ЛЕЧЕНИЕ
Паллиативная помощь

ДОКТОР
Михаил Личиницер

КОНСУЛЬТАЦИИ
Вопрос специалисту

ЖИЗНЬ
Бросаем курить

ОЛЕГ ХАРСЕЕВ

AFP/EASTNEWS

ОЛЕГ ХАРСЕЕВ

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО

№7 СЕНТЯБРЬ 2012
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

ПАЦИЕНТЫ ИДУТ ЗА ПОМОЩЬЮ В СУД

С больницами и поликлиниками теперь можно судиться и выигрывать суды. Согласно постановлению пленума Верховного суда РФ №17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» (от 28 июня 2012 года), пациенты теперь могут подавать в суд иски к клиникам и диспансерам по фактам некачественных медицинских услуг по закону «О защите прав потребителей».

Итак, из чего исходит суд теперь при обращении недовольного пациента? Каждый обратившийся в суд пациент (или его родственники) априори признается потребителем медицинских услуг в системе ОМС. Ну а раз это так, то потребитель уже автоматически имеет право на качественную медицинскую услугу. На то, что его будут лечить безопасно, на то, что ему сообщат, кто его будет лечить на всех этапах заболевания, из чего будет эта медицинская услуга состоять и т. п. Важно, что теперь ЛПУ обязаны, невзирая на их собственные сложности, обеспечить сроки предоставления лечения, а если вдруг пациентом обнаружены у этой услуги недостатки, то по закону о правах потребителя пациенту должны сообщить срок, в который недостатки будут устранены. Способов защиты пациентов теперь по закону о потребителях тоже стало в разы больше, чем было их по Гражданскому кодексу раньше.

Разрешите разъяснить

К примеру, при обращении к врачу пациенту (и по закону теперь обязаны сразу же!) сообщить сведения: о лечащем враче, о том, какова его квалификация, каковы польза и риск от предстоящей процедуры или операции, какие есть способы лечения, в том числе и альтернативные, чем они друг от друга отличаются, какое лечение максимально эффективно и как оно должно сказаться на здоровье данного конкретного пациента. Факт информирования пациента документально фиксируется, иначе больной по суду теперь может требовать взыскать компенсацию морального вреда, поскольку его права потребителя нарушены. К примеру, устаревшие операционные технологии, несущие грубые шрамы, долгое заживление при наличии более современных методик могут быть причинами иска больного к ЛПУ, если информация о современных методах лечения, в том числе проведения операций, не доведена до пациента.

Конец очередям?

Если углубиться в закон о потребителях, то в нем четко оговорено право на срок исполнения услуги. Так что теперь бюджетное здравоохранение жестко ограничено сроками, указанными в территориальной программе ОМС, а у пациентов есть право отстоять свои права на своевременную помощь. Отсутствие оборудования, квалифицированного врача, ресурсов или расходных материалов после истечения оговоренного в программе срока становится головной болью главврача и возможностью вчинить ЛПУ иск.

К примеру, больному нужен бесплатный талон на обследование или на процедуру. В ряде областей очередь на нее может быть на несколько месяцев вперед, что вынуждает пациента идти и получать услугу за деньги. Согласно территориальной программе госгарантий, в большинстве областей РФ предельный срок ожидания диагностического обследования не превышает двух недель. Теперь заглянем в закон: согласно ст. 28 закона «О защите прав потребителей», если исполнитель (а в данном случае медучреждение) нарушил сроки оказания услуги, то потребитель (у нас это пациент) по своему выбору может согласиться на новый срок или же поручить услугу третьему лицу за разумную цену. А затем, после получения услуги, требовать от исполнителя возмещения понесенных расходов. То есть идет больной на 15-й день, получает платное обследование в медцентре и затем требует по суду оплаты всех убытков, причиненных ему бюджетным ЛПУ в связи с истекшими сроками оказания услуги. Своевременная диагностика особенно важна в случае, когда она касается онкологического больного.

продолжение на стр. 9

НЕ СОЙТИ С УМА ОТ РАКА

СЕРГЕЙ ТОЛЕЦКИЙ, ПСИХОЛОГ

Даже стойкий человек будет подкошен диагнозом «рак». Как собраться и помочь себе адаптироваться к новым условиям жизни — в советах психолога.

Известие об онкодиагнозе — это удар по психике. Справляться со своим психическим состоянием необходимо. Четыре из пяти классических ступеней на пути к принятию болезни нужно пройти как можно быстрее. На шоке, гневе, торговле и депрессии долго топтаться нельзя. Задача — как можно быстрее выйти на уровень «принятие», согласиться, что болен, что это не конец света, а проблема, которую нужно решать. Последовательно, логично, рационально, как любую другую проблему в жизни.

Особенность ситуации в том, что выйти на уровень «принятие болезни» и удержаться на нем — само по себе проблема.

Какая бы выдержка у человека ни была, как только он узнает, чем болен, жизнь его меняется полностью. Все его мотивы, цели, установки, отношения рассыпаются, теряют цену и смысл. Остается один-единственный мотив — сохранение жизни. Все остальное — неважно.

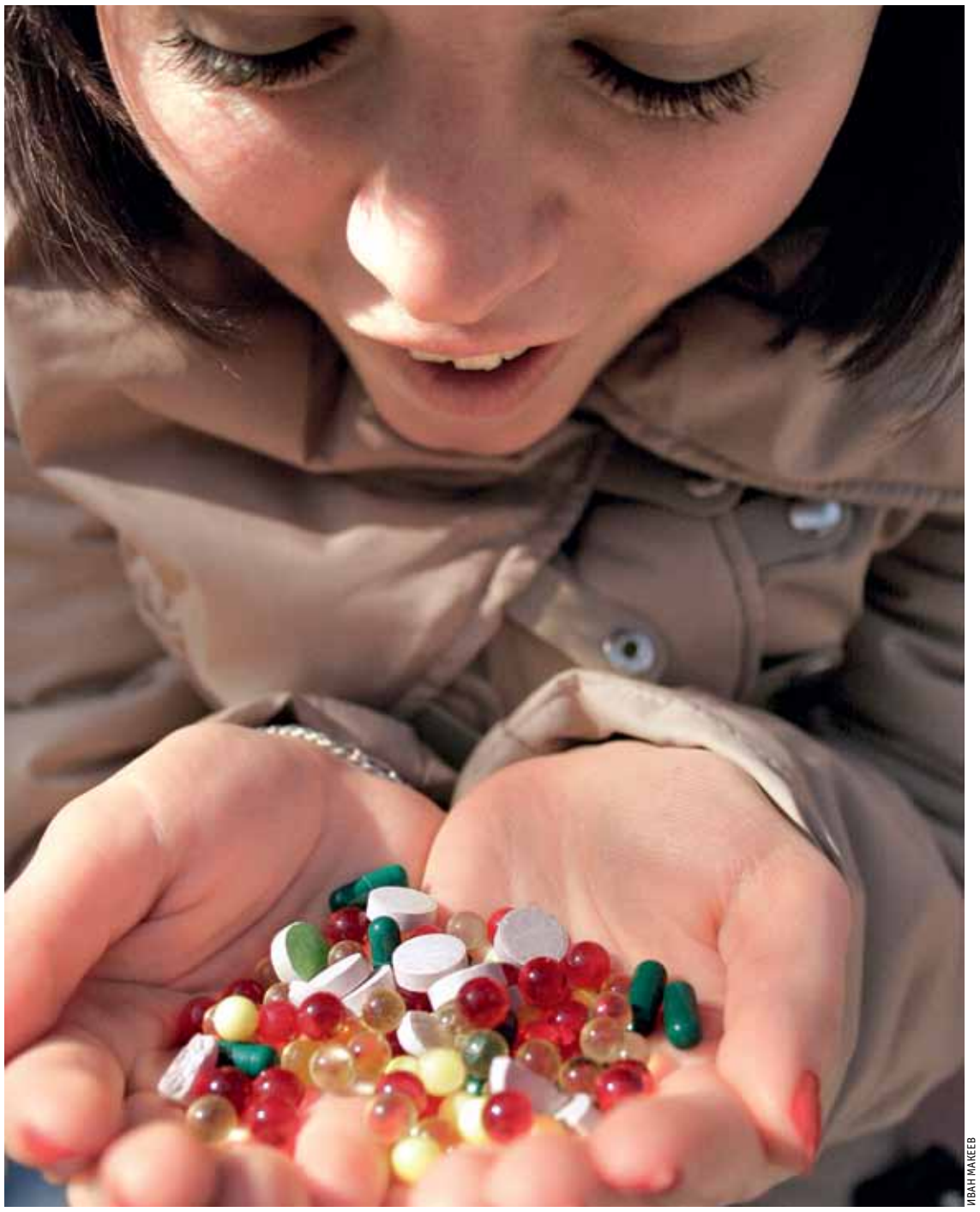
Хороший ты профессионал? Ценят тебя коллеги и начальство? Нравишься ты противоположному полу? Одаренные у тебя дети? Есть у тебя вкус? Хорошо ты готовишь? Какая у тебя машина…

Какое все это теперь имеет значение?

Значение имеет только одно — как и сколько мы проживем.

продолжение на стр. 11

В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАН ПРЕПАРАТ «АВАСТИН» КОМПАНИИ «РОШ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ



ИВАН МАКЕЕВ

В этом году Минздравсоцразвития РФ дало положительное заключение о применении препарата «Авастин» в первой линии терапии распространенного рака яичников. Теперь и российским пациенткам стал доступен первый антиангиогенный препарат, применяемый для лечения этого заболевания.

Ангиогенез — это процесс образования новых кровеносных сосудов, который играет важную роль в развитии опухолей, способствуя их росту. VEGF является ключевым механизмом ангиогенеза опухоли. Рак яичников характеризуется высоким уровнем фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) — белка, играющего ключевую роль в росте и распространении опухоли. «Авастин» — это антитело, которое специфически связывает и блокирует VEGF, что обеспечивает постоянный контроль над ростом опухоли.

Рак яичников занимает восьмое место среди наиболее распространенных видов онкологических заболеваний — ежегодно в мире выявляется 220 тыс. новых случаев и 40 тыс. женщин погибает от этого заболевания. В России рак яичников диагностируется у 13 тыс. женщин ежегодно, и заболеваемость неуклонно растет.

В настоящее время основным методом терапии рака яичников является хирургическое удаление максимально возможного объема опухоли с последующей химиотерапией. К сожалению, у большинства пациенток диагноз устанавливается уже на поздних стадиях заболевания, когда размеры опухоли достаточно велики или опухоль метастазировала. Данная группа больных нуждается в дальнейшем лечении.

Для улучшения результатов лечения больных раком яичников компания «Рош» проводит обширную программу исследований по изучению «Авастина» при данной патологии как в первой линии терапии, так и при рецидиве заболевания (когда после проведения лечения развитие заболевания продолжилось). Компания «Рош» стремится наиболее полно раскрыть потенциал «Авастина» в терапии рака яичников в продолжающихся в настоящее время исследованиях по его применению как в комбинации с другими агентами, так и при других способах применения.

ЧТО ТАКОЕ «АВАСТИН»

«Авастин» был одобрен в 2004 году в США для лечения распространенного рака толстой кишки и стал первым антиангиогенным препаратом, широко доступным пациентам с поздними стадиями онкологических заболеваний, которые являются причиной смерти в совокупности 2,5 млн человек в год.

Благодаря «Авастину» антиангиогенная терапия стала основой лечения рака — более 1 млн больных получили терапию «Авастином» на сегодняшний день. Обширная клиническая программа изучения «Авастина» насчитывает более 500 клинических исследований при более чем 50 видах опухолей (включая рак толстой кишки, рак молочной железы, немелкоклеточный рак легкого, опухоли головного мозга, желудка, яичников и другие типы рака) как на поздних, так и на ранних стадиях заболевания.

НОВОСТИ ПАРТНЕРСТВА: «Р-ФАРМ»

31 августа 2012 года в Ростове Великом состоится торжественная церемония закладки первой очереди строительства фармацевтического комплекса «Фармославль» в рамках празднования 1150-летия основания города.

«Фармославль» – современный научно-производственный комплекс, осуществляющий полный цикл разработки и производства высокотехнологичных фармацевтических субстанций.

В основе производственной программы – субстанции, не производящиеся в России и необходимые для лечения социально значимых заболеваний (онкологических, гематологических, ревматических, сахарного диабета, вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции и др.). В проекте «Фармославль» объединены многолетний опыт ЦВТ «ХимРар» в области химического синтеза и «Р-Фарм» в области организации и коммерциализации крупных фармацевтических проектов и разработок. Производство будет осуществляться на самом современном оборудовании с использованием передового международного опыта и собственных оригинальных технологических решений.

