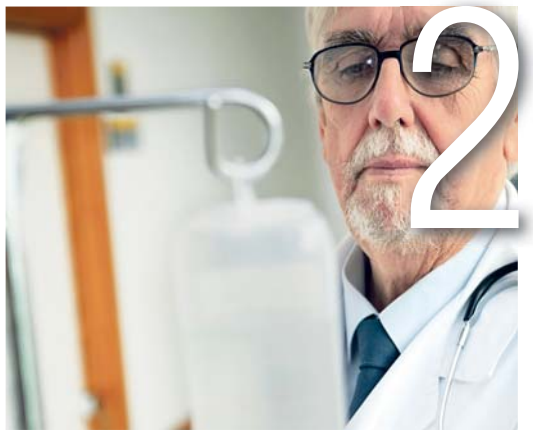
РЕГИСТРАТУРА
Современная терапия

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Детская онкология

ОПЕРАЦИОННАЯ
Возможности хирургии

СРЕДСТВА
Онкострахование



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЁРСТВО

№ 1 (20) ЯНВАРЬ 2017
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

КРИВАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В России все еще нет равных условий для полноценного лечения онкологии – в одном регионе люди могут рассчитывать на высокотехнологичную помощь, а в другом не получают даже элементарных лекарств. Провоцируют эту ситуацию условия бюджетного дефицита и постоянно меняющихся правил игры на федеральном уровне, из-за которых качество оказания помощи зависит не от госгарантий и стандартов, а от управленческих решений и выбора приоритетов местными чиновниками.

Следствием разного финансового положения российских регионов многие годы становились разные объемы госгарантий территориальных программ ОМС. Сегодня, как утверждают в Федеральном фонде ОМС, в системе обязательного медстрахования нет богатых и бедных субъектов федерации. В 2016 году, благодаря централизации страховых взносов, впервые было «выровнено» финансирование базовой программы ОМС для всех регионов: все средства стали аккумулироваться в ФОМСе и распределяться по единому подушевому нормативу с учетом региональных коэффициентов. Однако чиновники лукавят – на деле региональные различия все равно никуда не делись. Ведь средства ФОМСа составляют лишь 56 % госрасходов на здравоохранение, остальное – средства региональных бюджетов.

Кроме того, остается проблема неравномерного финансирования социально значимых заболеваний, за которые отвечают региональные бюджеты. В разных регионах эти тарифы иногда отличаются в разы, и получается, что за одну и ту же болезнь в одном регионе платят, условно, 100 рублей, а в другом – 200, потому что территориальные отделения Фонда обязательного медицинского страхования формируют свои тарифы для каждого региона.

«Если в группе заболеваний есть какие-то болезни, которые лечить, условно, дешево, то все очень рады их лечить, потому что у тебя остается плюс по деньгам. Но если оказывается, что какой-то тариф превышает и, может быть, существенно превышает эту группу, то этого больного не выгодно лечить, потому что этот плюс, который остался, он съест, а еще, может быть, съест больше. Приводит это к тому, что все пытаются бороться за, условно назовем их, «дешевых» пациентов, и никто не хочет лечить «дорогих», – объясняет ситуацию исполнительный директор Ассоциации онкологов России Александр Петровский. По его словам, на высокотехнологическое лечение должны выделяться средства с повышающим коэффициентом, чтобы покрыть дорогостоящее лечение. Но на деле коэффициенты 1.2, 1.3 или 1.4 не могут обеспечить весь необходимый сложным пациентам объем помощи. В итоге диспансеры оказываются в долгах, а пациенты не получают лечения.

СМОЛЕНСК НА «ГОЛОДНОМ ПАЙКЕ»

В 2016 году кредиторская задолженность Смоленского областного онкодиспансера составила 120 млн. руб. По словам руководившего учреждением до середины ноября 2016 года онколога Сергея Гуло, растущие долги региональный департамент здравоохранения и территориальный фонд ОМС долгое время игнорировали. В 2013 году, когда обязанность по оплате лекарств для смоленских онкобольных перешла от федерального бюджета к территориальному фонду ОМС, больнице не возместили расходы на не входящие в тариф таргетные препараты. В течение 2015-2016 годов на онкодиспансере «повисали» долги за таргетные препараты, назначенные пациентам в федеральных центрах.

Продолжение статьи на стр. 8

«БОРЬБА С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЦИОНАЛЬНЫМ ПРИОРИТЕТОМ»

В России более трех миллионов онкологических пациентов, и каждый год появляется 500 тысяч новых случаев. Благодаря возможностям современной медицины многие из них смогут полностью выздороветь, но около 300 тысяч пациентов в год погибают, не сумев побороть свою болезнь. Увеличить число спасенных людей могла бы национальная противораковая программа, которая разрабатывается врачами при участии главного онколога страны, директора ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, академика и заслуженного деятеля науки РФ Михаила Ивановича Давыдова.

– Михаил Иванович, что нужно для эффективной работы онкологической службы в России?

– Чтобы изменить ситуацию в онкологии, нужно все силы бросить на раннюю диагностику, о чем мы говорим уже 40 лет непрерывно. Опухоли нужно диагностировать на ранних стадиях, когда они хорошо поддаются лечению, и для этого нужно вводить национальные скрининговые программы – для прицельного выявления таких больных. Второе – это полноценное и адекватное обеспечение лекарственными препаратами всех нуждающихся, профессиональное оказание помощи этим гражданам, получившим раннюю диагностику.

Продолжение статьи на стр. 7

ИННОВАЦИОННЫЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ КОМПАНИИ TAKEDA ДОСТУПЕН ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ

Компания Takeda обладает многолетним опытом оказания помощи пациентам с диагнозом «рак» благодаря инновационным препаратам, один из которых доступен теперь для пациентов и в России. Брентуксимаб ведотин предназначен для лечения пациентов с рецидивирующей/рефрактерной CD30+ лимфомой Ходжкина и рецидивирующей/рефрактерной анапластической крупноклеточной лимфомой (АККЛ)[1].

Препарат является конъюгатом моноклонального антитела и цитостатического агента. Главное преимущество подобного рода инновационных лекарственных средств заключается в том, что они точечно бьют по опухолевым клеткам, в то время как препараты прошлого поколения параллельно оказывают негативное влияние и на здоровые клетки. Компания «Такеда» создает на основании моноклональных антител лекарства для лечения как онкологических заболеваний, так и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Активно изучается возможность применения подобных лекарственных средств для лечения других заболеваний.

«Сегодня в диагнозе «рак» больше надежды, чем это было в не столь отдаленном прошлом, и постоянный прогресс в этой области не может не воодушевлять, – говорит генеральный директор «Такеда Россия», глава региона СНГ Андрей Потапов. – Для компании «Такеда» разработка прорывных методов борьбы с онкологическими заболеваниями является одним из основных приоритетов. Теперь российским пациентам с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой Ходжкина и АККЛ стал доступен новый препарат – первый в своем роде инновационный препарат, прицельно бьющий по заболеванию».

Лимфома Ходжкина и АККЛ – онкогематологические заболевания, поражающие лимфатическую систему, а на поздних стадиях распространяющиеся на другие системы и органы. Данные заболевания могут возникнуть в любом возрасте, однако преимущественно им подвержены представители самой социально и экономически активной возрастной категории – 16-35 лет[1]. В России, по данным Федерального медицинского исследовательского центра имени П.А. Герцена, среди пациентов этой возрастной категории преобладают женщины[2].

«Примерно 50 % проходящих лечение пациентов будут иметь рецидивы или окажутся первично, либо вторично резистентными, – говорит зав. лаборатории трансплантологии Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук Наталья Михайлова. – И для них до сегодняшнего дня у нас не было эффективных подходов к терапии, которые были бы широко внедрены в практику».

Исследования показывают, что при применении брентуксимаб ведотина полной ремиссии достигает каждый пятый пациент с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой Ходжкина, не получивший аутотрансплантацию, и каждый третий ее получивший[3,4]. Что касается рецидивирующей или рефрактерной АККЛ, то брентуксимаб ведотин эффективен у 9 из 10 пациентов. При этом более половины пациентов достигает полной ремиссии[5].

«Сейчас мы хорошо научились лечить онкогематологические заболевания, причем все четыре стадии, – говорит ведущий научный сотрудник РОНЦ им. Н. Н. Блохина, доктор медицинских наук, профессор Гаяне Тумян. – Новый препарат – в буквальном смысле революционный, до момента его изобретения ничего похожего не было. У него очень серьезные перспективы на всех этапах лечения, при рецидивах и для поддержания эффекта».

---

1 Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения АДЦЕТРИС®. Рег.уд. ЛП 003476.

2 Клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний., подрук., проф. И.В. Поддубной, проф., В.Г. Савченко

3 Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена: – 2015. – 250.

4 Advani R et al. Oral Presentation at EHA 2011;London UK (Abstract #518)

5 Younes A, et al. J ClinOncol 2012; 30:2183-2189

6 Pro B, et al. Poster abstract no. 3095 presented at American Society of Hematology, December 2014, San Francisco, CA, USA

Р-ФАРМ
Инновационные технологии здоровья

«Р-ФАРМ» ПРОТИВ РАКА ГРУДИ

Группа компаний «Р-Фарм» выступила партнером в социальной кампании, которая была приурочена к Всемирному месяцу борьбы против рака груди. Компания стремится помочь всем гражданам осознать важность ранней диагностики онкологических заболеваний.

В рамках мероприятия организаторы предложили женщинам пройти бесплатное обследования на площадке крупнейшего в Москве выставочного комплекса ВДНХ. Медицинское обследование проводили ведущие маммологи-онкологи Первого МГМУ им. Сеченова и клиники «Семейная». Женщины смогли получить необходимую консультацию специалиста и пройти УЗИ молочных желез на современном диагностическом оборудовании.

Предусмотрена и спортивно-оздоровительная часть акции - уже ставший традиционным велопробег «Крути против рака груди». Он стартует 16 октября в 11:00 от Дома Культуры и пройдет по специальному маршруту, проложенному по территории ВДНХ. Это проект врачей-маммологов, онкологов и пластических хирургов, которые стремятся обеспечить любой женщине доступ к консультационной и медицинской помощи. Велопробег - эффективный способ привлечь внимание всех людей к акции и побудить женщин заниматься собственным здоровьем.

Кроме того, на площадке акции будет размещена фотовыставка, пройдет мастер-класс по арт-терапии, и все желающие смогут сделать у профессиональных визажистов бесплатный экспресс-макияж.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТОЖЕ МОЖНО ЛЕЧИТЬ

Современное лечение онкологии становится все более эффективным. Но зачастую мощные противоопухолевые препараты становятся и более токсичными. Многие пациенты боятся побочных эффектов лечения больше, чем саму болезнь. Но это напрасно – ведь существует сопроводительная терапия, которая делает лечение комфортным.

Химиотерапия действует как ковровая бомбардировка – поражая злокачественные клетки, препараты сказываются на работе всего организма. Поэтому и развиваются тошнота, рвота, снижение уровня лейкоцитов, слабость, потеря волос – с неприятными спутниками противоопухолевого лечения сталкиваются все онкобольные. Сохранить качество жизни помогают современные противорвотные препараты, соблюдение диеты и рекомендаций лечащего врача. Медицина не стоит на месте, пациентам предлагают все больше возможностей для комфортного лечения. Поэтому не надо терпеть. Если вы чувствуете недомогание во время химиотерапии, обязательно расскажите об этом своему врачу и попросите назначить сопроводительную терапию.

БЛОКИРУЕМ ТОШНОТУ И РВОТУ

Химиотерапия, как правило, сопровождается тошнотой и рвотой. Они могут быть острыми – когда человеку плохо непосредственно во время проведения химиотерапии. Могут быть отсроченными – когда тяжелое состояние наступает через 3-5 дней после процедуры. А также случается рвота ожидания, когда пациенту становится плохо перед проведением вливания. Последний тип – это психосоматика. Она развивается, если первый курс химиотерапии дался пациенту тяжело, и от страха перед тем, что все повторится, человека начинает тошнить еще до введения препарата. Поэтому так важно обеспечить качественное противорвотное сопровождение.

«Перед химиотерапией пациенту назначаются противорвотные препараты, как правило, это целая комбинация лекарств, которая блокирует рвотный центр, снимает повышенную эмоциональную сферу, блокирует выработку соляной кислоты, – рассказывает Павел Копосов, доктор медицинских наук, онколог, химиотерапевт, заведующий кафедрой медицинской и клинической онкологии ЕМС Medical School. – Лучевая терапия, которая проводится на современных аппаратах, обычно не вызывает тошноты и рвоты. Но поскольку страна у нас современными технологиями в лучевой терапии пока что плохо оснащена, приходится назначать поддерживающие препараты и при этом лечении».

СОБЛЮДАЕМ ДИЕТУ

Легче перенести химию помогает диета. Правильное питание имеет огромное значение. Все должно быть свежеприготовленное, без соленых и острых блюд. Разрешены любые молочные продукты из пастеризованного молока. Под запретом – уличный фастфуд, продукты холодного копчения, скоропортящиеся фрукты и ягоды, овощи с тонкой кожурой, кондитерские изделия из магазина, новые и неизвестные продукты, кофе, алкоголь, грейпфрут и сок из него. Есть нужно часто, небольшими порциями. Но если аппетита нет, не стоит нагружать желудок перед химией.

