в другом случае шрамы после забора тканей и кожи в дальнейшем будут скрыты. Основная операция по пересадке кожи и тканей производится под общим наркозом с обязательным участием микрохирурга (придется поработать над сшиванием сосудов — ткань и кожа должны нормально питаться). Формирование же соска на новой груди из ее кожи или с помощью пересадки кусочков от здорового соска производится под местной анестезией позже.

В Европе, например, до 90% женщин в возрасте до 40 лет делают маммопластику груди после удаления опухоли.


FRÉDÉRIC CIROU/ ALTOPRESS/ PHOTOALTO/ EASTNEWS

МАРКИРОВКА КРОВИ

На что указывает онкомаркер.
Проблема ранней диагностики рака стоит очень остро во всем мире. Сегодня многие российские лаборатории предлагают сдать анализы на разные виды онкомаркеров, называя это универсальным анализом на рак. Однако врачи этот анализ достоверным способом диагностики онкологических заболеваний не считают. Их назначают только как контроль состояния пациента с диагнозом.

ДЕНИС ВЫШИНСКИЙ

Действительно ли онкомаркеры указывают на рак?

Онкомаркеры (опухолевые маркеры) — это вещества (чаще белки или ДНК), содержание которых в сыворотке крови или в моче повышено у большинства людей со злокачественными опухолями. Но в то же время повышенный уровень этого маркера может встречаться у здоровых людей, и наоборот — у человека с онкологией онкомаркер может быть в норме, поэтому считать достоверным и результативным способом ранней диагностики рака этот тест нельзя.

Однако несколько опухолевых маркеров доказали свою практическую значимость и используются сегодня в клинической медицине.

Не для постановки диагноза, а для контроля за ходом лечения

Все онкомаркеры можно разделить на три большие группы. Первая — так называемые онкофетопротеины — это белки, которые в больших количествах вырабатываются в теле эмбриона во время его развития и практически отсутствуют у здоровых взрослых людей. Появление растущей опухоли как бы «возвращает» часть ткани к эмбриональному состоянию: ее клетки быстро делятся, неактивные участки ДНК активируются, начинают вырабатываться не те белки, что нужно,— эмбриональные. К ним относятся, например, альфа-фетопротеин (AFP) и карциноэмбриональный антиген (CEA). Уровень этих белков в крови наиболее часто повышается при раке печени, желудка, толстой кишки. Однако он может повышаться и при неопухолевых заболеваниях.

Вторая группа — онкопротеины — белки, которые участвуют в регуляции деления клеток эпителия разных органов. Их количество увеличивается при нарушении нормального деления клеток и мутациях, особенно у пациентов с раком поджелудочной железы, желчевыводящих путей (CA 19-9), яичников (CA 125), молочных желез (CA 15-3, ER, PR, HER2/neu).Возможно одновременное повышение уровня сразу нескольких онкопротеинов.

Из-за того что онкомаркеры этих двух групп на самом деле неспецифичны, имеются в крови и у здоровых людей, вырабатываются в разных органах и могут повышаться не только при раке, но и при других заболеваниях, их не используют для первичного обследования и для постановки диагноза. Их основное назначение в клинической практике — контроль за эффективностью лечения пациентов с уже установленным диагнозом онкологического заболевания. Снижение уровня онкомаркера свидетельствует об эффективном лечении, повышение — о неэффективности терапии или о рецидиве заболевания.

Простат-специфический антиген — «золотой стандарт» диагностики рака простаты

Третью группу онкомаркеров составляют гормоны и ферменты, повышение уровня которых в сыворотке крови специфично для определенного типа рака. Группа пока немногочисленна: ее составляют простат-специфический антиген (ПСА/PSA), бета-цепь хорионического гонадотропина человека (β-hCG) и плацентарная форма щелочной фосфатазы (ALP).