«СЕМЬ НОЗОЛОГИЙ» РАЗБАВЯТ НОВЫМИ ЛЕКАРСТВАМИ

Об этом заявила министр здравоохранения Вероника Скворцова в ходе круглого стола «Перспективы фармацевтики в России», организованного Агентством медико-социальной информации.

«Мы не уходим от обязательств по социальному обеспечению льготных категорий»,– подчеркнула министр. Льготные категории остаются, и средства федерального бюджета в соответствии с законом будут перечисляться на социальное обеспечение, передает слова главы ведомства источник.

«По всей видимости, будет расширение федерального перечня “Семь нозологий” за счет некоторых орфанных препаратов. Что именно будет входить в этот перечень, определится после анализа регистров по орфанным состояниям и заболеваниям»,– подчеркнула глава ведомства.

В настоящее время за счет средств федерального бюджета проводятся закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, гипофизарным нанизмом, гемофилией, муковисцидозом, рассеянным склерозом, болезнью Гоше, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

МНОГО БОЛЕЕМ И МАЛО ЖИВЕМ

Россия попала на нижние позиции мирового рейтинга здоровья. Агентство Bloomberg составило рейтинг состояния здоровья жителей разных стран. Известно, что рейтинг составляется на основе ряда показателей. В их число входит продолжительность жизни граждан, уровень детской смертности, причины, которые вызывают смертность, показатели смертности для различных возрастных групп, число курильщиков, ВИЧ-инфицированных, потребление алкоголя, физическая активность, экология.

Россия заняла 97-е место из 145 позиций. Республика Беларусь обосновалась на 91-м месте. На 99-м месте расположилась соседняя Украина. Это поставило ее между Ираком и Пакистаном.

Лучше всего себя чувствуют жители Сингапура. На втором месте итальянцы, на третьем – австралийцы. После Австралии идут Швейцария, Япония, Израиль, Испания, Нидерланды, Швеция и Германия. Самые нижние позиции рейтинга отданы Мозамбику, Чаду, Конго, Лесото и Свазиленду.

Бывшие республики Союза обошли Россию по уровню здоровья. Грузия – на 71-м месте, Армения и Латвия – 79-е место. Литва – 81-я позиция, Таджикистан – 84-я, Узбекистан – 85-я, Азербайджан – 87-я.

УЧЕНЫЕ ВЫСЧИТАЛИ БЕЗОПАСНУЮ НОРМУ АЛКОГОЛЯ

Ученые разных стран провели независимые исследования влияния регулярности употребления алкоголя и его крепости на состояние здоровья человека и установили идеальную дозу для поддержания хорошего здоровья человека.

В итоге ученые сделали вывод: лучше пить реже, но больше, чем понемногу, но каждый день.

Как считают эксперты Всемирной организации здравоохранения, вывод которых основан на научной работе, под приемлемой нормой алкоголя теперь нужно подразумевать 0,5–0,7 литра сухого хорошего вина, выпитого в течение недели.

ВЛАДИМИР СМИРНОВ/ ИТАР-ТАСС

МЕДИЦИНА ПОВЫШЕННОЙ КОМФОРТНОСТИ

Минздрав представил на общественное обсуждение проект положения о платных медуслугах.

Проект постановления о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг вывешен на сайте Минэкономразвития. Россиянам предлагается вносить в документ свои поправки.

Муниципальные и государственные поликлиники, больницы и медицинские центры получили право частично перейти на коммерческую основу со вступлением в силу нового закона об основах охраны здоровья граждан, сообщает «Российская газета».

В начале 2012 года представители Минздрава уточняли, что коммерциализация коснется лишь дополнительных услуг, однако их полный перечень до сих пор не оглашен, что вводит пациентов в замешательство.

В настоящее время известно, что государство по-прежнему гарантирует бесплатное оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной. За амбулаторный прием и лечение в поликлинике у своего участкового терапевта и профильных специалистов платы не потребуют. Проект правил конкретизирует, что бесплатным будет и «назначение и применение лекарственных препаратов из перечня жизненно необходимых и важнейших».

Госпитализация по назначению врача, скорая помощь, высокотехнологичное лечение также входят в программу госгарантий.

По данным «Российской газеты», в виде платной услуги можно будет получить все виды лечения, не входящие в программу госгарантий. Если пациент захочет лечиться анонимно — ему также придется заплатить.

Все незастрахованные в системе обязательного медстрахования, будь то приезжие или граждане России, тоже смогут лечиться только через кассу. Наконец, если пациент захочет пройти дополнительное обследование самостоятельно, без назначения врача, он также может сделать это, оплатив квитанцию.

Плата предусмотрена за повышенный комфорт и сервис: размещение в маломестной палате, индивидуальный медицинский пост в стационаре или сопровождение пациента медсестрой или врачом при транспортировке. Однако если состояние пациента требует повышенного внимания медиков, то услуги медперсонала будут бесплатными.

ПРОФИЛАКТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО РАКА

Реальная возможность защитить себя.

На первый взгляд кажется, что предрасположенность — это нечто расплывчатое, ничего не значащее — то ли проявится, то ли нет… Так ли это на самом деле? Рак молочной железы — заболевание, которое поражает женщин самого разного возраста и приводит к смерти за несколько лет. Несмотря на то что грудь доступна для пальпации самой женщине, а опухоль обычно развивается на фоне длительно предшествующей мастопатии, обнаруживается рак молочной железы часто уже на поздних стадиях, когда речь идет только о продлении жизни.

В настоящее время очень остро стоит проблема наследственного рака, рака репродуктивных органов, передающегося по наследству. По статистике, в мире одна из 20 женщин, страдающих раком молочной железы, получила его по наследству, в России на долю наследственного рака приходится 10–15% случаев заболеваемости раком молочной железы. Может ли знание о плохой наследственности изменить что-либо в судьбе человека? Может, и вот почему.

Молекулярные исследования показали, что наследственный рак молочной железы у молодых женщин связан с мутациями (необратимыми поломками) в генах BRCA1 и BRCA2, которые в организме отвечают за противоопухолевую защиту. В результате мутаций стволовые клетки этих органов повреждаются и утрачивают способность к нормальному делению и росту, а затем перерождаются в злокачественные. Высокий риск развития наследственного рака существует у женщин в возрасте от 35 до 40 лет, в семьях которых уже встречалось это заболевание, особенно у родственников первой линии (бабушка, мать, сестра), а также у женщин, имевших поздние роды или нерожавших. У женщин, унаследовавших мутацию одного из генов BRCA от одного из родителей, вероятность развития рака молочной железы и рака яичников в течение жизни составляет 50–95%!

Регулярное, частое и тщательное обследование женщин, имеющих онкогены, позволяет диагностировать заболевание на очень ранней стадии, что дает возможность минимизировать объем хирургического вмешательства и добиться хороших результатов лечения. Таким образом, знание о наличии у женщины предрасположенности к раку груди позволяет в некоторых случаях избежать заболевания, а в других — значительно успешнее с ним бороться. Во многих странах действуют программы генетического скрининга, направленные на выявление онкогенов, и выработан определенный алгоритм его проведения.

В настоящее время стало возможно выявить мутации конкретных генов, что позволяет предугадать развитие наследственного рака.

НИКОЛАЙ МОШКОВ/ ИТАР-ТАСС

В оздоровительном центре «Помощь» проводит консультацию заведующая кафедрой медицинской генетики Московского государственного медико-стоматологического университета д.м.н., профессор Лариса Акуленко. Любая женщина может сделать генетический анализ, и в случае выявления мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 врач сможет помочь ей в выборе эффективных мер, предотвращающих развитие заболевания.

ГУЗЕЛЬ УЛУМБЕКОВА: «КЛЯТВУ ГИППОКРАТА ВСЕ ДАВАЛИ, НО КЛЯТВЫ БЕДСТВОВАТЬ НЕ ДАВАЛ НИКТО»

Реформы здравоохранения идут одна за другой, но существенно положение пациентов, в том числе онкологических, не меняется. Какова ситуация на сегодняшний день, обозреватель Ирина Власова спросила у эксперта, автора монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медпомощи (АСМОК) Гузель Улумбековой.

— Гузель Эрнстовна, как вы, как эксперт, оцениваете нынешнюю ситуацию в здравоохранении?

— Сегодня в здравоохранении России, несмотря на некоторое улучшение, достигнутое благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2005–2008 годах (в основном это были отдельные целевые программы), сохраняются очень серьезные проблемы. Среди них главные — недофинансирование, дефицит медицинских кадров и их неудовлетворительная квалификация, а также недостаточное бесплатное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, то есть лекарства по рецепту врача.

Так, на бесплатную медицину мы тратим около 3,7% ВВП в год, а в развитых странах — минимум 6% ВВП. Недофинансирование приводит к тому, что и врачам недоплачивают, и на лекарства пациентам не хватает, и высокотехнологичного лечения иногда приходится ожидать долгие месяцы.

Между тем есть веские доказательства того, что для увеличения продолжительности жизни наших граждан с 70 до 74 лет и снижения смертности с 13,5 до 11 случаев на тысячу населения, а именно такие цели поставлены президентом к 2018 году, государство должно тратить примерно в 1,5 раза больше денег на бесплатную медицинскую помощь.

— Многие эксперты говорят, что врачей у нас больше, чем за рубежом, и у нас их хватает.

— Это распространенное заблуждение непрофессионалов или миф. Да, врачей у нас на душу населения больше, чем в Европе. Например, если исключить стоматологов, санитарных врачей, то у нас приходится по 4,5 врача на тысячу населения, а в ЕС — 3 врача на тысячу. Но каковы у нас потребности в медпомощи? В нашей стране смертность и заболеваемость, а значит, и потребность в медицинской помощи почти на 50% выше, чем в этих странах,— соответственно, и врачей должно быть больше. Более того, в самое ближайшее время мы столкнемся с серьезным дефицитом врачей. В России около 40% врачей сегодня пенсионного и предпенсионного возраста, а молодежь из-за низких заработных плат после окончания медицинского института подыскивает себе места или в частных клиниках, или в фармацевтических компаниях. Так, сегодня зарплата врачей не дотягивает до 20 тысяч рублей в месяц, или на 21% ниже, чем средняя в экономике. Особенно плохо с кадрами на селе и в «бедных» регионах России.

— Но каким бы ни был врач, больному, тем более онкологическому, положен целый комплекс бесплатной помощи. Почему его так сложно получить сегодня?

— И это следующий важнейший аспект: недофинансирование государственного здравоохранения породило и недостаточность медицинской помощи по программе государственных гарантий. Государственные гарантии медпомощи — это такая программа, в которой прописано, какой объем бесплатной помощи необходимо оказать населению и сколько денег на это потратить. Обычно плановые объемы, или нормативы, устанавливают в расчете на одного человека. Например, это число посещений врача, число дней госпитализаций в стационар и т. д. Только вот нормативы эти реальных нужд населения близко не покрывают. Отсюда и очереди, и нехватка лекарств по рецепту врача. И все это напрямую касается и онкологических больных.

— По деньгам это много или мало?

— Очень мало. Так, например, лекарствами в амбулаторных условиях наше население обеспечено почти в 7 раз меньше, чем в среднем в развитых странах, если считать по паритету покупательной способности доллара в расчете на душу населения в год (в 2011 году 1 $ППС равнялся 18 рублям). А если сравнить только с «новыми» странами ЕС (Чехия, Венгрия, Польша и Словакия), то почти в 5 раз меньше. Кстати, эти страны имеют близкий ВВП на душу населения с РФ — 21 тыс. $ППС в год, то есть примерно так же экономически развиты, как и РФ. В этих странах и заработная плата врачей в 1,5–2 раза выше, чем средняя по стране, и объемы высокотехнологичной помощи в 4–8 раз выше. Например, операций на сердце они проводят в 6 раз больше, чем в РФ, процедур гемодиализа — в 5 раз больше, операций эндопротезирования суставов — в 8 раз больше.

— А что касается смертности от онкологических болезней?

— Смертность от новообразований в России составляет около 200 случаев на 100 тысяч населения в год. Это примерно столько же, как и во всех развитых странах. Другое дело, показатель однолетней и пятилетней выживаемости больных после установления диагноза — ситуация у нас существенно хуже, чем в развитых странах.

— Нужен ли стандарт медпомощи, о котором говорят чиновники? Это экономические параметры или клинические?

— Закон «Об основах здравоохранения» и официальная позиция Минздрава однозначно трактуют: стандарт — это документ медико-экономический. По стандарту можно усредненно посчитать, сколько денег надо потратить на одного человека для лечения определенной болезни. Потом все эти расходы можно перемножить на число больных и получить сумму, которую необходимо заложить в программу госгарантий, чтобы обеспечить лечение по этим стандартам. Ни к врачу, ни к пациенту этот документ не имеет никакого отношения. Врачи в лечении должны руководствоваться клиническими протоколами или рекомендациями, которые разрабатываются профессиональными медицинскими обществами по специальностям. Врач, безусловно, должен ориентироваться на эти рекомендации, но особенности каждого случая заранее на бумаге не пропишешь, поэтому клиническая рекомендация — документ рекомендательный. Врач на то и получает образование и должен непрерывно повышать свою квалификацию, чтобы правильно применить свои знания к конкретному случаю.