Во время курса химиотерапии пациенты часто чувствуют слабость. Павел Копосов отмечает, что это происходит из-за обезвоживания: «Чтобы этого избежать, нужно внимательно слушать своего доктора и обязательно исполнять все, что он говорит. А доктор говорит, что в дни химиотерапии нужно пить два литра жидкости. Дело в том, что повышенное потребление жидкости – это может быть вода, некрепкий чай без сахара, разбавленный морс, сильно разбавленные соки, компот из сухофруктов – помогает быстро выводить цитостатические препараты».

ПОМОГАЕМ ЛЕЙКОЦИТАМ

Еще одна проблема, с которой сталкиваются онкопациенты во время химиотерапии, это снижение количества и функциональной способности лейкоцитов. «При снижении количества лейкоцитов могут возникнуть осложнения – энтероколит, который проявляется диареей, стоматит. Самое серьезное осложнение химиотерапии – фебрильная нейтропения, требующая госпитализации. Для профилактики используются гранулоцитарные колониестимулирующие факторы, – объясняет Копосов. – Они позволяют лейкоцитам созревать в костном мозге, обеспечивая нормальное функционирование защитных сил организма. Колониестимулирующие факторы есть в разных формах выпуска, например, одна инъекция в течение трех недель защищает от падения лейкоцитов».

БУДУЩЕЕ УЖЕ НАСТУПИЛО

Онкология – одна из наиболее динамично развивающихся отраслей медицины. Появляются принципиально новые способы лечения, существующие – постоянно совершенствуются. Самые передовые способы лечения применяют и в России.

Представление о лечении рака за последние два десятка лет сильно изменилось. Это связано и с тем, что ученые сегодня гораздо больше знают о развитии болезни и ищут все новые способы остановить опухоль. Благодаря современным методам лечения многие пациенты, которые были бы обречены раньше, теперь могут полностью победить свою болезнь.

На этом пути одной из важнейших тенденций последних десятилетий является персонификация медицины, когда лечение подбирается с учетом особенностей и характеристик каждой опухоли и каждого пациента.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ

Таргетная терапия (target, англ. – цель) сегодня является основным воплощением персонифицированной медицины. В отличие от обычной химиотерапии этот вид лечения действует не на все делящиеся клетки, а на определенные механизмы развития рака.

Рак – это нарушение нормального жизненного цикла клетки. Вместо того чтобы родиться, разделиться и умереть, клетка мутирует и продолжает жить и делиться. Через какое-то время она превращается в опухоль – новый орган. Прорастает в кровеносную систему, чтобы получать питательные вещества, и через кровь распространяется по организму.

Из-за мутации начинают вырабатываться патологические белки, которые приводят к чрезмерному делению или нарушению механизмов их физиологической смерти (апоптоза) клеток. Таргетные препараты действуют на те белки, роль которых в развитии определенной опухоли установлена. К их механизмам действия относят блокировку или выключение сигналов, которые заставляют раковые клетки делиться или способствуют их выживанию.

Существует два основных типа таргетных препаратов:

Моноклональные антитела. Они действуют на определенные мишени снаружи раковых клеток. Их работу можно сравнить с действием пластмассовой заглушки, которую вставляют в электрическую розетку, чтобы изолировать вилку от электричества. Также моноклональные антитела могут усиливать эффект химио- или радиотерапии.

Низкомолекулярные препараты могут блокировать внутриклеточные процессы, способствующие делению раковых клеток и метастазированию. Их примером служат и ингибиторы ангиогенеза, которые подавляют развитие кровеносных сосудов в опухоли, лишая ее питания. Первый препарат этого класса был зарегистрирован в 2004 году.

Для выбора лечения врач может назначить тесты для изучения генов, белков или других факторов, связанных с опухолью, поскольку одинаковая таргетная терапия не может подходить всем. Например, мутация гена KRAS, контролирующая рост и распространение опухоли, встречается в 40% случаев рака толстого кишечника. Тогда имеющаяся для этого вида рака таргетная терапия не сработает. Поэтому всех пациентов с такой опухолью рекомендуется обследовать на наличие мутации. Другой пример – наличие белка HER2 (человеческого эпидермального фактора роста) при раке молочной железы, которое позволяет выбрать оптимальный из нескольких видов таргетной терапии.

ИММУНООНКОЛОГИЯ

Дело в том, что каждую минуту в здоровом организме мутируют десятки тысяч клеток. Но наш организм видит их и подавляет эти мутации. Это называется естественная противоопухолевая защита организма. В какой-то момент по разным причинам эта защита ослабевает, и иммунная система пропускает появление злокачественной клетки, которая превращается в опухоль. Иммунотерапия направлена на то, чтобы разбудить иммунную систему, заставить ее видеть рак и бороться с ним.

Моноклональные антитела при иммунотерапии могут присоединяться к белкам раковой клетки, помогая иммунной системе распознать и убить их. Также они блокируют каскады реакций, которые опухоль использует для подавления иммунитета.

Виротерапия (онколитические вирусы). Специальные вирусы генетически изменяют так, что они могут поражать только раковые клетки. Когда те погибают, в кровь попадают их антигены, стимулируя иммунитет для уничтожения опухоли. Первый такой вирус был одобрен FDA лишь в 2015 году для лечения меланомы.

Т-клетки с химерным антигенным рецептором (CAR) – перспективный метод, проходящий клинические исследования. Т-клетки берутся из крови пациента и модифицируются в лаборатории для лучшего распознавания раковых клеток.

Вакцины против рака. Современные вакцины направлены против вирусов с канцерогенным действием – папилломы человека и гепатита В.

«КАЖДЫЙ ПАЦИЕНТ ЗАСЛУЖИВАЕТ САМОГО ЛУЧШЕГО ЛЕЧЕНИЯ»

О возможностях современной противоопухолевой терапии, ее доступности и участии российских ученых в разработке новых препаратов рассказывает Академик Российской академии наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, руководитель отделения химиотерапии и комбинированных методов лечения злокачественных опухолей Михаил Романович Личиницер.

– Михаил Романович, часто говорят, что онкологических пациентов становится все больше. Так ли это?

– Да, это так. Ежегодно в мире заболевает 14 миллионов человек. И 8 миллионов человек умирают от рака. И ожидается, что в ближайшие 20 лет число новых случаев возрастет на 70%– до 22 млн. Дело в том, что продолжительность жизни в развитых странах увеличивается, и многие формы рака связаны именно с возрастом. То есть больше людей доживают до своей онкологии. Но если медицина вмешивается в ситуацию, то люди живут еще долго .

В разных странах эта проблема решается по-разному. Есть примеры, когда онкологическая ситуация под контролем. Хорошо налажена ранняя диагностика, большинство пациентов вовремя проходят лечение, им доступны современные препараты и результаты лечения очень хорошие. Про Россию пока такого сказать, к сожалению, нельзя. Для нас рак – это тяжелая, нерешенная проблема. Люди боятся этой болезни, избегают врачей, не хотят узнать свой диагноз, считая, что это приговор. В итоге диагнозы ставятся на поздних стадиях, когда полностью выздороветь невозможно и лечение будет долгим и сложным.

– С чем, по-вашему, связано такое отношение к болезни в обществе?

– Я убежден, что во многом эту ситуацию провоцируют СМИ и социальные сети. Каждая история со сбором средств на лечение пугает людей и остается в памяти. Но о том, что все же болезнь излечима, что сегодня есть эффективные препараты, которые дают прекрасные шансы на жизнь – говорится очень мало. Поэтому у людей нет стимула идти к врачу, зато есть страх.

– Расскажите про возможности современного лечения.

– Сегодня в медицине есть огромные достижения. Многие формы рака, которые еще десять лет назад были смертельными, сегодня излечиваются. Значимые успехи достигнуты в лечении рака молочной железы, яичников, предстательной железы и так далее . Этот список можно продолжать еще долго.

Сегодня все больше наука движется от традиционной химиотерапии к научно-обоснованной терапии. Выявлены генетические факторы, которые определяют подбор лечения. Созданы, так называемые таргетные целевые препараты. Сразу хочу сказать, что больных, у которых таргетная терапия эффективнанемного. Нельзя назначать это лечение всем подряд. Но тем, кому оно показано, эти препараты могут сохранить жизнь.

Задумайтесь, если люди жили не дольше 6-8 месяцев, после постановки диагноза, то сегодня, благодаря таргетной терапии, в большинстве случаев они живут много лет.

– Насколько доступно современное лечение в России?

– Что касается новых препаратов, сейчас страна обеспечивается в достаточной степени современными лекарствами, но не всеми. И конечно, это проблема.

Задачей государства должно быть обеспечение всех нуждающихся пациентов самыми эффективными препаратами. Ведь человек жил и работал в нашей стране, он заслуживает, чтобы его лечили самыми лучшими препаратами. Это мое мнение и я всегда это говорю. Но, к сожалению, сегодня многие сталкиваются с проблемами в получении лекарств. Это правда.

– Какие есть пути решения этой проблемы?

Первое – это применение дженериков. Не надо этого боятся, без дженериков не справилось бы ни одно государство в мире. В Америке 40% всех препаратов – это дженерики, в Европе – до 60%. Другое дело – это качество этих препаратов, их контроль. Вот самое слабое звено для нас. Законы не должны быть удобными для фарм-компаний, они должны быть эффективными. Я все время говорю это руководству Минздрава и думаю, что нам пойдут в этом на встречу.

Но есть лекарства, которые имеют закрытые патенты и у них пока нет дженериков вообще. Вот их нужно закупать,! И это современные лекарства, которые спасают жизни пациентам. Они должны быть доступны при строгих показаниях к их использованию, и должны оплачиваться государством.

– РОНЦ им. Блохина принимает участие в разработке препаратов для Российских компаний, что это за работа? Попытка импортозамещения?

– Это не импортозамещение, об этом речи не идет. Это участие в отечественных и международных проектах. Партнерское участие. Наши ученые, врачи, не только медики, но и представители фундаментальной науки, принимают участие в разработке принципиально новых препаратов. Это очень интересная и важная работа. Например, у нас в онкологическом центре ведутся испытания новых лекарств, созданных при участии российских компаний «BIOCAD» и «Р-Фарм» и их зарубежных партнеров. Мы очень довольны этой работой.

Вообще международное сотрудничество, обмен опытом крайне важен для понимания ситуации, для понимания современных возможностей медицины, к которым нам нужно стремиться.

ДИАГНОСТИКА НА КЛЕТОЧНОМ УРОВНЕ

Без точного определения типа опухоли невозможно назначить эффективное лечение. Поэтому гистологическая экспертиза так важна. Но в России именно морфологическая служба – чуть ли не самое слабое звено в системе онкологической помощи. О системных проблемах рассказал заведующий патологоанатомическим отделением ФГБУ «Российская детская клиническая больница», кандидат медицинских наук Дмитрий Рогожин.

Успех лечения онкологического заболевания во многом зависит от того, насколько точно поставлен диагноз, ведь для определения тактики лечения врачи должны понимать, с какой опухолью они имеют дело. Поэтому процесс гистологической диагностики должен работать как хорошо отлаженный конвейер, а каждый его этап должен быть выполнен по определенным стандартам. Если нарушен хоть один из этих этапов, то качественного препарата – образца тканей, обработанного специальным образом, по которому может быть поставлен верный диагноз, уже не будет. Значит, для повышения качества диагностики этот процесс надо максимально автоматизировать. «У нас в отделении многие этапы выполняются автоматически, при этом, кроме привычных обязанностей, на лаборанта возложена задача контроля выполнения различных этапов диагностического процесса, – подчеркивает зав. патологоанатомическим отделением ФГБУ «Российская детская клиническая больница», к.м.н. Дмитрий Рогожин. – Но проблема в том, что это, скорее, исключение. Во многих лечебных учреждениях в стране гистологическая проводка и обработка тканей происходят в ручном режиме, что сказывается на качестве диагностики».

Более того, во многих даже профильных клиниках в стране и вовсе нет своей морфологической службы. Пациентов после биопсии отправляют со своими «стеклами» (образцами тканей) на гистологию в другие центры, иногда даже в другие регионы. При этом нередко уже в лаборатории оказывается, что образцы непригодны для исследования. «Наши пациенты приезжают из многих регионов со своим гистологическим материалом, и нередко бывает, что из-за низкого качества препарата мы не можем его адекватно оценить. Приходится рекомендовать повторить биопсию заново», – сетует специалист.

Морфология – это не совсем лабораторная наука. В большинстве случаев нельзя получить материал, посмотреть в микроскоп и поставить диагноз. В первую очередь патологоанатом обязан ознакомиться с анамнезом, клинической картиной заболевания, а также данными лучевой диагностики. В сложных случаях приходится собирать консилиум с участием врачей различных специальностей. «Очень часто бывает так, что у нас в клинике процедуру взятия диагностической биопсии хирург обсуждает и планирует совместно с патологом и специалистом лучевой диагностики. Только при таком мультидисциплинарном подходе можно значительно сузить круг дифференциальной диагностики. Иногда сама процедура выполнения биопсии производится под контролем рентгенолога и в присутствии патолога. А хирурги, в свою очередь, приходят к нам в отделение посмотреть гистологические препараты в микроскоп», – объясняет Рогожин.