ПСА — это фермент, который вырабатывается исключительно в ткани предстательной железы (простаты) и повышается только при опухолевых процессах в ней. Специфичность этого онкомаркера для рака простаты не 100% (он может быть повышен также и при доброкачественной гиперплазии простаты), но все же очень высока, так что этот показатель используется для ранней диагностики заболевания. Каждый мужчина старше 40 лет должен раз в год сдавать анализ крови на ПСА. Для того чтобы определить злокачественную или доброкачественную природу заболевания простаты, также дополнительно измеряют свободный ПСА (сПСА) и рассчитывают соотношение по формуле.

Повышение уровня хорионического гонадотропина человека (β-hCG) и плацентарной щелочной фосфатазы (ALP) характерно для опухолей из зародышевых клеток (хорионэпителиома, пузырный занос). В норме эти гормоны вырабатываются плацентой беременной женщины и участвуют в поддержании физиологической беременности. Их появление у небеременных, и тем более у мужчин, высокоспецифично для диагностики рака.

ОБЫГРАТЬ РАК

Летом в Москве прошли «VI Всемирные игры победителей» — спортивные соревнования для детей, излечившихся от онкологических заболеваний. Организатор праздника спорта и детства — фонд «Подари жизнь». «Игры» помогают пережившим тяжелую болезнь детям поверить в свои силы, подбадривают тех, кто еще не закончил терапию, а главное, доказывают, что детский рак излечим.

ФОНД «ПОДАРИ ЖИЗНЬ»

14 июня, пятница. В Москве тепло и немножко пыльно. Девятилетний Паша Пронин из Подмосковья едет с мамой на стадион ЦСКА. Девять лет назад, когда Паше было всего два дня от роду, врачи обнаружили у него раковые опухоли в почках. Через пять дней — в возрасте недели — Пашу прооперировали. Потом были годы борьбы с болезнью, и Паша победил. Сегодня он снова собирается побеждать, но на этот раз на дорожке: Паша Пронин — отличный пловец, и он настроен получить золотую медаль «VI Всемирных игр победителей». «А еще встретить новых друзей»,— говорит девятилетний спортсмен. Оба желания сбудутся.

«Игры победителей» раз в год, летом, проводит фонд «Подари жизнь». Это уже четвертый такой спортивный праздник. В нем участвуют дети, которые болели раком и выздоровели — победили болезнь. «Для меня лично это праздник неравнодушия. Праздник спорта. Праздник любви к детям»,— говорит актриса Дина Корзун, соучредитель фонда «Подари жизнь». И вкратце излагает философию «Игр»: «Эти дети одержали самую большую победу: над болезнью, над смертью. И теперь они нам и себе доказывают, что нет предела их возможностям».

В этом году в «Играх победителей» участвовали 400 детей из 13 стран: России, Германии, Венгрии, Болгарии, Чехии, Словакии, Словении, Польши, Украины, Белоруссии, Литвы, Армении, Турции. В течение трех дней, с 14 по 16 июня, школьники в возрасте от 7 до 16 лет соревновались в шести спортивных дисциплинах: легкой атлетике, настольном теннисе, плавании, шахматах, мини-футболе и стрельбе.

Многим из этих детей годами нельзя было ни прыгать, ни бегать, ни притрагиваться к футбольному мячу или теннисной ракетке. Лейкозы, опухоли, победа ценой многих месяцев терапии — и рецидивы, снова лечение. Нельзя гулять на улице, общаться со сверстниками, ни в коем случае нельзя упасть или поцарапаться, да и просто вспотеть. «Болезнь тяжелая, долгая. Накопились страхи, от которых надо избавляться»,— говорит Дина Корзун. И они избавляются от них, как избавились от рака, возвращаясь к нормальной детской жизни и одновременно собственным примером доказывая: детский рак излечим. Такая пропаганда — одна из целей, которые преследует фонд «Подари жизнь», устраивая «Игры победителей». Эти соревнования доказывают и взрослым, и тем малышам, что еще проходят терапию, что история болезни когда-нибудь кончится и начнется жизнь.

Несмотря на то что заболеваемость детей раком в мире растет и, по статистике Всемирной организации здравоохранения, рак — вторая по частоте причина смерти детей после несчастных случаев, детские опухоли хорошо поддаются химио- и лучевой терапии. В России каждый год раком заболевают 5 тыс. детей, чаще всего — в 70% случаев — болезнь поражает кроветворные органы (речь идет о лимфомах, лейкозах, лимфогранулематозе). При своевременной диагностике и правильно проведенной терапии более 80% заболевших детей полностью излечиваются.

