ДИАГНОЗ
Лечение рака груди
7

ПРОФИЛАКТИКА
Интервью Леонида Печатникова
8

ПСИХОЛОГ
Отношения с врачом
13

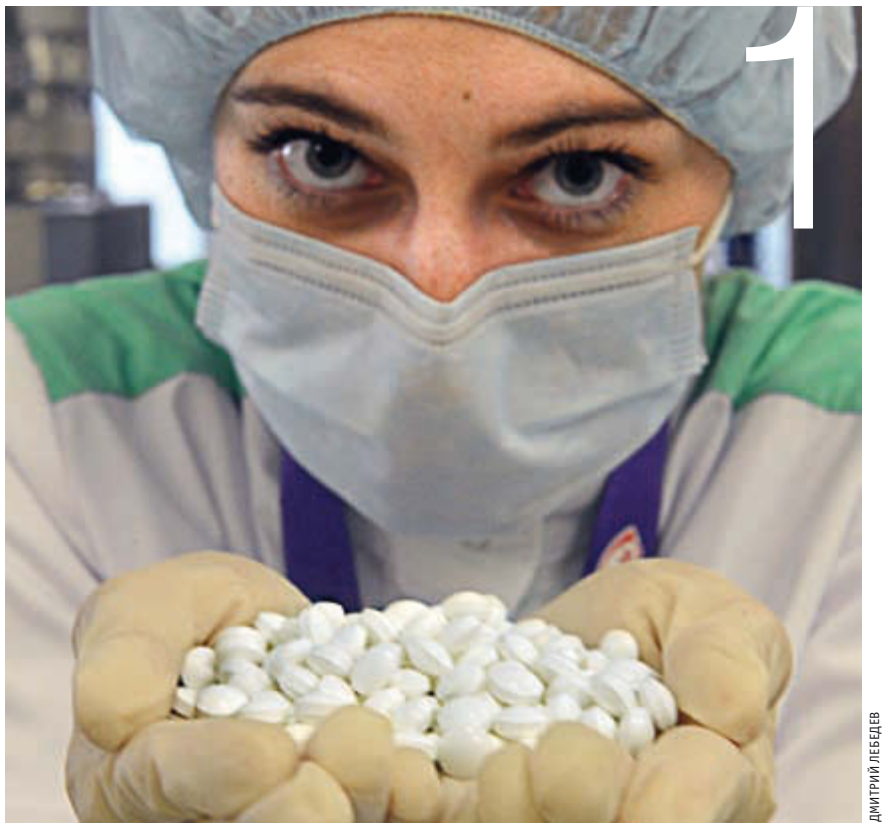
КОНСУЛЬТАЦИИ
Экспертный совет
14

OSCAR KNOTT/ FOGSTOCK/ ФОТО ИТАР-ТАСС

ВЛАДИМИР СМИРНОВ/ ФОТО ИТАР-ТАСС

PHOTOALTO/ AFP/ EASTNEWS

SCIENCE PHOTO LIBRARY/ AFP/ EASTNEWS



ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЁРСТВО

№1(8) ЯНВАРЬ 2013
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

МИНЗДРАВ СКИНЕТСЯ НА ЛЕКАРСТВА

Минздрав планирует изменить принцип финансирования обеспечения населения лекарствами и перейти на систему частичного возмещения, когда при покупке препаратов часть их стоимости гражданам компенсируется из бюджета. Эксперты надеются, что новый подход может исправить ситуацию с дефицитом препаратов для тяжелобольных граждан.

По закону в России все онкологические пациенты должны лечиться бесплатно. Это наша социальная гарантия. Существует постановление правительства №890, которое устанавливает, что все онкобольные, оформившие инвалидность, лечатся из федерального бюджета. А все остальные — из региональных бюджетов. Но, к сожалению, система эта часто дает сбои, и люди не могут получить жизненно важные для них лекарства ни из каких бюджетов.

Изменить систему, которая ежегодно ставит на порог выживания тысячи пациентов, может новая «Стратегия лекарственного обеспечения населения России до 2020». В стратегии заложен новый принцип финансирования — возмещение части стоимости препаратов гражданам.

По словам директора департамента лекарственного обеспечения Минздрава Сергея Разумова, целью документа является «максимально полное удовлетворение потребностей населения в качественных и доступных лекарственных средствах на основе рациональной системы лекарственного обеспечения».

В документе приведены данные, согласно которым обеспеченность населения в лекарствах оставляет желать лучшего. На бесплатные лекарства в амбулаторных условиях имели право в 2011 году около 24 млн человек, или 17% населения. Фактически получали лекарства около 11 млн, или 8% населения. Большую часть лекарств (69%) граждане приобретают за свой счет, и только 31% — это препараты, купленные за бюджетные деньги, из них 12% — через больничные учреждения, остальные — через льготные программы. В России, по оценкам, до 70% стоимости лекарств оплачивают сами пациенты.

В то же время Минздрав, возможно впервые, признал, что условия доступа к лекарствам России неравны — не все пациенты получают лекарства в необходимом объеме. «Складывается парадоксальная ситуация. Наибольшая потребность гражданина в лекарственной терапии сопровождается наименьшими возможностями ее получить ввиду частичной или полной потери трудоспособности больного человека»,— говорится в документе.

Стратегия предполагает, что уже в 2014–2015 годах в четырех-шести пилотных регионах будет разработана и внедрена рациональная модель лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. Согласно ей, часть стоимости лекарства при его покупке, точнее, его референтной цены будет возмещаться государством. Размер платежа будет варьироваться в зависимости от типа заболевания и статуса льгот и составлять 25–50%. В качестве основы для программы будет использоваться перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖНВЛП), цены на которые контролирует правительство.

Разные группы пациентов будут обеспечиваться лекарствами на разных условиях.

Для работающих здоровых граждан, не имеющих тяжелых хронических диагнозов, лекарства нужны время от времени, расходы на них невелики. Для этой группы предлагается принцип соплатежа: часть стоимости возместит ФФОМС за счет страховых взносов работодателей, часть заплатит сам человек.

продолжение статьи на стр. 4

КРИВАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Судьба пациентов с диагнозом «рак» в России зависит во многом от того, в каком регионе они живут и лечатся. О том, в каком положении система онкологической помощи находится сейчас, — в интервью доктора медицинских наук, члена-корреспондента РАМН, заведующей кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ на базе РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН Ирины Поддубной.

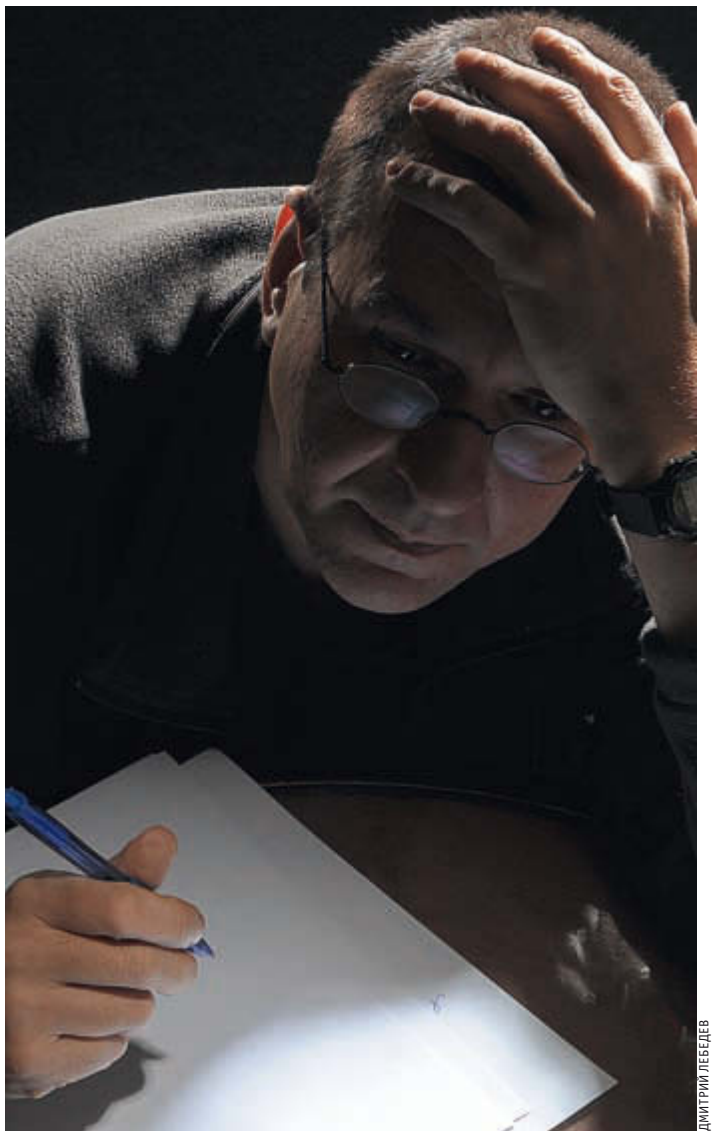
— Ирина Владимировна, в России доступ пациентов к онкологической помощи очень сильно различается от региона к региону. В первую очередь это касается лекарственного обеспечения. Что нужно сделать, чтобы исправить ситуацию?

— Финансирование онкологической помощи — это вопрос очень сложный. Ни одно государство в полной мере не финансирует лечение онкологических пациентов. Дело в том, что специфика лекарственных препаратов такова, что высокотехнологичные лекарства не будут дешеветь, и помощь онкологическим пациентам останется очень дорогим обременением. Ни одно государство не может это обеспечить.

Есть разные пути выхода из этой ситуации, которые опробованы в других странах.

продолжение статьи на стр. 10

КНИГА ОТКАЗОВ И ИСПРАВЛЕНИЙ


ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ

При содействии некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» готовится к выходу четвертое издание «Белой книги» общества «Движение против рака». Это сборник и анализ обращений граждан с жалобами на отказ в лекарствах. И отчет, кому и как мы смогли помочь

Есть книги памяти. Та, которую ежегодно пишут и издают активисты «Движения против рака»,— книга-памятка. Или напоминание. Чиновникам Минздрава — о том, где, когда, на какой стадии и под каким предлогом в России в течение года отказывали онкобольным в бесплатном лечении (выписывании рецептов, отпуске бесплатных лекарств и т. д.). Для самих же пациентов — это такая детализированная инструкция. Сборник убедительно аргументированных предупреждений и советов, составленных на основе анкет самих же больных. Пособие по борьбе за свое право на жизнь с теми, кто за бюджетные (в том числе и из кармана попавших в беду и их родственников и близких) деньги обязан помогать им поправить здоровье в соответствии с современными требованиями медицины. Куда при нарушении прав обращаться. Где искать помощников и союзников.

Что касается пациентов, цели своей «Белая книга» достигает. Причем с каждым ежегодным изданием. В течение последних трех лет и накануне выхода четвертого, итогового за 2012 год издания. Чему в немалой степени способствует очень точно продуманная структура текста.

Все виды отказов в помощи разделены по разделам: «Кому отказывают в лечении», «Рецепт есть, лекарства нет», «Операция вместо лекарства»... Приводятся примеры из анкет и писем об отказах в лечении со ссылкой на нехватку бюджетных средств и раннюю стадию заболевания, в выписке рецептов, о замене дорогостоящих препаратов неэффективными дешевыми...

Читатель, которого все это напрямую касается, может ознакомиться с практикой несоблюдения прав пациентов в разных регионах России. Найти свой случай. Проследить по схеме, где и как люди при помощи «Движения против рака» решали проблемы. Оставить свою анкету и вопрос на сайте «Движения». И действовать дальше уже не в одиночку, а с опорой на активистов, оказывающих помощь тем, кто в ней нуждается.

Механизмы, с помощью которых «Движение» добивается от государства решения проблем онкобольных, открыты, прозрачны и понятны. «Движение» действует в связке с Росздравнадзором. Туда направляются жалобы по каждому конкретному случаю. За судьбой каждой следят. Добиваются реального исправления ситуации и в кратчайшие сроки.

И каждый раз оказывается, на что бы врачи, работники аптек, местные чиновники здравоохранения ни ссылались, отказывая больным в помощи, они, во-первых, нарушают при этом закон. А во-вторых, и это главное — любые выдвигаемые ими как непреодолимые препятствия таковыми не являются. И средства найти можно. И лекарства. И помощь положенную оказать. Что, как правило, и происходит, когда к делу подключаются активисты «Движения», надзирающие органы, начиная с Росздравнадзора и заканчивая прокуратурой и судом.

«Белая книга» выходит ежегодно. Что дает возможность в каждом новом издании сравнить ситуацию с помощью онкобольным в России с предыдущими годами.

Увы, пока из года в год лучше она если и становится, то лишь по отдельным показателям. Та же картина в ушедшем году. Если что и удалось реально отладить, так это механизмы взаимодействия нуждающихся в помощи, активистов, волонтеров в работе по защите права на жизнь тех, кто попал в беду.

Если вам отказали в помощи:

Анкету о факте отказа в противоопухолевом препарате можно заполнить на главной странице сайта «Движения против рака»

www.rakpobedim.ru/law/refused

Или в Управление Росздравнадзора по г. Москве и Московской области

(495) 611-47-74, (495) 611-55-77
office@reg77.roszdravnadzor.ru
или по факсу (495) 611-53-44

СТЕНЫ ЧАСТНЫЕ, ВРАЧИ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ

Москва готова передать права на использование имущества городских больниц инвесторам. Инвесторы получат помещения в концессию, сделают ремонт, закупят оборудование, но сохранят и бесплатную помощь — таким образом предлагается компенсировать нехватку средств в здравоохранении столицы.

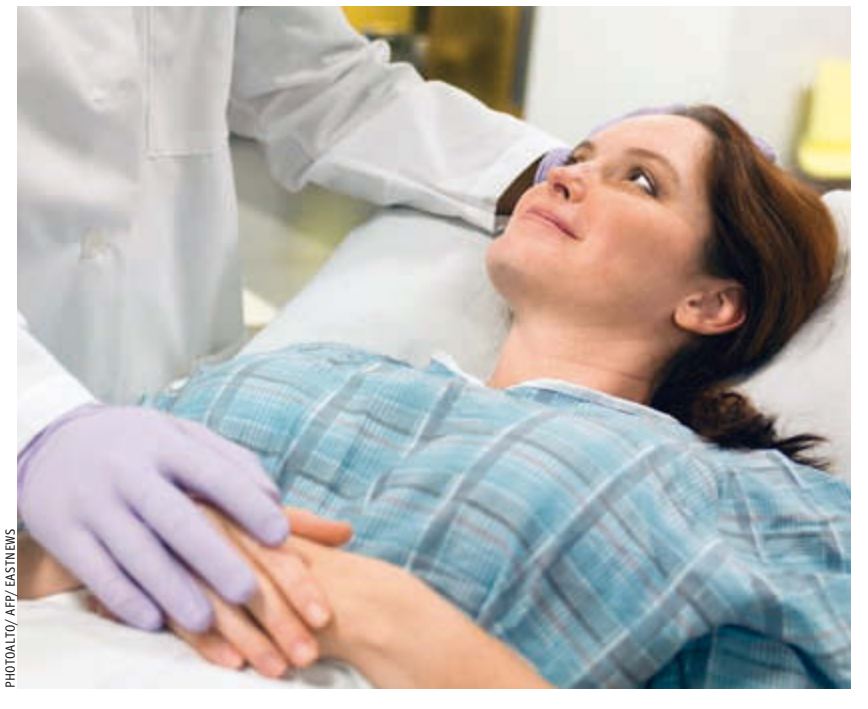
Эту новость сообщил заместитель мэра Леонид Печатников. В столице 97 больниц, сколько будет передано в концессию, пока не ясно, список еще не определен. Начать эксперимент решили с городской клинической больницы №63. Печатников сообщил, что предложением уже заинтересовались девять инвесторов, все они примут участие в конкурсе. Победитель будет управлять больничным имуществом, оказывать платные услуги, но при этом возьмет на себя часть городского заказа, в том числе обслуживание пациентов по программе обязательного медицинского страхования. После реконструкции на базе больницы №63 появится четыре высокотехнологичных центра. В частности, там планируют делать позитронно-эмиссионную томографию — считается, что это один из самых лучших методов раннего обнаружения онкологии.

Идея чиновников проста — Москва получит первоклассное лечебное учреждение, но не будет тратить деньги из бюджета на его содержание. Переданным имуществом компания сможет распоряжаться только по назначению, перепрофилирование будет невозможно. Количество бесплатных пациентов определит городской заказ. Отдав часть больниц в концессию, Москва сможет увеличить финансирование медучреждений, которые останутся на балансе города.

Президент Лиги защитников прав пациентов Александр Саверский с сомнением относится к оптимизму властей, он считает, что передача больниц в частные руки приведет к исчезновению бесплатной медицины: «За себя больной, тем более с онкологией, заплатить адекватно не может. Высшая точка развития системы — государственное финансирование, когда граждане через налоги оплачивают помощь себе в будущем, так что мы возвращаемся в Средние века. Да и кто дал чиновникам право отдавать больницы в частные руки? Пусть наймут команду менеджеров, которая сможет грамотно управлять больницами. По поводу обязательного медицинского страхования — это вранье. Частный бизнес на этом не заработает, из ОМС он уходит». Саверский не верит, что Москва не в состоянии найти необходимые деньги на ремонт больниц.