Еще одна серьезная проблема, с которой сталкиваются и крупные центры, и региональные клиники, – это редкие диагнозы. Можно проработать всю жизнь и не встретиться с каким-то видом опухоли. И тут дело не в низкой квалификации врача, а в отсутствии узкой специализации внутри самой профессии. Не зря же существуют различные подразделения внутри специальностей, когда человек занимается узким спектром проблем. Также и патологоанатом должен был бы специализироваться на чем-то определенном. Встретившись с опухолью, с которой никогда не имел дела, он может сделать ошибочное заключение. И если из-за этого был применен не тот протокол лечения, то цена такой ошибки оказывается безмерно высокой.

«В таких случаях очень важно получать второе мнение, для чего и существуют референсные центры в крупных клиниках в зависимости от их специализации, – объясняет Рогожин. – Если в регионе патолог видит опухоль в первый раз, то он должен выступить в роли стрелочника: так, например, если это опухоль костей – предложить отправить гистологический препарат в РДКБ, если опухоль лимфатических узлов или мягких тканей – в ДГОИ им. Рогачева, где есть специалисты, которые занимаются диагностикой таких заболеваний».

Система, при которой требуется получить независимое второе заключение, существует во всем цивилизованном мире. В центральных российских клиниках также имеется такая практика. И если диагнозы разных лечебных учреждений совпадают, вероятность ошибки сводится к минимуму. Когда же диагнозы не совпадают, следует получить третье заключение, в том числе у зарубежных коллег. Для этого не надо отправлять им сам материал – специальное оборудование позволяет делать это дистанционно. И находящийся в любой точке планеты эксперт может рассматривать гистологические препараты на экране компьютера так же, как если бы он смотрел их в свой микроскоп.

ОПАСНОЕ НАСЛЕДСТВО

Наследственная предрасположенность к раку – дело серьезное и опасное. При наличии определенных мутаций генов риск развития опухоли может доходить до 100 %. Поэтому людям с неблагоприятной семейной историей необходимо проконсультироваться у онкогенетика и пройти обследование. Но и тем, у кого в семье не было случаев рака, такое исследование не помешает. О высоких рисках лучше узнать заранее и вовремя принять меры.

В большинстве случаев врачи не могут точно сказать, почему у человека развивается рак. Есть множество факторов, которые могут способствовать появлению опухоли (например, курение, вредное производство, частое пребывание на активном солнце без защиты от ультрафиолета), но они могут и не довести до нее. Единственный фактор, который приводит к раку с высокой и предсказуемой вероятностью, – генетическая предрасположенность. В нашем организме есть множество генов, которые отвечают за защиту организма от той или иной болезни. В том числе гены, защищающие нас от разных видов рака. И если такой ген в организме от рождения сломан/отключен, значит, он не сможет сопротивляться, когда клетка станет злокачественной, и не сможет защититься от рака.

Любой вид рака имеет наследственную составляющую, около 10-20 % злокачественных новообразований являются генетически наследственными. Ученые нашли гены пока не для всех видов рака, и составить полную карту на основании генетического анализа все еще невозможно. Но уже сейчас на основании анализа крови врачи смогут узнать о предрасположенности у человека к более чем 20-ти видам рака.

Этот анализ нужен для того, чтобы человек из группы риска проходил регулярное обследование, и врачи не пропустили начало болезни, смогли вылечить ее на ранней стадии. Иногда можно даже предотвратить развитие рака с помощью профилактических операций.

ПЛОХАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Если у вас плохая наследственность, лучше всего проконсультироваться у генетика и вовремя выяснить, какова вероятность развития рака. Плохая наследственность – это когда в семье наблюдались случаи рака в нескольких поколениях или когда есть случаи двустороннего поражения парных органов – молочной железы, почек; если в семье или только у пациента есть первичные множественные опухоли различной локализации. Лучше проконсультироваться в специализированном учреждении, где генетики занимаются именно наследственным раком. «Во время медико-генетического консультирования мы выясняем семейную ситуацию и предлагаем выполнить ДНК-диагностическое тестирование. Если мутация гена выявляется, генетик обязательно сопоставляет ее с мутацией, зарегистрированной в специализированных базах данных, где указана клиническая значимость той или иной генной перестройки. В заключении врач дает рекомендации по динамическому наблюдению, новым методам лечения и существующим профилактическим мероприятиям, а также вероятности наследования мутаций в следующем поколении», – объясняет доктор медицинских наук, онколог-генетик, руководитель лаборатории клинической онкогенетики ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Людмила Любченко.

Здоровые люди с высоким риском развития рака включаются в семейный канцер-регистр. «Если это мутация в гене CDH, риск развития рака желудка составляет 70-80 %. Это очень высокий риск, – рассказывает Людмила Любченко. – Если это мутация в гене BRCA, риск развития рака молочной железы достигает 90 %, рака яичников – 60 %, тогда как в общей популяции риск не превышает 3-5 % для молочной железы и 1 % для яичников». В онкологическом центре наблюдаются пациенты с наследственной предрасположенностью и члены их семей. Каждые шесть месяцев таким пациентам рекомендовано обследование. Если пациент уже болен и является носителем патологической мутации, повышен риск развития вторых первичных опухолей, что необходимо учитывать при планировании лечения и динамического наблюдения.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ БЕЗ ИСТОРИИ

Чаще всего поводом для обращения к онкогенетику становится наследственность. В семье болели мамы, бабушки, прадеды, тетки или братья. Иногда бывают так называемые «раковые семьи», когда многие родственники болели раком, но не одним и тем же, а все разными типами. Однако во время диагностики генетическую предрасположенность могут найти и у тех, у кого нет семейной истории болезни. У 20 % людей с выявленными мутациями не было случаев наследственного рака. Часто мутации могут возникать в течение жизни, родственники могут нести эти мутации, но не заболевать.

ЛЕЧИТЬ РАК, ПОКА ЕГО НЕТ

Многие помнят историю голливудской актрисы Анджелины Джоли. Из-за очень высокой вероятности развития рака ей удалили обе груди и яичники. В обществе возникла дискуссия, а правильно ли она поступила, не лучше ли было пока просто наблюдаться у онколога. Людмила Любченко считает, что выбор актрисы был единственно правильным: «Чем больше мы занимаемся диагностикой и наблюдением таких пациентов, тем больше приходим к выводу, что такие операции позволяют свести риск развития заболевания к минимуму».

Профилактические операции – единственный эффективный метод также у носителей мутации в гене RET. Риск развития агрессивного рака щитовидной железы в таких случаях достигает 100 %. Тот же процент, но для рака толстой кишки на фоне семейного полипоза, у пациентов с наследственной мутацией в гене APC.

ЛЕЧИТЬСЯ НЕ ПО-ДЕТСКИ

Дети болеют не так, как взрослые. Онкология у маленьких пациентов более агрессивная, терапия более токсичная, но и в то же время более эффективная. 80 % детей, заболевших раком, полностью выздоравливают, а благодаря возможностям современной хирургии – и живут нормальной жизнью. Но победивших рак малышей в России может быть еще больше. Как этого добиться, рассказывает директор Института детской онкологии и гематологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии РФ Мамед Джавадович Алиев.

– Иногда возникает впечатление, что детей, заболевших раком, становится все больше. Так ли это?

– Это не совсем так. Во всем мире дети заболевают онкологическими заболеваниями примерно с одной и той же вероятностью – это примерно 18-20 заболевших детей на 100 000. Другой вопрос, что выявляемость онкологических заболеваний в детской популяции разная и зависит от многих факторов. Но за последние 20 лет диагностика у нас сильно продвинулась вперед, и теперь мы выявляем не 13 из 20-ти заболевших детей, а 15 и более. Их не стало больше, просто мы научились верно ставить им диагноз.

– За счет чего этого удалось добиться?

– Детская онкология – это молодая специальность. Выявляемость здесь обычно связана с настороженностью как родителей, так и врачей общего профиля. И родители, и врачи более внимательно относятся к здоровью детей, стараются не упустить непонятные симптомы, идут на консультацию к специалистам.

В год в России около 3-3,5 тысячи детей заболевают онкологическими заболеваниями. На миллион здоровых детей – 125 или 130 случаев. Статистически не очень много, но болезнь каждого ребенка – это шок для семьи и для общества. Поэтому каждый случай, особенно сложный, всегда вызывает большой резонанс в обществе.

– Вы сказали, что детская онкология – это молодая специальность, когда и как она появилась?

– Если мы будем говорить о рождении онкологии вообще, то она зародилась в 40-е годы. Точнее, с 1940 по 1945 год, когда появился первый химиопрепарат. До этого лечение всех онкологических больных, взрослых и детей, было связано только с хирургией, и попытки лучевой терапии были как альтернатива хирургии.

Родоначальником детской онкологии в нашей стране является Лев Абрамович Дурнов, именно он создал самостоятельный пласт в педиатрии и в онкологии. Это случилось в 70-х годах прошлого столетия.

Тогда выживаемость этих пациентов была минимальная, выздоравливали не больше 5 % детей. До современного лечения было еще очень далеко – и заключалось оно исключительно в ампутационной хирургии. Если мы будем говорить, что было даже 20 лет назад, когда уже была химиотерапия, и число детей, победивших рак, доходило до 50 %, все равно им делали калечащие операции. И, к примеру, девочке, которая выздоравливает от саркомы в 12 или 14 лет, приходится жить без руки или ноги. Конечно, это была трагедия.

Сегодня мы живем в другой реальности. В НИИ Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина на сегодняшний день выздоравливают более 80 % пациентов с онкогематологическими заболеваниями, 75 % – с саркомами, а органосохраняющие операции достигают 95 %. У нас стало настолько мало калечащих операций, что мы не можем показать их даже своим аспирантам и ординаторам.

Я говорил о том, что в детской онкологии выявляемость растет. На сегодняшний день в России заболевает до 3,5 тысячи детей в год, из них онкогематология – около 40 %, 20 % – это нейроонкология, около 15 % – это саркомы и оставшиеся 25 % – другие солидные опухоли.

– В подходах в лечении – в чем разница между детской и взрослой онкологией?

– Дело в том, что в детской онкологии не может быть экспериментов и использования не апробированных методов. Все методы, прошедшие клинические испытания во взрослой клинике, экстраполируются дальше в детскую онкологию.

Детские опухоли в половине случаев – эмбриональные, они связаны с генетическими поломками, поэтому лечение их имеет свою специфику. Наверное, сегодняшний успех в химиотерапии всех детских опухолей связан именно с тем, что новые протоколы по дозировке и подборке препаратов рассчитываются и составляются специально для детей.

– Как складываются жизнь и здоровье у детей, переживших рак?

– Первые больные, которые были излечены от онкологических заболеваний, уже достигли возраста 40 лет. У некоторых больных (от 10 до 15 %) развиваются вторые опухоли, часть которых спровоцирована ранее проведенным лечением. Поэтому большое значение сегодня имеет реабилитация детей после тяжелого лечения. У нас в стране этот вопрос находится в зачаточном состоянии. Сейчас начали открываться центры, в том числе и коммерческие, по реабилитации детей, перенесших онкологические заболевания. Это очень важное, на мой взгляд, направление.

– Когда ребенок заболевает, в большом количестве случаев принимаются собирать деньги. Создается впечатление, что здесь ребенок точно погибнет. У него единственный шанс на спасение – это собрать десятки миллионов и сбежать за границу. На ваш взгляд, это оправдано?

– Действительно, бывают ситуации, когда больные поступают в педиатрические или онкопедиатрические отделения, и там не хватает препаратов. Так случается по ряду объективных и субъективных причин. Но я хочу сказать, что ни один больной, поступающий в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, не остается без оказания помощи, даже если у нас чего-то не хватает из лекарств или медицинских изделий. Каким образом? Мы обращаемся в фонды. К сожалению, у нас не систематизированы поставки препаратов. Фонды действительно очень нам помогают в срочных закупках, и мы крайне благодарны им за это.

– То есть получается, что фонды отчасти замещают функции государства?

– Да, фонды оказывают большую поддержку, в условиях общей недофинансированности в медицине. В зависимости от ситуации они оказывают поддержку как родителям и детям, так и клиникам. Раньше они чаще покупали нам оборудование и медицинские изделия, медикаменты и т.д. Сейчас тоже это происходит, но уже в меньших объемах. Фондам становится все сложнее получать помощь. Примерно 40 % фондов, которые с нами работали, закрылись – не смогли работать в кризис.

– Мне кажется, это всем понятно, что на многое денег не хватает. Но государство на детство в полном объеме могло бы выделять средства, обеспечить всех детей полным лечением в приоритетном порядке, разве нет?

– Детство, конечно, в приоритете! Но есть объективные ограничения по финансированию. Мы же не можем оставить без лекарств весь институт, поэтому мы сочетаем то, что мы можем взять и по институту из федерального бюджета, и то, с чем мы обращаемся к фондам.

– Кроме нехватки средств, какие еще есть нерешенные проблемы в детской онкологии?

– Первое, что относится и к взрослой онкологии, и к детской – это улучшение ситуации с ранней диагностикой . В детской онкологии это зависит и от родителей, и от онкологической настороженности педиатров общего профиля. К нам поступает 44 % пациентов с саркомами, которым изначально был поставлен неверный диагноз.

Правильная маршрутизация пациентов до федеральных клиник страны. Сегодня в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина приходит более 60 % пациентов с запущенными стадиями заболевания. Причина – потерянное на различные организационные или парамедицинские мероприятия время. За это кто-то должен отвечать?!