Тысячи детских жизней в России удалось спасти благодаря фонду «Подари жизнь», а с 2010 года сотни детей приняли участие в «Играх победителей». Соучредитель фонда Чулпан Хаматова, которая в этом году вела церемонию закрытия «Игр», вспоминает, что идею спортивного праздника волонтеры позаимствовали у польских коллег: «Эти игры придумали в Польше, чтобы как-то доказать детям, что они на самом деле выздоровели. Проводили небольшие соревнования внутри своей страны и очень изредка звали гостей. Наша команда туда съездила шесть лет назад, потом пять лет назад». Тогда казалось, что в России не до игр: тут бы наладить покупку лекарств, оплатить операции, спасти семьи от катастрофы. Какой тут спорт. Но волонтер фонда Надя Кузнецова с друзьями решила провести «Игры победителей» в Москве. «Мы ей говорили: ты с ума сошла? Ведь мы не в Польше,— рассказывает Хаматова.— Но она сказала: это такая же часть лечения, как и все остальное». И теперь каждое лето, вот уже четвертый год подряд, дети, победившие рак, возвращаются в детство.

ЭКСПЕРТНЫЙ

ОТВЕЧАЮТ

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

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

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

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

Лариса Зверева, юрист

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

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

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

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

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

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

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

Ирина Морковкина, психотерапевт

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

Лали Бабичева, онколог

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

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

ВОПРОС

У деда нашли рак желудка III стадия. Операция, потом химия. Но деду 83 года! Мы вот думаем, есть ли смысл мучить старика? Я слышал, что у пожилых людей рак медленно прогрессирует. Может быть, оставить его спокойно доживать?

Антон

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Антон.

Действительно, у пожилых людей раковая болезнь протекает медленнее, чем у молодых. Однако скорость роста раковой опухоли зависит не только от возраста пациента, но и от гистологической формы, степени злокачественности и других параметров. Таким образом, бывает, что у пожилых людей агрессивные опухоли протекают достаточно скоротечно. С другой стороны, на фоне проведения специальной терапии, особенно операций, у пожилых бывает больше осложнений. И это тоже надо учитывать. Вам лучше проконсультироваться с лечащим врачом и определиться, насколько высок риск проведения специальной терапии. Если возможный риск выше ожидаемой пользы, надо задуматься о целесообразности проведения лечения. В любом случае врач, который наблюдает Вашего деда, в состоянии оценить потенциал его здоровья и то, как он может перенести специальное лечение. После этого принимайте решение. Удачи.

Ирина Морковкина

ВОПРОС

Сестра накупила мне витаминов, я стала принимать (лечусь от РМЖ II стадия). Принимала их пару недель, а потом услышала, что нельзя витамины при раке. А почему, я не поняла. Так принимать или нет?

Нина Александровна

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Нина Александровна.

Витамины при раке не противопоказаны. Вы можете их принимать. Только не переусердствуйте. Поливитаминные препараты, два-три курса в год, в стандартных дозировках никак не навредят, немного укрепят здоровье и улучшат переносимость специальной терапии. Это поддержка организма. Не надо ждать от нее чудес, но и пренебрегать этой небольшой помощью не стоит. Удачи.

Сергей Стефанков

ВОПРОС

У меня лимфома, II стадия. После постановки диагноза быстро назначили и даже начали лечение (Московский центр онкогематологии). Но тут из-за границы приехал мой старый друг и кричит, чтобы я не смел здесь время терять, и требует ехать в Израиль или Германию. Он так настойчив, что я засомневался — а может, и правда я тут время теряю. Пока изучаю вопрос, хочу узнать Ваше мнение — намного ли лучше там медицина? Одноместная палата с телевизором мне непринципиальна, я и в сарае могу лежать, главное — результат!