Директор Института развития общественного здравоохранения Юрий Крестинский, наоборот, идею передать больницы бизнесу приветствует. Он считает, что на балансе Москвы переизбыток лечебных учреждений. Чтобы привести всю инфраструктуру в порядок, никаких бюджетов не хватит.

По прогнозу эксперта, далеко не все больницы заинтересуют бизнес, у всех учреждений разный инвестиционный потенциал. Онкологические больницы вряд ли будут отданы в концессию.


PHOTOALTO/ AFP/ EASTNEWS

В СОВЕТ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИНЗДРАВЕ РФ ВОШЕЛ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ «ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВ РАКА»

Председатель исполнительного комитета «Движения против рака» Николай Дронов включен в состав Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения России.

Как сообщает ведомство, в состав совета вошли руководители общественных организаций и благотворительных фондов. Помимо них в совет входят также статс-секретарь — заместитель министра здравоохранения России Сергей Вельмяйкин, руководители профильных департаментов министерства. Возглавила совет министр Вероника Скворцова.

Совет займется рассмотрением и разработкой предложений по вопросам организации и оказания медицинской и социальной помощи, включая лекарственное обеспечение, а также по вопросам повышения эффективности и безопасности медицинских технологий и медицинской продукции, совершенствования системы здравоохранения и государственной системы оказания медицинской помощи.

Решения совета носят рекомендательный характер, отмечают в профильном ведомстве.

Кроме того, на совет возложены функции обсуждения нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере защиты прав пациентов.

НОВОСТИ В ЦИФРАХ

НА 120 МЛРД РУБЛЕЙ В ГОД

будет увеличено финансирование закупок лекарств для россиян с 2016 года.

О планах по инвестициям в лекарственное обеспечение населения страны сообщила министр здравоохранения России Вероника Скворцова.

«Если сейчас государство тратит 90 миллиардов рублей из федерального бюджета на обеспечение лекарствами льготных категорий граждан, а регионы в совокупности тратят еще больше, то программа предполагает дополнительные деньги, еще 120 миллиардов. Это позволит расширить дополнительные гарантии, что составит около 200 миллиардов рублей»,— сказала министр. Эта сумма должна покрыть затраты на закупки дорогостоящих препаратов для льготных категорий граждан

318,6 МЛРД РУБЛЕЙ ЗА ДВА ГОДА

было выделено в рамках программы «Модернизация здравоохранения» — на обновление оборудования и ремонт в больницах. Программа действует в России с 2011 года и будет продлена на 2013 год.

«Мы считаем, что было бы правильно продлить программу на 2013 год, но в меньших объемах, а после этого пересмотреть текущее финансирование на поддержание основных фондов»,— заявила глава Минздрава Вероника Скворцова.

По ее словам, за десять лет начиная с 2000 года износ основных фондов в сфере здравоохранения увеличился с 30% до 53,3%, причем динамика обновления этих фондов не превышала 5%.

«За этот период было отремонтировано 3,6 тыс. медучреждений из 4,6 тыс. существующих. Из 9 тыс. учреждений, которые требовали переоснащения оборудования, было переоборудовано около 5,5 тыс. учреждений»,— сказала Вероника Скворцова.

По ее данным, во многом ситуацию удалось улучшить. Однако на сегодняшний день около 17% медучреждений требуют ремонта, около 41% — комплексного переоснащения.

100 НА 1 МЛН ЖИТЕЛЕЙ

такое соотношение паллиативных коек обещает обеспечить Минздрав к 2018 году. В ведомстве признали, что сегодня в России большие проблемы с доступностью паллиативной помощи пациентам, и обещают решить проблему. По словам директора департамента медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела Минздрава Анатолия Гулина, в настоящее время такая медицинская услуга является практически недоступной во многих регионах России. Предпосылки для улучшения качества жизни пациентов с неизлечимыми заболеваниями появились с принятием нового закона «Об основах охраны здоровья»: впервые в перечень видов медпомощи была включена паллиативная помощь и определены источники ее финансирования. Согласно новым правилам, каждая территориальная система здравоохранения должна иметь хотя бы одно подразделение по предоставлению паллиативной помощи.

80% ПОДОПЫТНЫХ КРЫС

заболели раком после того, как их посадили на диету из генетически модифицированной кукурузы из Америки. Ученые из французского Канского университета разделили 180 крыс на три группы. Первую кормили только генетически модифицированной кукурузой, вторую — модифицированной кукурузой, которую обрабатывали самым распространенным в мире гербицидом Roundup, а третьей группе повезло больше всего — ее кормили обыкновенной кукурузой. По прошествии двух лет (средняя продолжительность жизни крысы) до 80% женских особей из первых двух групп заработали по крайней мере одну большую опухоль. У самцов появились серьезные проблемы с печенью и почками. В третьей группе заболела лишь треть животных.

«Впервые в мире генетически измененный продукт и применяемый с ним пестицид были оценены с точки зрения их влияния на здоровье в течение более продолжительного периода и более полно, чем это делалось ранее представителями правительств и промышленности. И вот тревожные результаты»,— отметил профессор университета, руководитель проекта Жиль-Эрик Сералини.

Впрочем, предыдущие многочисленные испытания ГМО-продуктов не выявили их вредного воздействия на организм млекопитающих, и если результаты, полученные в одном эксперименте, сильно отличаются от предыдущих, то они должны быть многократно проверены и желательно повторены другими исследовательскими группами, а пока этого не сделано, говорить о вреде ГМО нельзя.

НАУЧНЫЙ ПОДХОД

В Томске открылся научно-образовательный центр Томского политехнического университета и ЗАО «Р-Фарм» — «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности».

РУДОЛЬФ ДИК И СЕМЕН МАЙСТЕРМАН/ ФОТО ИТАР-ТАСС

В рамках форума «Инвестиционные сезоны-2012» в Национальном исследовательском Томском политехническом университете (ТПУ) состоялась официальная церемония открытия научно-образовательного центра ТПУ—«Р-Фарм» «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности». В мероприятии приняли участие губернатор Томской области Сергей Жвачкин, уполномоченный по правам предпринимателей при президенте РФ Борис Титов, генеральный директор АСИ Андрей Никитин, председатель совета директоров группы компаний ЗАО «Р-Фарм», сопредседатель Общероссийской общественной организации «Деловая Россия» Алексей Репик, заведующий кафедрой физической и аналитической химии Института природных ресурсов ТПУ Абдигали Бакибаев, проректор по финансово-экономической деятельности ТПУ Алексей Мазуров.

Проект «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности» направлен на формирование федеральной инновационной площадки для подготовки биотехнологов и фармацевтов (на базе Томского политехнического университета). Основным партнером проекта «Академия фармацевтической и биотехнологической промышленности» является компания ЗАО «Р-Фарм», лидер фармацевтической и биотехнологической промышленности.

Образовательный процесс предполагается реализовывать командой профессионалов Томского политехнического университета, Томского государственного университета, Сибирского государственного медицинского университета, НИИ фармакологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН с привлечением лучших отечественных и зарубежных ученых и специалистов. Объем финансирования проекта — 375 млн руб. в течение трех лет.

Основными преимуществами научно-обра-зовательного центра ТПУ—«Р-Фарм» являются возможность стажировок на ведущих мировых предприятиях, в университетах и специализированных образовательных центрах и обучение у представителей бизнеса, ведущих вузов и экспертов из российских и международных фармкомпаний. Центр уже оснащен самым передовым лабораторным и опытно-промышленным оборудованием, в том числе первым в России немецким автоматизированным (с возможностью управления через интернет) биоферментером Biostat C plus последней модификации. Планируется продолжить дооснащение центра технологическим оборудованием, формирование R&D-центра в области биофармацевтики.

МИНЗДРАВ СКИНЕТСЯ НА ЛЕКАРСТВА

окончание. начало на стр. 1

Неработающее население (пенсионеры, дети, безработные) будет лечиться за счет медстраховки и бюджета. И для этой группы будет вводиться частичная оплата.

Нынешние льготники, получающие лекарства бесплатно, свои льготы сохранят. Стратегия предлагает компенсировать полностью расходы на лечение основной патологии больным социально значимыми, опасными, редкими, высокозатратными, тяжелыми хроническими заболеваниями. Остальные лекарства, как и для здоровых, на принципах соплатежа.

Граждане, которые пользуются ведомственной медициной (в основном речь идет о силовиках), смогут получать лекарства за счет своих ведомств.

Основная задача, которую ставит перед собой Минздрав,— сохранение льгот в полном объеме даже при переходе на систему софинансирования.

«Не трогая льготные категории граждан, не трогая обязательства государства по льготам, мы ищем оптимальные механизмы обеспечения практически всего населения лекарственными средствами по показаниям»,— пояснил директор департамента лекарственного обеспечения Минздрава РФ Сергей Разумов.

Замминистра здравоохранения России Игорь Каграманян разъяснил этот механизм на примере гипертонической болезни. «Если у человека гипертоническая болезнь — повышенное артериальное давление, он не относится к льготным категориям граждан, он работает. Но мы понимаем, от того, насколько эффективна и регулярна терапия по рецепту врача, зависит его здоровье и поддержание его активной трудоспособности»,— сказал замминистра.

По его словам, задача Минздрава при реализации пилотных проектов разработать такие механизмы возмещения стоимости лекарств, которые позволят включать и ответственное отношение самого человека к его здоровью: регулярные визиты к врачу, поддержание здорового образа жизни, отказ от факторов риска.

ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ

В систему заложена и возможность лекарственного страхования пациентов, как самостоятельного, так и оформления страховки работодателем. При такой схеме пациент получает компенсацию на дорогостоящие препараты, если они ему потребуются.

Впрочем, у стратегии есть и критики, которые считают ее внедрение преждевременным. Так, Фармацевтическая ассоциация Петербурга подготовила свое заключение на проект. Представители ассоциации поддерживают саму концепцию стратегии — полностью обеспечить население необходимыми препаратами. Но они раскритиковали отсутствие в документе четкого механизма возмещения отпущенного аптекой лекарства.

По их мнению, пока не будет принят закон, который обязывает некое «абстрактное» государство возмещать аптеке денежные средства за отпуск лекарственных препаратов в режиме реального времени и предусматривает штрафные санкции и административную ответственность за нарушение этих сроков, запускать любую из предлагаемых моделей нельзя.

Кроме того, по мнению петербургских фармацевтов, проект стратегии недостаточно хорошо просчитан, а значит, на планируемое возмещение стоимости лекарств для всех у государства просто не хватит денег, как это сейчас происходит с льготным обеспечением граждан. Поэтому, считает Фармассоциация, Минздраву «разумнее» поручить регионам провести свои расчеты, а уже затем разрабатывать единую стратегию лекарственного возмещения.

Впрочем, у государства есть еще два года на подготовку таких расчетов и документации.

БИЗНЕС ЛЕЧИТ РАК

В последние годы становится очевидным — официальное российское здравоохранение не успевает за развитием возможностей онкологической помощи. А объемы госгарантий ограничивают возможности лечения далеко не самыми передовыми технологиями и препаратами. По мнению экспертов, государству следует признать проблему и постараться создать условия для привлечения в онкологию частных инвестиций и развития рынка страхования.

«Там, где существует дефицит медпомощи, всегда есть и повод для злоупотреблений и извлечения отдельными недобросовестными организаторами здравоохранения и врачами личных выгод из ситуации,— считает исполнительный директор "Движения против рака" Николай Дронов.— Ни для кого не секрет, что в стране существует серый рынок лекарств, а случаи вымогательства денег с пациентов за те или иные виды лечения, за ускорение очереди на госпитализацию имеются и в ведущих, и в региональных клиниках». Выход из этой ситуации эксперт видит в развитии альтернативной — частной — онкологической помощи. По его мнению, вместе с дефицитом услуги исчезнет и коррупция, а средства пациентов начнут использоваться в правовом поле.

С другой стороны, отмечает Дронов, существующие в стране стандарты лечения предусматривают лишь минимально возможный набор медицинских вмешательств, который позволяет худо-бедно лечить людей и не обеспечивает в полном объеме доступ к инновационным технологиям и дорогостоящим лекарствам. А за счет дополнительных инвестиций, соплатежей этот набор услуг можно будет расширить, предоставив людям доступ к самым современным технологиям. «Необходимо вводить систему соплаты, которая была бы своего рода реализацией принципа солидарного участия граждан и государства в борьбе за здоровье. При этом система здравоохранения должна быть сбалансированной, основанной на реальных возможностях бюджета страны, частного сектора и граждан»,— считает Дронов.

Между тем высокая стоимость специализированной помощи онкологическим больным является главным тормозом развития частной инициативы, отмечает Дронов.

Что касается вопроса доступности платной медпомощи, то он, по мнению Дронова, может быть решен на уровне развития добровольного медицинского страхования. Но такой уровень страховой защиты должен покрывать необходимость в приобретении всех «необходимых инновационных услуг по верхней планке стандартов». «Сейчас в отношении страхования от онкологии преобладают негативные отзывы. Люди страхуют ответственность, страхуют на миллионы имущество, а выделить деньги на собственное здоровье почему-то не считают нужным. Но вспомните, когда десять лет назад вводилось обязательное страхование автогражданской ответственности, тоже было много критики. А сейчас никто уже не считает это чем-то из ряда вон выходящим».

ООО «Общество страхования жизни "Россия"» предлагает вид онкологического страхования «Голубой конверт». При наступлении страхового случая — диагноз рак — клиент едет на лечение в швейцарскую клинику.

«На наш взгляд, в развитии онкологического страхования заинтересованы все: и граждане — для них это шанс, и государство — страхование снимет часть нагрузки с него, ну и, конечно, страховщики — это может стать мощным стимулом для развития страховой отрасли и изменения отношения к страхованию у большинства населения»,— считает генеральный директор компании Маргарита Хорунжая.

Однако качественное страхование не может быть дешевым, хотя относительно суммы покрытия цена невелика, но в абсолютной величине может быть значима. Для 30–40-летнего человека она стоит в среднем 20–25 тыс. в год. При этом величина покрытия составляет около 10 млн руб.

«Лечение рака — это безумно дорого, но деньги при лечении лишь одна из основных составляющих,— говорит Хоружная.— Есть две других: время и клиника. Человек, столкнувшись с бедой, не знает, куда бежать, у него наступает паника, теряется драгоценное время. И задача страховой компании, на наш взгляд, не просто покрыть расходы, а организовать полноценную помощь».

ДЕНИС ВЫШИНСКИЙ

ОПЛАТА ПО ЖЕЛАНИЮ

С 1 января в России вступили в силу Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Спустя год после принятия закона об основах охраны здоровья власти определили, за что именно кроме дополнительного комфорта пациентам придется платить. Документ не сокращает объем гарантированной бесплатной медпомощи и направлен исключительно на обеспечение прав граждан при получении платных услуг, заверяют чиновники.

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг определяют условия предоставления платных медицинских услуг, порядок их оплаты, ответственность медучреждения. Правила позволят «урегулировать отношения по предоставлению платных медицинских услуг, обеспечив при этом защиту прав и законных интересов потребителей на основе принятия ими добровольного и информированного решения о получении указанных услуг», говорится в справке к постановлению.

Де-факто платные медуслуги в государственных медучреждениях существуют давно. По словам президента Национальной медицинской палаты, детского врача Леонида Рошаля, они позволяют «выживать» даже рядовым поликлиникам и больницам, чьи руководители стремятся их оказывать, не веря, что когда-либо получат госфинансирование в должном объеме. И поэтому одной из основных проблем официально закрепившего статус платной медпомощи в муниципальных медучреждениях закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Рошаль называл отсутствие в нем четко прописанного списка услуг, которые можно получить за деньги. Эта неопределенность провоцировала медучреждения требовать с пациентов плату за то лечение, которое раньше было бесплатным.

Сейчас, спустя год после принятия этого закона, власти определили, за что именно кроме дополнительного комфорта пациентам придется платить. Как следует из Правил, платным является все, что не входит в программы ОМС, например установление индивидуального поста медицинского наблюдения при стационарном лечении, если его не требует состояние реанимационного больного, или анонимное оказание медуслуг. Заплатить придется и за применение медицинских изделий и лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медпомощи, а также за применение лекарств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших. Правда, оговаривается в документе, если такие препараты требуются по жизненным показаниям или у больного имеется непереносимость других препаратов, лекарства должны предоставляться бесплатно.

Заплатить придется в случае, если человек решит самостоятельно (без направления) обратиться за получением медуслуг. Бесплатно без направления будет оказываться только первичная медико-санитарная и скорая медпомощь. Впрочем, в совсем уже крайних случаях умереть пациенту не дадут. «Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы»,— говорится в Правилах.

ВЯЧЕСЛАВ ПРОКОФЬЕВ

Порядок определения цен на медуслуги бюджетных и казенных медучреждений относится к компетенции их учредителей. Согласно документу, все медучреждения РФ, которые имеют лицензию на оказание медицинской помощи, будут обязаны разместить на своих сайтах в интернете и на информационных стендах в зданиях больниц и поликлиник перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медуслуг и порядке их оплаты.

Потребитель должен быть в курсе всей интересующей его информации, и в медучреждении его должны ознакомить со всеми условиями договора, отмечается в Правилах. Кроме того, при заключении договора пациенту должна предоставляться информация о конкретных медработниках, которые будут оказывать ему платные медуслуги, об их образовании и квалификации.

Но главное, при заключении договора гражданину должны предоставить информацию о том, какие виды и объемы медпомощи он имеет возможность получить бесплатно. А отказ пациента от платных услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему бесплатно в рамках ОМС, отмечается в документе. Кроме того, медучреждение не вправе оказывать на возмездной основе «не предусмотренные договором дополнительные медицинские услуги».