Кроме того, необходимо внедрение протоколов высокотехнологического лечения, чтобы они соблюдались по всей стране. И я надеюсь, что это улучшит ситуацию с детской онкологией.

АЛИЕВ МАМЕД ДЖАВАДОВИЧ

Заместитель директора по научной и лечебной работе РОНЦ им. Н.Н. Блохина, директор НИИ детской онкологии и гематологии, заведующий отделом общей онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, академик РАН и РАМН, лауреат Государственной премии РФ, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ. Видный российский ученый. Его основные труды посвящены вопросам комплексного лечения остеосаркомы и других опухолей костей, разработке высокотехнологичных оперативных вмешательств по поводу опухолей костей, мягких тканей и кожи.

ХИРУРГИЯ НА ГРАНИ ВОЗМОЖНОГО

Современная хирургия позволяет сегодня уже не просто спасать жизнь онкологических больных, но и обеспечивать ее качество, уходя от калечащих операций и максимально сохраняя органы и их естественные функции.

В прошлом считалось, что основной этап лечения рака – это операция. Главное – удалить опухоль, и тогда болезнь отступит. Но современное понимание причин развития болезни привело медицину к тому, что эффективное лечение рака возможно только при комплексном подходе. Ограничиться операцией можно лишь на самой ранней стадии заболевания. В остальных случаях добиться результата без индивидуальной схемы лечения с применением противоопухолевых препаратов и, при необходимости, лучевой терапии – невозможно.

Однако хирургия все еще является неотъемлемой и важнейшей частью лечения. И от того, насколько филигранно будет выполнена операция, зависит и прогноз лечения, и качество жизни пациента. Для хирурга в равной степени важно удалить опухоль максимально «чисто» и сохранить возможность для пациента вести нормальную привычную жизнь. И с появлением современных технологий и роботизированной техники в хирургии появились новые возможности для этого.

ПРЕЦИЗИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

«Современная онкохирургия развивается в двух направлениях, – говорит заведующий отделением колоректальной хирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, председатель Российского общества специалистов по колоректальному раку, доктор медицинских наук Арсен Расулов. – Первое направление – это совершенствование принципов хирургического удаления опухоли и лимфоузлов в пределах анатомических зон с сохранением целостности пораженного органа. И второе – видеоэндоскопические и лапароскопические операции».

При этом самым сложным является хирургическое лечение местнораспространенных запущенных случаев, когда опухоль проросла в разные органы и надо удалить ее максимально чисто. Тогда успех лечения определяется возможностями «экстремальной» хирургии и зависит от квалификации и уровня подготовленности специалистов. «К сожалению, к нам нередко обращаются больные, которым уже было отказано в лечении по месту жительства, – рассказывает Расулов. – А ведь браться за случаи, когда оптимальные возможности уже упущены и к тому же пациента неправильно лечили, чрезвычайно непросто. Тем не менее мультидисциплинарный подход с участием в консилиуме коллег-специалистов разного профиля (диагноста, хирургов, химиотерапевта, радиолога и т.д.) позволяет нам максимально использовать имеющиеся шансы, излечивая пациентов порой в самых безнадежных ситуациях».

«КОСМЕТИЧЕСКАЯ» ОНКОЛОГИЯ

Совмещение роботизированной хирургии с пластическими технологиями позволяет сохранять качество жизни при операциях, которые традиционно были калечащими.

Хирурги Клиники пластической хирургии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова впервые в России провели уникальную операцию: удалив опухоль в ротовой части глотки пациентки, они воссоздали язык из ее собственных тканей. Это прорыв, потому что обычно после операции при раке ротоглотки пациент не может сам есть, а иногда - даже дышать. Более того, чтобы удалить опухоль, врачи раньше делали широкие разрезы на лице, после которых оставались большие шрамы.

«Классическим подходом являются так называемые лицевые доступы, при которых рассекается губа, щека, челюсть, – рассказал проводивший операцию директор клиники, академик РАН, профессор Игорь Решетов. – Нередко страх перед такой операцией останавливал пациентов, особенно женщин, которые предпочитали погибнуть, но не быть обезображенными. Тем более что после операции, даже если удавалось обойтись без стомы, у человека страдала дикция, функция глотания и обработки пищи во рту. С помощью робота daVinci, который позволил нам через рот делать все то же самое, мы смогли избежать этих калечащих разрезов».

Еще совсем недавно бытовало мнение, что видеоэндоскопические и лапароскопические технологии и онкология несовместимы и, в лучшем случае, могут использоваться при начальных и небольших по размеру «ранних» опухолях. «Другое направление, – добавляет Расулов, – это расширение показаний к применению видеолапароскопических технологий. Для чего это нам нужно? Прежде всего, это очевидные преимущества косметического характера и раннего восстановления больных, минимальная травма и максимальный комфорт».

ОПЕРАЦИИ МИРОВОГО УРОВНЯ

По словам директора НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, доктора медицинских наук Михаила Михайловича Давыдова, сегодня российская онкохирургия находится на очень высоком уровне. Благодаря телекоммуникационным возможностям, самые современные технологии тиражируются по всей стране и с успехом используются не только в научных центрах, но и во многих региональных клиниках. «На сегодняшний день ни одна клиника мира не сможет нас удивить ни в плане количества операций и их качества, ни в плане каких-то прорывных технологий, – говорит хирург. – Сегодня онкологи все чаще оперируют совместно с кардиохирургами. Активно внедряется то, что раньше было вообще за гранью понимания – трансплантации онкологическим больным, в том числе комплексных органов, таких как легкое-сердце».

В РОНЦ поступает множество больных, от которых отказались в других учреждениях, в том числе и за границей. И практически все проводимые здесь повторные операции после неудачных пробных вмешательств в других клиниках – уникальны. «Онкохирургия – это такая дисциплина, где окончательное решение о возможности хирургического лечения зачастую принимается уже во время операции, – говорит М.М. Давыдов. – В ситуациях, когда условия клиники или диапазон хирурга не позволяют выполнить эту операцию, опухоль признают нерезектабельной и направляют пациента к нам. Как правило, это операции по удалению опухоли легкого, желудка или пищевода. Очень много больных приезжает к нам из ближнего зарубежья, пациентов из западных стран меньше, но и они тоже есть. На Западе, где клиники больше «заточены» на лекарственное лечение, часто отказываются от операций, связанных с высокими рисками и способных повлиять на престиж».

Что же касается основного «прорыва» в хирургии последних лет, то это, по мнению М.М. Давыдова, не какие-то конкретные технологии, а изменение подходов к лечению онкозаболеваний и расширение сотрудничества с другими специалистами. «Сегодня онкохирургия не может, как раньше, рассматриваться в отрыве от всего комплексного комбинированного лечения больных, дающего такой результат, на который еще 5-10 лет назад мы не могли даже рассчитывать», – считает М.М. Давыдов.

ПОЛЕЗНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ

Одна из важнейших составляющих эффективного комплексного лечения в онкологии - лучевая терапия (радиотерапия). Суть метода в том, что с помощью ионизирующего облучения убиваются раковые клетки. Этот высокотехнологичный метод лечения очень эффективен, особенно, если применяется на современном оборудовании. А вот с его доступностью в России все еще есть проблемы.

Как самостоятельное лечение лучевая терапия практически не назначается. Она идет в комплексе с хирургическим лечением и лекарственной терапией. Метод лучевой терапии, который выберет врач, будет зависеть от типа опухоли, ее размеров и расположения. Радиохирургия (один из методов лучевой терапии) так же точна, как скальпель хирурга, это почти операция, только без разрезов и крови. В некоторых случаях после облучения опухоль не просто радикально уменьшается, но и полностью «погибает» (в ней не остается живых раковых клеток) или даже исчезает совсем.

«Это альтернатива хирургическому вмешательству, но менее инвазивна, пациент остается работоспособным, - объясняет главный внештатный специалист по радиотерапии Москвы, руководитель Центра лучевой терапии Института онкологии ЕМС Салим Нидаль. - В России такой метод назначается, только если опухоль неоперабельна или хирургическое вмешательство невозможно из-за общего состояния больного. В мире этот метод используется широко. От 10 до 30 % пациентов на лучевой терапии нуждаются в радиохирургии. Если правильно использовать эту технологию, результат будет впечатляющий - удаление опухоли без хирургического вмешательства».

«Радиохирургия и стереотаксическая лучевая терапия на радиохирургической роботизированной системе «КиберНож», с которой мы работаем в нашей клинике, - это самые современные и прогрессивные методы лучевого лечения, которые очень широко используются в США, Японии, Европе и других странах, а в России мы видим недоназначение, - рассказывает управляющий директор Центра лучевой терапии «ОнкоСтоп» Ксения Ловцова.

В идеале лучевая терапия должна использоваться для излечения, но в большинстве случаев применяется в паллиативных целях, чтобы более-менее сохранить пациенту качество жизни, комментирует заведующий радиологическим отделением НИИ клинической и экспериментальной радиологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, к.м.н. Алексей Назаренко. «На такое лечение больные приходят практически всегда запущенные. Причина не только в позднем выявлении рака в России, но и в не очень хорошей осведомленности специалистов о возможностях лучевой терапии. Пациентов отправляют на облучение тогда, когда другие методы уже не помогают», - объясняет эксперт.

Есть проблемы и с технической оснащенностью клиник. Даже после проведенных реформ ситуацию радикально изменить не удалось. В рамках Федеральной национальной онкологической программы было закуплено большое количество современного оборудования, в том числе и ускорителей для лучевой терапии. Его получили даже самые отдаленные регионы. Но прорыва в уровне доступности не случилось - специалистов для работы на высокотехнологичных аппаратах не подготовили, затраты на сервисное обслуживание и запчасти не предусмотрели.

«На оборудование у нас деньги находятся, а на поддержание его в работоспособном состоянии – сервисные контракты, запчасти, то, что долгосрочно, - этих денег обычно не бывает, - говорит Назаренко. - Поэтому в половине диспансеров и других онкологических больницах это оборудование уже сломано, восстановить его не на что». Еще одна проблема, по словам эксперта, – на этом оборудовании практически некому работать, нет специалистов. Высокотехнологичное оборудование подразумевает новый уровень обучения: нужно устраивать выезды за рубеж, чтобы получать новые знания, должны быть домашние школы, и в первую очередь нужно обучить самих учителей. Результат, который мог бы быть достигнут и который достигается во всем мире при использовании лучевой терапии, у нас не происходит.

В РОНЦ им. Н.Н. Блохина оборудование тоже не самое свежее, ему от 6 до 10 лет, это средний возраст. Но там хорошо обученные специалисты, а человеческий фактор играет в лучевой терапии ключевую роль. «Мы были одними из первых, кто получил это техническое перевооружение, на нас хватило образовательных ресурсов фирм-продавцов. Они нас научили, как работать. Да и сам центр славится своей школой лучевой терапии, постоянно проходят конгрессы, семинары. Но мы больше исключение, чем правило», - рассказывает Алексей Назаренко.

Альтернативной становятся частные клиники, которые предлагают лечение на современном оборудовании. По словам Ловцовой, Центр лучевой терапии «ОнкоСтоп» много сотрудничает с благотворительными фондами, чтобы сделать современное лечение доступным даже тем пациентам, которые не могут себе позволить заплатить за лечение на установке «КиберНож».

МИХАИЛ ИВАНОВИЧ ДАВЫДОВ

Главный внештатный онколог Минздрава России, директор РОНЦ им. Н.Н. Блохина, академик (с 2004 года) Российской академии медицинских наук, академик (с 2003 года) и член президиума Российской академии наук. Лауреат Государственной премии РФ в области науки и техники (2002), заслуженный деятель науки Российской Федерации. Главный онколог медицинского центра Управления делами Президента РФ, заведующий кафедрой онкологии Первого Московского государственного медицинского университета им. Сеченова. Член Европейского и Американского обществ хирургов, член Нью-Йоркской академии наук.

Окончание. Начало на стр. 1

«БОРЬБА С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЦИОНАЛЬНЫМ ПРИОРИТЕТОМ»

– Если бы сейчас ввели скрининговые программы, и количество пациентов с ранними раками резко возросло, мы смогли бы их вылечить? Хватило бы на это ресурсов?

– Конечно, в первой стадии все пациенты излечиваются. Что касается опухолей желудочно-кишечного тракта, здесь на первой стадии рака больной будет 100 % излечен только за счет эффективного хирургического лечения, если, конечно, попадет в грамотные руки. Но есть виды опухолей, где независимо от стадии нужно эффективное лечение. К ним относятся, например, рак молочной железы, рак яичников – их надо лечить. Здесь, конечно, выходят на первое место лекарственное обеспечение, кадровый вопрос и грамотное лечение вне зависимости от стадии.

Онкология вообще – очень сложный раздел, многопрофильный, гигантский. Здесь очень много пробелов. Самая большая проблема, если говорить в масштабах страны, совершенно разный уровень оказания онкологической помощи в отдельных регионах (от нуля до больших высот). И это, действительно, серьезная проблема.

– Ваши коллеги проводили в декабре опрос региональных врачей, они говорят, что только в 30 % регионов есть доступная молекулярная диагностика. Если нет точной диагностики, то невозможно применять современные препараты?