— В онкологии все прописано? Это помощь для любого пациента, где бы он ни жил? Все ли ЛПУ его выполняют?

— Я не знаю, прописана ли экономическая сторона, Минздрав сообщил, что стандарты находятся на утверждении. А клинические рекомендации по онкологии специалисты выпускают один раз в два-три года, в том числе и в нашей стране.

— А насколько российский стандарт современен? Иногда врачи говорят: «В России лечат так же, как в цивилизованной Германии, только бытовые условия клиник похуже…»

— Сравним, как финансируют бесплатную медпомощь Германия и Россия. Мы тратим 770 $ППС на душу населения в год, а Германия — 3300 $ППС. Значит, и объемы помощи для населения они предоставляют во столько же раз больше и могут позволить лечить пациентов с помощью более современных технологий. Ведь стоимость оборудования и лекарств у нас и у них практически одинаковая, только вот заработная плата врачей, как я уже рассказала, разная.

— Где-то пациент может посмотреть, что ему по стандарту лечения положено?

— Вообще-то как лечить — это не пациентское дело, а врачебное. Так принято во всем мире. Тем не менее врач обязан рассказать пациенту, какое лечение он применяет и почему, какие другие виды лечения существуют, какие у применяемого лечения есть плюсы и минусы. А пациент вправе, во-первых, получить эту информацию, во-вторых, принять или отказаться от того или иного вмешательства. Кроме того, в любой ситуации, когда пациент хочет узнать, что ему положено бесплатно и как его должны лечить, он может обратиться в свою страховую медицинскую организацию. Это предусмотрено законом.

— Значит, вы хотите сказать, что сделали процедуру химиотерапии, и если врач говорит, что больному больше не нужно, то следует верить, что это правда? И это сегодня, при наличии доступной медицинской литературы, интернета, статей ведущих онкологов?

— Если врач делает это по незнанию, значит, он не имеет права продолжать работать по специальности. И разбираться с этим должны государство и профессиональные медицинские ассоциации. Если же такой отказ происходит вследствие финансовых ограничений, то этого быть, конечно, не должно. Врач, с моей точки зрения, всегда должен стоять на стороне пациента и не должен становиться заложником ситуации, когда ему приходится отказывать пациентам в медицинской помощи из-за нехватки ресурсов на эту помощь.

СПРАВКА

Гузель Улумбекова — выпускница Казанского государственного медицинского университета, сегодня — председатель правления Ассоциации профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), член правления Национальной медицинской палаты, эксперт Общественной и Торгово-промышленной палат РФ. Стратегия развития здравоохранения РФ — тема ее активной экспертной и научной деятельности.

ЖИЗНЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ

Скандалы, связанные с нарушениями в обеспечении дорогостоящими лекарствами онкологических больных, увы, никого не удивляют. Однако для каждого пострадавшего больного это становится личной трагедией. При этом люди обвиняют не столько конкретных медиков и аптеки, сколько действующую систему обеспечения больных жизненно необходимыми им препаратами. А роль скорой помощи в поиске жизненно необходимых лекарств берут на себя общественные объединения.

Крайне забюрократизированная процедура получения дорогостоящих препаратов превращает жизнь онкологических больных в бесконечное и далеко не всегда успешное хождение по «кабинетам». Елена В. из подмосковного города Королева уже полгода пытается получить необходимый ей после перенесенной операции по поводу GIST двенадцатиперстной кишки препарат длительного применения «Гливек». По словам В., из-за того, что подписывающая «льготные» протоколы экспертная комиссия Минздрава заседает один раз в месяц, а также из-за необходимости сбора анализов по завершении трехмесячного курса химиотерапии для оформления этого протокола у нее возникают длительные перерывы в приеме препарата, который следует принимать непрерывно не менее года.

Первые четыре упаковки лекарства (стоимостью в 75 тыс. руб. каждая) В. приобретала сама — терять время на всю эту цепочку было смерти подобно. Еще три упаковки удалось получить 20 июня (протокол в Минздраве был подписан 20 апреля, рецепт получен 11 мая). Сейчас лекарство заканчивается и продолжить лечение уже нечем.

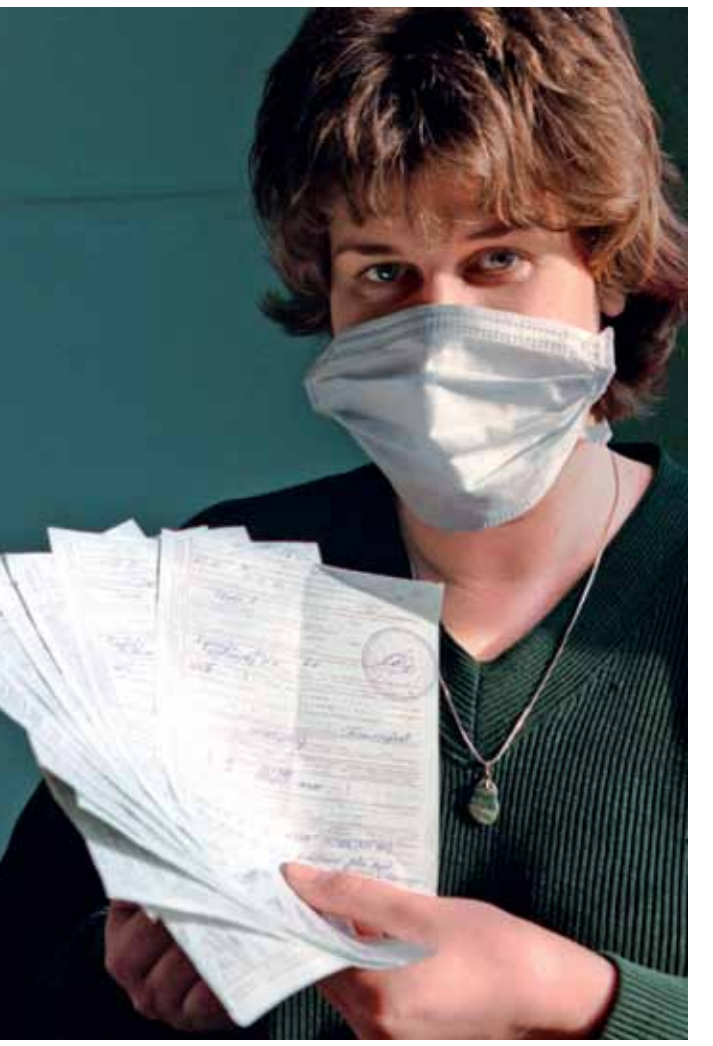
Между тем, как отмечают эксперты, проблема доступности лекарственной терапии для онкологических пациентов в России является наиболее острой. «Эффективные инновационные препараты, особенно таргетного, целенаправленного действия, по-прежнему малодоступны для пациентов,– говорит пресс-секретарь МОД "Движение против рака" Денис Куров.— Об этом свидетельствуют отклики конкретных людей, сталкивающихся с этим ежедневно,— пациентов и врачей. Ежедневно умирают десятки больных, которых можно было бы спасти. Сегодня в России около трех миллионов онкологических пациентов, и большинству из них можно помочь не просто выжить, а жить полноценной жизнью».

По словам Курова, только на сайт Движения с 2008 года поступило 405 электронных сообщений о повсеместных фактах отказа в противоопухолевых препаратах. Из того же из Королева кроме В. в нынешнем году за помощью обратились еще трое больных. Причем ситуации у всех разные, но результат один — срыв сроков получения химиотерапии.

Впрочем, в Министерстве здравоохранения РФ, признавая факты перебоев с поставками препарата «Гливек», считают, что в целом система отработана и функционирует надежно. В Минздраве сообщили: «Закупка лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей… осуществляется на основании конкурсных процедур (постановление правительства РФ от 26 декабря 2011 г. №1155)».

Между тем недоступность для большинства россиян современных препаратов и методов лечения отмечается уже и на мировом уровне. Согласно данным Королевского университета Швеции (проводившего глобальное исследование с целью узнать, как объем финансирования терапии влияет на уровень выживаемости онкологических пациентов), минимальная сумма финансирования в расчете на одного гражданина страны, которая позволяет онкологическому больному иметь адекватный доступ к современным методам лечения онкологических заболеваний, составляет €10. В странах Европы этот показатель составляет от €9 до €35, а в России — всего € 3,3. По мнению специалистов, с учетом состояния инфраструктуры в России этот показатель должен быть не менее €15.

По мнению президента Национального агентства по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе, члена Национальной медицинской палаты Алексея Старченко, существующий порядок обеспечения лекарствами онкологических больных совершенно неадекватен. И эту систему следует кардинально менять, начиная с закона о госзакупках и кончая порядком составления протоколов в поликлиниках на местах.


ВАСИЛИЙ СМИРНОВ/ИТАР-ТАСС

«Частично онкопрепараты входят в список жизненно необходимых лекарств,— отмечает Старченко.— Но далеко не все. В законе есть формулировка о том, что их должна выписывать некая врачебная комиссия. Но представьте себе, какая комиссия выпишет простому больному дорогостоящий препарат, зная, что сверху скажут: вы что, сбрендили, и так денег в бюджете нет? Поэтому это должна быть чисто федеральная составляющая с четким, прозрачным финансированием. На сегодняшний день уже потрачены огромные деньги на создание электронных баз данных. И сейчас следует довести до ума онкорегистр, где должен быть зарегистрирован каждый больной с указанием диагноза и необходимых ему лекарств».

Сотрудники Движения обрабатывают, систематизируют и пересылают в территориальные отделения Росздравнадзора и Минздрав «анкеты для сбора информации по фактам отказа пациентам в противоопухолевых препаратах», заполненные самими пациентами на сайте www.rakpobedim.ru.

ПРОТИВОРАКОВАЯ БОРЬБА

Право людей на жизнь, возможности для выживания в мире не равны. Точка разлома проходит не по политическим системам, а в области здравоохранения. Два человека с одним и тем же заболеванием в разных частях планеты получат абсолютно разный уровень медицинской помощи. И один выживет, а второй погибнет. НП «Равное право на жизнь», врачи, ученые и пациентские объединения борются против такого положения дел. Проблема доступности медицины для онкологических пациентов стала главной темой круглого стола на VII съезде онкологов и радиологов стран СНГ в Казахстане.

ВЛАДИМИР ЗИНИН /ФОТО ИТАР-ТАСС

Проблемы здравоохранения в развивающихся странах удивительно похожи. Россия, Казахстан, Белоруссия, Украина, Узбекистан… Везде не хватает квалификации у врачей первого звена, не хватает диагностического оборудования и людям приходится ждать, когда им поставят диагноз. Отсутствует система скринингов, стандартов лечения, у пациентов нет равного доступа к современным препаратам.

Все эти причины отметили участники круглого стола «Роль институтов гражданского общества в повышении доступности и качества лечения онкологических больных», организованного НП «Равное право на жизнь», Ассоциацией директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств—участников Содружеств Независимых Государств и «Движением против рака» в рамках онкологического форума в Астане. На круглом столе выступили Михаил Личиницер, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, Ирина Поддубная, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ на базе Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, почетный президент Международного союза по контролю над раком (UICC) профессор Франко Кавалли, исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов, а также представители некоммерческих организаций.

Профессор Гарвардского университета Джулия Гарлоу занимается повышением доступности помощи онкологическим больным в странах Восточной Европы и Азии с 1997 года. Она говорит о положительной динамике в доступности лечения в этих странах. Но тут же оговаривается, что динамика недостаточная. Можно было бы сделать больше. В рамках круглого стола был представлен отчет международной рабочей группы по расширению доступа к лечению рака и контролю над его распространением в развивающихся странах «Преодоление неравенства в борьбе против рака: программа по расширению доступа к лечению в странах с низким и среднем уровнем доходов».

«Пациенты не должны платить за свое лечение — это катастрофа! Нельзя, чтобы выживали те, у кого больше денег. О каком равенстве может идти речь в таких условиях? Я уверен, что государства должны менять свое налоговое законодательство таким образом, чтобы у всех граждан независимо от их социального происхождения было равное право на жизнь в случае заболевания онкологией»,— убежден Михаил Личиницер, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе РОНЦ им. Н. Н. Блохина.

«Принимаемые меры по борьбе против рака далеко не соответствуют потребностям. Сегодня участь онкологических пациентов в государствах СНГ оставляет желать лучшего. По данным ВОЗ, Россия и Украина входят в тройку мировых лидеров по смертности от рака на 100 тыс. населения»,— говорится в декларации, подписанной по итогам круглого стола.