СОГЛАШЕНИЕ ПРОТИВ МИКРОБОВ

Компания «Тераванс» (Theravance, Inc) и группа компаний ЗАО «Р-Фарм» объявили о заключении соглашения о разработке и коммерциализации своих препаратов, чтобы бороться с больничными инфекциями в России.

На протяжении последних лет во всем мире отмечается значительный рост устойчивости возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций к антимикробным препаратам (АМП). Возникновение антимикробной резистентности (устойчивости) является естественным биологическим ответом на использование АМП, которые создают селективное давление, способствующее отбору, выживанию и размножению резистентных штаммов микроорганизмов.

Резистентность к АМП имеет огромное социально-экономическое значение и в развитых странах мира рассматривается как угроза национальной безопасности. Инфекции, вызванные резистентными штаммами, отличаются длительным течением, чаще требуют госпитализации и увеличивают продолжительность пребывания в стационаре, ухудшают прогноз для пациентов. Все это увеличивает прямые и непрямые экономические затраты, а также повышает риск распространения резистентных штаммов в обществе.

В России в настоящее время проблема антимикробной резистентности приняла угрожающие масштабы. Только по официальным данным, нозокомиальные (внутрибольничные) инфекции в России ежегодно переносят 40–60 тыс. человек. По результатам проспективного исследования Центрального НИИ эпидемиологии, число нозокомиальных инфекций (когда пациент заболевает после 48 часов пребывания в стационаре) в России ежегодно достигает 2–2,5 млн (1,5% населения), а экономический ущерб от них составляет более 5 млрд руб. Наиболее опасными грам+ возбудителями являются метициллинрезистентные штаммы Staphylococcus aureus (MRSA), пенициллинрезистентные пневмококки S.pneumoniae и ванкомицинрезистентные энтерококки Enterococcus faecalis/ faecium (VRE).

В октябре 2012 года американская фармацевтическая компания «Тераванс» (Theravance, Inc.) заключила два отдельных соглашения с группой компаний ЗАО «Р-Фарм» для разработки и коммерциализации антибактериальных препаратов.

Первый договор касается препарата TD-1792, мультивалентного гетеродимера гликопептида и цефалоспорина, предназначенного для лечения инфекций, вызванных клинически значимыми резистентными грамположительными микроорганизмами, включая метициллинрезистентный золотистый стафилококк (MRSA). Препарат прошел вторую фазу клинических исследований у пациентов с осложненными инфекциями кожи и мягких тканей.

Второе соглашение было подписано по препарату «Телаванцин» — липогликопептидному антибактериальному препарату, зарегистрированному в США (одобрено FDA). Решение FDA было основано на результатах клинических исследований, которые показали высокую эффективность и благоприятный профиль безопасности препарата. Препарат зарегистрирован в США для лечения осложненных инфекций кожи и мягких тканей, вызванных резистентной грамположительной микрофлорой, включая MRSA.

В обоих соглашениях компания «Тераванс» предоставит «Р-Фарм» эксклюзивные права на разработку и коммерциализацию препаратов на территории Российской Федерации, СНГ и Грузии.

Стратегическое партнерство между группой компаний «Р-Фарм» и компанией «Тераванс» позволит пациентам в России и странах СНГ получить доступ к высокоэффективным современным препаратам в условиях острой медико-социальной потребности в них. Коммерческие и маркетинговые возможности «Р-Фарм», технологические подходы компании обеспечат успешное завершение процесса разработки новых препаратов.

В ОДНОМ ШАГЕ

Современная медицина позволяет излечивать обнаруженный на ранней стадии рак толстой кишки почти в 100% случаев. Еще больше шансов на полное выздоровление при своевременно диагностированных предраковых заболеваниях. Как не потерять драгоценное время и не допустить развития злокачественной опухоли толстой кишки, газете «Равное право на жизнь» рассказывает руководитель отделения колопроктологии с хирургией тазового дна РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН профессор Петр Владимирович Царьков.

PHOTOALTO/AFP/EASTNEWS

Сегодня известно несколько видов предраковых состояний. И прежде всего они связаны с генетическими изменениями, передающимися по наследству.

Наиболее известным является передающийся по доминантному типу наследственный семейный полипоз толстой кишки (когда почти вся кишка поражена полипами). То есть у детей, один из родителей которых страдал этим заболеванием, вероятность его возникновения очень высока. Существует несколько форм полипоза, которые различаются по агрессивности. Но в среднем к 30–35 годам у каждого пациента с семейным полипозом возникает злокачественная опухоль. Это может произойти раньше или позже, но, к сожалению, неизбежно. Поэтому для предотвращения возникновения рака таким пациентам к этому возрасту уже, как правило, предлагается удаление всей толстой кишки.

Различают еще несколько форм наследственно передающихся заболеваний толстой кишки, которые в меньшей степени «запрограммированы» на развитие злокачественных новообразований. Но тем не менее наследственность является одним из тех факторов, которые необходимо учитывать при наблюдении за такими больными и разработке профилактических мер.

Кроме того, наследственной является и предрасположенность к самому раку, поэтому каждому человеку необходимо внимательно относиться к своей родословной. Если в роду были люди, перенесшие злокачественные заболевания толстой кишки, желудка либо молочной железы, то их потомкам после 40–45 лет в обязательном порядке следует проходить обследование состояния толстой кишки.

Привести к раку толстой кишки могут не только болезни кишечника, но и ряд длительно и непрерывно протекающих воспалительных заболеваний, таких как, например, неспецифический язвенный колит или болезнь Крона. Так, риск возникновения злокачественной опухоли кишечника у людей, страдающих язвенным колитом в течение 10–15 лет, увеличивается вдвое. И затем с каждым десятилетием растет в геометрической прогрессии.

Свидетельством каких-либо изменений в толстой кишке может служить также наличие любых патологических примесей в кале — крови или слизи. Достаточным основанием для обращения к врачу является и изменение режима и характера выделений (понос, запор). Эти изменения могут носить функциональный характер, но в некоторых случаях, хоть и не часто, могут быть симптомами злокачественных образований.

Кроме того, необходимо учитывать и то, что вероятность появления злокачественной опухоли прямой кишки имеется у всякого человека старше 50 лет. Поэтому за рубежом скрининговые программы у этой возрастной группы включают исследование толстой кишки. Прежде всего это исследование кала на скрытую кровь, которая иногда может обнаруживаться только при тонком биохимическом анализе.

Появление крови может свидетельствовать о начальной форме рака или предракового заболевания, такого как полипы толстой кишки. При положительном тесте на скрытую кровь больному в обязательном порядке проводится исследование толстой кишки, чаще всего это колоноскопия, которая либо отвергает данный диагноз, либо подтверждает его. При обнаружении мелких полипов их необходимо удалять и санировать кишку, после чего вероятность развития злокачественной опухоли резко уменьшается.

Вероятно, чаще всего рак толстой кишки развивается именно из полипов, а не de novo (в месте, где нет никаких изменений), поэтому так важно выявление и удаление полипов. Удаление производится с помощью эндоскопического оборудования и, как правило, без наркоза, с использованием современной внутривенной анестезии. Чаще всего операция проводится амбулаторно, кратковременная госпитализация требуется лишь при полипах больших размеров. Больные не теряют трудоспособности и уже через несколько дней могут приступить к работе.

Необходимо внимательно относиться к своему здоровью и при появлении любых признаков заболевания не пускать дело на самотек, несмотря на всевозможные затраты, а также чувства и эмоции, которые испытывает человек, идя к проктологу. Как известно, злокачественные образования лучше предотвратить, а если лечить, то на ранней стадии, когда шансы на успех достаточно велики.

«ВАМ ПОНЯТНЫ ВАШИ ПРАВА?»

Обязательное информирование пациентов, провозглашенное российским законодательством, остается пустой формальностью, считают эксперты. Роль медиков сводится к необходимому для «подстраховки» бумаготворчеству, а действительно необходимая для пациентов информация зачастую замалчивается

PHOTONONSTOP/AFP/EASTNEWS

Действующий с начала нынешнего года федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» («Основы») провозгласил принцип информирования пациента о состоянии его здоровья и существующих возможностях лечения.

С одной стороны, согласно ч. 1 ст. 22 «Основ», каждый имеет право получить «в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медпомощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медпомощи», поясняет юрисконсульт некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь» Лидия Москвина.

С другой стороны, это право налагает на него и обязанность по принятию решения. Поскольку, как следует из ч. 1 ст. 20 «Основ», «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медработником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медпомощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медпомощи».

Идея эта по сути своей абсолютно правильная и эффективно используемая во всем цивилизованном мире. Доктор должен предоставить пациенту всю информацию о его здоровье, возможных методах лечения и прогнозах при лечении каждым из этих методов. В России, где у врачей в регионах не хватает средств на лечение пациентов современными препаратами, это особенно актуально. Потому что ситуация, когда показана дорогостоящая современная терапия, а врач об этом даже не рассказывает, потому что регион предоставить такое лекарство не может, довольно типична. Так же как обследование, которое нужно делать срочно, а очередь на него может доходить до полугода, а этого времени у пациента просто нет. И не объяснив человеку, что, возможно, на карту поставлена его жизнь в буквальном смысле, врач допускает, что сроки будут пропущены. А рассказав о проблемах пациенту, доктор рискует попасть под репрессии главврача больницы или регионального Минздрава, потому что неофициально рассказывать о дефиците и проблемах в системе запрещено.

Но и сострадание российских врачей по части исполнения своего долга довольно искажено. «Допустим, врач считает, что пациенту хорошо бы сделать МРТ, но, глядя на него, понимает, что денег на МРТ у того нет,— приводит пример председатель Общественного совета при Росздравнадзоре, президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский.— Зачем тогда расстраивать человека. Следующий по информативности уровень — компьютерная томография. Врач думает, где бы ему бесплатно это КТ сделать? Везде очередь на полгода, за это время пациент просто умрет. И какой смысл вообще об этом говорить? В итоге врач принимает решение обойтись рентгеном в своей поликлинике, заведомо зная, что рентген малоинформативен». И такой «алгоритм», по мнению эксперта, заложен в голове у каждого российского врача. И с этим ничего нельзя будет сделать до тех пор, пока в стране не появятся и более или менее не заработают стандарты лечения, по которым он обязан будет назначать процедуры и препараты.

С другой стороны, как объяснить малограмотному, зачастую престарелому пациенту особенности действия таргетной терапии, в законе не описано. Да и объяснить это на словах нельзя — все должно быть представлено в письменном виде. «Пациент — существо в этом смысле абсолютно зависимое — у него нет профессиональных познаний, и ему приходится доверять тому, что скажет врач,— отмечает Александр Саверский.— Особо умные, конечно, ищут ответы на свои вопросы в книгах, лезут в интернет, идут к другим врачам, но это не совсем то, что продекларировано в законе».

На деле, как признают сами медики, все свелось к дополнительной бумажной волоките — получению подписи пациента под «информированным добровольным согласием» по любому поводу обращения к врачу. А пациенты возмущаются, что им приходится расписываться в согласии на «летальный исход».

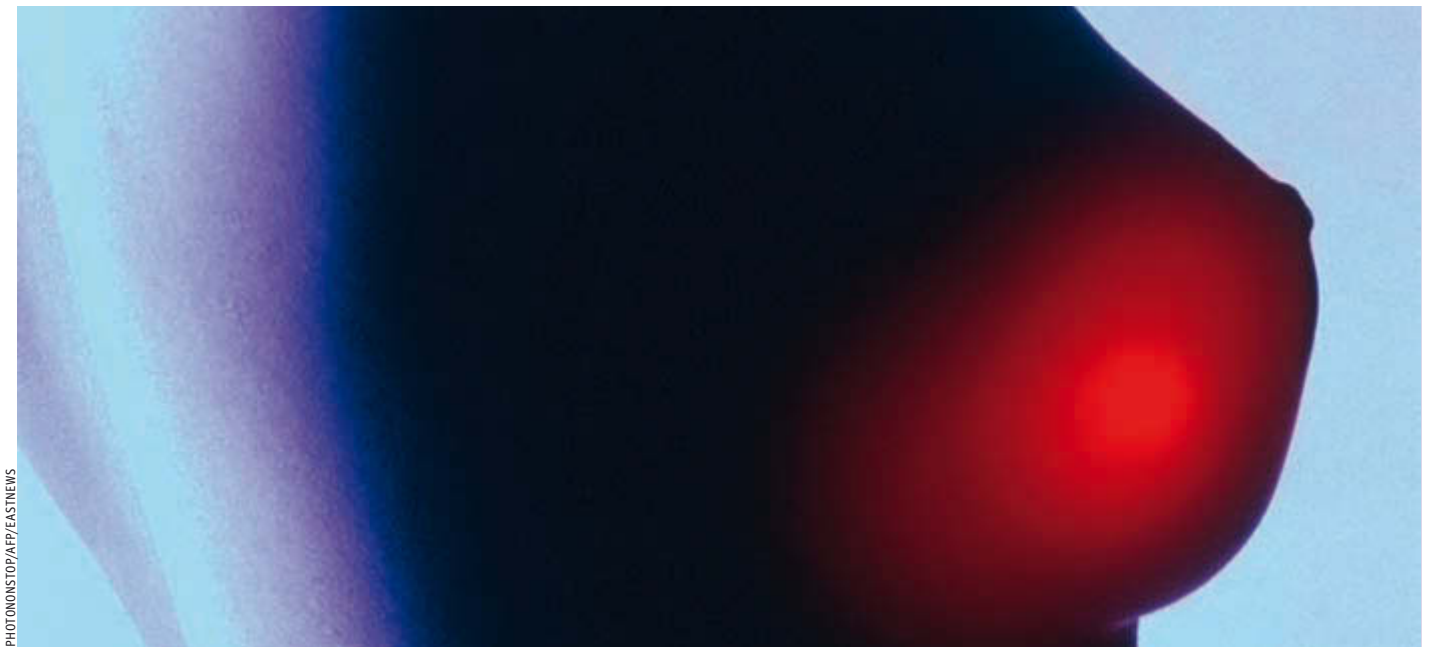
Разумная в целом идея доведена до абсурда, считает Александр Саверский. «Доходит до смешного: пациент должен давать в письменном виде согласие на манипуляции типа измерения давления,— говорит он.— При этом Минздрав не дает ответа на вопрос, как должен поступить врач в случае нежелания пациента подписывать непонятную ему бумажку. С одной стороны, письменное согласие является обязательным условием для получения медпомощи. С другой — отказ врача от оказания такой помощи в отсутствии требуемой “бумаги” может квалифицироваться, как ст. 125 Уголовного кодекса “Оставление в опасности”».

ЖЕНСКИЙ РАК

Если женщина погибает от рака, то чаще всего это рак молочной железы. Так происходит и в Америке, и в Европе, и в России. И каждый год разрабатываются новые препараты для лечения этого типа рака. О современной терапии — в материале Ирины Власовой.

«Рак молочной железы — системное заболевание,— говорит заместитель директора, заведующий отделением клинической фармакологии ГУ Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН Сергей Тюляндин,— Сегодня наука уже доказывает, что решение может быть только на уровне доступа к клеткам, только при системной терапии, поскольку есть в крови микрометастазы, которые долго не выявляются. Опухоль меньше сантиметра обнаружить сложно, а больше сантиметра — она уже живет своей жизнью в организме 10–16 лет. Это значит, что уже пять-шесть лет опухоль пробивает себе путь к сосудам и разбрасывает в организме свои клетки. За пять лет раковые клетки будут находиться уже в разных органах». Поэтому всем больным раком молочной железы показана адъювантная терапия.

Профессор Тюляндин пояснил, что даже ранняя диагностика не может контролировать метастазы задолго до постановки диагноза. Без точечной терапии вылечиться имеют шанс только менее 20% больных, а при использовании адъювантной терапии в США за 10–15 лет смертность снизилась вдвое.



PHOTONONSTOP/AFP/EASTNEWS

Привыкание опухоли

На поздних стадиях болезни, при распространении процесса уже не приходится говорить о полном излечении. Тем не менее увеличить период жизни пациентки без рецидивов, продлить ее жизнь, максимально долго сохранить ее качество вполне возможно. К сожалению, на сегодняшний день, по международным данным, средняя продолжительность жизни с момента выявления метастазов составляет два-два с половиной года, 25–35% пациенток живут более пяти лет и только 15% — свыше десяти лет.

Очень часто, когда говорят о наличии рака молочной железы, речь идет о женщинах зрелых, находящихся в постменопаузе. Их болезнь агрессивна, а прогноз неблагоприятен. И основной вид лечения женщин, страдающих раком молочной железы,— эндокринная терапия. К ней чувствительны 60% пациенток. Организмы большой части пациенток неплохо отвечают на такое лечение. Однако почти у всех пациенток, у которых сначала отмечался ответ на терапию, в итоге развивается «устойчивость» к лечению, лекарства перестают работать, поскольку опухоль к ним приспосабливается и начинает расти. Лекарства меняют, но процесс начинается сначала и заходит в тупик. Тогда приходится прибегать уже к химиотерапии.

Последние 20 лет в онкологии отмечены значительными достижениями молекулярной биологии, установлены механизмы контроля клеточного деления и клеточной смерти, выявлены белки, участвующие в процессе образования и распада опухоли. Это позволило создать в онкологии новое направление в лечении злокачественных опухолей, так называемую таргетную терапию, которая направлена на тонкие молекулярные механизмы жизнедеятельности опухолевой клетки.