– Молекулярная диагностика – это, конечно, хорошо. Но в нашей стране очень много регионов, где нет даже своей патологоанатомической службы, и им приходится обращаться за помощью к областному патологоанатомическому бюро. А это уже совсем не тот уровень диагностики.

В каждом регионе должна быть создана четкая структура онкологической помощи – каждый диспансер должен иметь свою патологоанатомическую службу, ПЭТ-центр, радиологию, совершенное лекарственное противоопухолевое обеспечение и первоклассную хирургию – вот пять ингредиентов, которые определяют лицо своей службы. Но нам до этого далеко.

– С вашей точки зрения, какие регионы лучше справляются с задачами онкологической помощи?

– Многие регионы неплохо работают. Скажем, Ленинградская область, Краснодарский край, Иркутская область и другие. Но много и тех, которые очень слабо работают. У нас вместо четкой системы – безыдейность, местечковый хаос. Нет субординационной вертикали, которая позволяла бы наладить быстро контакты и исправить тот или иной недостаток. Каждый занимается своими делами, а это неправильно.

– Должна быть какая-то, по вашему мнению, градация, каких пациентов должны лечить в областных центрах, каких – в федеральных?

– В советское время такая градация была, и даже объемы оперативных вмешательств определялись. Что можно делать в районной больнице в хирургии? Максимум резекцию желудка. Областная больница уже экстирпацию желудка могла делать.

Это было правильно, потому что в областном центре наибольший опыт, лучшее оснащение, лучшие специалисты. Сейчас этого нет. Сегодня областные диспансеры – это высший этап специализированной помощи на территории Российской Федерации. Они должны делать всё. Они и делают всё, другой вопрос, как делают. Многие вещи я знаю по собственному опыту, потому что часто посещаю регионы, провожу мастер-классы и вижу уровень людей. Там очень много пробелов. Они не виноваты, просто их никто не научил, вот и всё.

– Вы о хирургии говорите в первую очередь?

– Да. Что такое хороший хирург-онколог? Это тот, кто многое знает, многое умеет. Не ограничивается одним разделом хирургии. Если он закончил ординатуру по торакоабдоминальной хирургии, аспирантуру в этом разделе, этот специалист дорогого стоит, он сможет работать и в животе, и в груди. В любой ситуации он выберется. Поэтому диапазон знаний должен быть очень широкий.

– Расскажите про достижения в противоопухолевой терапии.

– Сейчас усилия направлены в сторону иммунотерапии. Это совершенно обоснованный тренд, потому что перспективы все-таки в поиске препаратов, способных рассекретить неузнаваемость опухолей перед собственной иммунной системой. Иммунная система человека эволюционно натренирована на чужеродные агенты – на бактерии, инородные тела и так далее, а собственную опухоль она не узнает. А вот если сможет распознать, то избавится от рака с легкостью!

У меня был такой случай, я оперировал девушку, ей было 25-26 лет. В детстве ей пересадили почку, в которой развилась опухоль. Причем опухоль гигантских размеров, бурно растущая с метастазами в печень, легкие, подкожную клетчатку, в кожу, везде. Причина была в том, что девочка получала супрессивную терапию, угнетающую иммунитет, чтобы не было отторжения почки. Мы удалили ей и опухоль, и почку. Поскольку убрали почку, перестали вводить супрессивные препараты. И вдруг на глазах всё стало исчезать, все метастазы. Можете себе представить? Ее иммунная система, задавленная многие годы супрессивной терапией, узнала метастазы чужой опухоли и уничтожила всю эту опухоль напрочь. Через полтора месяца пациентка была здоровой, можете себе представить? Встал вопрос, что с ней делать дальше? И вот, после многочисленных обсуждений и консилиумов с коллегами, мы пересадили ей новую почку, и она жива до сих пор.

– Фантастическая история!

– Фантастическая. Есть такие примеры, когда рассасываются опухоли, пересаженные от другого донора, от которого развивается опухоль. Вот это есть модель перспективы лечения онкологических болезней – рассекретить устойчивость опухоли к собственной иммунной системе. Найти препараты, которые снимут блок, активизируют иммунную систему. Но здесь палка о двух концах – можно так ее активизировать, что она начнет уничтожать сама себя.

– Готовы ли уже стандарты лечения, над которыми вы работали?

– Во-первых, это коллективная работа. Когда мы разрабатываем клинические рекомендации, мы привлекаем большой коллектив специалистов из других учреждений, чтобы было общее мнение по всем вопросам. Стандарты уже готовы и представлены в Минздраве. Более того, они внесены в рубрикатор и свободно могут использоваться в регионах.

– Эти стандарты разрабатывались исходя из возможностей современной медицины или из каких-то финансовых представлений?

– Да, из возможностей современной медицины. Естественно – не то, что люди могут, а то, что надо делать, а уж до уровня стандартов нужно будет их подтягивать.

– Насколько, по вашему мнению, велик разрыв между реальными возможностями и исполнением стандартов?

– Я думаю, что в сумме они исполняются процентов на 35-40 в регионах. Ну, оценить это невозможно, потому что объективной информации у нас нет. Такой мониторинг не ведется.

– Онкологическое сообщество не справится с такой задачей?

– Есть Ассоциация онкологов России, она обсуждает серьезные вопросы, дает рекомендации, но у нее нет полномочий, она не имеет законодательной силы. Скажем, профессиональные ассоциации в Европе и в Америке – это большая сила, потому что их рекомендации обязательны для исполнения министерством, они диктуют, что делать, как действовать. И все наказания за неисполнение они делают, а не министерство, то есть это диспетчерский орган.

У нас этого нет. У нас другая модель и другая система.

– Получается, что без таких полномочий у ассоциации идея выстраивания вертикали управления превращается в утопию?

– Какие-то шаги сегодня делаются, чтобы увеличить роль ассоциации, но они слишком робкие пока.

– А Национальная противораковая программа сможет решить эти проблемы?

– Она пока не обретает четких форм, потому что российская национальная программа, по сути, будет состоять из кусков, из региональных программ. Сейчас ответственность за это лежит на регионах, финансируется из регионов и, естественно, реализовываться будет по-разному (регионы, как я уже говорил, разные по уровню, разные по своим задачам и по возможностям). С моей точки зрения, это, конечно, неправильная конструкция, но такая, какая есть. Постараемся реализовать ее и в этих условиях.

**Окончание.
Начало на стр. 1**

КРИВАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кроме того, приобретение дорогостоящего оборудования вызвало увеличение расходов по его техническому обслуживанию. И, наконец, в 2014-2015 годах онкодиспансер превысил «объемы медицинской помощи, финансируемой из средств ОМС» – то есть пролечил столько больных, сколько обратилось за помощью, а не столько, сколько было запланировано территориальным фондом ОМС. На свои многочисленные запросы с экономическими обоснованиями главный врач онкодиспансера получил только один ответ из департамента – о том, что оснований для увеличения финансирования единственного в регионе онкологического медучреждения нет.

Наоборот, чиновники на треть урезали тарифы на медпомощь и приобретение лекарств. Не получал онкодиспансер средств (дополнительного тарифа) и на проведение исследований на компьютерном и магнитно-резонансном томографе с применением контрастных веществ, а также не финансировалось лечение в радиологическом отделении. В довершение всего почти год назад было признано непригодным здание эндоскопического отделения, и с тех пор современное дорогостоящее оборудование простаивает – нового помещения диспансеру так и не предоставили.

Зато в онкодиспансере начались проверки – департамент и ТФОМС обвинили главврача в неэффективном управлении. Три ревизии КРУ хищений или растрат не выявили. Но главврача все равно обвинили в нецелевом расходовании денежных средств – лечении пациентов в хосписе (чтобы разгрузить очередь в отделение химиотерапии) и закупке лекарств для них. А само отделение химиотерапии диспансера передали Отделенческой больнице на ст. Смоленск ОАО «РЖД». «Химиотерапия – капиталоемкий вид медпомощи, и это отделение фактически обеспечивало другие виды лечения и диагностику, на которые у нас не было дополнительных тарифов», – рассказал Гуло.

Смоленский случай не уникален, даже в Минздраве РФ признают, что попытки сэкономить на медицине – явление для регионов типичное. В ответе на переданный в ведомство запрос Гуло в Генпрокуратуру говорится, что причинами кредиторских задолженностей являются дефицит территориальных программ и кризисные явления в экономике регионов. А также то, что регионы не устанавливают в тарифных соглашениях учитывающие региональную специфику поправочные коэффициенты.

КРАСНОЯРСК – СТАВКА НА СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

В более обеспеченных регионах ситуация значительно лучше. Онкологическая служба Красноярского края еще пять лет назад по многим показателям отставала от среднероссийского уровня, а сегодня сюда приезжают лечиться из соседних регионов. Богатый регион смог грамотно распорядиться своими средствами и выстроить эффективную систему помощи пациентам.

После реконструкции и расширения онкодиспансер полностью обновил радиологическое оборудование, получил новый оснащенный современным оборудованием корпус, в том числе оперблок на 17 операционных, в которых в 2016 году прошло почти 15 тысяч операций. «Если раньше наши хирурги стояли в очереди к операционному столу, то сейчас каждое отделение может ежедневно оперировать на двух столах, – рассказал главный врач Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского Андрей Модестов. – За счет этого увеличился оборот койки, и пациенты практически на следующий день после врачебной комиссии попадают в стационар на операцию. Мы увеличили количество неинвазивных видеоторакоскопических и лапароскопических операций до 27 %. Активно используем методику предоперационной эмболизации воротной вены, радиочастотную абляцию метастазов печени. Начали делать разные компоненты реконструкции молочной железы. И в целом проводим порядка 150 видов операций, относящихся к разряду высокотехнологичных, выполняя федеральные и региональные квоты. В результате в прошлом году мы уже приняли более 800 человек из других регионов, где нет таких условий, диагностической и лечебной базы».

Поскольку лечить рак на ранних стадиях гораздо эффективнее и дешевле, в крае уделяется большое внимание профилактике и ранней диагностике. В профилактической работе, по словам Модестова, участвуют не только медики, но и многие департаменты краевой администрации. Под эгидой губернатора проводится культурная акция «Мы вместе против рака». В крае введено материальное поощрение для медработников за раннее выявление онкозаболеваний – с 2012 года уже выплачено премий на сумму более 12 миллионов рублей. А число случаев, выявленных на 1-й и 2-й стадии, выросло с 40 % до 51,6 %, что уже сказалось на качестве лечения и прогнозе. Кроме того, во всех поликлиниках края работают скрининговые программы выявления рака с наружной локализацией для людей старше 50 лет и низкодозовая компьютерная томография легких для курящих мужчин в возрасте 50-64 года. В отдаленные районы края постоянно выезжают бригады онкологов разного профиля, активно используются средства телекоммуникации.

Красноярским онкобольным доступны 25 видов таргетных препаратов – похвастаться таким могут немногие регионы. «Благодаря хорошему лекобеспечению, Красноярский край – один из немногих регионов, где остался достаточно высокий процент пациентов на социальном пакете, порядка 50 %, – говорит Модестов. – Люди видят, что система социальных гарантий реально работает, и не монетизируют свои лекарственные льготы. А это, в свою очередь, дает возможность получать хорошее федеральное финансирование».

Добиться этого удалось благодаря тому, что договоры, цены в которых зафиксированы в рублях, заключались на несколько лет вперед, а поставки препаратов в фиксированных ценах идут по запросу ЛПУ. В итоге, несмотря на рост удельного веса дорогостоящих лекарств, в регионе увеличивается их доступность. Так, если в 2005 году доля таких препаратов составляла 30 % от всех льготных лекарств, и ими пользовались две тысячи человек, то в 2016 более 60 % всех препаратов являлись дорогостоящими, и их получали уже 16 тысяч льготников.

Все это позволило онкослужбе не только «оставаться на плаву», но и стать лидером в СФО. Так, по раку молочной железы морфологическое подтверждение имеет 99,2 % диагнозов, что выше, чем в целом по округе, и в 100 % случаев проводится доступная не в каждом регионе иммуногистохимия. Появилась в крае и онкогенетическая диагностика. Диспансер получил аккредитацию в RUSSCO на выполнение генетических анализов методом ПЦР-диагностики для определения мутации генов при раке легкого и рецидиве рака яичника. Такими генетическими исследованиями в России занимаются более 20 лабораторий, но не у каждой есть аккредитация, подтверждающая качество проводимых анализов.

КАЗАНЬ: «СЕГОДНЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СОВЕРШЕННО ДРУГИЕ ПОТРЕБНОСТИ»

Совершенствуется диагностическая база и в Татарстане. «Сегодня у онкологической службы совершенно другие потребности, – говорит главный онколог Приволжского федерального округа РФ и Республики Татарстан, директор Казанской государственной медицинской академии – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, член-корреспондент РАН Рустем Хасанов. – Если вчера мы говорили о том, что иммуногистохимическая диагностика опухолей – это верх совершенства, то сегодня нужна уже молекулярно-генетическая диагностика – для того, чтобы медицинская помощь каждому заболевшему была индивидуальной, с учетом всех особенностей конкретного пациента, то есть была персонализированной».

По словам Хасанова, онкологическая служба старается максимально использовать возможности диспансеризации для раннего выявления онкологических заболеваний. «Существующие в республике программы диспансеризации и дополняющие их скрининговые программы позволяют нам выявлять ранние формы рака, а это означает излечение в 85 % случаев, – говорит главный онколог округа. – В диспансеризации заложен и онкологический компонент: элементы скрининга рака предстательной железы, посредством выявления простатспецифического антигена, скрининга рака шейки матки, маммография для определения рака молочной железы, анализ кала на скрытую кровь для определения заболеваний толстой кишки».