Михаил

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА, ОНКОЛОГ

Уважаемый Михаил, позвольте Вас заверить, что лечение лимфом в Московском гематологическом центре находится на уровне мировых стандартов. Конечно, выбор должен быть за Вами. Однако схемы химиотерапии в Москве абсолютно идентичны тем, что проводятся в крупнейших центрах Европы. Совершенно естественно, есть определенные отличия как в лечении, так и в прогнозе различных вариантов лимфом, в настоящее время для выработки алгоритма и определения длительности терапии применяется ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография). К сожалению, не имея полной информации о заболевании, сложно дать более подробный ответ. Вы можете предоставить медицинскую документацию для заочной консультации на сайте www.ravnoepravo.ru.

ВОПРОС

Химии и лучевая позади. Сейчас капают герц. Начал болеть позвоночник. Полгода назад проверяли кости, все было хорошо. Сейчас не знаю, делать повторно анализ или это побочка от лекарств.

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Боли в костях скелета, особенно в позвоночнике, далеко не всегда бывают признаком наличия в них метастазов. Однако при наличии рака молочной железы об этой возможности надо всегда помнить. При терапии герцептином в 5–8% случаев у пациенток могут наблюдаться боли в спине как побочный эффект препарата. Если боли вдруг появились, надо выяснить их причину. Изотопное исследование костей скелета — один из лучших методов диагностики в таких ситуациях. При необходимости проводится дополнительно КТ. Удачи.

ВОПРОС

Мне 29 лет. Двое детей, работа, карьера — и тут диагноз! Рак яичников III стадия. Лечение назначили — я его прохожу. Но мне кажется, что я уже не живу. Я не могу спать, все время преследуют панические атаки, жесточайшая депрессия. Не могу смотреть на детей — все время плачу, как они без меня вырастут... КАК с этим справиться??? Я устала от горя!

Яна

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Уважаемая Яна, с тем душевным состоянием, которое Вы вкратце описали, Вам просто необходима помощь онкопсихолога. Проговорить свое горе, разобраться в себе, наметить перспективы будущей жизни. И еще: стадия заболевания не приговор, а информация о том, что болезнь принимает хронический характер, когда возможны ремиссии и обострения. Современные технологии терапии достаточно высоки. Придерживайтесь всех рекомендаций врача. Растите деток. Рекомендую связаться с онкопсихологами «СО-действия». Круглосуточный бесплатный по России телефон 8-800-100-01-91.

ВОПРОС

В интернете прочитал, что появился поддельный Герцептин. Это же как же так? Раньше с ума все сходили, что его не достать, а теперь достанешь и не знаешь, настоящий он или нет. Как отличить подделку?!

Василий

Лали Бабичева

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Василий.

Чтобы не получить поддельный препарат, покупайте его в сертифицированных аптеках, не берите с рук или по доставке неизвестно откуда. Требуйте сертификат соответствия и проверяйте качество упаковки. Коробка должна не иметь следов вскрытия, в аптеках не вынимают пузырьки, чтобы на них посмотреть, наклейки на самих флаконах должны располагаться ровно и одинаково, это делает машина. На флаконах не должно быть следов клея. Удачи.

ВОПРОС

Я вылечилась! После года препаратов анализы показали, что я здорова. Я вышла на работу и вдруг поняла, что я не могу ее выполнять((Я программист, мне нужно думать и соображать, а я не могу(((Видимо, это последствия химии и гамма-ножа. Я восстановлюсь вообще или так и останусь глупенькой теперь?