«Мы убеждены в том, что нашим государствам по силам обеспечить своим гражданам, страдающим раком, медицинскую помощь и лекарственное обеспечение на уровне передовых стран мира»,— говорит Дмитрий Борисов. Он считает, что общественные и некоммерческие организации могут повлиять на положение онкологических больных. «Наши организации объединяют пациентов, их родственников, врачей, работников органов управления здравоохранением, психологов, политиков, бизнесменов — всех, кому небезразлична судьба онкологических больных»,— говорит Борисов.

По итогам круглого стола было создано межгосударственное противораковое объединение общественных и некоммерческих организаций, действующих на территории стран СНГ в сфере оказания поддержки пациентам с онкологическими заболеваниями. В рамках организации предполагается делиться информацией, обмениваться опытом, реализовывать совместные проекты, направленные на улучшение положения онкологических больных в государствах СНГ.

МИНЗДРАВ ИЩЕТ ПАЦИЕНТОВ

Врачи твердят про раннюю диагностику рака, про необследованных граждан России, про запущенность заболеваний. Новое руководство Минздрава откликнулось и пообещало поголовную диспансеризацию взрослого населения. Но ни бюджетов, ни тактики, ни представления, что делать с вновь выявленными пациентами, в министерстве нет.

ОЛЕГ ХАРСЕЕВ

Министерство здравоохранения России планирует обязать молодых людей старше 18 лет проходить диспансеризацию раз в три года, заявила министр здравоохранения Вероника Скворцова. Если у медиков не будет замечаний, молодой человек будет отнесен к «группе практически здоровых». Если же врачи найдут у него «фактор риска», то переведут в другую группу и будут обследовать чаще с учетом выявленных предрасположенностей или диагнозов. Напоминать о необходимости ходить к врачу молодым здоровым людям, у которых нет жалоб, должны система оповещения по мобильному телефону и волонтерские объединения. Регламент профосмотра еще обновляется, и сказать точно, какие специалисты и исследования войдут в обязательную диспансеризацию, пока нельзя.

С одной стороны, идея ввести такую форму контроля за состоянием здоровья граждан очень верна, ведь высокий уровень смертности в России от онкологии и сердечнососудистых заболеваний обусловлен поздним выявлением болезней. Диагнозы ставятся, когда лечить уже трудно, дорого, а зачастую и вовсе безнадежно. Каждый третий онкологический пациент в России умирает в течение года после постановки диагноза. Хотя рак уже хорошо и сравнительно недорого лечится в цивилизованном мире уже много лет. В Америке больше 80% пациентов не только выживают в первый год, но и полностью вылечиваются и проходят пятилетний рубеж после постановки диагноза. Но это при условии, что обнаруживают опухоль на 1–2-й стадии, а не на 3–4-й, как у нас. То же самое с инсультами и инфарктами, которые уносят 32% жизней от всех умерших в России. В США и Европе этот показатель почти вдвое ниже. Там переломить кривую статистики смогли благодаря профилактике атеросклероза.

Но за границей финансирование системы медосмотров гарантируют страховые компании и деньги самих пациентов. Вся система построена таким образом, что не обследоваться и запускать свое здоровье пациенту невыгодно. Если он пропустит ЭКГ или плановую маммографию в возрасте старше 40 лет, ему введут такой повышающий коэффициент на страховку, что инфаркт и сам собой случиться может. Это потому, что для страховой компании здоровье пациента — это ее прямая прибыль. Гораздо дешевле вылечить все на ранней стадии и потом отслеживать состояние здоровья, чем спасать человека на 3–4-й стадии рака.

Но у нас так не будет. Потому что у нас не частные деньги, а государственные. А в государстве действует политика пиара и умалчивания проблем.

Денег в здравоохранении не хватает, чтобы вылечить тех, у кого есть жалобы и кто уже болен. Те, кто сталкивался, знают.

Если же налаживать систему контроля здоровых граждан, десятки миллионов человек между прочим, средства придется перекидывать на строительство новых диагностических центров, расширение поликлинического фонда, обучение и создание условий для большего числа медперсонала. На это просто денег нет.

И даже если бы нашлись — вот мы обследовали поголовно всех от 18 до 60 (если еще сумели их на диагностику загнать, что тоже, кстати, большой вопрос) и выявили несколько сотен тысяч, а то и пару миллионов случаев раннего рака. Не говоря уже о сердечниках. И что с ними дальше-то делать? Где, кто и на что их будет лечить? А лечить нужно обязательно — не смотреть же, как они загибаются без помощи, в очередях на операции, без лекарств. А откуда лекарства и койки в больницах появятся, когда у нас и сейчас, при поздней и эпизодической диагностике, людям лекарств не хватает?

Пока же известно, что в проекте бюджета на 2013–2014 годы Минфин заложил даже не рост, а снижение финансирования здравоохранения — с 551,3 млрд руб. в 2012 году до 503 млрд руб., как в 2011 году. Минздрав еще поспорит и, скорее всего, отобьет бюджетные позиции этого года. Но ведь и их не хватает, чтобы обеспечить систему.

«ОНКОДОЗОР» ДЕЖУРИТ ПО МОСКВЕ

Бесплатная консультация онкологов.

ЗАПИСАТЬСЯ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ КАЖДЫЙ ЖЕЛАЮЩИЙ ПО ТЕЛЕФОНУ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ НП «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ» 8 (499) 271-57-59 (С 9:00 ДО 21:00, ПО РОССИИ ЗВОНОК БЕСПЛАТНЫЙ).

Акция «Онкодозор», организованная НП «Равное право на жизнь» при поддержке городской онкологической службы и в сотрудничестве с крупнейшими московскими частными клиниками, продолжается. Бесплатную консультацию онколога в рамках проекта уже получили больше 1,5 тыс. пациентов. Активное участие в акции приняли частные клиники «СМ-клиника» и ЛДЦ «Кутузовский». Кроме того, сейчас ведутся переговоры с несколькими как частными, так и государственными клиниками, которые также рассчитывают войти в проект.

«Бесплатная акция — это обязательство перед гражданами, которое готовы взять на себя ее организаторы для пропаганды обследования на онкологию у граждан. Благодаря участию частных клиник в проекте "Онкодозор" реально сокращается путь пациента от диагноза до оперативного лечения. Это первый подобного рода проект в России»,— рассказал исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов. В результате пройти бесплатное обследование на самые распространенные виды онкозаболеваний и получить консультацию ведущих российских врачей-онкологов, психологов и юристов смогли более 20 тыс. россиян.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИИ

ОПИСАНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ	ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ	ВОЗРАСТ «ОТ»	ВОЗРАСТ «ДО»	ПОЛ
Мазок слизистой влагалища и шейки матки	Один раз в год	От начала половой жизни	70 лет	Жен.
Рентгенологическое исследование молочной железы	Один раз в год	40 лет	На протяжении всей жизни	Жен.
Пальпаторное исследование специалистом-маммологом	Один раз в год	На протяжении всей жизни		Жен.
Лабораторное исследование фекалий на наличие крови, колоноскопия	Один раз в год	45 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.
Эндоскопическое исследование кишечника	Один раз в год	45 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.
Анализ крови на высокоспецифичный маркер рака простаты	Один раз в год	40 лет	На протяжении всей жизни	Муж.
Рентгенография легких	Один раз в год	40 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.
Цитологическое исследование мокроты	Один раз в год	40 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.
Осмотр пищевода, желудка и 12-перстной кишки гибким шлангом с камерой	Один раз в год	40 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.
Осмотр кожных покровов, микрофотография подозрительных образований	По рекомендации специалиста	20 лет	На протяжении всей жизни	Муж./жен.

УЧАСТНИКИ ОНКОДОЗОРА

«СМ-Клиника»

В команде холдинга «СМ-Клиника» более 600 врачей 45 различных специальностей. Возможности клиник холдинга позволяют оказывать медицинскую помощь на всех ее этапах. В распоряжении клиник — новейшее оборудование — центр МРТ и КТ; собственная клиническая лаборатория; многопрофильные стационары, работающие в режиме как плановой, так и экстренной госпитализации, в том числе и детский; 9 операционных; скорая и неотложная медицинская помощь; круглосуточный травматологический пункт; отделение реабилитации; отделение вспомогательных репродуктивных технологий; сеть стоматологий и аптек; отделение терапевтической и хирургической косметологии и эстетической медицины; собственный круглосуточный колл-центр.

http://www.smclinic.ru

ЛДЦ «Кутузовский»

Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» — московская клиника, качество услуг которой соответствует мировым стандартам. Центр ориентирован на индивидуальный подход к каждому клиенту. В клинике используется только современное оборудование, применяются новейшие методики лабораторной и инструментальной диагностики, позволяющие выявить заболевание на самой ранней стадии и тем самым предотвратить его развитие и ускорить лечение. Врачи медицинского центра «Кутузовский» подробно консультируют всех желающих по результатам полного обследования организма, а также дают рекомендации по профилактике заболеваний.

http://www.ldck.ru

«ЕСЛИ ЧЕЛОВЕКА НЕЛЬЗЯ ВЫЛЕЧИТЬ, ЭТО НЕ ЗНАЧИТ, ЧТО ЕМУ НЕЛЬЗЯ ПОМОЧЬ»

Этот девиз фонда помощи хосписам «Вера» в простой форме объясняет, что такое паллиативная помощь.

ТАТЬЯНА ТИМИРХАНОВА/ИНТЕРПРЕСС/ИТАР-ТАСС

Она получила законодательный статус в России менее года назад, когда был принят федеральный закон №323. В статье 36 дано определение паллиативной помощи: «Это комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Облегчить страдания помогают в центрах паллиативной помощи, хосписах, кабинетах противоболевой терапии. Согласно статистике, в паллиативной помощи нуждаются 75% онкологических больных, а получают ее только 59%.

Паллиативная помощь в России пока только развивается. Но учитывая энтузиазм и активность людей, которые занимаются этой проблемой, врачи говорят, что года через два будут значительные улучшения. Врач-онколог Ольга Мельникова отмечает, что российские хосписы — это не убогие больницы, как думают многие, а прекрасные клиники с хорошими палатами, оборудованием, квалифицированными специалистами и жизненно необходимыми лекарствами. Но, к сожалению, многие неизлечимо больные люди воспринимают их как место, где пациенты доживают последние дни, а там-то как раз оказывают паллиативную помощь, облегчая страдания, помогая переносить неизлечимый недуг. Сейчас врачей уже специально обучают оказанию именно паллиативной помощи. Мельникова считает, что должна быть пропаганда хосписов, их возможностей, тогда жить тысячам онкологических больных станет легче: «Рак — это не приговор — завтра умрешь, при правильном уходе можно достойно жить и с метастазами. У меня немало пациентов, которые, пройдя курс химиотерапии, восстанавливались в хосписе, а потом мы продолжали лечение».

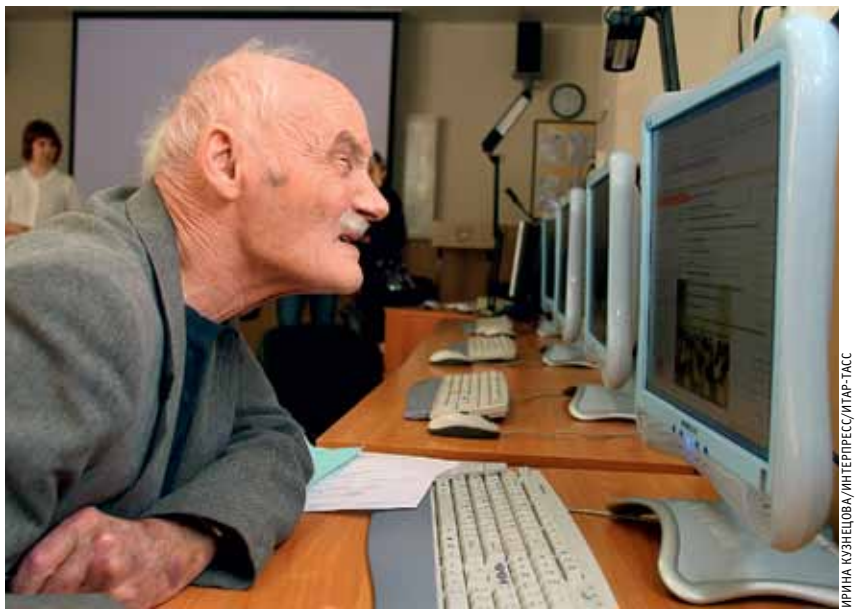
Паллиативная помощь — это еще и вовремя полученное обезболивающее, а с этим большие проблемы. Если пациенту необходимо купировать боль с помощью наркотических медицинских препаратов, то добиться назначения и выдачи этих препаратов очень сложно. Председатель Всероссийского союза пациентов Александр Саверский считает, что государству уже давно пора навести порядок с получением наркотических лекарств для онкологических больных. Нужно отсечь тех, кому нужен наркотик из аптеки, и помочь тем, кто действительно нуждается в таком лекарстве.