По официальным данным, в сравнении с 2010 годом доля выявляемых ранних форм рака в республике увеличилась почти на 5,6 %, а пятилетняя выживаемость – на 2,9 %. И символично, что в 2016 году, который в Татарстане прошел под девизом борьбы с онкозаболеваниями, впервые за несколько лет снизилась смертность от рака, хотя и ненамного (на 1 %). «Число состоящих на учете пациентов увеличилось на 30 %, значит, наши пациенты не умирают, а живут, и это самое главное, – говорит Хасанов. – А от нас требуется обеспечить их лечебными и диагностическими ресурсами – онкологические больные требуют наблюдения, повторных обследований, а иногда и вмешательств. Все возможности для этого в Татарстане есть: и высококлассные специалисты, и новейшее медицинское оборудование. Причем с 2013 года в республике применяются самые передовые технологии, такие же, как в Германии, Японии, Австрии».

В ближайших планах Республиканского клинического онкодиспансера – совершенствовать методы лучевой диагностики и лечения рака. Уже в начале года здесь должна заработать современная установка для томотерапии, комбинирующая в себе линейный ускоритель и компьютерный томограф. (Этот инновационный метод лучевой терапии применяется в ведущих клиниках мира с 2003 года, в России первая такая установка появилась в 2012 году.)

А ВАМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ХВАТАЕТ?

Объективный общий мониторинг уровня оказания онкологической помощи в стране не ведется. Надзорные ведомства этим не занимаются, а профессиональное сообщество не имеет таких полномочий. Чтобы попробовать составить объективное представление о выполнении стандартов, специалисты РОНЦ им. Н.Н. Блохина провели опрос среди главных онкологов регионов и спросили их: хватает ли денег на лечение пациентов.

«Основной целью работы было получение «среза» независимой информации по состоянию онкологической помощи населению в субъектах РФ, включая отдельные вопросы реализации программ скрининга, диагностики и лечения онкологических заболеваний. Отчет подготовлен на основании опроса методом анкетирования среди главных внештатных онкологов субъектов Российской Федерации», – говорится в отчетном документе. В опросе приняли участие представители 43 субъектов РФ.

СКРИНИНГ

В большинстве субъектов реализуются программы скрининга рака шейки матки и рака молочной железы, скрининг рака предстательной железы реализуется только в 42 % субъектов, при этом многие анкеты содержали комментарии, что эти программы реализуются в рамках программы диспансеризации. В отношении методов лабораторной диагностики скрининга рака шейки матки 100 % субъектов имеет возможность проводить диагностику с использованием цитологического исследования.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностические возможности регионов по определению различных опухолевых маркеров для решения вопроса о назначении таргетных лекарственных препаратов достаточно ограничены, если не считать определение гормонального и HER2+ статуса опухоли – эта диагностика доступна во всех субъектах и выполняется у 95,5 % пациенток с раком молочной железы. Определение EGFR, ALK, PD-1L, K-ras, BRAF6000 статуса почти недоступно в регионах, подавляющее количество субъектов либо вообще не имеет возможности для проведения этой диагностики у себя, либо вынуждено отправлять материал на исследование в федеральные центры. Таким образом, доступность этих методов в регионах не превышает 30 %. В большинстве случаев респонденты выбирали ответ – что эта диагностика вообще не проводится на их территории.

ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Большинство респондентов отметило доступность противоопухолевых лекарственных препаратов как среднюю (69,5 %), в то же время 42 % респондентов оценили доступность наркотических анальгетиков как высокую и 56 % – как среднюю, что, вероятно, связано с мерами, принимаемыми Минздравом по улучшению ситуации с доступностью наркотических обезболивающих лекарственных препаратов для онкологических больных.

Доступность специализированной и высокотехнологичной медицинской онкологической помощи большинство респондентов оценило как высокую (28 %) или среднюю (62 %), в то же время 10 % специалистов отметили низкую доступность ВТМП в своем регионе.

На вопрос анкеты «Как Вы оцениваете степень финансирования медицинской помощи по профилю «Онкология» в Вашем регионе?» только представитель одного субъекта РФ ответил, что оценивает ее как достаточную, 72 % опрошенных отметили ее как среднюю, а 24 % – как низкую.

Авторы делают вывод, что в стране наблюдаются системные проблемы в организации работы онкологической службы. «Решение этих и других системных проблем российской онкологии возможно только при использовании комплексного программного подхода и при участии всех заинтересованных сторон – специалистов-онкологов, Минздрава России, пациентских организаций и представителей индустрии. Для этого нужно разработать и принять на государственном уровне долгосрочную национальную онкологическую программу, направленную на повышение качества и доступности онкологической помощи населению и снижение смертности от онкологических заболеваний на территории Российской Федерации», – делают вывод авторы исследования.

МУРМАНСК – ПАЦИЕНТЫ ЛЕКАРСТВА НЕ ПОКУПАЮТ

Полностью обеспечивает своих пациентов лекарствами и Мурманская область. А новые пациенты начинают получать специализированное лекарственное лечение, будь это гормональная или химиотерапия, практически сразу после постановки диагноза. «Никто из наших пациентов самостоятельно лекарства не покупает, – рассказал главный онколог Мурманской области, заместитель главного врача областного онкологического диспансера Александр Давыденков. – В прошлом году выделенное на онкологию финансирование позволило нам выдерживать утвержденные стандарты лечения. В этом году мы также получили достаточный бюджет, и идет закупка лекарственных препаратов, включая дорогостоящие».

Аппараты для проведения лучевой терапии морально устарели. В настоящее время идут переговоры о покупке двух современных линейных ускорителей, а также о ремонте радиологического отделения.

Для получения высокотехнологичной медицинской помощи и консультации пациенты направляются в профильные институты Санкт-Петербурга и Москвы. «Совместно с ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» с 2016 года для консультаций с центрами используются каналы телекоммуникации. Хорошо зарекомендовал себя метод ежемесячного проведения лекций ведущих специалистов онкодиспансера для повышения онконастороженности врачей первичного звена».

Основная проблема службы, по словам главного онколога региона, – дефицит кадров. На сегодняшний день в половине из 17 районных онкологических кабинетов области работают совместители. «Конечно, мы готовим кадры, но очень ждем к себе и выпускников вузов, и опытных врачей-онкологов, которые бы согласились переехать работать в Заполярье. Администрации тех районов, где они будут работать, обещают создать для этого достойные условия».

РОНЦ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА – НЕДОФИНАНСИРОВАНИЕ 60 %

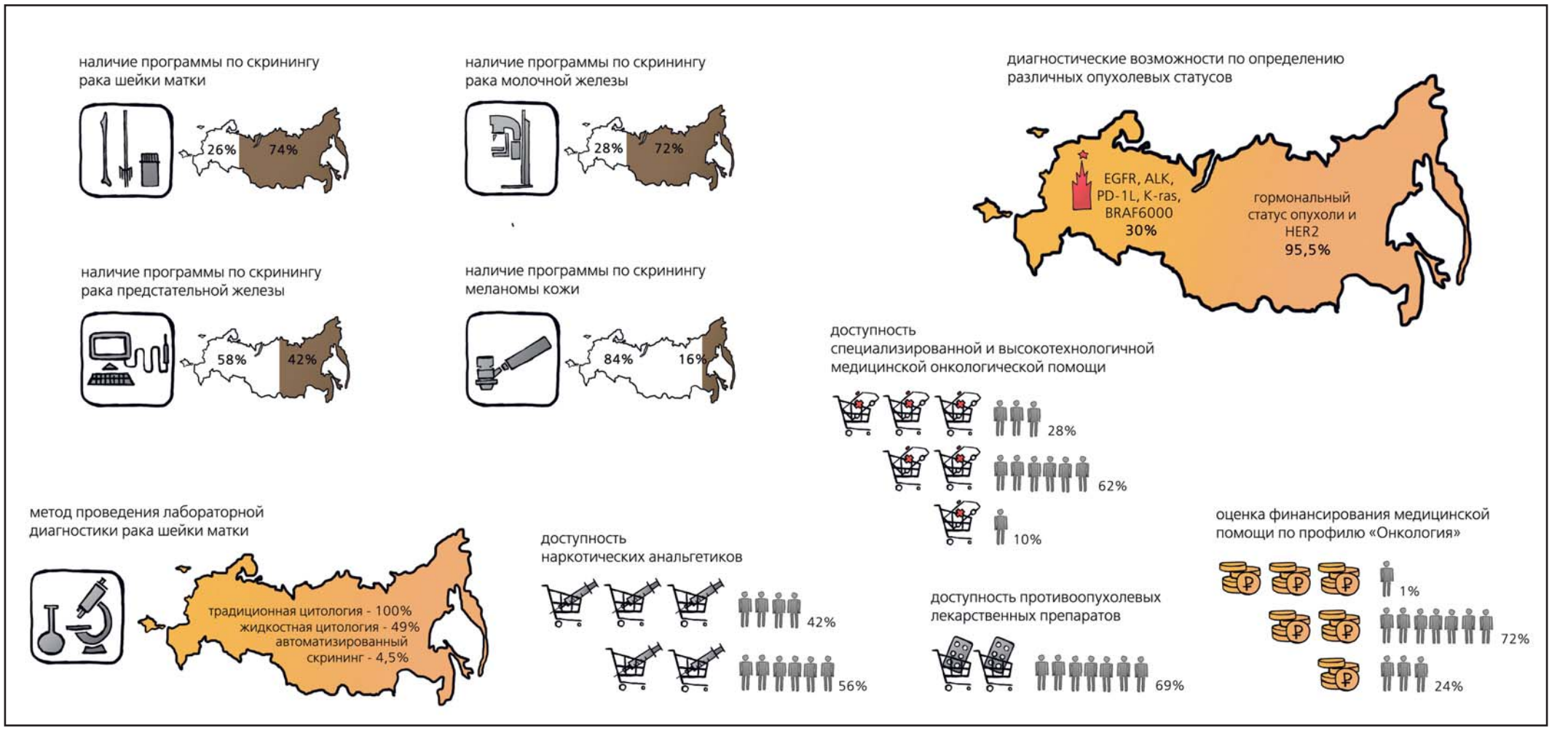
Результатом современной системы финансирования стала колоссальная нехватка средств в крупнейших федеральных центрах, которые теперь получают деньги по ОМС на общих основаниях, а не через федеральный бюджет, как было раньше. А поскольку именно сюда попадают самые сложные пациенты, с тяжелыми формами рака, запущенными случаями, множественными метастазами и т.д., стоимость их лечения в РОНЦ им. Н.Н. Блохина будет и самой высокой по стране. Но существующие объемы финансирования не покрывают даже базовое лечение, не говоря уже о лечении запущенных случаев или осложнений, которые нередко возникают у таких пациентов.

По словам директора РОНЦ им. Н.Н. Блохина, академика Михаила Давыдова, в итоге этой реформы некоторые региональные институты лучше обеспечены, чем крупнейший в Европе онкологический центр. Например, онкологические больницы города Москвы оснащаются лекарствами лучше, чем федеральный центр, потому что им закупает дорогостоящие препараты город, а РОНЦ получает деньги на покупку препаратов сам в недостаточном количестве.

«То, что национальный онкологический головной центр финансируется как обычная больница по ОМС, ВМП, клинической апробацией – это безобразие, – возмущается директор РОНЦ им. Н.Н. Блохина, академик Михаил Давыдов. – У нас должен быть прогнозируемый и планируемый бюджет. Если бы как руководителю центра выделили, скажем, 2 миллиарда рублей в год (хотя нужно 6) и сказали бы: «У нас нет 6, мы тебе даем 2 – вот как хочешь, так и реализовывай помощь». И я бы сумел реализовать эту помощь. Я просто делал бы более рационально, брался бы только за то, за что должен браться я, и так далее. Я сейчас ничего не знаю – ни ОМС не покрывает затраты, ни ВМП не покрывает затраты больного. У нас толпа людей сидит, считает, кто по ОМС, кто по ВМП, а денег все равно не хватает. На 60 % мы недофинансированы – такого никогда не было».

Это не означает, что РОНЦ отказывает пациентам в лечении – руководство выкручивается, обращается в фонды, находит способы предоставить людям всю необходимую помощь.

По словам Давыдова, ФОМС обещает ввести в центре поквартальное финансирование, что, по их словам, должно помочь лучше обеспечить потребности института. Но о плановом финансировании речи пока не идет.



«ЭКОНОМИТЬ БУДУТ НА ВСЕМ, НА ЧЕМ МОЖНО СЭКОНОМИТЬ»

В наступившем году впервые за последние 10 лет расходы федерального бюджета на здравоохранение упали ниже 3% ВВП. А в Программе госгарантий бесплатной медпомощи появилось положение о том, что регионы могут тратить на лечение людей даже меньше минимального социального стандарта.

Из федерального бюджета в 2017 году на нужды здравоохранения будет выделено 377,3 млрд рублей – 2,7% ВВП. В 2016 году эта цифра равнялась 456 млрд рублей (3,4% ВВП), а в 2015 году – 516 млрд рублей (3,6% ВВП). Впрочем, как обещают власти, общий объем финансирования из всех источников даже увеличится и достигнет 3,035 трлн рублей (против 2853 млрд рублей в 2016 году). Это должно произойти за счет роста расходов субъектов РФ и Федерального фонда ОМС.