Светлана

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Уважаемая Светлана, проблемы когнитивного функционирования (память, внимание, скорость реакции) описываются многими пациентами во время и после окончания химио-, гормоно-, а также лучевой терапии. В литературе подобное понижение мозговой активности называется «химиотерапевтический мозг» (chemo brain). Симптомы эмоционально переживаются, в значительной мере мешают адаптации и снижают качество жизни. Как правило, эти затруднения проходят после окончания курса химиотерапии, по данным разных исследователей, в течение от шести месяцев до трех-пяти лет. Следует отметить, что на ослабление познавательной функции могут дополнительно влиять усталость, чрезмерные эмоциональные переживания, беспокойство, депрессия. Специфического лечения chemo brain на настоящий момент не существует. Научные исследования направлены на изучение применения антиоксидантов, эритропоэтина. Обнадеживающие результаты использования когнитивно-поведенческой психотерапии. Для количественной оценки дефицита когнитивных функций логично обратиться к нейропсихологу. Известно позитивное влияние на восстановление функций мозга таких простых вещей, как достаточный сон, планирование повседневной активности, составление списка предстоящих дел, последовательное внимание к каждому из них (а не всем сразу), а также специальных тренировок и игр по решению логических задач, которые может порекомендовать нейропсихолог. В случаях же усугубления состояния — усиление тревоги, стойкое ухудшение настроения — обращение к врачу с целью присоединения дополнительной медикаментозной терапии.

Лариса Зверева

ВОПРОС

Здравствуйте! Моя мама 49 лет, заболевание — рак молочной железы. В настоящее время множественные метастазы в костях позвоночника, таза, ребер. Врач назначил химиотерапию, выписал льготные рецепты на препараты доцетаксел, золерикс, герцептин. В аптеке лекарств нет, мне там сказали, что эти препараты поступают очень редко и в малых количествах. Неоднократно обращался в департамент здравоохранения города Москвы. Ответ тот же, что и в аптеке. Состояние больной ухудшается, лечения практически нет. Скажите, что нам делать? Куда обращаться за помощью?

Вячеслав Иванович

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА, ЮРИСТ

В отношении Вашей мамы имеет место отказ в оказании медицинской помощи. Указанными Вами препаратами пациента лечат либо в условиях стационара в территориальном онкодиспансере (или специализированной больнице), либо путем выписки льготного рецепта в амбулаторных условиях.

Получается, что Ваша мама сама ищет лекарственные препараты, а ей при этом никто не обязан их предоставлять, потому что их просто нет. Однако так быть не должно. Право на оказание доступной и качественной медицинской помощи пациентам гарантируют статьи 10, 19 федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статьи 4, 11 предусматривают, что отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не допускается. За нарушение этих положений медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Постановлением правительства Москвы от 25.12.2012 г. №799-ПП утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

В перечни лекарственных средств программы госгарантий входят препараты золедроновая кислота («Золерикс»), доцетаксел, трастузумаб («Герцептин»).

Также пациенты обеспечиваются лекарствами согласно стандартам лечения, принимаемым Минздравсоцразвития РФ и региональными органами управления здравоохранением.

Препараты доцетаксел, трастузумаб входят в стационарный стандарт лечения, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.10.2006 г. №700 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием молочной железы (при оказании специализированной помощи)» (лечат в условиях стационара).

Также входят в перечень приказа департамента здравоохранения г. Москвы от 14.03.2012 г. №188 «Об утверждении алгоритмов (стандартных схем) противоопухолевой лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в амбулаторных условиях» (лечение в амбулаторных условиях).

Также препараты трастузумаб и золедроновая кислота входят в перечень лекарств для федеральных льготников (инвалидов), утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 18.09.2006 г. №665 (лечение в амбулаторных условиях).

В указанный федеральный перечень лекарств, выписываемых по рецепту врача, препарат доцетаксел не входит, так как применяется лишь в условиях стационара под наблюдением врача, в связи с чем вариантом лечения Вашей мамы также может быть стационарная медицинская помощь.

Однако пациентка не получает лечения ни в условиях стационара, ни в амбулаторных условиях, притом что она имеет на это право согласно программе госгарантий, стандартам и перечням лекарств. Попробуйте решить вопрос об оказании Вашей маме стационарной медицинской помощи с применением указанных препаратов, ссылаясь на приведенные документы. За помощью для оформлении в стационар территориального онкодиспансера следует обратиться в свою страховую компанию или ТФОМС.

Территориальный онкодиспансер обязан лечить пациентку на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2009 г. №944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях». В приказе указано, что в организации онкологической помощи больным в онкодиспансере сочетаются лечебные методы (хирургический, радиотерапевтический и лекарственный). Осуществляется выработка плана лечения онкологического больного по проведению различных видов противоопухолевого лечения (хирургического, лекарственного, радиотерапевтического); проведение различных видов противоопухолевой лекарственной терапии онкологическим больным в стационарных отделениях и в условиях дневного стационара.