Что это такое?

Таргетные препараты сейчас активно рассматриваются в качестве агентов для лечения рака молочной железы, как путь преодоления резистентности к эндокринной терапии. Для поиска новых лечебных стратегий было инициировано клиническое исследование BOLERO-2 (Breast cancer trials of OraL EveROlimus-2) — рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое, многоцентровое исследование III фазы, в котором ученые изучали эффективность и безопасность препарата «Эверолимус» в комбинации с уже известным «Экземестаном». Последний препарат уже использовали у пациенток в постменопаузе с распространенным ER+HER-2-позитивным раком молочной железы, не поддающимся лечению гормонами (нестероидными ингибиторами ароматазы). Исследование проходило в 189 центрах в 24 странах с участием 724 пациенток.

Справка

Афинитор (эверолимус) в таблетках 5 и 10 мг разрешен для применения в более чем в 80 странах, включая США и страны Европейского союза. В России препарат зарегистрирован для лечения нескольких видов рака: пациентов с распространенным и/или метастатическим почечно-клеточным — с марта 2010 года; пациентов с распространенными и/или метастатическими нейроэндокринными опухолями желудочно-кишечного тракта, легкого и поджелудочной железы — с декабря 2011 года; пациенток в постменопаузе с гормонозависимым распространенным раком молочной железы в комбинации с ингибитором ароматазы, после эндокринной терапии — с 3 мая 2012 года.

В Российской Федерации препарат входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 год.

«Равное право на жизнь» в рамках программы «Онкодозор» организует для жительниц Москвы бесплатную консультацию ведущих онкологов с целью профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований молочной железы. Для участия просим заполнить анкету на сайте www.ravnoepravo.ru/pacientam/onko-dozor

«САНОФИ» — МЫ ПОМОГАЕМ

«Шанс на жизнь» — крупнейшая социальная программа помощи больным раком молочной железы, которая стартовала в декабре 2010 года. Эта уникальная инициатива в сочетании с корпоративной социальной ответственностью стала первым проектом среди фармацевтических компаний, направленным на помощь больным РМЖ.

Рак молочной железы (РМЖ) — это одна из самых острых проблем женского здоровья в России. Печальная статистика гласит, что ежегодно в России им заболевают более 57 200 женщин, а более 22 600 умирают от этой болезни. Каждый день в России 47 детей остаются без мам, жизни которых уносит рак молочной железы.

На ранних стадиях при адекватном лечении РМЖ излечим. К сожалению, доля больных в России с диагнозом РМЖ, состоящих на учете пять и более лет, составляет 56,7%, этот показатель значительно ниже, чем в развитых странах (пятилетняя выживаемость в Европе — 80%, в США — 90%), поскольку доступность современных высокоэффективных препаратов крайне низка. Лишь около 26% женщин получают адекватную терапию, способную дать максимальный результат.

В конце 2010 года первые 185 пациенток были включены в программу «Шанс на жизнь», что дало им возможность получать лечение препаратом «Таксотер» согласно международным стандартам. Полномасштабно программа «Шанс на жизнь» совместно с ведущими онкологическими учреждениями России стартовала в 2011 году: 2037 пациенток из 55 городов России за счет средств компании «Санофи» получили лечение по международным стандартам. Таким образом, 1307 детей получили шанс не потерять своих мам. А в 2012 году 3000 новых пациенток в 65 городах России получили самое современное лечение и шанс на жизнь. В 2013 году в программе смогут принять участие 3500 пациенток.

В рамках программы «Шанс на жизнь» онкологический отдел «Санофи» поддерживает и развивает сотрудничество с ведущими онкологическими сообществами России, а также с другими компаниями, которые реализуют социальные инициативы в борьбе с РМЖ. Так, в 2011 году совместно с компанией AVON «Санофи» поддержала V Благотворительный марш «Вместе против рака груди». В качестве партнера марша наша компания оказала помощь в организации зоны «Здоровье», где врачи-онкологи проводили обследование молочных желез всем желающим. В ходе марша было обследовано 340 пациенток, из них более 80 были направлены на дополнительное обследование.

Эта замечательная традиция была продолжена — в рамках социальной программы «Шанс на жизнь» «Санофи» поддерживала ежегодный благотворительный марш «Вместе против рака груди» и в 2012 году. 26 мая команда «Санофи», состоявшая более чем из 80 человек, приехала на Болотную площадь, чтобы вместе с другими участниками марша пройти розовой лентой — символом борьбы с РМЖ — по улицам Москвы. И в этот раз как партнер марша наша компания оказала помощь в организации зоны «Здоровье», где проводилось маммологическое обследование. В ходе марша было обследовано более 700 женщин, из них более 120 направлены на дополнительное обследование в ведущие онкологические центры Москвы.

Компания «Санофи» подняла вопрос лечения рака молочной железы в России на новый уровень. Социальная рекламная кампания, проведенная в апреле, не только актуализирует необходимость ранней диагностики, но и акцентирует внимание на лечении РМЖ по международным стандартам. Социальный ролик транслировался на крупнейших телеканалах страны, билборды, призывающие широкую общественность обратить внимание на проблему рака молочной железы в России, были установлены в Москве. «Сохраним жизнь маме» — основное сообщение социального проекта.

В партнерстве с государством

Орел — это уникальное место для компании «Санофи». С января 2012 года на заводе в Орле было запущено производство упаковки препарата «Таксотер®», что стало еще одним шагом навстречу насущным потребностям российских пациентов с онкологическими заболеваниями. Помимо этого в 2011 году все пациентки Орловской области с диагнозом «рак молочной железы» получили соответствующее лечение согласно международным стандартам по программе «Шанс на жизнь». 3 октября 2012 года губернатор Орловской области Александр Козлов посетил Орловский областной онкологический диспансер и положительно оценил первый этап реализации программы «Шанс на жизнь». В 2012 году 230 пациенток Орловской области получили самое современное лечение в ходе реализации программы «Шанс на жизнь». Во встрече с губернатором Орловской области приняли участие Александр Удодов, главный врач Орловского онкологического диспансера, Александр Печеный, заведующий отделением химиотерапии онкологического диспансера, и Ирина Острякова, директор по коммуникациям Евразийского региона компании «Санофи».

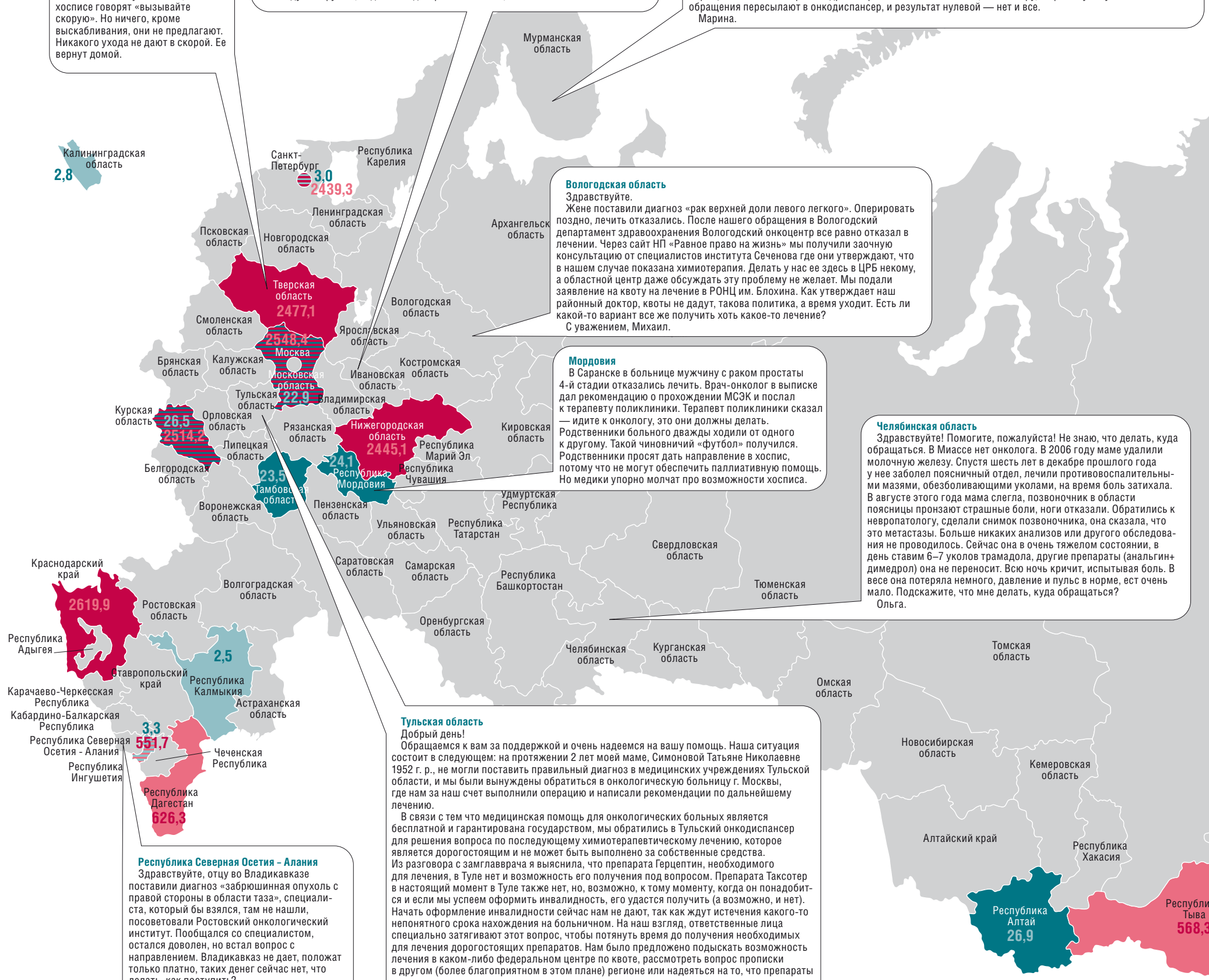
«Санофи» — одна из первых фармацевтических компаний в России, которая заговорила о проблеме лечения рака молочной железы в нашей стране. Огромный вклад «Санофи» в решение вопросов онкологии позволит сохранить жизни тысяч российских женщин и сделать тысячи детей счастливыми

КАРТА ОНКОЛОГИ

Москва
Пациентку 77 лет с терминальной стадией рака эндометрия госпитализировали в государственный хоспис №2 Москвы по направлению из онкодиспансера. Но теперь хоспис выписывает ее, фактически выгоняет, ссылаясь на то, что у нее кровотечение. Внучке пациентки, которая живет на другом конце Москвы и которая физически не может за ней ухаживать, в хосписе говорят «вызывайте скорую». Но ничего, кроме выскабливания, они не предлагают. Никакого ухода не дают в скорой. Ее вернут домой.

Ивановская область
Рак кишечника с множественными метастазами в печень. Живет в Кинешме Ивановской области. После 6 курсов химиотерапии в Ивановском областном онкодиспансере ее переводят на амбулаторное лечение, что, по ее словам, сродни приговору для нее. Дело в том, что на амбулаторное лечение ей придется ездить в то же Иваново, в поликлинику при том же самом областном онкодиспансере, где она лечилась на госпитальном режиме. Поликлиника эта находится аж в 100 км от ее дома! А ведь перед самим приемом препарата нужно сдать анализы на лейкоциты, тромбоциты и прочее. После капельницы с оксалиплатином она чувствует себя ужасно и думает, что просто не переживет дорогу обратно. Ни о каком автобусе не может быть и речи. А такси стоит 2000 р. На какие шиши ей, инвалиду 2-й группы, ездить каждый раз на лечение, непонятно!

Мурманская область
Здравствуйте, пишу вам из Мурманска. У моего мужа диагноз «меланома 2-й стадии», операция была год назад. Кололи лайфферон, но муж очень тяжело его переносит, поэтому после консультации в Москве стали делать уколы рефнота с ингароном. У меня такой вопрос: возможно ли при диагнозе мужа получать это лекарство бесплатно, так как за курс мы платим 48 000 рублей? Все обследования проходим тоже за свой счет — МРТ, КТ, анализы. Приходим к доктору с результатами КТ — сразу направление на химию (за год уже 3 направления накопили). Есть мелкие образования на легких — значит, метастазы. Мы уже самостоятельно отправляли снимки и результаты анализов в Москву и в Германию — определяют последствия мелкоочаговой пневмонии (она у мужа была). Попросили у докторов направить мужа на ПЭТ по одной из программ для онкобольных (чтобы точно поставить диагноз) — отказали, мотивируя тем, что нет возможности. Такое чувство, что, кроме химии, больше никаких направлений они не дают. Пробовали обращаться в Министерство здравоохранения нашей области, к министру, в приемную Путина — все наши обращения пересылают в онкодиспансер, и результат нулевой — нет и все.
Марина.



Вологодская область
Здравствуйте.
Жене поставили диагноз «рак верхней доли левого легкого». Оперировать поздно, лечить отказались. После нашего обращения в Вологодский департамент здравоохранения Вологодский онкоцентр все равно отказал в лечении. Через сайт НП «Равное право на жизнь» мы получили заочную консультацию от специалистов института Сеченова где они утверждают, что в нашем случае показана химиотерапия. Делать у нас ее здесь в ЦРБ некому, а областной центр даже обсуждать эту проблему не желает. Мы подали заявление на квоту на лечение в РОНЦ им. Блохина. Как утверждает наш районный доктор, квоты не дадут, такова политика, а время уходит. Есть ли какой-то вариант все же получить хоть какое-то лечение?
С уважением, Михаил.

Мордовия
В Саранске в больнице мужчину с раком простаты 4-й стадии отказались лечить. Врач-онколог в выписке дал рекомендацию о прохождении МСЭК и послал к терапевту поликлиники. Терапевт поликлиники сказал — идите к онкологу, это они должны делать. Родственники больного дважды ходили от одного к другому. Такой чиновничий «футбол» получился. Родственники просят дать направление в хоспис, потому что не могут обеспечить паллиативную помощь. Но медики упорно молчат про возможности хосписа.

Челябинская область
Здравствуйте! Помогите, пожалуйста! Не знаю, что делать, куда обращаться. В Миассе нет онколога. В 2006 году маме удалили молочную железу. Спустя шесть лет в декабре прошлого года у нее заболел поясничный отдел, лечили противовоспалительными мазями, обезболивающими уколами, на время боль затихала. В августе этого года мама слегла, позвоночник в области поясницы пронзают страшные боли, ноги отказали. Обратились к невропатологу, сделали снимок позвоночника, она сказала, что это метастазы. Больше никаких анализов или другого обследования не проводилось. Сейчас она в очень тяжелом состоянии, в день ставим 6–7 уколов трамадола, другие препараты (анальгин+ димедрол) она не переносит. Всю ночь кричит, испытывая боль. В весе она потеряла немного, давление и пульс в норме, ест очень мало. Подскажите, что мне делать, куда обращаться?
Ольга.

Тульская область
Добрый день!
Обращаемся к вам за поддержкой и очень надеемся на вашу помощь. Наша ситуация состоит в следующем: на протяжении 2 лет моей маме, Симоновой Татьяне Николаевне 1952 г. р., не могли поставить правильный диагноз в медицинских учреждениях Тульской области, и мы были вынуждены обратиться в онкологическую больницу г. Москвы, где нам за наш счет выполнили операцию и написали рекомендации по дальнейшему лечению.
В связи с тем что медицинская помощь для онкологических больных является бесплатной и гарантирована государством, мы обратились в Тульский онкодиспансер для решения вопроса по последующему химиотерапевтическому лечению, которое является дорогостоящим и не может быть выполнено за собственные средства.
Из разговора с замглавврача я выяснила, что препарата Герцептин, необходимого для лечения, в Туле нет и возможность его получения под вопросом. Препарата Таксотер в настоящий момент в Туле также нет, но, возможно, к тому моменту, когда он понадобится и если мы успеем оформить инвалидность, его удастся получить (а возможно, и нет). Начать оформление инвалидности сейчас нам не дают, так как ждут истечения какого-то непонятного срока нахождения на больничном. На наш взгляд, ответственные лица специально затягивают этот вопрос, чтобы потянуть время до получения необходимых для лечения дорогостоящих препаратов. Нам было предложено подыскать возможность лечения в каком-либо федеральном центре по квоте, рассмотреть вопрос прописки в другом (более благоприятном в этом плане) регионе или надеяться на то, что препараты удастся получить.
Елена.