Родственникам неизлечимо больных людей приходится обивать пороги кабинетов чиновников и врачей, чтобы получить лекарство. Из-за недостатка финансирования со стороны государства нужных препаратов часто нет в наличии, значит, онколог выписать их не может. Главный юрисконсульт НП «Равное право на жизнь» Анжелика Серегина рассказала, что больные часто жалуются на отказ врача назначить или выписать обезболивающее средство под предлогом недостаточного финансирования медучреждения, отсутствия нужных симптомов, наличия очереди, невозможности заказать дорогое обезболивающее в индивидуальном порядке только для одного пациента. Серегина привела несколько примеров. Пациенту с множественными метастазами в головном мозге, эмфатическими нарушениями и опухолью средостения отказали в «Трамадоле» (ампулы). Участковый врач мотивировал отказ тем, что препарат слишком дорогой, денег ни по федеральной, ни по региональной льготе нет, и просто выписал платный рецепт. Женщине с раком молочной железы 4-й стадии и метастазами в легкие и кости не выдали анальгетики. Когда пациентка попыталась узнать причину отказа, ей ответили: «Лечащий врач знает, что делать!» И опять ссылались на большую стоимость препарата. Больному с раком почки 4-й стадии с ярко выраженным болевым синдромом отказали в медикаментозном лечении, выписав по месту жительства и назначив симптоматическое лечение и обезболивающее. Но он так и не смог добиться выписки обезболивающих даже на уровне главного врача, так как в медучреждении «не хотели проблем с отчетностью».

Жизненно необходимые лекарства помогают найти сотрудники «Движения против рака». На их сайте больной может заполнить анкету и указать причину отказа в противоопухолевых препаратах, время выписки рецепта, контактные данные. Сотрудница Движения Ирина Морковкина рассказала, что они обмениваются информацией с Росздравнадзором, отправляют туда анкеты, консультируются со специалистами, ищут спонсоров. Обращений много, 70% больных, заполнивших анкету, удается помочь.

WEB-ПАЦИЕНТ

Случилось несчастье — мы спешим к специалистам за помощью. К знакомым, с которыми такое уже случилось и они могут дать совет. Но прежде всего — мы открываем поисковик в интернете. Там есть все. Но есть ли польза, когда болен раком?



ИРИНА КУЗНЕЦОВА/ИНТЕРПРЕСС/ИТАР-ТАСС

Польза от Сети, как при любой проблеме, будет, если не обольщаться. К информации относиться критично. Использовать сразу несколько источников. На форумах быть внимательным к спамерам, ботам, всякого рода энергетическим вампирам, ущербным и уязвленным, всезнайкам с синдромом учителя, желающим потешить самолюбие на чужой безысходности.

Сайты для больных раком, форумы для них и их близких — они ничем не отличаются от других. Только когда форумчане обмениваются опытом и советами по выращиванию фиалок, лечению кошек или ремонту автомобилей, они могут научиться выявлять разводки самого разного свойства. А могут попадаться на них раз за разом. Могут найти себе интернет-друзей, верных и бескорыстных. А могут оказаться во власти тех, кто наживается на безоговорочно доверяющих первому встречному в Сети «специалисту».

Что касается утверждения — в Сети, на форумах лучшие сеансы групповой психотерапии. Вовсе нет. Сеансы — они в клинике под наблюдением хорошего (если он хорош) психотерапевта. Форум — он как площадь. Каждый стоит и кричит про свое. Но иногда люди перестают кричать в пустоту и, переговорив под реплики со стороны, переходят к общению в личке.

Рак иррационален, мистичен, неотвратим, ужасен для заболевшего и его близких своей необъяснимостью и непредсказуемостью. И нашим неверием в медицину, называемую на онкофорумах «официальной», «традиционной». Защитники у нее тоже есть. Но больше тех, кто говорит о ее бесполезности, вреде, грубости, равнодушии, невежестве, алчности.

На форумы многие приходят в состоянии — все медицинское перепробовали, ничего не помогло, что делать, помогите!

Разводки таких, в медицине разуверившихся или не веривших в нее никогда происходят у всех на глазах. Их обязательно постараются отрезвить. Рассказать про конкретного знахаря или нетрадиционный метод, к чему он привел, чем печально закончился, но кто это услышит? К тому же советчики и защитники «нетрадиционного», иногда вполне искренние, иногда из специалистов «по продвижению в Сети», тут же приведут массу дополнительных аргументов.

Чего на стихийных онкофорумах только нет!

Рак легко вылечивается смесью водки с подсолнечным маслом (тетку отправили онкологи умирать, попробовала, десять лет прошло, тетка жива и отлично себя чувствует). Помогает молоко с дегтем. Отличное средство — пчеловод, который живет под Симферополем. Вылечил сестру за месяц, вот телефон.

Лечат молитвой и чабрецом. Предлагают новый препарат, разработанный медицинским академиком в США или Израиле, но его не пускают к нам те, кто монополизировал рынок… взятки… коррупция… от нас скрывают… И только у меня, случайно, есть, звоните, вышлю, много и недорого…

Справиться с верой, что спасет только чудо, сложно. Но если хоть что-то от осторожности осталось, разумные аргументы против можно найти тут же рядом, на том же форуме. Опытные форумчане на глазах у всех разоблачат и бота, и спамера, и шарлатана, пишущего под ником «неизвестный».

На самом деле на форумах и в Сети можно найти рекомендацию отличного хирурга и клиники. Объявления о приеме (абсолютно бесплатном) в «Школе пациентов», работающей по всей России, организованной сообществом пациентов «Против рака» (rakpobedim.ru) и фондом «Равное право на жизнь» (ravnoepravo.ru). Есть форумы для специалистов-онкологов. Там врачи делятся, отвечают на вопросы друг друга и, как правило, не обходят молчанием вопросы больных и их близких — подскажут к кому обратиться, какие шаги предпринять в той или иной ситуации, посоветуют, поддержат.

В Сети и в самом деле найдется все. А вот найти то, что нужно, и не ошибиться — это в нашем случае, увы, зависит только от нас самих.

ПОРТРЕТ ДОКТОРА: МИХАИЛ ЛИЧИНИЦЕР

«...Я буду краток. Всю жизнь после окончания Первого медицинского института работаю в Онкологическом центре имени Н. Н. Блохина. Сюда, собственно, меня и пригласил сам Блохин...» Михаил Романович Личиницер — это человек-эпоха. Сегодня он заместитель директора по научной работе, профессор с мировым именем, великолепный специалист по лечению рака молочной железы. О том, что его волнует в медицине и жизни людей, рассказывает он сам.

Во многих странах принято говорить пациенту о его состоянии, сколько времени ему осталось жить. Я стараюсь найти другие слова. Просто предупреждаю, что ситуация достаточно серьезная, но не нужно опускать руки. Появляются новые лекарства, и всегда есть надежда. Для больного человека любой день жизни — не то что для здорового. Поэтому нужно максимально поддерживать стремление жить, бороться. Я категорически против эвтаназии. Человек должен жить и надеяться, а наша задача — сделать все, чтобы эта надежда оправдалась. К сожалению, гарантий в этих ситуациях никто не дает.

Однажды я поделился с Еленой Малышевой, которая меня очень любит, что появилось новое лекарство от рака. Она тогда вела программу на радио. Звонит мне и говорит, что забыла номер телефона, по которому звонить по поводу этого лекарства. Я, недолго думая, предложил свой номер телефона. Конечно, потом сильно об этом пожалел.

Телефон раскалился. Я отвечал по возможности и просил писать, мы готовы были ответить на все письма. Вдруг пришло письмо от женщины, что у нее есть кот, ему двенадцать лет, у него опухоль, она уже купила билет и вместе с котом и сыном едут в Москву из какого-то уральского селения. Ну что же делать, раз едут? Встретили, устроили в гостиницу, кота подлечили, отправили обратно. Все, конечно, за наш счет. Ну, всякое бывает...

Больше всего люблю приезжать в клинику в выходные дни.

Очень много командировок. В этом году побывал в сороковой раз в США. Хорошо, что спокойно переношу такие перелеты, перепады времени. Это очень деловые визиты. Но все-таки смена обстановки уже отдых. Зачем же мне отпуск? А возвращение в родной центр на «Каширской» — это возвращение в родной дом. У меня была возможность побывать в самых разных странах — Швейцарии, США, Израиле, Японии, изучить опыт лечения онкологии там, накопить информацию.

Нам удалось, несмотря на тревожные зарплаты, создать уникальный коллектив в отделении. У нас блистательные молодые хирурги, медицинские сестры. Они владеют сложнейшими технологиями. У нас даже санитары с высшим образованием. Так получилось, в провинции нет работы, а в столице есть, они решили посвятить себя не зарабатыванию денег, а служению больным людям. Здесь такой работы более чем достаточно.

Необходимо сделать онкологию доступной для всех, и это может только государство. Наш «островок» на «Каширской» пока не в состоянии принять всех заболевших. И это очень угнетает. Плохо работают страховые компании.

Ясно, что дорогостоящее лечение не по карману даже самым развитым государствам. Но эти проблемы решаемы.

Страна у нас богатая. Но многое удивляет. Как-то несколько лет назад довелось присутствовать на совещании в Министерстве здравоохранения. Заместитель министра доложил, что около тридцати миллионов направлено в разные регионы на нужды здравоохранения. Говорилось в основном о ремонтах в клиниках. У меня создалось такое ощущение, что я попал не в Министерство здравоохранения, а в Министерство финансов. На мой вопрос, как же все-таки были использованы деньги, прозвучал недовольный сухой ответ: все на усмотрение местных администраций. Спасибо, вопросов больше нет.

Волнует то, что низок престиж медицинской профессии. У нас много прекрасных врачей самого разного профиля. И жаль, когда такие специалисты уезжают за рубеж. Есть у нас пациенты, которым сделали операцию десять, а то и двадцать лет назад. Сегодня они ведут активный образ жизни, хотя диагноз не снимается.

Волнует и тревожит то, что в России умирает больше пациентов, чем в США, например.

Дело в том, что у нас почему-то люди боятся обращаться к врачам. Мы ведь совсем не страшные. И готовы помочь максимально, насколько это возможно.

Пугает коммерциализация медицины. Это абсолютно ненормально. Две трети населения России не способны оплачивать медицинские услуги. Самый главный престиж любого государства — высококачественное бесплатное медицинское обслуживание. И этот вопрос в России нужно решать на государственном уровне. Почему бы нет? У нас есть нефть, газ, золото, алмазы. И самое главное достояние республики — люди. Так почему бы в первую очередь не подумать о них? Вот это меня больше всего волнует.

БИОГРАФИЯ

Личиницер Михаил Романович,
доктор медицинских наук, профессор.
Руководитель отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей РОНЦ РАМН, заместитель директора РОНЦ РАМН по научной работе.

Отделение химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАМН, Каширское шоссе, 24, 115478, Москва, Россия.

3 сентября 1939 года.

1957–1963. Медицинский институт, Москва.

1963–1965. Ординатура, ОНЦ, Москва.

1965–1967. Аспирантура, ОНЦ, Москва.

1965–2005. Научный сотрудник, заместитель руководителя отделения клинической фармакологии и химиотерапии, руководитель отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей, заместитель директора РОНЦ РАМН по научной работе.

1967. Присвоена степень кандидата медицинских наук. Тема кандидатской диссертации: «Изменения в метаболизме кальция в химиотерапии рака».

1987. Присвоена степень доктора медицинских наук. Тема докторской диссертации: «Методы клинических исследований в терапии рака».

1987–2005. Клиническая практика по химиотерапии рака в ведущих онкологических клиниках и центрах США, Великобритании, Японии, Австралии.

Член Европейского общества онкологов, Американского общества клинических онкологов, Международного общества по поддерживающей терапии и др.

ШАНС НА ЖИЗНЬ

В 2012 году продолжает свое развитие программа помощи пациенткам с раком молочной железы (РМЖ) «Шанс на жизнь». Печальная статистика говорит о том, что в России каждый год заболевает более 54 тыс. женщин и каждый день 47 детей остаются без своих мам, жизнь которых уносит рак молочной железы. «Санофи», являясь социально ответственной компанией, в 2011 году совместно с ведущими онкологическими учреждениями России запустила программу помощи пациентам с РМЖ «Шанс на жизнь».

В 2011 году за счет средств компании «Санофи» 2037 пациенток из 55 городов России получили лечение по международным стандартам, а в 2012 году 3 тыс. новых пациенток в 60 городах России получат самое современное лечение и шанс на жизнь.