Однако уже звучат опасения, что для российских регионов такая нагрузка может стать непосильной. И, похоже, что эти опасения разделяют даже в самом Минздраве. В пояснительной записке к документу сказано, что «при расчете средних подушевых нормативов финансирования и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи» учитывались не потребности отрасли, а «прогноз доходов бюджета Федерального фонда ОМС на соответствующий год».

Средние подушевые нормативы в Программе госгарантий бесплатной медпомощи на 2017 год относительно прошлого года оставлены без изменений. Более того, снижены расчетные нормативы госпитализации, поскольку, как объясняют в Минздраве, «потребности населения в специализированной стационарной медпомощи снижаются».

Кроме того, впервые Программа госгарантий дополнена положением, которое разрешает регионам устанавливать дифференцированные нормативы объема медпомощи ниже средних. Хотя и с оговоркой, что это допускается, если в регионах уровень заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний ниже, чем среднероссийский. Но в реальности региональные власти получают законную возможность финансировать медпомощь на подведомственных территориях по мере своих сил.

Впрочем, хотя до сих пор региональные власти имели право лишь увеличивать подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС, по данным ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения», уже в 2016 году снижение затрат по разделу «Здравоохранение» произошло в 58 регионах страны. А в 21 регионе были урезаны расходы на территориальные программы госгарантий за счет средств региональных бюджетов. Что касается перечней льготных лекарств, то в подавляющем большинстве российских регионов (79 из 85) они уже не соответствуют установленному правительством перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

По словам директора НИИ организации здравоохранения Давида Мелик-Гусейнова, сокращение расходов в течение года действительно не исключено. Причем, если нехватку средств в региональных бюджетах еще можно компенсировать за счет федеральных вливаний, то вот со средствами ОМС могут быть проблемы. «Средства ОМС – это те деньги, которые работодатели отчисляют в виде определенного процента из фонда оплаты труда своих подчиненных. Но если экономика начнет сворачиваться, а работодатели уходить в тень, то ФФОМС ожидаемые деньги недополучит. И здесь может быть два выхода. Либо придется резать гарантии, что будет очень сложно объяснить населению. Либо оптимизировать свою работу и, несмотря на сокращающиеся ресурсы, постараться не потерять качества», – говорит Мелик-Гусейнов.

С другой стороны, как напомнил эксперт, Минздрав рассчитывает уже в этом году сэкономить до 10% расходов на лекарственное обеспечение за счет изменения законодательства о госзакупках. «Здесь есть очень большой резерв, – считает Мелик-Гусейнов. – Оптимизировать следует и систему госзакупок, и ценообразование, и сам выбор лекарственных позиций».

Как считает президент Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе Алексей Старченко, экономить будут, прежде всего, на дорогостоящих лекарствах. «Деньги на это вроде бы и зарезервированы в бюджете, но доступ к ним будет максимально затруднен, – уверен эксперт. – Один из способов – просто не говорить пациенту о том, что существуют новые методы лечения. У тех, кто знает про необходимые ему лекарства, будут находить «противопоказания» к их назначению. Есть еще разные бюрократические уловки с тендерами, которые можно объявлять в последнюю минуту, отменять или переносить на следующий отчетный период».

По мнению председателя исполнительного комитета МОД «Движение против рака» Николая Дронова, в условиях ограниченных ресурсов «экономить в здравоохранении будут на всем, на чем можно сэкономить». И приоритет финансирования будет явно не у специализированной медпомощи (куда относится онкология), а, скорее всего, – у касающейся большинства населения первичной медико-санитарной.

«ЕДИНСТВЕННАЯ ЗАКОННАЯ ПРИЧИНА ДЛЯ ОТКАЗА В ЛЕКАРСТВЕ – МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ»

Расходы россиян на покупку лекарств за последние пять лет выросли вдвое, большинство амбулаторных пациентов вынуждено покупать препараты за свой счет, а льготники все чаще вместо аптек обращаются за положенными им лекарствами в суд.

Большинство россиян покупает лекарства за свой счет. По данным Счетной палаты РФ, сегодня в России 74% потраченных на лекарства денег – это средства самих пациентов. В среднем мы покупаем около 27 упаковок лекарств в год и только 7 упаковок получаем бесплатно за счет государства. Льготники по всей стране сталкиваются с проблемой доступности положенных им бесплатных препаратов. Проводимые мониторинги показывают, что без затруднений получают бесплатные лекарства только 7% из тех, кто имеет на это право. Что касается онкопрепаратов, то каждая третья упаковка покупается за деньги пациентов, а регионы продолжают сокращать льготные перечни.

И с каждым годом ситуация ухудшается. Как подсчитала аналитическая компания DSM Group, объемы закупок за счет государства упали на 20%. Более того, впервые за все время наблюдений отмечено сокращение средств, которые тратили на закупку лекарств медучреждения.

По словам Дениса Курова, консультанта «Движения против рака», которое помогает пациентам составлять жалобы на отказ в бесплатных лекарствах в надзорные органы, число обращений продолжает расти. В основном пациентам отказывают врачи в выписке рецепта, чтобы не создавать дефицит. Хотя это напрямую нарушает процедуру, ведь, если в аптеке нет рецептов, отложенных на отсроченное обслуживание, информации о нехватке препаратов не поступает, и, значит, проблема не решается.

Недоступность для большинства россиян современных препаратов отмечается уже и на мировом уровне. Согласно данным Королевского университета Швеции, минимальная сумма финансирования в расчете на одного гражданина страны, которая позволяет онкологическому больному иметь адекватный доступ к современным методам лечения, составляет 10 евро. В странах Европы этот показатель составляет от 9 до 35 евро, в России – всего 3,3 евро. Более того, низкий уровень доступа российских пациентов к терапии касается не только инновационных лекарств, но и стандартной фармакотерапии.

По словам Уполномоченного по правам человека в Челябинской области Маргариты Павловой, наибольшие проблемы провоцирует современная система финансирования. Чаще всего людям отказывают в рекомендованных им лекарствах на основании того, что они не входят в региональные перечни льготных лекарств. Поэтому, вернувшись после операции и назначения лечения в федеральном центре, пациенты не могут получить препараты по своей схеме. В ее практике был случай, когда прокурор подал иск в суд о бездействии чиновников, которые не обеспечили пациентку ни одним из рекомендованных ей московским онкоцентром препаратов. Суд обязал местные власти закупить эти лекарства, однако получает их больная с большими перебоями. А в отношении одного из препаратов региональный Минздрав сообщил омбудсмену, что его отменил своим решением главный химиотерапевт области.

Не стесняются местные власти даже судиться с больным человеком. Как рассказал президент Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе Алексей Старченко, в Ярославле страховая компания не только оштрафовала медучреждение, не соглашавшееся назначать рекомендованные в федеральном центре препараты, но и добилась через суд денежной компенсации пациенту, который был вынужден самостоятельно покупать лекарства. «Если препарат значится в стандарте и клиническом протоколе лечения, единственная законная причина, по которой он может быть не назначен – медицинские противопоказания», – считает эксперт. По словам Старченко, бороться за свои права готовы единицы. Большинство людей просто покупает лекарства за свой счет, продавая свое имущество или занимая деньги у знакомых, или продолжает лечение с большими перерывами.

За год общее количество жалоб на лекарственное обеспечение в Росздравнадзор составило всего 4,5 тыс., в прокуратуру – 19,5 тыс. Как говорят в «Движении против рака», основная причина – страх «испортить отношения» с больницей или врачом. «Но сидеть сложа руки – верный путь на тот свет, – говорит председатель исполнительного комитета организации Николай Дронов. – Без лечения выздороветь невозможно. Если не хотят лечить пациента – надо бить во все колокола. Смысл жаловаться есть всегда: в органы управления здравоохранением, Росздравнадзор, прокуратуру, губернаторам регионов, в общественные пациентские организации, в Общероссийский народный фронт. Тем более что ожидается снижение реальной доступности медпомощи и льготного лекарственного обеспечения. У пациентов просто нет другого выхода».

Оставление онкобольного без лекарств – нарушение законодательства о льготном лекарственном обеспечении граждан, объясняют в «Движении против рака». Более того, это попадает под статьи Уголовного кодекса о неоказании помощи и оставлении в опасности. Поэтому универсальный совет: обращаться с письменным заявлением одновременно к источнику проблемы (например, главврачу онкодиспансера) и в территориальный орган Росздравнадзора и местный Минздрав. Если отказывает в лекарстве аптека – еще и в прокуратуру. Если жалобу отказываются принять, надо отправить ее письмом с уведомлением. В большинстве случаев проблема решается после того, как человек изложил свои требования в письменном виде: бумага дает возможность обращаться дальше по инстанциям, а неприятности никому не нужны.

ЗА ROLLS ROYCE ОЧЕРЕДЬ НЕ ЗАНИМАТЬ,

если денег хватает только на Lada

Чтобы решить проблему нехватки лекарств для онкологических пациентов, нужно сформулировать необходимые базовые стандарты лечения, которые могут быть выполнены, считает исполнительный директор Ассоциации онкологов России Александр Петровский.

– Сколько бы не принималось нацпрограмм и не проводилось реформ, средств на здравоохранение, тем более, на дорогостоящие виды лечения, такие, как онкология, в стране всегда не хватало и не хватает. Почему все время складывается эта ситуация?

Есть обязательства, прописанные в Конституции, согласно которым Россия – социально ориентированное государство, и любой гражданин Российской Федерации, имеющий полис медицинского страхования, может получить помощь в рамках программы государственных гарантий, прописанных в соответствующих документах. И программа на самом деле в себя на сегодняшний день включает подавляющее большинство методов и лекарственных препаратов, операций и лучевой терапии, которые в мире существуют.

Но реальных средств, чтобы обеспечить эту помощь всем этим людям, средств нет.

– Как определяется этот объем гарантий?

–Объем гарантий определяет государство. У нас в Российской Федерации есть так называемые разрешительные списки лекарственных препаратов. За включением препаратов в эти списки, к сожалению, не стоит полноценный анализ возможности государства обеспечить всех нуждающихся пациентов этими лекарственными препаратами. И тут получается: с одной стороны, препарат вроде бы жизненно важный, в списке он вроде бы есть, а реально оказывается, что получить это лекарство всем пациентам не представляется возможным.

Поэтому, если мы говорим о том, что нужно делать, я бы попытался понять, сколько мы денег можем тратить на онкологию, и, исходя именно из денег, попытался бы оценить те возможности, которые надо прописать в этих программах.

– То есть объем госгарантий должен определяться не возможностями науки и медицины, а объемом бюджета?

– Мы же живем в реальном мире. Мы можем придумывать очень много чего хорошего и нужного, но надо понимать, насколько это хорошее и нужное может быть реализовано. Этот процесс на самом деле идет, какие-то шаги в этом направлении делаются. Нельзя сказать, что все просто обещают с неба – нет, это не так. Но, тем не менее, этот процесс идет не быстро.

К чему привела та система, которая есть сейчас? Она привела к тому, что созданы так называемая система КСГ – клинико-статистических групп, куда включены различные патологии. Каждой группе патологии соответствует определенное количество денег, которые можно тратить на лечение этого заболевания. Получается, что в этой группе какие-то патологии более дорогие, какие-то более дешевые, а среднее на круг, по идее, соответствует этой цифре.

«Дешевых пациентов» по этой системе все рады лечить, но иногда мы сталкиваемся с ситуацией, когда денег на лечение пациента не хватает. И уж совершенно точно их начинает не хватать, когда начинаются какие-то осложнения, потому что практически вся эта система создана без учета того, что у определенного числа пациентов могут случаться осложнения, а это особенно часто бывает при агрессивном лечении. Нередко агрессивное лечение – путь к выздоровлению: большая хирургия, сложная, высокодозная или дозоуплотненная химиотерапия, высокодозные режимы лучевой терапии. Всё это, естественно, сопровождается большим числом осложнений, но это ведет к лучшим результатам излечиваемости больных.

– Где эта грань, когда государству имеет смысл включать новые современные препараты в программу госгарантии, а когда стоит ограничиться стандартным лечением?

– Тут есть вполне объективные механизмы оценки. Я сейчас не хочу обсуждать этическую часть. Если спросить меня как врача, то надо каждого пациента лечить столько, сколько есть возможность.

Но, к сожалению, мы живем в реальном мире, и в этом реальном мире мы понимаем, что таким образом государство вылетает в трубу за короткий промежуток времени. Поэтому должно четко определить свои возможности.

Работа эта ведется, создана независимая комиссия, состоящая из многих специалистов, по определению необходимости включения препаратов в разрешительные списки, и фармакоэкономические аспекты одни из основных, обсуждаемых на этой комиссии. И эту работы несомненно необходимо продолжать.

Ведь это та же самая ситуация, с которой каждый человек сталкивается, когда идет что-то покупать. Он хочет купить автомобиль, например. Если у него есть деньги на LADA, он не стоит в очереди за Rolls-Royce, он даже не смотрит в сторону салона Rolls-Royce, он идет и выбирает себе LADA.

– Тогда получается, что государство должно сказать – хорошо, какие-то базовые первой линии мы даем, операции мы делаем, а вот иммуноонкология в госгарантии не входит, мы не назначаем ее и не используем никогда?