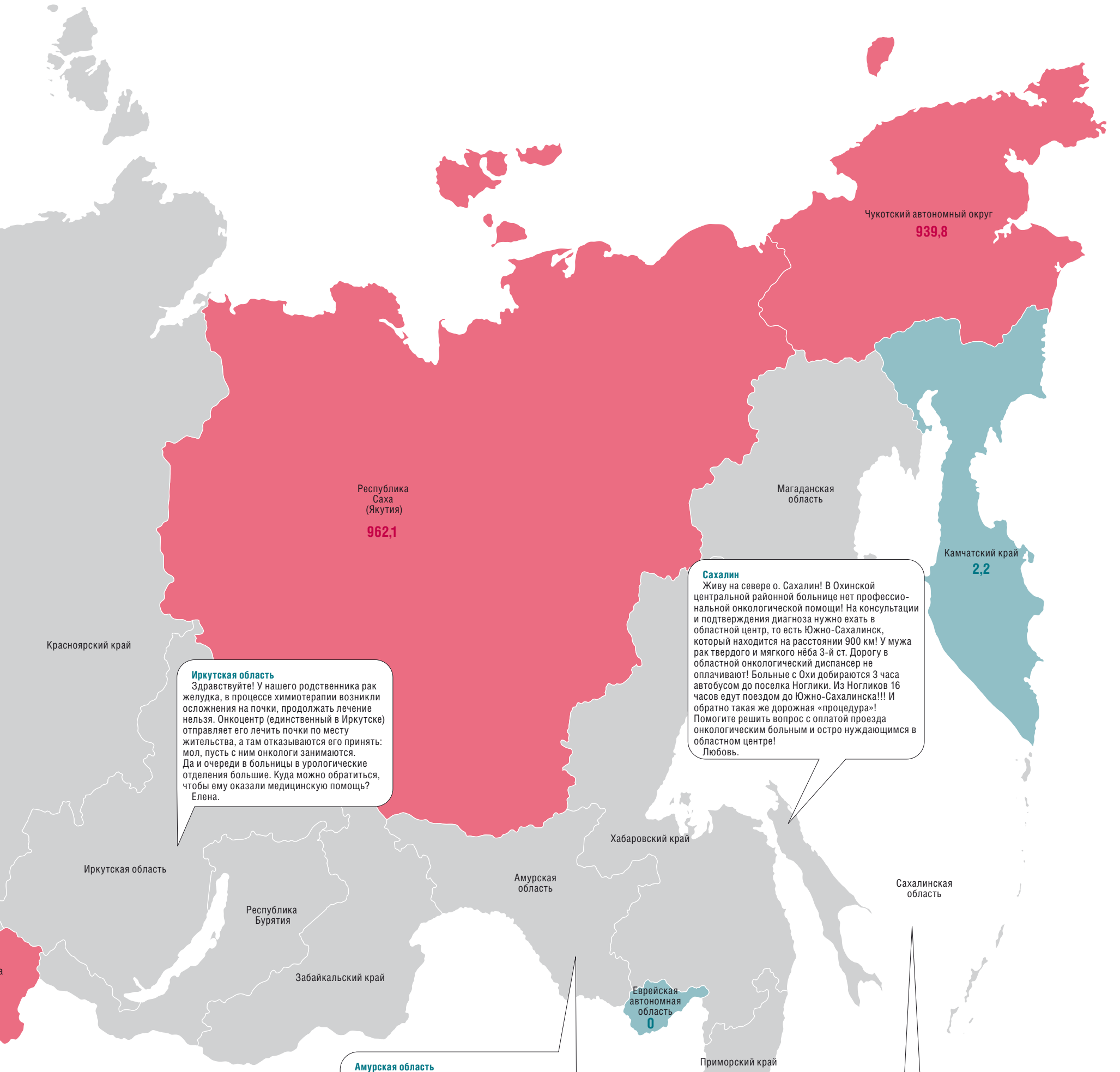
Республика Северная Осетия – Алания
Здравствуйте, отцу во Владикавказе поставили диагноз «забрюшинная опухоль с правой стороны в области таза», специалиста, который бы взялся, там не нашли, посоветовали Ростовский онкологический институт. Пообщался со специалистом, остался доволен, но встал вопрос с направлением. Владикавказ не дает, положат только платно, таких денег сейчас нет, что делать, как поступить?
Дмитрий.

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, СОСТОЯВШИХ НА УЧЕТЕ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В 2010 Г. ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
2 794 189

ДОЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ
(среднероссийский показатель 13,2%):

- Регионы с низким показателем
- Регионы с высоким показателем



Иркутская область
Здравствуйте! У нашего родственника рак желудка, в процессе химиотерапии возникли осложнения на почки, продолжать лечение нельзя. Онкоцентр (единственный в Иркутске) отправляет его лечить почки по месту жительства, а там отказываются его принять: мол, пусть с ним онкологи занимаются. Да и очереди в больницы в урологические отделения большие. Куда можно обратиться, чтобы ему оказали медицинскую помощь?
Елена.

Сахалин
Живу на севере о. Сахалин! В Охинской центральной районной больнице нет профессиональной онкологической помощи! На консультации и подтверждения диагноза нужно ехать в областной центр, то есть Южно-Сахалинск, который находится на расстоянии 900 км! У мужа рак твердого и мягкого нёба 3-й ст. Дорогу в областной онкологический диспансер не оплачивают! Больные с Охи добираются 3 часа автобусом до поселка Ноглики. Из Ногликов 16 часов едут поездом до Южно-Сахалинска!!! И обратно такая же дорожная «процедура»! Помогите решить вопрос с оплатой проезда онкологическим больным и остро нуждающимся в областном центре!
Любовь.

Амурская область
У моей дочери миелолейкоз, ее обеспечивают лекарством по программе «7 нозологий». Гливек не назначают, предлагают аналог – гемфатиниб, после которого у нее каждый раз рвота. Министр здравоохранения области в ответ на наше обращение сказал, что гливек больше поступать не будет. После обращения в Минздрав врач стал давить на больную, говоря, что гливек она все равно не получит, куда бы ни жаловалась. А теперь комиссия МСЭ сняла ей инвалидность, и теперь дочери могут вообще отказать в бесплатном лекарстве. Что можно предпринять?
Вера.

Сахалинская область
Пациентка из Южно-Сахалинска проходила лечение в НИИ им. Петрова в Санкт-Петербурге, там ей назначили, в частности, таксол. А вливание в онкодиспансере в Южно-Сахалинске делали другим препаратом. Мы это заподозрили и попросили показать ампулу. Сначала медсестра вообще не хотела это обсуждать. А потом оказалось, что пациентке вливали митотакс (дженерик). Да еще и вливали не из стеклянной емкости, а из пластмассовой. Как добиться применения назначенного препарата?
Светлана.

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, СОСТОЯВШИХ НА УЧЕТЕ В ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В 2010 г.

Регионы с низким значением

Регионы с высоким значением

КРИВАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

окончание. начало на стр. 1

В первую очередь это страхование здоровья граждан — и в том числе добровольное медицинское страхование. Должен быть продуман и принят вариант софинансирования лекарственного обеспечения между государством, страховыми компаниями и гражданами. Нам пора уже признать, что здоровье человека — это его личная ответственность и он должен быть готов, что, если он заболеет, его лечение — это в том числе и его личная проблема. Страхование как раз и несет эту функцию. В Канаде, например, вообще нет бесплатной онкологической помощи, но там все покрывается обязательным страхованием.

— Но российские страховые компании это направление совсем не развивают.

— Сейчас — да. Возможно, ситуация изменится после принятия стратегии лекарственного обеспечения до 2020 года, проект которой сейчас разрабатывается в Минздраве. Важно то, что стратегия предусматривает программу софинансирования. Если она будет принята, это может в определенной степени исправить ситуацию.

А вот финансирование лечения за счет пациентов, то есть тех, кто с онкологией уже столкнулся,— это последнее дело. Но и от этого варианта нигде не уходят полностью. Ведь когда человек болен, у него должна быть возможность лечиться хотя бы за свой счет — это лучше, чем остаться без лекарственного обеспечения совсем.

— Что касается неравенства в доступе к онкологической помощи в разных регионах — я говорю про нехватку медицинских центров. Многим пациентам приходится ехать через всю страну, чтобы попасть к доктору, тратить на это десятки тысяч рублей. Как вам кажется, идем ли мы по направлению к выравниванию этой ситуации?

— Сейчас перед Минздравом поставлена задача развития региональных медицинских центров, чтобы решить эту проблему. И сейчас много центров в стране, где работают очень квалифицированные врачи, они не только в Москве. Конечно, в такой большой стране у людей должна быть возможность лечиться возле дома. Больной не должен ехать с Сахалина в Москву для лечения только потому, что в его регионе ему негде эту помощь получить.

А вот федеральные центры, московские в первую очередь, которые сейчас пытаются вылечить полстраны, должны заниматься другим. Они являются лидерами в науке, должны вырабатывать новые стандарты помощи, должны разрабатывать новые технологии и потом тиражировать их уже на всю страну. Лечебный компонент федеральных центров должен состоять из оказания помощи только самым сложным пациентам. Это современное видение значимости и назначения федеральных центров.

— Как вы оцениваете уровень образования врачей по стране и насколько этот уровень различается в разных регионах?

— Я могу вас заверить, что уровень подготовки врачей по стране достаточно высок. И это благодаря тому, что у нас есть выстроенная и активно работающая система подготовки врачей, а также система обязательного подтверждения врачебных сертификатов каждые пять лет. Наша система непрерывного медицинского образования предлагает врачам разные виды совершенствования их квалификации или даже смены специальности: например, если в его регионе не хватает специалиста определенного профиля, доктор может получить подготовку по новой специальности.

Врачи-онкологи, например, подают заявку и приезжают к нам в Москву в Российскую медицинскую академию последипломного образования Минздрава РФ, и учатся бесплатно на базе РОНЦ им. академика Н. Н. Блохина РАМН. Более того, проживание и дорогу до Москвы им оплачивают региональные власти из денег, выделенных на программы повышения квалификации (в последнее время очень большая востребованность подготовки по разным специальностям была благодаря программе модернизации здравоохранения).

Но сейчас есть более и менее востребованные специальности. Например, сейчас очень востребованы специалисты лучевой диагностики. Это в том числе связано с тем, что в регионы пришло оборудование, на котором должны работать подготовленные специалисты. И мы учим врачей работать на МРТ-, КТ- аппаратах, на установках для лучевой терапии.

— Повышение квалификации врачей первого звена, на которых ложится основная ответственность за раннюю диагностику рака, включает в себя онкологию?

— Подготовка первичного звена действительно очень важная проблема. Пациенты, прежде чем попасть к онкологу, обращаются к другим специалистам — терапевтам, гинекологам, гастроэнтерологам — в зависимости от клинических проявлений — жалоб. И их задача рак заподозрить у пациента и направить его к онкологу. Это правильно — иначе и так перегруженная система онкологической помощи тратила бы все силы на обследование здоровых людей, а не на подтверждение диагноза и лечение.

Но работать с этими врачами сложно. Во-первых, они часто сменяются. В поликлиниках большая текучка кадров, потому что это тяжелая рутинная работа. Те, кто работает в поликлинике подолгу, уже устали от очередей пациентов с хроническими состояниями, у них утрачивается онкологическая настороженность.

— Как же можно бороться с равнодушием?

— Никак. Нужно бороться не с этим. Нужно налаживать систему обязательного осмотра пациентов. Раньше этим занимались кабинеты первичного осмотра — когда каждого пациента должен был осмотреть фельдшер хотя бы раз в год: осмотреть кожу, места опухолей наружных локализаций (шейка матки, молочные железы, лимфоузлы и т. д.). Хотя бы так. Это работало, но в 90-е годы вышло из системы. И сейчас такая практика потихоньку восстанавливается снова.

Еще важная составляющая — диспансеризация работников предприятий. Это задача работодателя — пригласить бригаду врачей на производство на несколько дней, чтобы врачи всех осмотрели, не отрывая от производства. Просто по анамнезу и минимальному обследованию врачи дают рекомендацию, кому нужно пройти дополнительное обследование. Это очень важно, потому что работающее население нужно беречь, и это именно те, кто меньше всего следит за своим здоровьем.

— Вы же много ездите по региональным центрам и можете оценивать — в каком, по-вашему, состоянии онкологическая отрасль в России сегодня?

— Однозначно отрасль развивается позитивно! Это точно. В рамках нацпроектов очень улучшился уровень обеспечения высокотехнологичным оборудованием региональных центров. Конечно, есть и огрехи, но это по мелочам. В большом количестве центры обеспечены. Второе — очень много строится новых корпусов, новых клиник. Это очень важно для развития технологий и возможностей лечебной помощи.

Это не пустые слова — я могу сравнить, что было двадцать лет назад и сегодня, и могу вас заверить, что ситуация отчетливо и достаточно быстро меняется к лучшему. Положение далеко от безнадежного.

СПРАВКА

ПОДДУБНАЯ ИРИНА ВЛАДИМИРОВНА

Заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ на базе Российского онкологического научного центра им. академика Н.Н. Блохина РАМН, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор

Ирина Владимировна — один из крупнейших ученых, координирующих в стране научные исследования в области злокачественных лимфом. Помимо этого, И. В. Поддубная принимает активнейшее участие в повышении профессионального уровня российских онкологов, являясь заведующей кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ на базе Российского онкологического научного центра им. академика Н. Н. Блохина РАМН.

В 2005 году Ирина Владимировна Поддубная избрана членом-корреспондентом РАМН отделения клинической медицины по специальности «онкогематология».

По ее словам, «не может быть никаких дискуссий по поводу того, имеют ли все онкологические больные равные права на эффективную помощь, — это очевидно. Вопрос только в том, как обеспечить каждому россиянину его право на своевременную диагностику и лечение на самом высоком уровне. Отвечая на этот вопрос, следует прежде всего упомянуть необходимость повсеместного применения инновационных препаратов, использования современного оборудования. Появление новых препаратов требует модернизации принятых стандартов лечения, и каждый больной имеет право на то, чтобы оказываемая ему медицинская помощь соответствовала этим новым, более эффективным и безопасным стандартам лечения. Следует также не забывать о необходимости непрерывного повышения профессионального уровня самих онкогематологов».

На реализацию этих целей направлена профессиональная, научная и практическая деятельность профессора И. В. Поддубной, обладающей поистине энциклопедическими знаниями в гематологии.

Источник: сайт www.oncology.ru

МОСКОВСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

Столичное здравоохранение справляется с задачей оказания помощи онкологическим больным. Создаются новые мощности, полностью решены вопросы лекарственного обеспечения. Однако работать максимально эффективно системе мешает межведомственная разобщенность медучреждений разного подчинения. Об этом в интервью газете «Равное право на жизнь» рассказал заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, заслуженный врач РФ Леонид Печатников.

— Леонид Михайлович, какова ситуация с обеспечением медицинской помощи онкологическим больным в Москве?

— В прошлом году мы полностью изменили систему оказания помощи онкологическим больным. Вместо разрозненных окружных онкодиспансеров (а в некоторых округах их просто нет) организовали единую онкологическую систему, во главе которой стоит неплохо оснащенная и укомплектованная хорошими специалистами ГКБ №62, давно уже специализирующаяся в области онкологии. А также онкодиспансер №1, расположенный в районе «Бауманской». Возглавляет службу главный онколог Москвы — главный врач 62-й больницы профессор Анатолий Махсон.

У нас есть онкологические койки в 14-й, 40-й и 57-й больнице. Кроме того, мы расширяем коечный фонд для онкобольных за счет перепрофилирования других отделений. Сейчас на базе бывшей 47-й урологической больницы мы организуем онкологический диспансер Восточного округа.

Таким образом, в каждом округе Москвы будут онкодиспансеры, которые будут замкнуты на стационары. Это поможет в том числе решить и проблему преемственности в лечении больных. В ставших поликлиническими отделениями стационаров диспансерах больные смогут достаточно быстро пройти обследование до госпитализации. И, с другой стороны, каждый выписанный из стационара больной будет находиться под диспансерным наблюдением того же медучреждения.

Параллельно выстраиванию системы онкологической помощи сейчас повсеместно устанавливается современное высокотехнологичное оборудование. В программе модернизации городского здравоохранения онкология занимала одно из первых мест. И на сегодняшний день все необходимое лечебное и диагностическое оборудование в Москве уже есть.

— Многие регионы жалуются на нехватку сил и средств для гарантированного лекарственного обеспечения больных. У москвичей те же проблемы?

— Сегодня у москвичей в этом плане больше преимуществ, чем проблем. Все нуждающиеся обеспечиваются лекарствами за счет бюджета. Другое дело, что мы же оказались и жертвами этого. Дело в том, что к нам приезжают лечиться онкобольные из других регионов, где они не получают адекватной помощи. Люди регистрируются в Москве, и мы должны брать их на учет и обеспечивать лекарствами. Но для того чтобы лечить всю Россию, Москве не хватит никаких денег. Мы должны в первую очередь думать о москвичах, поэтому будем вынуждены ставить здесь какие-то барьеры.

Раньше говорили, что Москва жирует за счет всей России. Сегодня это четко не так: по новому закону ресурсодобывающие компании не платят налоги в Москве, и у столицы создается дефицит бюджета. Но поскольку эти деньги ушли в регионы, значит, регионы должны подумать о своей социальной политике.

— Получает ли Москва квоты на лечение горожан в федеральных специализированных клиниках? И в каком количестве?

— Федеральные учреждения, естественно, лечат по квоте, а Москва когда их имеет, когда нет. В этом плане мы целиком зависимы от Минздрава. Но в любом случае, если Минздрав дает квоты, мы стараемся ими пользоваться, поскольку это деньги федерального бюджета, а больных в Москве довольно много. Если они готовы оказывать нам помощь — мы всегда рады, но в принципе на сегодняшний день мы вполне готовы лечить москвичей в своей системе онкологической помощи, не прибегая к услугам федеральных учреждений.

Другое дело, что вообще существует странная система, которую нужно пересматривать. На сегодняшний день я не могу рассчитывать ни на РОНЦ имени Блохина, ни на институт имени Герцена, потому, что я не понимаю, смогу направить туда пациента или нет. Нельзя не только ничего планировать, невозможно даже получить достоверную статистику. Федеральные учреждения не торопятся городу передавать свои статистические данные, ведомственные и подавно. В результате федеральные, ведомственные и частные клиники — это для нас одно и то же, мы вынуждены рассматривать их все как учреждения, на которые не можем рассчитывать.