В рамках данной программы компания «Санофи» поднимает вопрос лечения рака молочной железы в России на новом уровне. Впервые в нашей стране с экранов телевизоров стали рассказывать людям не только о необходимости ранней диагностики, но также о проблемах лекарственного обеспечения пациентов самыми современными препаратами, соответствующими международным стандартам. Эта информация также появилась на билбордах главных улиц столицы.

Второй год подряд в рамках социальной программы помощи пациентам с раком молочной железы «Шанс на жизнь» «Санофи» поддерживает благотворительный марш «Вместе против рака груди», инициируемый компанией AVON. Как партнер марша компания «Санофи» оказала помощь в организации зоны «Здоровье», где врачи-онкологи провели маммологическое обследование более чем 700 женщин. 120 из них направлены в ведущие онкологические центры Москвы для детального обследования. Женщины, которым в ходе дополнительного обследования был диагностирован рак молочной железы, были пролечены в рамках программы «Шанс на жизнь»

20 июня 2012 года в рамках международной конференции онкологов «Белые ночи» в Санкт-Петербурге компания «Санофи» организовала пресс-конференцию, на которой выступили ведущие российские медицинские эксперты-онкологи. В ходе мероприятия обсуждались новейшие достижения в области диагностики и лечения рака молочной железы, мировые тенденции в этой сфере, а также проблемы внедрения международных стандартов в России. Основная цель пресс-конференции — в очередной раз актуализировать проблемы лечения рака молочной железы в России и осветить возможные пути их решения. Кроме того, на мероприятии особенное внимание было уделено международному опыту лечения РМЖ. Мнение медицинского сообщества представили д. м. н., профессор кафедры хирургии с курсом клинической онкологии СПбГУ (медицинский факультет), врач высшей категории Рашида Орлова и д. м. н., профессор, академик РАЕН, член-корреспондент РАМН, руководитель хирургического отдела НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, член экспертной группы Санкт-Галлена по разработке мировых стандартов лечения опухолей молочной железы (Швейцария) Владимир Семиглазов. Компанию «Санофи» на мероприятии представляла Ирина Острякова, директор по коммуникациям Евразийского региона «Санофи». Ирина рассказала гостям пресс-конференции о ходе реализации всероссийского проекта помощи пациентам с РМЖ «Шанс на жизнь», который был учрежден компанией в 2011 году. Ведущие эксперты-онкологи, собравшиеся в Санкт-Петербурге 18–20 июня 2012 года на конференцию «Белые ночи», проголосовали за принятие стандартов диагностики и лечения РМЖ в России.

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

СТРАХОВОЙ БИЛЕТ

Современный человек предвидит рискованные ситуации. Продумывает, в какой валюте хранить сбережения, по какой цене будет продавать только что купленную машину, страхует дом от пожара и свое здоровье тоже страхует. И это не блажь богатых — они-то как раз могут себе позволить выехать на лечение за границу в любой момент. Остальным же нужно позаботиться об этом заранее. Теперь на российском рынке появился как раз такой страховой полис на случай онкологии.

Общество страхования жизни «Россия» предлагает новую программу «Голубой конверт. Онкологическое страхование». Любой застраховавшийся может быть уверен, что в случае постановки диагноза «рак» он будет отправлен на лечение в крупнейшую сеть частных швейцарских клиник «Хирсланден». Ему не придется бороться с болезнью и российской медициной — только с болезнью и под присмотром иностранных врачей.

Как рассказал руководитель проекта «Онкологическое страхование» Максим Сенчихин, этот вид страхования покрывает абсолютно все локализации рака. Страховым случаем является диагностирование любого онкозаболевания на любой стадии. Пациент со справкой о диагнозе тут же отправляется на лечение в Швейцарию. Если переводить эту услугу в цифры, то максимальная страховая выплата составляет €250 тыс. (около 10 млн руб.). Швейцарские партнеры гарантируют: страховка покроет весь необходимый объем медицинской помощи — проведение хирургических операций, курсов химиотерапии, радиотерапии, уход за больным. Никаких дополнительных затрат не потребуется. Кроме того, ОСЖ «Россия» работает с немецкой компанией перестрахования, которая также гарантирует выплаты клиентам в любой ситуации.

Выбирая партнеров, в ОСЖ «Россия» начали с отечественных клиник, но быстро разочаровались. В России лечение онкологических больных ведется на бюджетной основе, поэтому заключение коммерческого договора было изначально невозможно. С российскими частными клиниками очень сложно договориться о цене. У них такая позиция: ложитесь на лечение, а с затратами потом определимся. Никакой четкости нет. Как рассчитывается сумма, непонятно. В Швейцарии расценки полностью прозрачны: при таком-то диагнозе заплатить придется столько, при другом — столько. И ни франком больше. Третья причина: бывает, что диагноз, поставленный в России, оказывается неверным. Такая ошибка больному может стоить жизни. В Европе диагностика находится на качественно другом уровне. Качество самого лечения тоже имеет несоизмеримо более высокий уровень. «Мы сравнивали статистику по лечению онкозаболеваний в разных странах: США, Израиле, европейских странах. По всем показателям Швейцария оказалась на первом месте»,— говорит Сенчихин.

Но лечение за границей — это масса дополнительных сложностей: получение визы, авиаперелет, жилье для родственников, языковой барьер. Эти проблемы решаются для клиента автоматически. При выявлении страхового случая владельцу полиса сразу же выплачивается 5 тыс. франков. На оформление визы, перелет, текущие расходы. Причем ему помогают решить организационные вопросы, потому что и больной, и его родственники поначалу впадают в состояние паники или депрессии, полной растерянности.

Для того чтобы получить страховой полис, клиентам моложе 40 лет даже не нужно проходить медицинское обследование — достаточно ответить на 27 вопросов медицинской анкеты. Вопросы простые. Например, ваш рост и вес. Сильно ли изменялся вес за короткое время? Известно, что если человек нездоров, то он резко худеет. Или такой вопрос: собираетесь ли вы пройти медицинское обследование? Если да, значит, человека что-то беспокоит. Это делается, чтобы выявить медицинскую картину здоровья, а не ставить диагноз. Если клиенту за сорок, ему уже придется пройти медицинское обследование.

«Лучше подстраховаться и даже перестраховаться. К примеру, человек, застраховавший свой автомобиль и потом попавший в аварию, радуется, что страховка оправдалась. Если никаких аварий не случилось, он жалеет о потерянных деньгах. Но в нашем случае идет речь не о машине, а о здоровье, самом ценном, что у нас есть»,— говорит Сенчихин.

Стоимость полиса рассчитывается по нескольким критериям. С возрастом стоимость полиса возрастает. Для тридцатилетних цена полиса — 12–14 тыс. руб. в год. Женщины после тридцати очень подвержены раку шейки матки, молочной железы. Поэтому в этой зоне риска цена страхового полиса несколько выше. А вот от региона проживания стоимость полиса не зависит. Она стандартна для всех. Но есть ограничения по возрасту: страхование возможно для лиц не младше 18 и не старше 60 лет. Программа недоступна для тех, кому уже диагностировано заболевание.

ВЯЧЕСЛАВ ПРОКОФЬЕВ

ПАЦИЕНТЫ ИДУТ ЗА ПОМОЩЬЮ В СУД

Окончание. Начало на стр. 1

«Если пациенты в соответствии с “потребительским” законом начнут массово реализовывать свои права, бюджетные медучреждения могут понести громадные финансовые потери,— сказал СМИ руководитель Центра медицинского права Алексей Панов,— поэтому региональным минздравам и главврачам надо срочно перестраиваться и работать по-новому — без очередей и ошибок, что сегодня непросто из-за дефицита медицинских кадров. Но допустившие ошибку врачи научатся наконец извиняться, ведь, как показывает практика Центра медицинского права, увидев искреннее раскаяние медиков, пациенты готовы снижать суммы морального вреда в несколько раз».

СЕРГЕЙ МИХЕЕВ/КОММЕРСАНТЪ

«Особых новаций-то нет,— говорит председатель правления Международной конфедерации обществ потребителей Дмитрий Янин,— просто Верховный суд еще раз напомнил пациентам и медикам, что есть такой инструмент для улучшения здравоохранения в России. Важно будет, насколько независимая экспертиза или экспертиза страховой компании докажет, адекватное ли было предоставлено лечение. Если неадекватное — то можно иск выиграть. Пока в области здравоохранения такой судебной практики не было, но есть наработанная практика по врачебным ошибкам, и такие дела пациенты выигрывают стабильно. Стандарты всего, что положено по заболеванию по территориальной программе ОМС, можно запросить в своей страховой компании». Эксперт не предполагает вала судебных исков в связи с решением Верховного суда, все-таки судебные иски пациенты чаще подают в случаях серьезных медицинских просчетов. Но важно уже то, подчеркнул эксперт, что иск от пациента теперь можно подать по месту жительства, да и то, что при отказе выполнить законные требования пациента на ЛПУ ежедневно начисляются пени, подстегнет медицинские организации к большей дисциплине.

Иду в суд

Как реально действовать пациенту? Если в оказании медуслуги отказали или она предоставлена некачественно, грубо просрочены сроки оказания медуслуги, предложены платные вместо положенных по стандарту бесплатных и т. п., пациент сначала должен написать претензию клинике, диспансеру, в свою страховую компанию либо в фонд ОМС. При отказе или несогласии с ответом дальше уже можно обращаться прямо в суд. С этого момента начнет действовать «потребительский» закон, в том числе по пунктам о выплатах неустоек, штрафа, госпошлины.

Теперь больницам, чтобы избежать «разорения», придется очень аккуратно вести медицинскую документацию, а юристы ЛПУ должны будут следить за законностью взаимоотношений персонала и больных и подсказывать, где персонал сильно рискует «попасть на деньги». С момента вступления в силу «потребительского» закона в области медуслуг такие просчеты и плохая организация лечения могут грозить ЛПУ очень высокими экономическими и репутационными рисками.

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

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

ОТВЕЧАЮТ

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

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

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

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

Зверева Лариса Константиновна

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

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

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

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

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

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

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

ТАКЖЕ МЫ ОРГАНИЗУЕМ ЗАОЧНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Обращайтесь к нам, если:

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

или есть вопросы по проводимому лечению онкологического заболевания.

Напишите нам: ravnoepravo.ru/konsultacii

ВОПРОС

У моей бабушки рак, ей делали операцию, и после операции она прошла дистанционную лучевую терапию области таза. Операцию делали в январе этого года. Пару месяцев назад у нее начались проблемы с ногами: постоянно колет в ступнях и она очень плохо ходит (говорит, что ноги как ватные); общая слабость, обезболивающие в таблетках не помогают, а укол действует всего пару часов. У нее еще сахарный диабет, и врачи говорят, что именно он мешает «выйти лучам».

Можете посоветовать какие-нибудь препараты или травы для реабилитации после лучевой терапии?

ОТВЕТ

Для реабилитации после лучевой терапии лучше всего использовать иммунные препараты. Подойдет «Галавит» 100 мг свечи (или уколы) через день №10 на курс. Или «Деринат» 1,5% 5,0 мл в/м через день №10 на курс. Провести два-три курса с интервалом две-три недели. Но применять любые уникальные препараты можно только после консультации с лечащим врачом, чтобы избежать неправильного назначения.

ВОПРОС

У мамы пролечили рак молочной железы. Удалили грудь, сделали химию — рак ушел. Это было три года назад. Но я боюсь, что болезнь вернется, так же часто бывает. Насколько вероятно возобновление рака в процентном соотношении? Мы ездим к врачу и сдаем анализы раз в полгода — этого достаточно или нужно чаще?

ОТВЕТ

Вероятность прогрессирования, выраженная в процентном отношении, зависит от стадии опухолевого процесса (при 2-й стадии 5-летняя выживаемость 75–85%), а также гормональной чувствительности опухоли (гормонозависимый рак более благоприятно протекает), наличия или отсутствия рецепторов HER2-neu (наличие этих рецепторов обычно ассоциировано с агрессивным течением опухолевого процесса), индекса пролиферации Ki-67 (чем индекс пролиферации выше, тем более агрессивна опухоль) и некоторых других факторов. Наблюдение раз в полгода — это нормально.

ВОПРОС

Приветствую!

Поставили диагноз «Б-клеточная диффузная крупноклеточная лимфома», сделал 1 ПХТ (циклофосфан 1200 мг, доксолек 80 мг, преднизолон 100 мг), врач не предупредил, что химиотерапия влияет на дальнейшее зачатие ребенка, из-за этого я не сделал замораживание спермы.

Вопросы следующие:

Насколько проведенный курс химиотерапии губителен для спермы (спермограмму сделаю в ближайшее время)?