ТАКЖЕ МЫ ОРГАНИЗУЕМ ЗАОЧНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Обращайтесь к нам если,

вам впервые поставлен диагноз онкологического заболевания и вы хотите получить еще одно мнение квалифицированного врача-онколога;

есть вопросы по проводимому лечению онкологического заболевания.

Напишите нам: ravnoepravo.ru/konsultacii

ДРУГАЯ ЖИЗНЬ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ

В книге Кати Гордеевой «Победить рак» время, жизнь, болезнь, знание и неведение, страх и радость сжаты до предела. Все со всем связано, все на последнем дыхании, а читателю почти невозможно, если он решится войти в эту книгу, выйти из нее таким же, каким он был до этой встречи.

Самое удивительное в книге Гордеевой — это чувства. Они какой-то иной силы и качества, чем те, что испытывают обычно люди. Кажется, что ж тут удивительного — у последней черты и чувства сумасшедшие. Это было бы правильно, если бы не время. Потому что время в жизни, в которой рак — ежесекундная реальность дня, недели, месяца, а у многих персонажей книги — десятилетий,— это какое-то совсем другое время. И оно не притупляет чувства тех, в ком болезнь, и тех, кто лечит, и переживает, и заботится о близком. Оно их делает иными.

Дневники и монологи заболевших и преодолевающих рак — хребет и стержень повествования. Вместе с рассказами о том, как искали формулу лекарства фармацевты, оперировали с помощью робота хирурги, устанавливали причины и следствия ученые и какие муки испытывали и испытывают врачи в России, когда им надо что-то говорить больному, у которого лекарства по квоте кончатся задолго до окончания лечения.

Гордеева вводит нас в иное время и пространство, где финал жизни — постоянная реальность. С момента постановки диагноза и до излечения (или несмотря на лечение). И это новое понимание жизни стало для гордеевских персонажей главным и может стать таким же и для читателя. Помимо, конечно, массы новых знаний, представления, наконец, наиболее полного и точного о том, что же такое рак, откуда он берется, во что превращается сам и превращает нас, и почему столько народу и столько времени пытается с ним справиться, и с какими результатами, и почему с такими.

Время в книге бежит мурашками по спине. Открытие болезни в себе и последующие события раскручиваются перед читателем в режиме онлайн. Ты снова и снова проходишь вместе с Людмилой Улицкой, Лаймой Вайкуле и солисткой рок-группы Roxette Мари Фредрикссон диагноз, гнев, страх, отчаяние и надежду, лечение, помощь близких, врачей, возвращение и попытки жить с болезнью, от которой ты вылечился, но с которой не расстанешься. И новые открытия. И новое знание о себе, жизни. И новое отношение к финалу, ставшему реальностью, которая уже никогда не вернется в стадию некоего общего закона, о котором знаешь и к которому почти никогда не обращаешься в жизни без рака.

Каждая исповедь больного — она своя, но во многом они перекликаются. Рассказ пациентки о том, как она пыталась понять, что такое рак, перебивается фрагментами рассказов медиков, генетиков, биологов об их собственных поисках ответа на тот же вопрос и о том, что на настоящий момент знает об этом наука. Эмоции больных и специалистов по болезни сходятся на экваторе — лечащим и лечащимся страстно необходимо найти ответы на одни и те же вопросы.

Вот что важно — у Гордеевой болезнь не отсекается от жизни, не вырезается из судьбы человека, не ставит ей предел.

Катерина Гордеева написала редкую книгу. В России широкой общественной кампании против рака, в отличие от прочего мира, нет и даже не намечается. Тут тебе из каждого ящика про рак и что от него можно избавиться раз и навсегда никто твердить не будет — это ж вам не Америка. Тут, как это горько и страшно описано у Кати, целый город может жить в раке из-за вреднейшего онкогенного производства с одним онкологом и без лекарств. И ничего.