При этом нигде в мире нет такого, чтобы в одном городе существовало несколько никак не связанных между собой коечных фондов. Необходимо наладить интеграцию этих фондов в Москве, покончив, наконец, с ведомственной разобщенностью медицины внутри одного субъекта федерации. В городе должен быть единый городской коечный фонд, который мы могли бы планировать и использовать, сохраняя при этом квоты для пациентов из регионов.

ЛЮДМИЛА ЗИНЧЕНКО

СПРАВКА

Стационарная онкологическая база Москвы располагает 2140 койками.

Для обеспечения симптоматического лечения онкологических больных IV клинической группы организовано 8 окружных хосписов с общим фондом на 240 коек, а также отделение паллиативного лечения на 40 коек.

Количество пациентов, находящихся на диспансерном учете, составляет более 200 тыс. Ежегодно в Москве выявляется более 36 тыс. онкологических больных.

КРАСНОЯРСК ЛЕЧИТСЯ ПО СИСТЕМЕ

Притом что в некоторых регионах страны положение пациентов просто катастрофически тяжелое, есть места, где организовать помощь пациентам смогли грамотно, современно и профессионально. Но чаще это зависит от экономического благополучия региона, сознательности его администрации и личных качеств врачей. Так, например, все устроено в Красноярском крае, где три года назад новым главврачом краевого онкодиспансера был назначен Андрей Модестов.

ХУДАСОВ АЛЕКСАНДР

«По данным “Движения против рака”, из нашего региона жалоб пациентов на лечение не поступает»,— главный врач увлеченно рассказывает о том, как он и его коллеги с помощью Министерства здравоохранения края организовали онкологическую помощь в своем регионе.

Андрей Модестов был назначен на должность главврача Красноярского краевого клинического онкодиспансера им. А. И. Крыжановского три года назад и сумел выстроить в регионе систему, которой мог бы позавидовать крупный межрегиональный бизнес. Это настолько грамотная и продуманная схема — от профосмотров до лечения и эффективной системы контроля,— что на примере организации онкопомощи в Красноярске можно делать бизнес-тренинги.

Диагностика на местах

«Самая главная наша задача — доступность медицинской помощи. Вся проблема в физической доступности. Есть отдаленные районы, из которых до Красноярска на машине по хорошей дороге ехать около 14 часов, а есть и такие территории, откуда можно добраться только самолетом»,— рассказывает Модестов.

Специалисты онкодиспансера во главе с Модестовым объехали все муниципальные районы края, встречались с главами районов и городов и проводили конференции с врачами и фельдшерами первичного звена. Были и в центральных районных больницах, узнавали, есть ли там смотровые кабинеты для первичного осмотра пациентов.

По итогам выездной работы в районах Красноярского края было создано пять межрегиональных центров, оборудованных маммографами, аппаратами УЗИ и другими средствами диагностики, позволяющими подтвердить диагноз, не отправляя человека в онкодиспансер. Доля обследованных пациентов, приезжающих на лечение в Красноярск, теперь составляет 90%.

Заболеваемость раком в Красноярском крае ниже среднероссийской. Но это не значит, что люди здесь болеют меньше. Это означает только то, что в регионе хуже диагностика. «Теперь, после начала нашей работы год назад, мы уже видим первые результаты — заболеваемость раком растет, потому что возрастает выявляемость. Также увеличился процент выявления злокачественных новообразований на 1-й и 2-й стадии с 35% до 41%»,— Модестов очень скрупулезно следит за результативностью программы.

Оборот пациентов в стационаре

Также решена проблема очередей на койки в стационаре онкодиспансера. Для этого специалисты Красноярского онкодиспансера разработали порядок отбора на госпитализацию. Проще говоря, сначала принимается решение о плане лечения, а потом уже о госпитализации. Таким образом, койка занимается только перед операцией и для восстановления после нее. Химиотерапия и лучевая терапия проводятся амбулаторно. Это оптимизирует распределение потока пациентов.

Поскольку Красноярск — регион состоятельный, то может себе позволить покупать для пациентов высокотехнологичные препараты. Самые распространенные виды рака обеспечиваются противоопухолевой терапией на 100%. А средства на лекарства в регионе распределяются таким образом, что на долечивание пациентов отправляют по месту жительства. Стандарты лечения приняты на уровне всего региона, поэтому неважно, где человек будет проходить химиотерапию, он гарантированно получит нужный препарат. На федеральном уровне такие стандарты пока не приняты.

Врачебное расследование

Если в онкодиспансер поступает пациент в трудоспособном возрасте с запущенной формой рака 3-й или 4-й стадии видимой локализации, поликлиника, к которой он прикреплен, должна самостоятельно провести расследование, чтобы выяснить, как этот случай врачи могли пропустить: где проходил обследование пациент, каких врачей он посещал, почему врачи могли не увидеть запущенный рак. Для контроля таких расследований комиссия из онкодиспансера выезжает в поликлинику, где проходил лечение пациент, и разбирает такие запущенные случаи. По итогам таких разборов запущенных случаев врачей могут лишить премии.

Точка соприкосновения

Результаты успешной работы онкологической помощи в Красноярском крае зависят от стечения ряда благоприятных обстоятельств. Это обеспеченный регион, где нет финансового голодания. Бюджет может себе позволить и закупить дорогостоящие современные препараты для всех пациентов, и построить диагностические центры, и поставить в них оборудование. Если власть так же будет действовать и на федеральном уровне, доступность онкологической помощи перестанет зависеть от места рождения пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ЗА ГРАНИЦЕЙ

В клиниках Германии, Израиля, азиатских стран с каждым годом принимают все больше онкологических больных из России.

Врачебная этика не позволяет иностранным медикам критиковать российских врачей, но в частных разговорах они говорят, что часто сталкиваются с неправильными диагнозами, поставленными в России, неэффективными медикаментами, пропущенными признаками заболевания на обследовании, не соглашаются со схемой лечения. Можно связаться с заграничными клиниками напрямую, в некоторых случаях это стоит дешевле, можно воспользоваться услугами компаний, занимающихся медицинским туризмом. Они полностью возьмут на себя хлопоты, связанные с поездкой,— все организуют, купят билеты, забронируют гостиницу, договорятся с клиниками, назначат время приема, встретят и проводят. Их работа стоит от $100 до $500. В иностранных клиниках говорят, что лечение у них обходится не дороже, чем в России. Но позволить себе операцию за границей при всех очевидных плюсах может далеко не каждый россиянин.

Германия

Ежедневно не в горнолыжный сезон в Мюнхене приземляется около 13 авиарейсов из стран СНГ. По словам Бориса Виленского, занимающегося организацией лечения в Германии, больше половины пассажиров прилетает на операции и обследования. Кроме Мюнхена есть еще Берлин и другие города с приличными клиниками. По данным немецкого Минздрава, 70% мирового медицинского туризма приходится на Германию и 70% немецкого — на Баварию. В немецких клиниках используются препараты, разработанные на основе нанотехнологий, которые способны отличить раковые клетки от здоровых. Эти препараты позволяют сделать химиотерапию максимально безвредной. Опухоли головного мозга, в том числе и с метастазами, лечат, используя гамма-нож. В этом случае пациент обходится без многоразового облучения и без хирургического вмешательства. Разработанный в Германии метод лечения ультразвуком используется при лечении рака простаты. Ультразвук выжигает саму опухоль, не повреждая стенку прямой кишки.

Стоимость операции известна заранее, если не случается форс-мажорных обстоятельств. Для примера Борис сообщил, что за удаление простаты при раке простаты клиника взяла предоплату €17 тыс. (в эту сумму входит пребывание в отдельной палате, питание и уход в течение десяти дней), после перерасчета пациенту вернули €3,3 тыс., хотя оперировал один из лучших в мире оперирующих урологов. Операция при раке груди с сохранением груди, удаление лимфоузлов стоит €17 тыс. Стоимость химиотерапии всегда зависит от медикамента и варьируется от €2 тыс. до €7,2 тыс. за курс. Облучение в среднем стоит €8 тыс., но в зависимости от зоны облучения цена может доходить и до €18 тыс.

Если больной обращается напрямую в клинику, от отправки заявки до приглашения может пройти месяц. Крупные университетские клиники ежедневно получают по 50–60 запросов, так что ответ потенциальному пациенту придет недели через две. Его попросят сделать предоплату в клинику, счет, как правило, завышают для подстраховки (потом лишние деньги возвращают). Если заявку получает фирма, специализирующаяся на организации лечения, то в большинстве случаев на следующий день пациент получит вызов в Германию. При наличии шенгенской визы в течение трех дней будет организован прием у врача. Борис Виленский рассказал, что предоплаты никакой не берет, счета предъявляются в немецкой клинике, услуги организатора оплачиваются отдельно. Борис советует пациентам в клиниках требовать счета, чтобы стоимость операции не удвоили. В Германии все медицинские услуги одинаковы по всей стране и урегулированы законом, кроме гонорара частного врача.

AFP/EASTNEWS

Израиль

Среди своих главных преимуществ представители израильских клиник называют тот факт, что Израиль занимает второе место после США по новейшим разработкам. За последние десять лет наблюдается тенденция к снижению показателей смертности от рака в Израиле. Эта страна может похвастаться одним из самых высоких на Западе показателей выживаемости среди пациентов, больных раком. Анна Басова, руководитель отдела по работе с иностранными партнерами медицинского центра в Тель-Авиве сообщила, что в прошлом году в Израиле прошли курс лечения 60 тыс. больных из стран СНГ. Это данные только по государственным клиникам, не считая частных. В Израиле самые большие государственные онкологические клиники на Востоке. Пациенты из России по желанию могут быть направлены как в государственную, так и в частную больницу. Все врачи несут ответственность за пациента, у каждого доктора есть страховка, за ошибки отвечает страховая компания. По словам Анны Басовой, цены в клиниках Израиля на 30% ниже, чем в Германии, при этом к услугам пациентов новейшее оборудование, узкопрофильные специалисты, врачи высшей категории, профессора, многие прекрасно говорят по-русски. Операция по удалению простаты при раке простаты, например, стоит от $7 тыс. до $13 тыс. Операция с использованием робота Да Винчи обойдется пациенту от $20 тыс. до $24 тыс. Большой плюс Израиля — ранняя реабилитация, пациенту не дают залеживаться, поэтому у больных не бывает пролежней. Виза в Израиль россиянам не нужна, ответ на свою заявку пациент получает за два-три рабочих дня, а уже на третий-четвертый день после первичного обращения может прибыть в израильскую клинику на лечение. Медицинская программа составляется индивидуально для каждого пациента, по каждому обращению собирается консилиум врачей и принимает решение. Чтобы отвлечься от болезни, пациентам предлагают недорогие экскурсии по стране.

Израильские врачи-гастроэнтерологи проводят сложнейшие операции без общей анестезии, скальпеля, надрезов и швов. Они используют эндоскопы, оснащенные не только видеокамерами с высоким разрешением, но и хирургическими инструментами. Недавно появился прибор, который медики называют революционным в лечении пищевода Баррета, считающегося предраковым состоянием. Прибор вырабатывает радиоволны, которые полностью ликвидируют верхний слой слизистой оболочки пищевода, после чего на месте пораженных клеток появляются здоровые. Процедура длится 50 минут, проводится без операции в кабинете гастроэнтеролога с повторением через полгода, и человек здоров. ERCP, эндоскопическая холангиопанкреатография, позволяет без скальпеля излечивать болезни поджелудочной железы и желчных протоков.

Биомедицинские компании Израиля в ближайшем будущем обещают совершить революцию в лечении онкологии. Через три-четыре года в продажу поступит препарат для лечения рака поджелудочной железы. В опухоль планируют помещать тонкую капсулу, в течение трех месяцев из нее будет поступать лекарство и воздействовать на раковые клетки. Разрабатывается и новое средство для местной анестезии. Один укол будет снимать болевые ощущения на 60 часов.

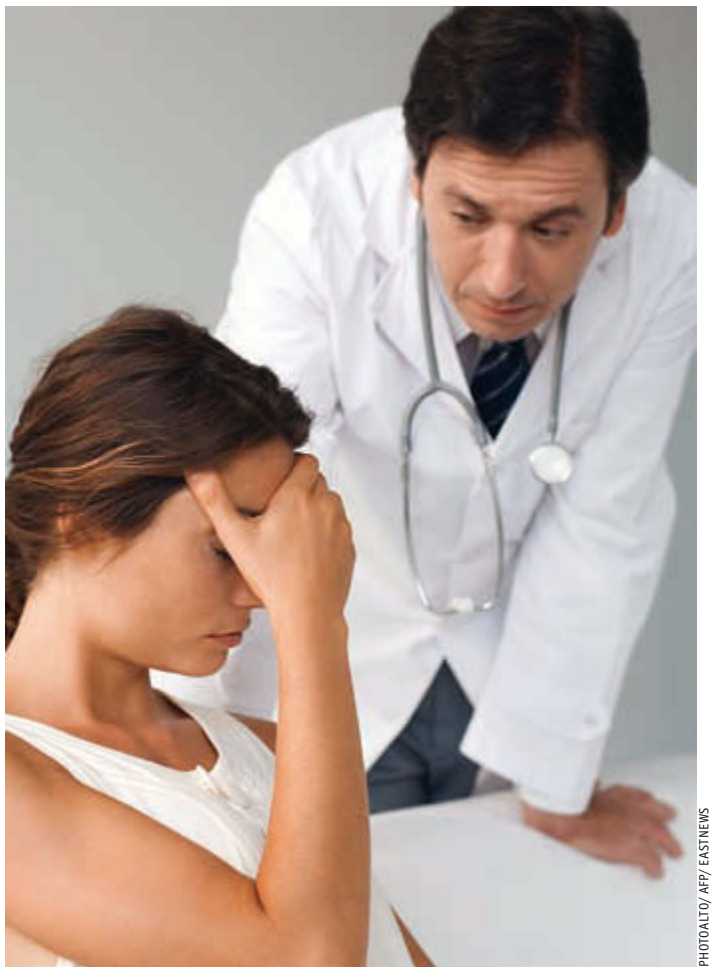
Азиатские страны

Южная Корея, Сингапур, Китай, Япония, Таиланд — в этих азиатских странах успешно лечат онкологию. Безусловный лидер — Южная Корея. Медицина там развивается по американской модели, это модель крупных университетских госпиталей. Там не только лечат, но и занимаются научными разработками. Рак предстательный железы оперируют с помощью робота-хирурга Да Винчи, придуманного американцами. В США такая операция стоит $30 тыс., в Южной Корее — $16–18 тыс. В одной из компаний медицинского туризма, занимающейся именно азиатскими странами, сообщили, что цены на лечение онкологии в Южной Корее на 30% ниже, чем в США и Израиле, на 20% меньше, чем в Германии. Стоимость зависит от способа операции. Самая простая стоит от $8 тыс., самая дорогая — $30 тыс. Курс химиотерапии обходится больному от $800 до $4 тыс., четыре курса радиотерапии стоят от $12 тыс. Корейских врачей в медицинских компаниях представляют как очень скрупулезных, честных, отличающихся восточным почтением. В клиниках Южной Кореи с иностранными пациентами общаются доктора не ниже профессора. Это закреплено в правилах. После операции к больному каждые 15 минут заходит медсестра. Выписку дают на трех языках — корейском, английском и русском. После возвращения домой врач и пациент общаются по скайпу и электронной почте. Азиатские врачи, оперируя онкологических больных, широко используют гамма-нож и кибернож. Во время лучевой терапии облучают не весь организм, а только пораженный орган. Срезы делают толщиной 0,01 мм, так можно разглядеть даже мелкие метастазы. Врач-онколог Ольга Мельникова подтвердила, что сейчас российские пациенты потянулись на Восток: «Моя больная уже месяц проходит курс лечения в Сингапуре. Принцип лечения практически не отличается от нашего, единственное, девушке прописали лекарство, которое в России не продается. О результатах пока говорить рано, прошло не так много времени».

ДОКТОР, А Я ВАС ЗНАЮ

СЕРГЕЙ ТОЛЕЦКИЙ, ПСИХОЛОГ

Докторов учат обращаться с больными. В мединститутах есть такой предмет — деонтология — должное обращение с пациентом. А вот больных, как обращаться с врачами, никто не учит. И эффективность лечения во многом зависит от того, как складываются взаимоотношения пациента и врача.



PHOTOALTO/ AFP/ EASTNEWS

Мы вверяем доктору свое самое дорогое. От него теперь зависит наша жизнь. И отношение к врачу у многих из нас — как к всесильному существу. Старшему. Всезнающему. Всемогущему…

Наши трепет и покорность не остаются незамеченными. Опросы среди медиков выявляют ожидание и желание от пациента именно такого отношения к себе. Многие из них только и ждут, чтобы пациент подчинялся им да еще и любил их при этом.

На самом деле далеко не каждый больной готов к признанию абсолютной власти доктора. Некритичны и легко впадают в зависимость от врача пациенты со слабым типом нервной системы. Но любой опытный врач скажет вам, что нет хуже больного, впавшего от него в зависимость, подобную наркотической.