Как мне поступить: ждать, когда восстановится сперма (если с ней не все в порядке), и потом сделать замораживание и продолжить лечение или продолжить химиотерапию без замораживания спермы?

Через какое время сперматогенез восстанавливается?

ОТВЕТ

Раз уже начали химиотерапию, риск получить генетическую мутацию уже есть. Лучше закончить химиотерапию и через пять лет можно рожать детей. Общая статистика говорит, что по истечении этого срока риск получить генетическую мутацию примерно такой, как и без предшествующей химиотерапии.

ВОПРОС

Маме после удаления опухоли толстой кишки (16.05.2012 г.) назначают ХТ, так как имеются МТС в печени в обеих долях (ставят IV степень). Врач предложил участие в клинических исследованиях какого-то препарата (пока не знаю какого). Стоит ли подписываться? И вообще стоит ли травить организм, ведь рак печени в такой стадии не лечится? Спасибо!

ОТВЕТ

Метастазы рака толстой кишки в печень и рак печени — это не одно и то же. Метастазы рака толстой кишки и сама первичная опухоль обычно имеют сходную чувствительность к химиотерапии — в целом неплохую. Использовать химиопрепараты при лечении рака толстой кишки и его метастазов стоит. С помощью химиотерапии можно в ряде ситуаций приостановить развитие опухоли. Есть стандартные схемы, есть экспериментальные режимы. Обычно участие в клинических исследованиях предлагают, когда возможность стандартных подходов исчерпана. Соглашаться или нет — решать вам.

ВОПРОС

Как поставить на учет в онкодиспансер иногороднего больного? Состояние больного не позволяет оформить временную прописку по месту пребывания.

ОТВЕТ

Гражданин имеет право на получение медицинской помощи в любом городе вне зависимости от места прописки. Это стало возможно благодаря федеральному закону от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы), где в ст. 10 указано, что гражданин имеет право получать медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях стационара бесплатно по месту своего фактического проживания и работы в любом городе, а в ст. 11 Основ указано на недопустимость отказа в оказании медицинской помощи. При этом не обязательно регистрироваться ни временно, ни постоянно. Закон этого не требует. Теперь денежные средства на лечение по полису ОМС будут перечисляться тому лечебному учреждению, которое оказывало медицинскую помощь, а не по месту прописки по территориальному принципу, как было раньше.

Такое право также предоставляет полис ОМС, который согласно ст. 45 федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Для прикрепления к новой поликлинике нужно написать заявление на имя главврача в двух экземплярах. Содержание может быть таким: «Прошу прикрепить меня к вашему лечебному учреждению в рамках реализации права пациента на выбор медицинской организации в соответствии со ст. 21 федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” в связи с проживанием на территории обслуживания поликлиники». К заявлению следует приложить копию паспорта, полиса ОМС, страхового свидетельства и документа, подтверждающего факт проживания по определенному адресу. Если зарегистрироваться временно возможности нет, то в доказательство проживания на территории обслуживания ЛПУ можно составить договор найма с собственником квартиры, который представить в ЛПУ, либо предоставить заявление от собственника с подписью больного о его проживании по определенному адресу. Если вы являетесь родственником больного, то следует приложить доказательства родственных отношений. Себе следует оставить второй экземпляр заявления с отметкой о его получении со стороны главного врача ЛПУ. В случае отказа — потребовать от него поставить отметку на втором экземпляре заявления обратившегося с указанием причин отказа. Если врач откажется это сделать, то можно сказать, что отправите его по почте заказным письмом с уведомлением и описью вложения и оно все равно придет к ним, что обратитесь с жалобой в страховую компанию, территориальный фонд ОМС, органы Росздравнадзора, Министерство (департамент) здравоохранения,— это должно иметь положительный результат.

Затем необходимо получить от лечащего врача поликлиники (ЛПУ) направление в онкодиспансер для оперативного лечения в конкретный стационар. Такое направление выдает либо участковый врач, либо врач-онколог ЛПУ. Тогда операция и все последующее лечение проводится бесплатно по полису ОМС и вся ответственность за лечение пациента возлагается на онкодиспансер. Если больной не может передвигаться, то врача ЛПУ следует вызвать на дом.

Возможно, врачи онкодиспансера будут придерживаться норм Инструкции по регистрации и ведению учета больных злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (утв. приказом Минздрава РФ от 19 апреля 1999 г. №135, где указано, что все больные злокачественными новообразованиями (в том числе с новообразованиями в стадии in situ) регистрируются онкологическими учреждениями (диспансерами, диспансерными отделениями, кабинетами) по месту постоянного жительства. Однако федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», расширивший права больных, был принят позже и имеет статус документа большей юридической силы.

Поэтому за помощью в постановке на учет в поликлинике по месту фактического проживания больного и получения направления в онкодиспансер необходимо обратиться в страховую компанию, выдавшую больному полис ОМС. Филиалы страховых компаний, как правило, имеются в каждом городе. Ее представители должны связаться с лечебным учреждением и оказать больному необходимую помощь. Также можно обратиться в Министерство (департамент) здравоохранения региона для решения вопроса о постановке на учет онкобольного по месту его временного проживания.

КУРИЛЬЩИКИ НЕВОСПРИИМЧИВЫ К НИКОТИНУ

Согласно результатам исследования, проведенного Министерством здравоохранения и социального развития РФ при поддержке ВОЗ, Россия оказалась одной из самых «курящих» стран мира наряду с Турцией и Египтом. Семь из десяти мужчин и четыре из десяти женщин страдают никотиновой зависимостью. Почему никотин полезен, а курение — вредно и как можно бросить курить, объясняет «Равное право на жизнь».

AFP/EASTNEWS

Благодаря средствам массовой информации и социальной рекламе у большинства людей к никотину сложилось строго отрицательное отношение, как к главному виновнику болезней, которым подвержены курильщики, таких как обструктивный бронхит курильщика, эмфизема легких, рак гортани, рак легких. Между тем этот алкалоид, содержащийся не только в табаке, но и в томатах, картофеле, баклажанах и зеленом перце, в небольших количествах полезен для человеческого организма, а случаи, когда от никотина наступала интоксикация, крайне редки.

В 2006 году норвежское агентство National Health Screening Service опубликовало в журнале Tobacco Control результаты исследования, свидетельствующие, что никотин, воздействуя на никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, которые затем модулируют другие активирующие нейромедиаторы, провоцирует выброс дофамина и глутамата (главного возбуждающего нейромедиатора мозга), в меньшей степени — серотонина и катехоламинов (адреналин и норадреналин).

Таким образом, никотин оказывает положительное действие на когнитивные процессы и мышление, концентрацию и внимание, стабилизирует эмоциональный фон, повышает устойчивость к стрессовым факторам, оказывает противотревожное действие, ускоряет реакцию, улучшает избирательную аудиальную и визуальную чувствительность.

Не случайно фармакологические компании используют никотин при разработке препаратов для лечения синдрома гиперактивности и дефицита внимания у подростков, болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона. Правда, такие препараты называют ацетилхолиновыми модуляторами, чтобы избежать ассоциаций с табаком.

Но полезные свойства никотина совершенно не означают, что курить — полезно для здоровья. «Рецепторы курящих оказываются заблокированы для воздействия никотина,— утверждает врач-психиатр Павел Бесчастных в своей лекции.— Никотин только в малых дозах стимулирует Н-холинорецептор. При нагнетании концентрации чувствительность к нему падает вплоть до полной блокады рецептора. Поэтому первая сигарета с утра так сильно выделяется: за 10–12 часов без курева рецепторы возвращаются на исходную позицию».

Из этого следует, что только одна сигарета в день дает концентрацию внимания, спокойствие, лучшую реакцию, а все остальные человек выкуривает, просто чтобы избежать синдрома отмены.

Также выходит, что основной массив общеизвестных неблагоприятных последствий потребления табака является результатом вдыхания сопутствующих никотину продуктов, содержащихся в табачном листе. В табачном дыме 95% занимает газообразная смесь, которая содержит в себе азот, аммиак, синильную кислоту и бензол. Все они являются токсичными и крайне опасными. Лишь 5% от массы дыма приходится на взвесь твердых фракций, состоящую из никотина и менее значимых алкалоидов никотинового ряда.

Тем не менее многочисленные исследования доказывают, что никотин в состоянии сформировать зависимость, по силе не уступающую амфетаминовой или героиновой. Для эпизодически употребляющих вероятность формирования зависимости в течение года — более 30%, выше, чем у героина, выше, чем у кокаина, и выше, чем у алкоголя. Стойкая трехлетняя ремиссия получается только у 5% самостоятельно бросающих и у 21% тех, кто бросает с медицинской и психологической помощью.

На сегодняшний день в России наиболее распространены два способа самостоятельного отказа от курения — заместительная терапия и отказ «по книге». Книг, пропагандирующих быстрое и легкое избавление от никотиновой зависимости, в магазинах большое количество (сейчас, например, на пике моды «Легкий способ бросить курить» Аллена Карра и «Бросим курить» Мириам Стоппард), однако помочь такой метод может только человеку, который твердо и осознанно решил «завязать».

К заместительной терапии относят никотиновые пластыри, никотиновые жвачки и ошибочно трубку. Ошибочно, поскольку принцип попадания никотина, содержащегося в черном (трубочный и сигарный) и жевательном табаке, идентичен. Из-за отсутствия ионизации более высокого (по сравнению со светлым, папиросным табаком) уровня кислотности никотин всасывается через полость рта. Однако трубочный табак зачастую бывает не очищен, из-за чего степень вредного воздействия дыма на организм человека гораздо выше, чем во время курения сигарет. Наглядно это можно заметить, если сравнить трубочный и сигаретный фильтры после использования.

В случае с жевательной резинкой и никотиновым пластырем принцип действия основывается на постепенном, а не моментальном, как при курении, пике концентрации никотина в плазме крови — около получаса вместо 10–19 секунд. При этом сам курс лечения рассчитан на несколько ступеней с постепенным уменьшением количества никотина в препаратах.

Отдельный вопрос — использование вместо обычных сигарет никотиновых ингаляторов, или электронных сигарет. С одной стороны, использование ингаляторов не ломает стереотип присутствия сигареты во рту, с другой — зависимость, как таковую, это не снимает, помогая только избавиться от сопутствующего вреда организму в виде табачного дыма.

Существует также ряд медицинских препаратов, которые помогают избавиться от никотиновой зависимости. Однако прежде чем пить лекарства, следует проконсультироваться с пульмонологом.

Марк Твен говорил, что пытался бросить курить неоднократно, последние данные ВОЗ свидетельствуют о том, что 70% курильщиков хотят бросить курить, только не знают, как это сделать, или боятся, что у них ничего не выйдет.

НЕ СОЙТИ С УМА ОТ РАКА

Сергей Толецкий, психолог

Окончание. Начало на стр. 1

Заболев, мы теряем прежние интересы. Становимся равнодушными и эгоистичными. Ограничиваем контакты с окружающими. Нам не до творчества — лишь бы свалить работу, если мы еще работаем. Мы нетребовательны к себе и другим. И в то же время придирчивы и раздражительны.

При этом абсолютно бесполезно отдавать себе приказы, призывать взять себя в руки и вернуться к утерянным смыслам. То, что происходит с нами, сильнее нас. Совладать с этим нельзя, но можно обратить себе на пользу.

В большинстве случаев сделать это без помощи специалистов — психологов и психотерапевтов — трудно или вообще невозможно.

Нет смысла бороться с доминирующим мотивом сохранения жизни. Но можно вернуться к жизни, опираясь на этот сильнейший мотив. На этом строится любая реабилитационная программа. Ухаживать за собой самому, как бы это ни было тяжело, необходимо, чтобы сохранить жизнь. Вернуться к работе или обучиться новой, какая по силам — для того же. Поддерживать отношения с людьми, не терять с ними эмоциональной связи важно и нужно, чтобы удовлетворить наш единственный мотив сохранения жизни.

Вы беспокоитесь. Не находите себе места. Ощущаете постоянное напряжение. У вас учащается пульс. Вы испытываете приступы, называемые «паническими атаками». Вас преследуют страхи, из которых первый — страх смерти.

Психотерапия накопила достаточно методик, освоив которые человек может научиться справляться с тревожными состояниями.

Мы учимся расслабляться. Принимать соответствующие позы. Представлять себя в комфорте. Внушать себе словесными формулами то, что должно нас успокоить. Правильно дышать (в тревоге мы дышим слишком часто, обедняем мозг кислородом, что поднимает градус паники). Разрывать мрачные внутренние диалоги на тему болезни, ведущие к усилению тревоги.

Все эти методики описаны в популярной литературе и на психологических сайтах.

А вот на что надо обратить внимание — на симптомы, при которых обращение к психотерапевту совершенно необходимо, потому что сами вы тут уже не справитесь.