Редкая книга получилась у Гордеевой не только потому, что у нас мало кто пишет книги на такую тему. И мало кто их читает.

Ей удалось, с помощью ее персонажей — больных и врачей, сказать что-то очень важное о жизни, мире, людях, о конечном и бесконечном, о том, в чем же вообще может быть смысл, если все привычные смыслы могут оборваться вот так, в одну секунду. И как нам с этим дальше жить, все равно — год, пять, двадцать лет?

Редко кому удается сказать что-то внятное об этом.

Кате удалось.

И поэтому «Победить рак» — редкая книга.

АНЕКДОТЫ

К врачу заходит благодарный пациент, несет коньяк, конфеты, икру и т. д.
— Вот, доктор, спасибо вам большое!
Врач, негодуя:
— Послушайте, голубчик, а кто, собственно, позволил вам тратить мои деньги?!

Пациент:
— Доктор, у меня все болит, куда пальцем ни дотронусь, и там болит, и тут болит...
— Да у вас палец сломан.

После изучения результатов последних анализов врач говорит пациенту:
— Мне очень жаль, но у меня для вас плохие новости: вам осталось максимум шесть месяцев жизни.
Пациент уставился в одну точку и просидел так несколько минут, после чего ответил:
— Ну что ж, и у меня для вас нет хороших новостей, доктор. К сожалению, я еще не выплатил полностью последний взнос своей медицинской страховки и буду не в состоянии вам заплатить.
— Ладно,— говорит врач,— ну, скажем, девять месяцев...

Осмотрев пациента, врач отводит в сторону его жену:
— Честно говоря, ваш муж мне совсем не нравится...
— Мне, честно говоря, тоже. Но он хороший семьянин.

Пациент звонит врачу:
— Вы были у меня один раз, почему же прислали счет за два визита?
— Как «один раз»?! Вы разве не помните, что я тогда забыл у вас шляпу и вынужден был вернуться?

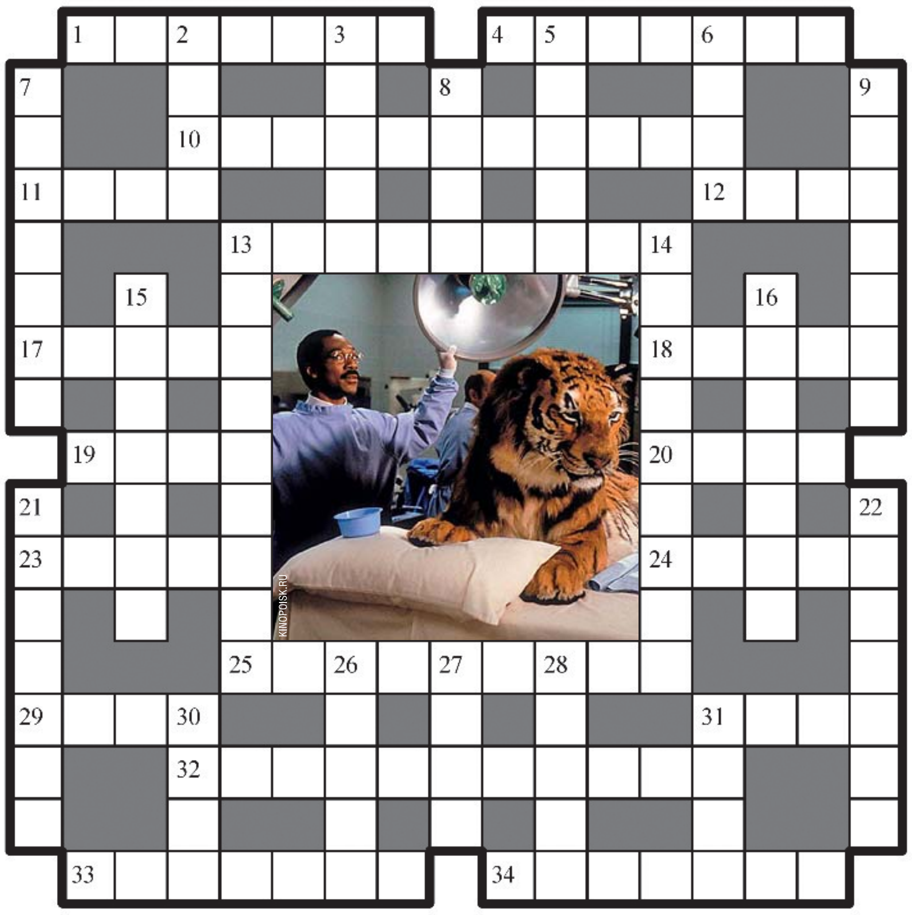
Звонок в регистратуру поликлиники:
— Скажите, хирург Иванов сегодня принимает?
— Как обычно.
— Я не про «как обычно» спрашиваю, а про пациентов!