Мало того что такой больной не спит, не ест, а только ждет свидания с врачом. Он отказывается верить в то, что болезнь отступила,— как же, связь его с врачом ослабляется! Выписка из стационара для него катастрофа. Он снова и снова записывается к врачу на консультацию и норовит лечь на обследование на следующий день после выписки. Постоянно звонит своему доктору и сообщает о проявившихся снова, на его взгляд, симптомах. И от такой любви до разочарования и даже ненависти к оказавшемуся отнюдь не всемогущим врачу один шаг. А значит, и все предписания и рекомендации еще вчера обожаемого доктора — побоку. Что при неблагоприятном течении болезни чревато самыми серьезными последствиями.

Так что как бы ни была слаба ваша нервная система, зависимости от врача надо постараться избежать. Чему в немалой степени способствует умение держать дистанцию. Даже с доктором. Даже в самой критической ситуации.

Потому что доктор — он тоже человек. Понимание этого поможет и при выборе (если он реально есть) врача, и при выстраивании с ним наиболее благоприятных для лечения отношений.

Тут нам поможет знание типологии медработников. Потому что чем скорее вы определите, к какому типу медиков ваш доктор относится, тем меньше вероятность, что попадете к нему в зависимость. Оскорбитесь его манерами. Отношением к вашему отчаянному положению. Станете его любить или ненавидеть — что для онкобольного одинаково скверно.

Сразу оговорюсь — психологический тип доктора и его профессионализм (а значит, и эффективность прописанного лечения) напрямую не связаны. Следовательно, и знание психологии вашего доктора нужно не для обороны от него, а для сотрудничества с ним в борьбе с болезнью.

Например, один из самых распространенных типов медиков — суховатый, строгий, отстраненный. Крайне редко выказывает понимание и сочувствие больному. Слова поддержки у него скупы. Но не спешите обижаться и упрекать врача в черствости. Скорее всего, вы попали к так называемому доктору-специалисту. И часто это большая удача.

Врач-специалист знает болезнь досконально. Следит за всеми последними исследованиями. Штудирует методики. Изучает новые препараты. Ему интересен каждый случай заболевания. Он непременно хочет с ним справиться. При этом ваши душевные переживания ему только мешают. Они смазывают картину вашего самочувствия. Не дают подобрать оптимальную схему лечения. Поэтому специалист сух, холоден и требует безусловного подчинения. Постарайтесь ему в этом не мешать. И ищите психологической помощи у родственников и психотерапевтов, если вам ее не хватает.

Схож со специалистом (но часто только внешне) тип докторов-педантов. Такой распишет все процедуры. Схему приема лекарств. Весьма изощренную диету. Всевозможные ограничения и моционы с упражнениями. Он предпочитает забрасывать широкую терапевтическую сеть. И часто таким образом болезнь отлавливают и усмиряют. Справиться больному с таким количеством предписаний сложно. Прогневить доктора-педанта нерадивостью в лечении легко. Чисто психологически пройти курс успешно у доктора-педанта легче пациенту внушаемому и податливому, чем авторитарному и самодостаточному. Однако и тому и другому принятие педантизма врача как единственного способа борьбы с болезнью пойдет на пользу.

Все чаще встречается нам врач деловой. Такой воспринимает себя как менеджера в деле управления лечением болезни. Для него медицина — услуга на рынке. Врач — профессионал, предлагающий свое умение лечить всем желающим и способным оплатить квалификацию врача. Стремится сделать свою работу лучше, чем конкуренты. Озабочен своей репутацией. Старается избежать ошибок, применять самые современные, но апробированные и бесспорные методы лечения. Деловые врачи могут показаться циниками, прагматиками или даже дельцами. На самом деле — это современные специалисты, знающие себе цену и требующие того же от пациента.

Попадаются среди врачей и вампиры. Не то чтобы они высасывали из больных кровь или энергию. Но вот подчинить пациента, заставить его относиться к себе почти с обожанием, повысить таким образом самооценку и достичь полного душевного комфорта — это да. Что для больного, склонного к умеренной зависимости от врача,— благо. Для легко подавляемого — нежелательно. А для пациента с сильным и авторитарным характером чревато конфликтом вплоть до отказа от услуг доктора подобного типа.

Ну и почти легендарный — доктор от Бога. Из тех, с которым поговорил, и сразу стало легче. Он не пытается пациента подавить, подчинить или влюбить в себя. Вселяет в больного уверенность. Он ободрит, поддержит и при этом будет искренен. Допустив неточность в диагнозе или лечении, не станет суетиться и перекладывать вину на окружающих (в том числе на больного), а, быстро обнаружив ее, сам и устранит. При повторном посещении, обследовании сразу вспомнит и вас, и вашу проблему. И как прошла операция, и что назначили для лечения. Не станет раздражаться в ответ на ваше раздражение. Не упрекнет и не отчитает. И т. д.

В чистом виде доктор от Бога встречается довольно редко. Это скорее собирательный образ или идеал. Зато многие его черты встречаются по отдельности.

ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ

Пациентам нужна помощь. Чтобы понять свою болезнь, чтобы понять, правильно ли их лечат, чтобы адаптироваться к условиям испытания. Помощь нужна и родственникам, которые переживают и чувствуют свою беспомощность. Мы в «Равном праве на жизнь» и «Движении против рака» это очень хорошо понимаем. Поэтому мы создали проект «Школа пациентов».

Мы ездим по больницам в разных регионах страны и разговариваем с пациентами. Мы привозим врачей, юристов и психологов, чтобы дать возможность задать любые вопросы. Ведь неосведомленность пациентов о современных медикаментах и о своем праве на их получение — одна из основных бед заболевших людей в борьбе с бюрократией за свою жизнь. Врачи и чиновники часто пользуются этим незнанием, не утруждая себя информированием. Информационную поддержку пациентов взяло на себя НП «Равное право на жизнь» и «Движение против рака».

Права пациентов в России нарушаются очень часто. Людей не обеспечивают своевременной диагностикой, лекарствами последнего поколения, которые по законам РФ им положены бесплатно. Сегодня пациенты стали более образованны, чем раньше. Они могут прочесть в интернете и о своей болезни, и о способах лечения и задавать вопросы своему врачу. Но многие не могут заступиться за свое здоровье и свою жизнь, потому что ни об этих лекарствах, ни о правах на них даже не знают. Мы считаем своей основной задачей их отстаивать. Основное право каждого гражданина России, каждого пациента — это равное право на жизнь. Для нас это не просто слова.

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. Во время «Школы» пациенты, их родственники и близкие могут задать вопросы специалистам и получить компетентные ответы.

«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».

SCIENCE PHOTO LIBRARY/ AFP/ EASTNEWS

Узнать о том, где пройдет следующий семинар «Школы пациентов», можно в интернете:

на сайте межрегионального общественного движения «Движение против рака»: www.rakpobedim.ru;

на сайте некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь»: www.ravnoepravo.ru;

в микроблоге некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь»: twitter.com/ravnoepravo;

в блоге Дмитрия Борисова, исполнительного директора некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь»: dborisov.livejournal.com.

Телефон горячей линии:
8-800-200-2-200
с 9:00 до 21:00 (по России звонок бесплатный)

Заполните форму обратной связи, приложенную к этой брошюре, и мы свяжемся с вами наиболее удобным для вас способом (по телефону или e-mail) в удобное для вас время.

ЭКСПЕРТНЫЙ

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, ГОУ ДПО РМАПО кафедры онкологии. Чтобы получить независимую экспертизу по диагнозу и лечению на основании истории болезни, заполните форму на сайте ravnoepravo.ru/konsultacii.

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 фиала 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 городе Чебаркуль Челябинской области. После окончания средней школы училась на лечебном факультете 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова. Сейчас это заведение называется Медицинской академией. По окончании вуза в 1977 году 2 года ординатуры, затем три года аспирантуры в Институте психиатрии АМН СССР. Защита кандидатская 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 проф. В. А. Концевого) — в геронтопсихиатрии в должности старшего научного сотрудника. Врач высшей категории. имею также сертификат психотерапевта. С апреля 2009 — работаю с «Движением против рака».

Лали Бабичева, генетик

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. После нее 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.

Ирина Морковкина

АЛЕКСАНДР ЩЕРБАК

ВОПРОС

Мне 42 года, у меня жена и двое детей — одному 15, второму 10. И вот мне ставят диагноз «рак желудка, II стадия». Я лечусь, я делаю все, что говорят врачи. Но я не чувствую больше себя главой в моей семье. Какой я глава, если никто не знает, сколько я еще проживу?! Если я работать не могу, если не успеваю обеспечить семью вперед, потому что болен? Я не знаю, как смотреть им в глаза. От их жалости я раздражаюсь. В итоге отношения в семье ужасные. Что мне делать?

Михаил

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОТЕРАПЕВТ

Уважаемый Михаил.

Если у Вас 2-я стадия рака желудка и проведена операция, Вы здоровый человек, и все дополнительное лечение, если оно есть, профилактическое, то есть на всякий случай.

При 2-й стадии данной формы рака приблизительно в 70% случаев наступает ИЗЛЕЧЕНИЕ от рака, то есть опухоль больше не вернется к Вам.

Если на сегодняшний день имеются проблемы со здоровьем и Вам трудно работать, то это не от опухоли, а следствие проведенного лечения и вопрос временный.

Интересно, а Вы думаете, что люди, у которых нет рака, точно знают, сколько они проживут? Спросите у тех, кто попадал в автокатастрофу и остался калекой, например, они предполагали заранее, что это с ними произойдет? Никто точно не знает, сколько он проживет, и это не зависит от рака. Обеспечение семьи тоже никак с раком не связано. Я знаю очень много примеров, когда рак, даже более серьезный, чем у Вас, никак не останавливал людей в плане обеспечения семьи и даже, наоборот, подстегивал к действию. Здесь все зависит от Вашей силы духа, а не от болезни.

Объясните родственникам, что Вы здоровый человек и жалеть Вас не надо, и делайте то, что можете, и это будет честно.

Удачи.

ВОПРОС

Мне 35. Недавно родился второй ребенок. И у меня нашли опухоль груди. Я еще не знаю, доброкачественная она или нет. Ужасно боюсь, что если мне удалят грудь, то муж уйдет от меня и я останусь одна с двумя детьми, изуродованным телом и без надежды на нормальную жизнь! Можно ли сохранить грудь, даже если рак? И если нельзя, через какое время можно делать пластическую операцию? Будет ли грудь уродливой или я смогу еще привлечь мужчину?

Анна

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Анна.

Даже если имеется рак молочной железы, в ряде ситуаций возможны органосохраняющие операции. Возможность выполнения этих вмешательств зависит от многих факторов. В частности, от размера, локализации опухоли и стадии заболевания. Если опухоль совсем маленькая, возможно выполнение подкожной мастэктомии. В этом случае молочная железа удаляется, дефект замещается протезом соответствующего размера и вся кожа сохраняется. При хорошем исполнении дефект практически незаметен. Радикальная резекция — другой вариант. В этом случае удаляется часть молочной железы с подмышечными лимфоузлами. После операции молочная железа меньше по размеру, искаженномй формы. Есть вариант, когда после мастэктомии сразу на операции в подкожной клетчатке оставляется расширяющийся протез-экспандер. Далее в течение нескольких месяцев он постепенно расширяется, кожа над ним растягивается, и в последующем он замещается анатомическим протезом. Косметический эффект неплохой. Также после мастэктомии возможно проведение одномоментной пластики по различным методикам.

Если одномоментная реконструкция не проведена, различные варианты пластических операций лучше всего проводить примерно через год после мастэктомии. Удачи.

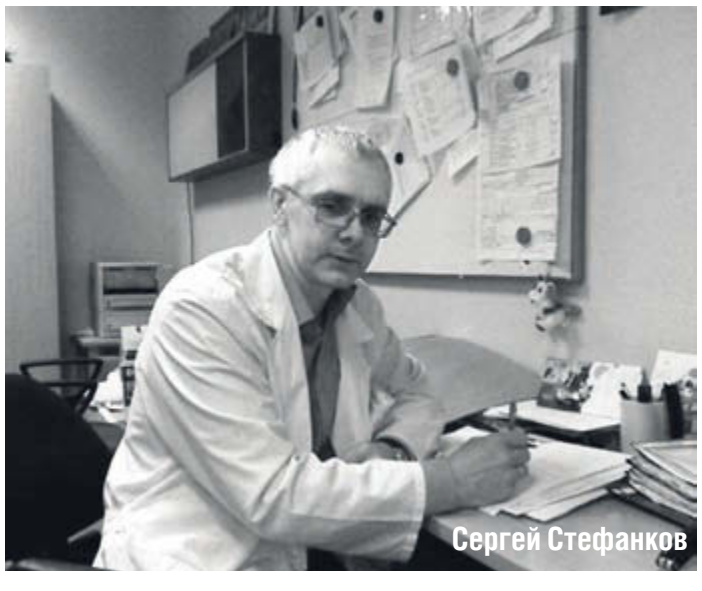
ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОТЕРАПЕВТ

Анна, ваше беспокойство заранее направлено вперед, в неизвестность, и воображение рисует Вам самые неприятные исходы. Уверена, что уже после ответа на Ваш вопрос специалиста-хирурга тревожные ожидания значительно померкнут, поскольку Вы получите реальную, объективную, ответственную ИНФОРМАЦИЮ. Не нужно будет гадать на кофейной гуще. Что же касается вопроса о сохранении семьи, то два человека будут стараться сохранить свой союз, основанный на понимании друг друга, доверии, взаимной поддержке и любви. В трудных ситуациях неоценимую помощь в восстановлении взаимопонимания окажет семейный психотерапевт, к услугам которого советую Вам вдвоем обязательно прибегнуть.

ВОПРОС

У моего мужа рак кожи. Ему сделали химию, потом операцию и еще одну химию. Во время лечения его отпустили домой отметить день рождения, и у нас была близость. Сейчас я узнала, что беременна. Я не понимаю, что мне делать?!! Муж был уже облучен, и я не знаю, может ли это сказаться на ребенке. Не хочу, чтобы ребенок родился с отклонениями. Но я также думаю о том, что, если муж не сможет выздороветь, это мой последний шанс родить от любимого мужчины! Детей у нас нет. Не спешили, думали еще вся жизнь впереди...

Елена


Сергей Стефанков

Лали Бабичева

АЛЕКСАНДР ЩЕРБАК

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА, ГЕНЕТИК

Перед тем как ответить на Ваш вопрос, позвольте еще раз предостеречь семьи, которые столкнулись с диагнозом «рак».

Противоопухолевое лечение часто проводится в комплексе: применяется и лучевая, и химиотерапия. Помогая пациенту в борьбе с заболеванием, эти методы терапии имеют серьезное воздействие на формирование половых клеток. Герминогенный эпителий — это быстро делящаяся ткань, а процесс деления клеток наиболее чувствителен к повреждающему воздействию химиотерапии. Многие препараты, применяемые в лечении рака, обладают токсическим (повреждающим) действием на яички. В результате диагноз «мужское бесплодие» ставится большинству пациентов, которые проходили терапию в связи с онкологическим заболеванием. На сегодняшний день самым надежным и простым способом сохранения фертильности у мужчин, подвергающихся противоопухолевому лечению, является криоконсервация (замораживание) сперматозоидов перед началом специфического лечения.

Мужчины, проходящие химиотерапию, должны использовать эффективные средства контрацепции во время лечения, поскольку химиотерапия имеет вредоносное влияние на хромосомы сперматозоидов.

Тем не менее, как показывает практика, несмотря на предостережения врачей, подобные случаи нередки. И если зачатие уже произошло, не стоит поддаваться панике. Во-первых, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом Вашего супруга, узнать, какие именно противоопухолевые препараты он получал и какое влияние они оказывают на качество сперматозоидов; если проводилась лучевая терапия, то необходимо выяснить, входили ли в зону облучения репродуктивные органы. Во-вторых, обратитесь к высококвалифицированному акушеру-гинекологу на ранних стадиях беременности для своевременного мониторинга пороков развития плода и тщательного наблюдения за всей беременностью. Очень надеюсь, что все обойдется и у Вас родится здоровый ребенок.

ВОПРОС

Читаю в интернете много историй, что химию откладывают. Причины разные: лейкоциты, давление, грипп у пациента или лекарства не хватает. И что, такие перерывы — это приговор? Если вовремя не прокапать — то все впустую? Какой может быть перерыв между курсами, чтобы это не сказалось на эффективности? Меня это теперь очень беспокоит.

Надежда Васильевна

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Надежда Васильевна.

Перерывы между курсами химиотерапии бывают разные, обычно от 1 до 4 недель. Это зависит от того, какие препараты входят в схему. При стандартном перерыве в 1 неделю увеличение его до 2 недель вполне допустимо и на эффекте никак не скажется. При стандартном перерыве от 2 до 4 недель увеличение интервала на 50% также никак не влияет на эффективность специальной терапии. Увеличение интервала больше чем на 60–70%, конечно, нежелательно, но и в этом случае нельзя говорить о том, что лечение проходит «впустую». Эффективность присутствует, но в меньшей степени. Также имеет значение количество перерывов за весь курс лечения. Если у Вас, к примеру, в течение 6 курсов химиотерапии случился один длительный перерыв, это никак не отразится на эффекте лечения. Если длительные перерывы случаются каждый раз, это ухудшает результаты. В этом случае лучше несколько снизить дозу препаратов, таким образом уменьшив токсичность, чем постоянно увеличивать интервалы между курсами химиотерапии, чтобы организм пришел в норму. Существуют также различные меры профилактики для разных клинических ситуаций. Удачи.