Итак, обратиться к специалисту по неврозам, страхам и тревогам необходимо, если:

нарушен сон в течение нескольких дней подряд; панические атаки идут одна вслед за другой в течение нескольких дней; появляются тремор и судороги; начались проблемы с желудком; учащается без нагрузки пульс; наблюдаются резкие перепады настроения; нарушается дыхание.

Что вам даст специалист в этом состоянии? Скорее всего, подберет медицинские препараты с учетом уже принимаемых вами по основному заболеванию.

ВИКТОР КУЛИКОВ

Все это делать необходимо с самого начала, как только стал известен диагноз.

Выстроить в очередь борьбу с основным заболеванием и приведение в норму вашей психики никак не получится. Только поддерживая свою психическую форму, вы сможете справиться с онкозаболеванием.

ЗВЕЗДЫ ПРОТИВ РАКА: ЛАЙМА ВАЙКУЛЕ

У Лаймы Вайкуле имидж самой загадочной и изысканной эстрадной дивы. Ее возраст перешагнул пенсионный. Но разве ее можно назвать пенсионеркой? Трудно поверить, что двадцать лет назад Лайме поставили страшный диагноз «рак груди».

ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ

91-й год стал для нее переломным. По большому счету жизнь ее тогда висела на волоске. Она испытала сильный шок и поначалу просто возненавидела всех здоровых людей, которые «жаловались на какие-то проблемки».

Подняться на ноги и снова обрести смысл в жизни ей помогли вера в Бога и самый близкий человек — муж Андрей. К сожалению, случается, что мужчины, узнав о таком диагнозе, пугаются предстоящих трудностей, физического несовершенства женщины (ведь грудь иногда приходится удалять) и уходят, оставляя жену или подругу один на один с ее бедой. Испытание, выпавшее на долю Лаймы и Андрея, лишь укрепило их любовь.

Лайма Вайкуле уверена, что испытание ей было дано для того, чтобы измениться. И она действительно стала другой. Утверждает, что материальные ценности сегодня ее интересуют в последнюю очередь.

— Что для вас сегодня главное в жизни — любовь, дом, профессия?

— Когда-то была профессия, карьера… Я, кстати, словно предчувствовала свою болезнь, мечтала стать хирургом и видеть результаты своего труда. Мама часто болела, и мне хотелось самой лечить ее. Мне нравилось естествознание. В мединститут был большой конкурс, и я боялась, что не поступлю. Пошла в медучилище, работала на «скорой». Ходила в анатомический театр… Мне это нравилось. Но пение все перебило. Тем не менее мне очень жаль, что я не состоялась как врач.

Во время болезни я на многое стала смотреть по-другому. Раньше не понимала слова мудрецов о страданиях, в которых растет и развивается личность. Теперь понимаю…

После лечения она решила как можно быстрее вернуться на сцену, но стала гораздо больше времени уделять своим близким, друзьям, собакам.

Любой конфликт для меня, особенно после пережитой болезни,— это дискомфорт. Я стала иначе относиться ко всему живому.

— Говорят, что в гримерках вы расставляете цветы и не забываете менять воду. Сочувствуете деревьям, животным, в общем, могли бы пополнить ряды «зеленых». Это правда?

— Да, я не ношу шубы из натурального меха. У меня живут три чудесных американских бульдога. Это не дань моде и не пиар. Я действительно очень люблю растения и животных. Общение с моими четвероногими друзьями — мой главный релакс. Когда мои бульдоги рядом, я забываю обо всем. Будь моя воля, я бы создала целое полицейское подразделение, которое наказывало бы изуверов, которые плохо относятся к животным. В будущем хотела бы серьезно заняться вопросом охраны животных. Я никогда не сломаю ветку дерева, не буду рвать цветы. После концерта, пока не поставлю в воду все цветы, не смогу спать.

— Лайма, вы знаете, что для вас счастье?

— Самые счастливые моменты, если оглянуться назад, это когда рядом мама и папа, они наряжают меня, и мы идем в гости, и все близкие здоровы. Счастьем было мое выздоровление, победа над раком. Счастье — что рядом всегда Андрей, любимый и преданный человек. Когда мы погружаемся в работу, мотаемся по свету, это счастье от нас отдаляется. И вообще мне трудно быть счастливой, если рядом у кого-то проблемы. Где-то идет война, происходят жуткие катастрофы…

Тяжелая болезнь сделала меня лучше. Я хочу жить дальше, петь, танцевать, дарить людям радость, кому-то помогать, совершенствоваться, хорошему не должно быть предела…

АНЕКДОТЫ

Врач спрашивает:
— Вы курите?
Пациент отвечает:
— Нет.
— Пьете?
— Нет.
Затем врач говорит:
— Не надо так идиотски ухмыляться, я все равно что-нибудь найду!

Хирург посоветовал больному мужаться. Тот стал материться.

У врача дома засорился унитаз. Вызвал водопроводчика. Он пришел, пару раз стукнул молотком, заменил прокладку, закрутил гайку. Потом говорит:
— Готово, все работает. С вас 500 рублей.
— Как 500 рублей? За пять минут работы? Я нейрохирург, 12 лет учился специальности, но мне за пять минут работы 500 рублей не платят.
— Так это нормально. Когда я нейрохирургом работал, мне тоже не платили.

Врач в платной поликлинике — больному:
— Итак, отныне — ни капли вина и водки!
— У меня что-то серьезное?
— Да нет. Просто экономьте деньги, чтобы оплатить мой счет за лечение.

— Вон идет женщина, которую я люблю,— говорит доктор своему приятелю.
— Так почему же ты на ней не женишься?
— По финансовым соображениям. Она моя лучшая пациентка.

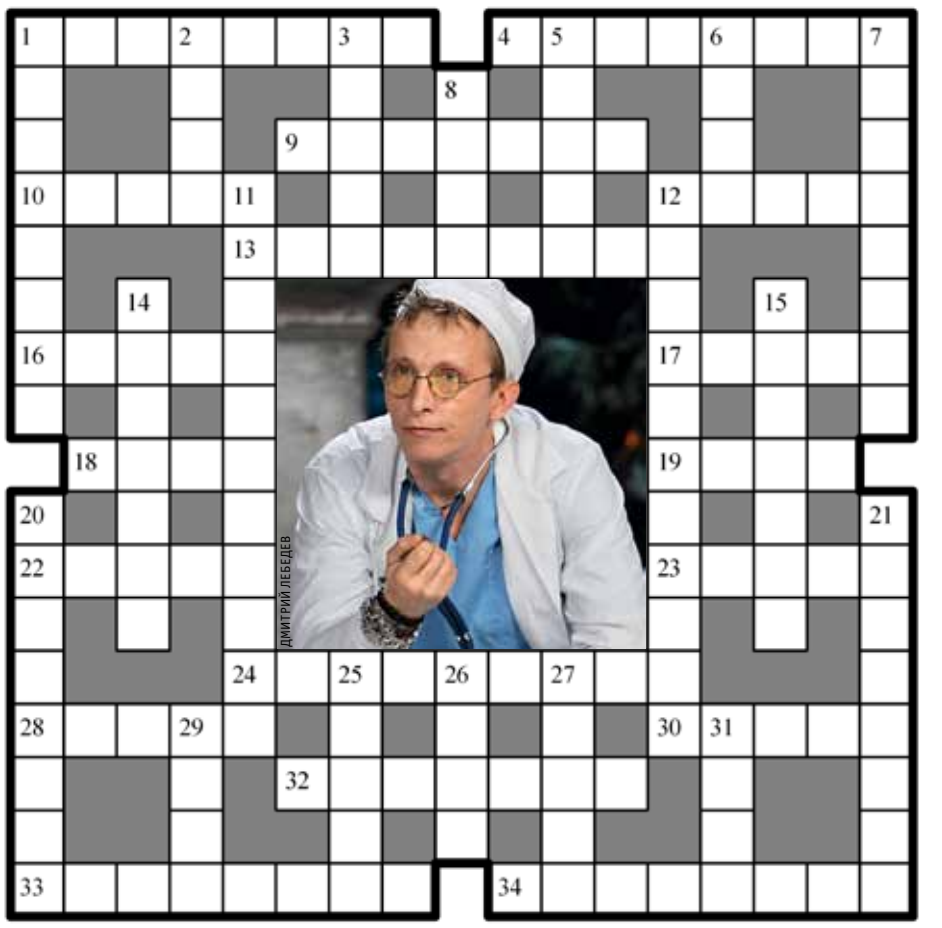
Пошли Терапевт, Психиатр, Хирург и Патологоанатом на утиную охоту. Засели в камышах и стали ждать. Так как на четверых у них было всего одно ружье, решили стрелять по очереди.
Первым взял ружье Терапевт. Вдруг из камышей вылетела утка. Терапевт вскинул ружье, но подумал: «Хм, а утка ли это? Может, это павлин, а может, сова?..» И пока он думал, утка улетела.
Настал черед стрелять Психиатра. Вылетела птица. Психиатр прицелился и… подумал: «Это утка, и я знаю, что это утка, но знает ли она, что она утка, вот в чем вопрос!» Пока он так размышлял, утка благополучно смылась.
Взял ружье Хирург. Показалась птица. И тут же… БАХ-БАБАХ.
Хирург говорит Патологоанатому:
— Ну-кась, сходи погляди — утка ли это…

КРОССВОРД

ВОПРОСЫ:

По горизонтали: **1.** Инновационный центр в налоговом раю. **4.** Самая здоровая звезда российского телеэкрана. **9.** Коллектив, работающий в яме. **10.** Река в Сибири, приток Оби. **12.** Японская мультипликация. **13.** Вакцина от компьютерной заразы. **16.** Шаблонная фраза. **17.** Традиционные татарские сапоги. **18.** Маленькая обезьянка. **19.** Лекарство на подоконнике. **22.** Поделочный камень в полоску. **23.** Остров славы для Поля Гогена. **24.** Скотский доктор. **28.** Материал для стойких солдатиков. **30.** Опера Рахманинова, написанная по поэме Пушкина «Цыганы». **32.** Российский комедийный сериал о врачах (на снимке). **33.** Медицинский прибор — фигурант уголовного дела о поставках в рамках нацпроекта «Здоровье». **34.** Возвращающийся метательный снаряд.

По вертикали: **1.** Внутренняя оболочка глаза. **2.** «Бронежилет» рыцаря. **3.** Шейная часть рубашки. **5.** Легендарный голливудский танцор и актер, танцевавший в паре с Джинджер Роджерс. **6.** Тонкий слой древесины. **7.** Болезненная реакция организма на некоторые вещества. **8.** Что удаляют при пульпите? **11.** Высшее предназначение женщины. **12.** Сверхвысшее образование. **14.** Железа, пересаженная профессором Преображенским. **15.** Заменитель кофе. **20.** Доктор, выписывающий лекарства «по чуть-чуть». **21.** Врач, который подсчитывает вред от еды. **25.** Маленькое японское стихотворение. **26.** Старинный русский город на Волге. **27.** Американский страус. **29.** Подвижная «шторка» для глаза. **31.** Место прописки «Моны Лизы».


ДМИТРИЙ ЛЕБЕДЕВ

ОТВЕТЫ:
По горизонтали: 1. Сколково. 4. Малышева. 9. Оркестр. 10. Чулым. 12. Аниме. 13. Антивирус. 16. Клише. 17. Мнили. 18. Лори. 19. Алоэ. 22. Оникс. 23. Таити. 24. Ветеринар. 28. Олово. 30. Анеко. 32. Интерны. 33. Томограф. 34. Бумеранг.
По вертикали: 1. Сетчатка. 2. Латы. 3. Ворот. 5. Астер. 6. Шпон. 7. Аллергия. 8. Нерв. 11. Материнство. 12. Аспирантура. 14. Гипофиз. 15. Цикорий. 20. Гомеопат. 21. Диетолог. 25. Танка. 26. Ряжев. 27. Нанду. 29. Бекко. 31. Лувр.

«Равное право на жизнь» №7
Тираж: 3000 экз. распространяется бесплатно
Свидетельство о регистрации: ПИ№ФС77-45868
Дата и время подписания в печать: 18 сентября 2012 г., 15:00

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

Главный редактор: МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
Дизайн и верстка: ИВАН СИДЕНКО

Над номером работали: ИРИНА ВЛАСОВА, ИРИНА КОСТОГЛОТОВА, ТАТЬЯНА ХАРЛАМОВА, ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ, МАРИЯ ДОМБРОВСКАЯ, РОМАН БУРАНОВ

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

Информационная продукция для лиц, достигших возраста шестнадцати лет

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ ПО ВОПРОСАМ ОНКОЛОГИИ:
8-800-200-2-200
с 9:00 до 21:00
(по России звонок бесплатный)