– Почему?

– Это же Rolls-Royce. Кто будет покупать Rolls-Royce в таком случае?

– Это Rolls-Royce, но при этом Rolls-Royce зарегистрирован в Российской Федерации, он может ездить по российским дорогам,

и ему заливают российский бензин на автозаправках.

В данном случае у каждого из нас, между прочим, должно быть понимание, что мы можем заболеть какими-то болезнями.

– Здесь мы уже говорим про ответственность пациента за свое здоровье.

– Я полагаю, каждому хотелось бы большего понимания, что государство нам обещает вот столько, а вот столько не обещает.

– Как ОСАГО?

– Как ОСАГО, да.

– Если ты въедешь в LADA, тебе заплатят 150 тысяч рублей, этого хватит на ремонт. Но если ты въедешь в Rolls-Royce, то ты продашь квартиру.

– Поэтому многие из нас покупают расширение этого ОСАГО, а некоторые еще и КАСКО. Очень малое число людей в нашей стране задумывается о том, что им может не хватить денег на лечение в то время, когда они могут платить. Пока они молодые, работоспособные, очень мало кто из этих людей идет осознанно покупать себе некую добавку в виде добровольного медицинского страхования.

ЗА РУКУ ПРИВЕДЕМ К ВРАЧУ

Индивидуальное сопровождение в лечении онкологии - это не роскошь, оно нужно вообще всем пациентам и их родственникам. В ситуации, когда система не прозрачна, лекарств на всех не хватает, все время нужно выбирать – ждать своей очереди или тратить свои деньги, именно поэтому нужен грамотный провожатый, который поможет решить эти проблемы. Такую поддержку оказывают специалисты «Центра персонализированной медицины».

В России своеобразно устроен рынок страхования от онкологии. Вернее, этого рынка практически нет. Стандартные и даже расширенные полисы Добровольного медицинского страхования (ДМС), которые оформляют нам работодатели, тяжелые заболевания не покрывают. Они устранятся, как только диагноз будет поставлен, так как по закону онкологию лечат государственные центры и совершенно бесплатно. Ну а то, что такое лечение предоставляется с перебоями, что на обследования и даже на операции часто стоят очереди, а нужного лекарства может не быть в льготных аптеках – это уж особенности системы.

Поэтому в России появился уникальный сервис – индивидуальное сопровождение во время лечения онкологического заболевания, который помогает обойти все эти сложности. Специалисты «Центра персонализированной медицины» («ЦПМ») знают, как выбрать клинику и врача, получить бесплатное лечение и пройти его без очереди. Для этого есть специальные механизмы и рычаги, но знают о них обычно только профессиональные юристы.

«Бесплатное лечение онкологии положено всем нуждающимся гражданам России по закону. Но система устроена так, что не всем удается получить такую помощь без сложностей. Поэтому мы и создали свой сервис сопровождения, чтобы каждый имел возможность лечиться полноценно и бесплатно, – рассказывает заместитель генерального директора «ЦПМ» Игорь Кузнецов. – Наши клиенты получают юридическую поддержку на время лечения, медицинское сопровождение – возможность получить второе мнение в ведущих онкологических центрах страны, а также психологическую помощь для всей семьи».

Получить этот сервис могут клиенты, застрахованные по полису «Управляй здоровьем!» или по детскому полису «Могу все!» от партнеров ЦПМ – компании «ВТБ-Страхование». Это не медицинское страхование, а рисковое. Оно не покрывает и не предоставляет само лечение, но обеспечивает услуги по сопровождению и единовременную страховую выплату в случае постановки онкологического диагноза. В зависимости от пакета страхования и срока эта сумма может быть от 750 000 до 2 500 000. Уже сотни тысяч россиян оформили такой полис. Его предлагают в пакетах страхования по ипотечным и автомобильным кредитам. Часто люди даже не задумываются о том, насколько это полезная услуга, пока не сталкиваются со своим диагнозом.

Страховую сумму по полису можно потратить как угодно. Пустить ее на покупку препаратов или поездку на лечение за границу, а можно просто оставить как источник дохода на время лечения. Ведь часто пациенты не могут работать, пока проходят лечение,

«О том, что денег на лечение для всех нуждающихся в стране не хватает, говорят уже буквально все – и руководитель онкологической службы, и его заместители, и правозащитники. Даже в Минздраве это понимают и признают. В этих условиях люди должны быть готовы взять на себя часть ответственности за свое здоровье, за свое лечение. И рисковое страхование, возможность софинансирования лечения, если человек заболеет чем-то серьезным – это вполне цивилизованный подход», – считает заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Борисов.

Я СКАЗАЛА, ЧТО БУДУ ЖИТЬ

Мы все время повторяем, что рак - это не приговор. Что надо лечиться и не сдаваться, и болезнь может отступить. Но бывают случаи, когда опухоль уже разрослась и метастазы захватили организм. Чтобы, услышав от врача, что он сделал все, что мог, но лечение не помогает, не сойти с ума от горя и страха, подняться и бороться за свою жизнь, искать других врачей и другое лечение – на это нужно настоящее мужество! Мужество и талант нужны и доктору, чтобы взяться за пациента, которого коллеги признали обреченным. Наши героини и их врачи, несмотря на неутешительные прогнозы, вместе победили болезнь.

Светлана Оралова

Фото Георгия Тимофеева

Светлана Оралова, 52 года, г. Пермь. «Мои близкие были в отчаянии, а я сказала им, что буду жить».

«Шесть лет назад у меня диагностировали рак прямой кишки в четвертой стадии с метастазами в печени, придатках, матке. Опухоль была очень большая, неоперабельная. Я была уже в очень тяжелом состоянии, не могла ходить. Пермские врачи мне сказали – вариантов никаких нет, если и помогут, то только в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Мои близкие были в отчаянии, а я сказала им – буду жить. За меня взялись Михаил Иванович Давыдов и мой лечащий врач Вячеслав Афандиевич Алеев. Вячеслав Афандиевич шутит, что только такой ненормальный доктор, как он, мог за меня взяться. Мы с ним уже как родные люди. Он заходил утром ко мне на обход, разговаривал, потом замолкал, смотрел внимательно и говорил – надо попробовать вот это. Я соглашалась на все, прошла 18 курсов химии, облучение.

Руки опускать я не хотела, хотя, конечно, были минуты отчаяния. Я не боялась химии, смотрела на нее как на лекарство. Мы с одной женщиной вспоминали, как барон Мюнхгаузен себя за косичку из болота вытянул. Она говорила, что надо сплести эту косичку. Я сказала – ничего подобного, у каждого человека эта косичка есть, надо только сделать движение, чтобы ухватиться за нее. Врачам всегда легче работать с теми, у кого есть желание жить.

Благодаря химиотерапии опухоль уменьшилась и стала операбельной. Мне сделали операцию, впервые в России сразу на трех органах – гинекология, печень, кишечник. Почти 70 % печени удалили. В итоге болезнь отступила! В декабре было очередное обследование, оно подтвердило, что у меня все хорошо!

Некоторые, только узнав о диагнозе, уже начинают искать себе место на кладбище. А я, когда лежала в онкоцентре, начала рисовать красками. Я и сейчас рисую, у меня уже были выставки. До болезни любила кататься на горных лыжах и сейчас катаюсь. Надо искать позитив, не ходить и не слушать, кто там и чем болеет. Ведь многие люди выздоравливают

Елена Велитченко, 30 лет, г. Курск. «У меня теперь два дня рождения».

«Я вела здоровый образ жизни, правильно питалась, занималась спортом, не курила, не употребляла алкоголь, но все равно заболела. Первые признаки болезни появились в 2015 году. У меня была слабость, пропадал голос, опустилось правое веко, глаза были разных размеров, обезображенная улыбка. Сначала мне поставили неправильный диагноз, и лечение не помогало. Слабость нарастала, двоилось в глазах, мое состояние можно было сравнить с опьянением.

Меня отправили на МРТ, и я до сих пор помню день, когда мне выдали заключение. Внизу большими буквами было написано – консультация онколога. Вышла из центра, опухшая от слез. Села на скамейку, чтобы прийти в себя, мысленно составляла список дел, которые нужно побыстрее закончить. Страшнее всего было сказать о диагнозе маме.

Потом собралась с мыслями, решила, что не все так плохо, главное, что мне поставили диагноз. Редкое заболевание, тимома тип B2 – это опухоль в средостении, от нее было тяжело дышать и была слабость, а кроме того, у меня миастения – аутоиммунное заболевание, из-за которого у меня повышенная утомляемость, опущение век и двоение в глазах.

В сентябре 2016 года меня прооперировали в Курске, при этом опухоль не удалили. Сделали биопсию, врач сказала, что за 30 лет я у нее первая с таким диагнозом, и она не знает, как меня лечить.

Самым тяжелым было предательство моего молодого человека. Узнав о моих проблемах, он постепенно стал отдаляться. Я не стала себя навязывать и отпустила его. Он до сих пор не знает, что у меня не все так плохо. Но все к лучшему, мой руководитель говорит, чтобы с корабля сбежали крысы, нужно имитировать его крушение.

Мне повезло, мне дали направление в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Я очень удивилась, когда услышала от своего лечащего врача, Арифа Керимовича Аллахвердиева, что меня нужно срочно оперировать. Химию и лучи на время отменили. Меня прооперировали 20 декабря 2016 года, а 30 декабря, под Новый год, меня выписали. Я считаю день операции моим вторым днем рождения. Я никогда его не забуду, как и хирургов, вернувших меня к полноценной жизни.

Пока хожу в бандаже, чтобы срослись кости. Я очень счастлива. В шрамах, но меня это мало беспокоит. Слабость дикая и раздвоение в глазах ушли, как будто в меня вставили новые батарейки. Я поняла, что весь год не жила, а существовала. С удовольствием беру дочь, и мы идем с ней гулять. Раньше на это у меня не было сил. Я верю, что все у меня будет хорошо, хотя впереди еще лечение. Через год, 20 декабря, зайду в ординаторскую с огромным тортом и со словами благодарности».

Елена Велитченко

Оксана Антонова, 29 лет, г. Москва. «Стучите во все двери».

«В 24 года я почувствовала неладное: очень сильно потела по ночам, была сильная отдышка, все время держалась температура 37,4, была постоянная усталость. Потом в одну ночь на шее выскочил лимфоузел размером с грецкий орех. Вот это меня напугало, и я пошла обследоваться. Вместо 25-летия в ресторане буквально в день рождения мне поставили диагноз – лимфома Ходжкина. Между легкими была опухоль из лимфоузлов размером с грейпфрут. Жизнь моя просто рухнула в один день.

Оксана Антонова

Мне поставили резистентную форму лимфомы, меняли протоколы, но организм не отвечал на лечение, болезнь прогрессировала. С резистентной формой очень сложно лечиться. Мы все ждали улучшения, а оно не наступало. И это было очень страшно. Особенно тяжело было маме, хотя она никогда этого не показывала и только продолжала искать новые способы лечения, новых врачей.

Меня взяли платно в центр имени Дмитрия Рогачева, хотя на тот момент мне уже было 26 лет. Ничего не обещали, сказали, что все протоколы лечения были правильные, но мне не повезло попасть в этот несчастный один процент людей, которым не помогает стандартное лечение. После второго курса монохимии было колоссальное улучшение. Профессор прыгал от счастья, ведь я была бесперспективной пациенткой. Меня вывели в частичную ремиссию, остался всего один узел. В интернете мне открыли группу, друзья, мой родной город Тула помогли собрать деньги на лечение – это была очень большая сумма, но ее удалось собрать. Это было очень приятно, что столько людям не все равно вылечусь я или нет.

Потом по квоте я попала в центр им. Н.И. Пирогова. Были трудности с набором стволовых клеток для пересадки, настолько я была прохимичена. Времени на поиск донора у меня не было, нужно было не упустить короткий период ремиссии. Тогда уже фонд «Подари жизнь» купил мне дорогостоящее лекарство, которое помогло набрать минимум стволовых клеток, необходимых для пересадки.

Я до сих пор в ремиссии, каждые полгода прохожу контроль. Не все гладко – у меня очень серьезно пострадал иммунитет, практически каждый месяц я могу лежать с температурой, ужасные бронхиты, гаймориты, все время на антибиотиках. Но я в ремиссии, я живу!

В короткие здоровые промежутки я стараюсь жить полноценно. Люблю ездить на выставки – была на Серове в Третьяковке, вместе со всеми на морозе стояла в очереди. Несколько раз ездила в Петербург, а в прошлом году врач даже разрешила съездить на море. Это было счастье!»

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

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

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

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

«Равное право на жизнь» №20
Тираж 1000 экз.
Распространяется бесплатно
Свидетельство о регистрации: ПИ№ФС77-45868
Дата и время подписания в печать: 15:00, 23 января 2017 г.

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

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

Над номером работали: МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ, ИРИНА РЕЗНИК, ЮЛИЯ УСАЧЕВА, АНДРЕЙ УКРАИНСКИЙ, НИКИТА ЯКУНИН

Отпечатано в типографии «ЗЕТА-принт»

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ:
8-800-200-2-200
с 9:00 до 21:00 (по России звонок бесплатный)
Дополнительная информация о деятельности НП «Равное право на жизнь» доступна на сайте
www.ravnoepravo.ru