КРОССВОРД

ВОПРОСЫ:

По горизонтали: **1.** Бенджамин Спок как врач. **4.** «Медик», лечащий заговорами и травами. **10.** Сколько человек собрал в свою команду Оушен в первом фильме трилогии? **11.** Столица, известная протестами на площади Тахрир. **12.** «Рыболовная авоська». **13.** Получатель донорской крови. **17.** Вред от дурного взгляда. **18.** Предельная норма. **19.** Химический элемент, который добавляют в зубную пасту. **20.** «Создатель» капитана Немо. **23.** Соха, в которую перековали меч. **24.** Исчезновение солнца за горизонтом. **25.** Лондонский двухэтажный автобус. **29.** Ценный продукт рыбьего метания. **31.** Дом эскимоса. **32.** Прибор для борьбы с жарой. **33.** С красным крестом на передовой. **34.** Шпион, застрявший в Шереметьево.

По вертикали: **2.** Знаменитый французский кутюрье. **3.** Грация и пластика под музыку. **5.** Немецкий философ, искавший истину «по ту сторону добра и зла». **6.** Инструмент Юрия Башмета. **7.** Художник — кубист с голубым и розовым прошлым. **8.** Зеркальная рыба. **9.** Этот доктор в исполнении Эдди Мёрфи не только добрый Айболит, но и приятный собеседник для зверей (на снимке). **13.** Английский нобелевский лауреат, основатель учения о радиоактивности. **14.** «Зомбоящик». **15.** Советский живописец, автор одного из самых известных портретов Анны Ахматовой. **16.** Главное открытие Колумба. **21.** Роль доктора Лектера принесла этому актеру «Оскар». **22.** Истязательница золотой рыбки. **26.** «Просветленная» роль Киану Ривза в фильме «Маленький ...». **27.** Известный российский рэпер. **28.** Хохмач на арене. **30.** Среднеазиатский бард. **31.** Иудейский царь, известный избиением вифлеемских младенцев.



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» №11
тираж: 3000 экз. распространяется бесплатно
свидетельство о регистрации: ПИ№ФС77-45868
дата и время подписания в печать: 15:00, 25 августа 2013 г.

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

главный редактор: МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
дизайн и верстка: ИВАН СИДЕНКО

Над номером работали: ЕЛЕНА ШМАРАЕВА, ЕКАТЕРИНА САВИНА, ИРИНА КОСТОГЛОТОВА, АЛЕНА ГОРЛАНОВА, ЕКАТЕРИНА ПЕТРОВА, ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ

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

По горизонтали: 1. Рибосома. 4. Фельдшер. 9. Архимед. 10. А1. Педиатр. 4. Знахарь. 10. Одиннадцать. 11. Каир. 12. Трал. 13. Реципиент. 17. Сглаз. 18. Лимит. 19. Фтор. 20. Верн. 23. Орало. 24. Закат. 25. Даблдекер. 29. Икра. 31. Иглу. 32. Кондиционер. 33. Санитар. 4. Сноуден.

По вертикали: 2. Диор. 3. Танец. 5. Ницше. 6. Альт. 7. Пикассо. 8. Карп. 9. Дулиттл. 13. Резерфорд. 14. Телевизор. 15. Альтман. 16. Америка. 21. Хопкинс. 22. Старуха. 26. Будда. 27. Децл. 28. Клоун. 30. Акын. 31. Ирод.