ВОПРОС

Я много читаю статей, в том числе в вашей газете, что в стране не хватает лекарств. У меня появился страх, что мою маму лечат неправильно. Что есть более эффективные препараты, а мне о них просто не говорят. Я бы купил за свой счет! Я просто хочу вылечить мать. Но как проверить, врач выписывает лекарство по разнарядке — на что денег хватило, то и капаем, или по-честному? Если ли законы, обязывающие информировать пациента и родственников обо всех способах лечения? Как они выполняются? Как проверить?

Виктор. Больна мать РМЖ III стадия

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА, ЮРИСТ

Уважаемый Виктор.

Никакой закон не заставит врача дать Вам дополнительную информацию о лечении, если он этого не хочет или если по своему уровню квалификации он ее просто не знает.

На сегодняшний день существуют стандарты оказания медицинской помощи, в том числе онкологической, при разных заболеваниях. Эти стандарты могут различаться в разных регионах и зависеть от финансирования. Кроме того, эти стандарты могут отличаться от современных европейских и американских. Минимальные рекомендации выполняются всегда. Один из способов проверить правильность лечения — дополнительная консультация у независимого специалиста. Второй способ — самостоятельно ознакомиться с рекомендациями по лечению, например, Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Такие рекомендации выпускаются каждый год. Еще один способ — послать медицинские документы за границу, например в Германию. Крупные медицинские центры и клиники университетов всегда дают рекомендации на уровне последних достоверных достижений медицины.

Лариса Зверева

Удачи.

ВОПРОС

Чем можно облегчить побочные эффекты от химиотерапии? Мне врачи толком ничего не назначают, говорят — препаратов нет. Мне сын из Москвы привезет — только скажите, что от тошноты и рвоты. А то это лечение хуже смерти уже.

Людмила

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Людмила.

Схема противорвотной терапии зависит от режима химиотерапии. Если, например, химиопрепараты вводятся в течение одного, двух или трех дней, можно рекомендовать следующий режим:

«Эменд» 125 мг внутрь до химиотерапии в 1-й день.

«Дексаметазон» 8 мг в/м утром до химиотерапии и вечером в 1-й день.

«Ондасетрон» 8 мг в/м или в/в до химиотерапии в 1-й день.

«Эменд» 80 мг внутрь утром во 2-й и 3-й дни (до химиотерапии, если она проводится).

«Дексаметазон» 4 мг в/м утром во 2-й и 3-й дни (до химиотерапии, если она проводится).

«Ондасетрон» 8 мг в/м утром во 2-й и 3-й дни (до химиотерапии, если она проводится).

Если режимы химиотерапии другие (не один, или два, или три дня), надо расписывать по-другому. Вариантов очень много, но в любом случае лучше сочетать «Эменд», «Ондасетрон» и «Дексаметазон». Удачи.

ВОПРОС

Когда вырастают волосы после химии? Прошел уже месяц, а пушок еле пробивается... Может ли такое быть, что изменения необратимы? Я очень боюсь остаться лысой на всю жизнь.

Елена, 35 лет

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Елена.

Волосы отрастают всегда. Обычно для этого нужно 5–6 месяцев. Они могут быть лучше, чем раньше, могут быть другими по фактуре, жесткости и цвету. Могут стать кудрявыми.

Когда начался рост волос, не следует их красить, часто мыть и сильно сушить феном. Ускорить рост волос можно применением специальных средств, например «Банфи». Удачи.

ВОПРОС

В интернете очень много рекламы средств народной медицины против рака. Я понимаю, что, скорее всего, большинство методов совершеннейшая фигня — например, водка на подсолнечном масле. Но может быть, есть что-то, что помогает? Не хочу травить себя мухоморами. Но, например, к китайской медицине присматриваюсь. Вопрос в том, не навредит ли это тому курсу лечения, который я прохожу под наблюдением врачей?

Павел

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Павел.

Очень трудно сказать, как будут сочетаться по эффективности различные препараты, если не проведено специальных исследований. Вариантов может быть три:

препараты никак не влияют друг на друга;

препараты усиливают действие друг друга или один усиливает действие другого;

препараты ослабляют действие друг друга или один ослабляет действие другого.

То же самое касается побочных эффектов:

каждый препарат обладает своими побочными эффектами, и они никак не связаны между собой;

побочные эффекты усиливаются при введении двух разных препаратов;

побочные эффекты ослабляются при совместном использовании.

Препараты, которые рекомендует «народная медицина», даже и китайская, могут быть безобидными, а могут быть и достаточно серьезными и токсичными, как, например, сулема, керосин, да и тот же мухомор. Это серьезные яды и токсины. При этом химиопрепараты — еще более токсичные соединения, чем «народные». Что может получиться от их «соединения» — неизвестно как в плане лечебного эффекта, так и в плане осложнений от терапии. Из китайских препаратов есть некоторые, которые были исследованы в РОНЦ имени Блохина около 20 лет назад. Было доказано, что они безопасные, снижают побочные эффекты химиопрепаратов, не снижая эффективности, улучшают состояние иммунной системы, и, таким образом, их можно применять во время специального лечения. Это «Ганодерма», «Лентинан», элеутерококк и некоторые другие. Опять же надо знать, какие дозы использовать. Все эти исследования были сделаны в лаборатории, которой заведовал профессор В. И. Купин, с результатами этих исследований можно при желании ознакомиться. При этом надо понимать, что это хорошее дополнение, а не панацея.

Как видите, вопрос сочетания препаратов и схем совсем не простой. Если Вы хотите что-либо добавить в лечение, лучше все-таки посоветоваться с лечащим доктором.

Удачи.

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

ДОКТОР С КРАСНЫМ НОСОМ

Заболевшие дети — все равно дети. Пусть они справляются со взрослой болезнью, пусть проходят взрослые процедуры и задаются недетскими вопросами, но самое важное сохранить для них детство. В этом помогают больничные клоуны.

Немного грима, яркая одежда, красный нос, и вот за несколько минут актеры превращаются в клоунов. Полина Пахомова становится балериной Ниной, Давида Гугуляна в ближайшие четыре часа будут звать Абу. В Российской детской клинической больнице для клоунов даже выделили гримерку. Уже никто не сомневается в том, что игры, фокусы, красные носы улучшают состояние детей. Полина и Давид рассказывают, что три месяца они учились в школе-семинаре, потом практиковались вместе со старшими клоунами, теперь работают самостоятельно.

Автономная некоммерческая организация «Больничные клоуны» существует уже семь лет и помогает маленьким пациентам справиться с болезнью и не погрузиться в неприятные переживания. Улыбающийся ребенок легче переносит недуг и мотивирован на выздоровление. Все клоуны — профессиональные артисты. Они должны быть еще и хорошими психологами, тонко чувствующими состояние ребенка. Артистов в клоунов превращает Константин Седов — художественный руководитель организации, он же первый профессиональный больничный клоун в России. Он подготовил уже 47 клоунов, которые постоянно работают в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Казани и Орле. Кроме того, организация поддерживает инициативные проекты еще в 12 российских городах, проводит там тренинги и семинары. «Больничные клоуны», как и все некоммерческие организации, существуют на пожертвования всех желающих помочь. Клоуны стали приходить в больницы еще 30 лет назад в США, сейчас развита широкая сеть национальных и международных организаций, разработаны критерии работы, а в Берлинском университете даже можно стать бакалавром по специальности «больничный клоун».

Далеко не все после обучения становятся клоунами. Полина вспоминает свой первый опыт работы в больнице, говорит, что было страшновато, особенно в послеоперационных отделениях. Дети реагируют на клоунов по-разному. Малыши, увидев людей в яркой одежде, могут и испугаться. Подростки, особенно тяжелобольные, не очень охотно идут на контакт. Но многие уже ждут, когда же в их палату заглянут веселые гости. Полина говорит, что каждый артист должен найти для себя мотивацию, зачем он это делает. Работа клоуна в больнице — это возможность постоянно быть в профессиональном тонусе, импровизировать приходится на каждом шагу. Каждый раз, когда клоуны заходят в палату, они не знают, как их встретят, в каком состоянии там дети.

В длинном коридоре Российской детской клинической больницы врачи, увидев клоунов, улыбаются и говорят: «Здравствуйте, дорогие гости!» Всем детям, которые встречаются по пути, клоуны пожимают руки, спрашивают, как дела. Клоуны стараются, но в ответ улыбаются не все заплаканные маленькие пациенты. Рабочий день решили начать с отделения диализа почки. В палате мальчики сидят за компьютером, главный герой игры — Гарри Поттер. Абу спрашивает:

— Гарри Поттер, как он?

— Подыхает.

— Давай спасать!

Во время «спасательной операции» к Абу сзади подкрадывается мальчик, щекочет клоуна, другой делает пистолет из худеньких рук и направляет его на Абу. Клоун падает, в чувство его приводит только клизмоподкачка.

Сложная работа в палатах, где лежат тяжелобольные дети. Нас сразу предупреждают, куда заходить нельзя — некоторым маленьким пациентам сегодня стало хуже. В первой палате два подростка, один делает вид, что спит, Абу и Нина принимают правила игры и шепчут, что будить никого не собираются. Абу показывает фокусы, «спящий» мальчик приподнимаемся на локте и заинтересованно спрашивает, как же клоун это сделал. Это победа, отвлечь подростка от грустных мыслей и болезни очень непросто, но этот пациент уже включился в игру и просит повторить фокус.

Завтра снова откроется дверь, в палату заглянет веселый человек с красным носом и скажет: «Привет, малыш! Давай поиграем».

АНЕКДОТЫ

Приходит пациент к доктору:
— Доктор, я хочу жить долго, что вы посоветуете?
— Бросить пить, курить, не общаться с женщинами, не играть в азартные игры.
— И что, доктор, я буду жить долго?
— Не знаю, но ощущение этого у вас появится.

— Доктор, что меня теперь ждет? Операция? Ампутация?
— Больной, я не могу вам всего рассказать. Вам потом будет неинтересно.

— Дышит?
— Еще как!
— Пульс?
— Еще стучит.
— Зрачки?
— Еще реагируют.
— Ноги?
— На месте.
— Да нет. Теплые?
— Теплые.
— Из инструментов ничего не забыли?
— Пересчитал. Все здесь.
— Ну что ж, коллеги, тогда поздравляю вас с успешным исходом операции!

— Доктор, скажите, а вот медсестра только что голой на столе танцевала, а теперь в халате рядом стоит. Это так?
— Так, отлично! Наркоз проходит!

Один американец-турист привозит друга в русскую больницу:
— Доктор, помогите, у друга аппендицит!
— Он знает русский?
— Нет.
— А я английского не знаю, так что не получится.
— Но, доктор, у меня есть экспресс-пособие на трех страницах (достает $100, $50 и $20).
Доктор:
— Ну что же, английский я выучил, можно и сделать операцию!

— Все ампутировать мы, к сожалению, не можем, кое-что придется и лечить.

— Больной, у меня для вас две новости, хорошая и плохая. С какой начнем?
— Давайте плохую новость и ни слова о хорошей!
— Почему?!
— Понимаете, я по профессии журналист.

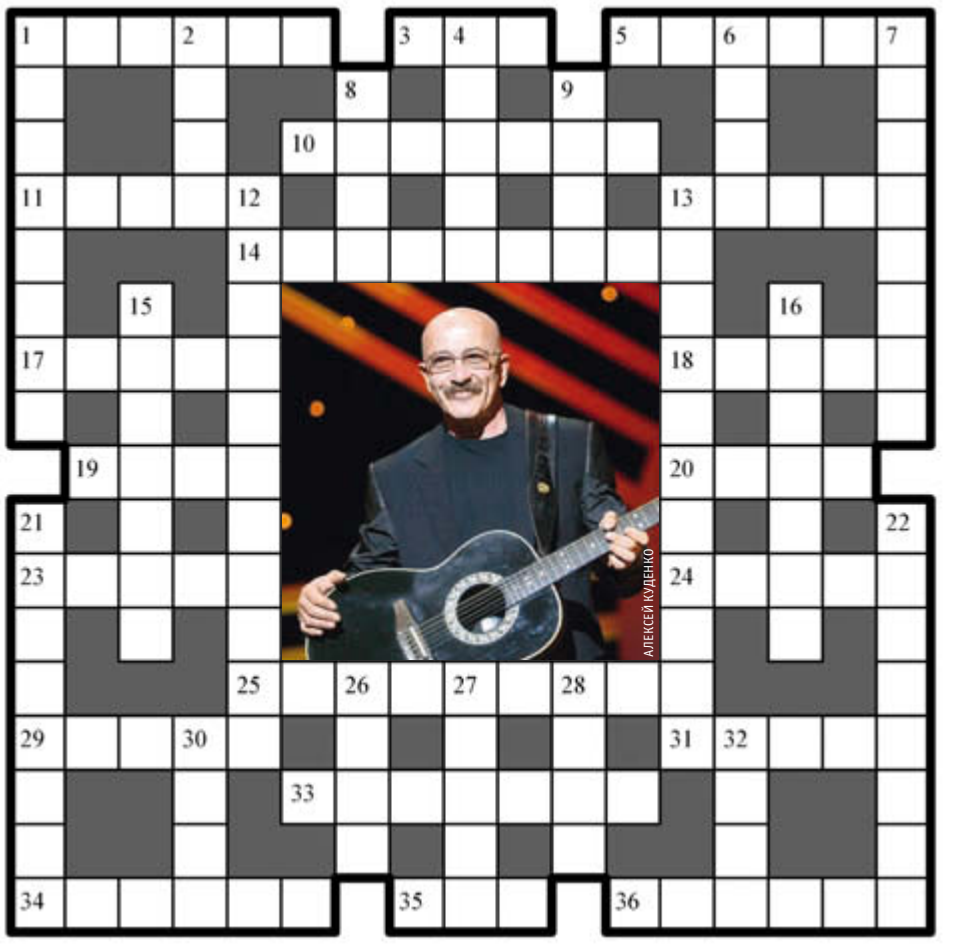
В каждой больнице есть два вида пациентов: одни серьезно больны, другие жалуются на питание.

КРОССВОРД

ВОПРОСЫ:

По горизонтали: **1.** Земляной орех. **3.** Власть Орды. **5.** Главный нанотехнолог России. **10.** Лучшее средство от этого заболевания — гильотина. **11.** Современная инфлюэнца. **13.** «Что ж ты бросил коня», — упрекал Газманов этого казака. **14.** Врач скорой помощи, воспевший вальс-бостон (на снимке). **17.** Цыганский театр в Москве. **18.** Фасоль по грузинскому рецепту. **19.** Кролик из мультсериала «Смешарики». **20.** Начальник экспедиции за золотым руном. **23.** Растущие на грядках. **24.** Непоседливый ребенок. **25.** Из этого цветка Брэдбери делал вино. **29.** «Человек без селезенки» — один из его псевдонимов. **31.** Подросток при боярах. **33.** Болезнь «девичьей памяти» у старушек. **34.** Врач, лечивший раненого Пушкина. **35.** Мера длины Жюля Верна. **36.** «Мама» Марпл и Пуаро.

По вертикали: **1.** Итальянский ученый XIX века, сосчитавший молекулы в газе. **2.** Ночная «серенада» спящего. **4.** Автор сценария фильма «Тот самый Мюнхгаузен». **6.** Металлическая коробка хирурга для стерилизации перевязочного материала. **7.** Советский поэт, заявивший: «Если я заболею, то к врачам обращаться не стану». **8.** «Решетка» в нотном письме. **9.** Малолетка на судне. **12.** Русский художник-передвижник. **13.** Российский чемпион мира по боям смешанного стиля. **15.** Организм животного или человека в ранний период развития. **16.** Внезапная потеря сознания. **21.** Бронежилет витязя. **22.** Последняя хирургическая операция отчаявшегося самурая. **26.** Белый медвежонок из мультфильма. **27.** Жертва братской зависти из Библии. **28.** Эпоха в истории Древнего Китая. **30.** «Дырявый» атмосферный газ. **32.** Российский аналог американской премии «Эмми».



ОТВЕТЫ:
По горизонтали: 11. Аархус. 3. Иго. 5. Чубайс. 10. Интерферон. 11. Грипп. 13. Есаул. 14. Розенбаум. 17. Ромэн. 18. Лобио. 19. Кроши. 20. Ясон. 23. Овощи. 24. Егоза. 25. Одуванчик. 29. Чехов. 31. Отрок. 33. Скирпоз. 34. Арендт. 35. Лье. 36. Кристи.
По вертикали: 1. Авогадро. 2. Хван. 4. Горин. 6. Бикс. 7. Смеляков. 8. Диез. 9. Юнга. 12. Прянишников. 13. Емельяненко. 15. Эмбрион. 16. Обморок. 21. Кольчуга. 22. Харакири. 26. Умка. 27. Авель. 28. Чжоу. 30. Озон. 32. Тэфи.

«Равное право на жизнь» №1(8)
тираж: 3000 экз. распространяется бесплатно
свидетельство о регистрации: ПИ №ФС77-45868
дата и время подписания в печать: 15:00, 15 января 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: ИРИНА КОСТОГЛОТОВА, ЮЛИЯ УЛЫБКИНА, ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ, ИРИНА ВЛАСОВА, МАРИЯ ДОМБРОВСКАЯ, РОМАН БУРАНОВ

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

Телефон горячей линии:
8-800-200-2-200
с 9:00 до 21:00 (по России звонок бесплатный)