

ЛЕКАРСТВА

Все о дженериках

НАЗНАЧЕНИЯ

Рецепты по новым правилам

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Жизнь со стомой

ПСИХОЛОГИЯ

Отношения в больнице



6

9

10

12



1



НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
ПАРТНЁРСТВО
№9 МАРТ 2013
ОБЩЕСТВЕННО-
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ВЕСТНИК

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

КАК ВЫБИТЬ ЛЕКАРСТВО — ПОШАГОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ

«Помогите! Я погибаю — лекарств нет, купить сами не можем, когда будут поставки — не понимаем. Что делать???» — на сайт «Движения против рака» такие письма приходят каждый день. Высокотехнологичные препараты стоят дорого. Лечение может обойтись в несколько миллионов рублей. Наличие бесплатных лекарств для большинства пациентов буквально вопрос выживания, ведь если начнутся перебои с препаратами, собрать денег и купить упаковку за свой счет могут очень немногие. Что делать, если не дают лекарств,— в нашей консультации.

Причины отказа в лекарственных препаратах всегда сводятся к недофинансированию. В регионе заканчиваются деньги, и врачи вынуждены выписывать более дешевые лекарства или даже прекращать на время лечение своих пациентов. Бывают и перебои с поставками лекарств в аптеки, когда долгожданный рецепт на руках, а получить лекарство невозможно. Такая ситуация сохраняется, например, в Московской области, где несколько месяцев пациенты не могут получить «Герцептин», «Аримидекс» и многие другие оригинальные и дженериковые лекарства.

Даже когда врач или аптекарь говорят, что лечить они пациента не могут или не могут выписать и выдать показанное лекарство,— это не конец. Выбить нужные препараты можно. На это нужны силы, а главное, полная уверенность в своем праве на нужное лекарство. Положенное, между прочим, каждому из нас по законам Российской Федерации. МОД «Движение против рака» уже много лет помогает пациентам бороться за свои права, заставляя государство выполнять свои обязательства.

Главное — понимать: отказ в выписке или выдаче препарата незаконен. Даже если в регионе нет денег. Даже если перебои с поставками. И уж тем более если врачу нужна взятка.

Стационар

Это практически самое безопасное в лекарственном отношении место. В условиях стационара отказа в обеспечении быть не должно. Кроме того, все лечение в период нахождения в стационаре бесплатно, включая диагностику и лекарствен-

ное лечение на основании стандарта медицинской помощи по заболеванию. В случае требования врачей оплатить те или иные медицинские услуги следует сразу же позвонить в свою страховую компанию по указанному на полисе ОМС телефону. Если все же пришлось заплатить за диагностику или лекарства, то необходимо сохранить документы, подтверждающие факт оплаты, и, по возможности, медицинские назначения, с которыми впоследствии следует обратиться в свою страховую компанию за возмещением потраченных денежных средств. Но прежде чем платить, следует позвонить своему страховщику.

После выписки

После выписки из стационара некоторым пациентам требуется продолжить лечение в амбулаторных условиях. При оформлении инвалидности список льготных препаратов автоматически расширяется, а доступ к ним облегчается, поэтому онкологическим пациентам имеет смысл оформить инвалидность, чтобы обеспечить положенные по закону медикаменты. Для получения льготных лекарств пациент, имеющий группу инвалидности, включается в федеральный регистр льготников Пенсионным фондом по месту жительства.

Не имеющий группы инвалидности пациент включается в региональный регистр через лечебно-профилактическое учреждение (в некоторых регионах через департамент социальной защиты населения). Далее врачи-онкологи на консультации назначают пациенту необходимые ему лекарственные

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЙНЫ

Статистика заболеваемости и смертности от рака в России похожа на оперативные сводки боевых действий. 3 млн онкологических пациентов в России знают о своем диагнозе. Только в нынешнем году почти 300 тыс. больных не могут рассчитывать на продолжение жизни. Каждый третий пациент из тех кому диагноз поставили в этом году не проживет 12 месяцев. Что же делать обществу, чтобы изменить положение? Этот вопрос был главным на VI Форуме «Движения против рака».

Ежегодно 4 февраля, во Всемирный день борьбы с онкологическими заболеваниями, «Движение против рака» проводит форум, основная задача которого — объединение усилий общественных и государственных институтов с целью повышения доступности современных методов диагностики и лечения рака для российских онкологических пациентов.

В работе форума принимают участие ведущие медицинские эксперты, представители общественных и пациентских организаций, а также эксперты в области экономики здравоохранения. В 2013 году состоялся уже шестой форум.

Тему заседания определил в своей вступительной речи исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов.

продолжение
статьи
на стр. 4

продолжение
статьи
на стр. 5



Онкологическим пациентам зачастую приходится рассчитывать в первую очередь на свои силы и деньги при постановке диагноза «рак». Об этом говорят данные опроса, проведенного сотрудниками НП «Равное право на жизнь» и МОД «Движение против рака».

В нашей стране онкологическая ситуация хуже, чем в развитых странах. Так, 5-летняя выживаемость женщин, больных раком молочной железы, в России — 56,7%, а в США — 90,3% было еще в 2009 году. Есть официальные противоонкологические программы, но неудовлетворительным результатам программ способствуют плохая доступность диагностики и лекарств, отсутствие должного финансирования, чудовищная коррупция, низкие знания медиков. И проблема во многом в том, что в России система помощи онкологическим пациентам все еще недостаточно доступна и оперативна. Получить адекватное и своевременное лечение получается чаще за деньги, будь то платная клиника или взятка в системе бесплатной медицины. В этом убедились специалисты НП «Равное право на жизнь» и МОД «Движение против рака».

В ноябре-декабре 2012 года организации провели опрос по доступности онкологической помощи в России для пациентов, страдающих раком молочной железы. Опрошены были 260 больных от 26 до 90 лет из 11 регионов страны и 197 экспертов — сотрудников клиник, НИИ, вузов и органов управления здравоохранением. По отзывам пациенток, между первым обращением к врачу с жалобой на симптомы заболевания (или при диспансеризации) и началом лечения (получением лекарств или хирургической операцией) в среднем проходило два-три месяца. По оценкам экспертов — один-полтора месяца.

При этом, отвечая на вопросы, многие пациентки в анкетах указали, что «ждать обследования у онколога не пришлось, так как сразу обратилась к платному онкологу», «все делала платно», «попала к онкологу не через поликлинику, а по знакомству», «по ДМС», «все сама за деньги», «все за деньги, нигде не ждала».

11,6% пациенток указали, что врач вообще не разъяснил, каким будет лечение, а 76,5% сообщили, что разъяснения были устными. 19,1% опрошенных пациенток не знали, какими лекарствами их лечат. 73,4% сообщили, что их не проинформировали о замене показанного им оригинального лекарства на аналог (дженерик). Свыше трети (35%) пациенток-льготниц были вынуждены как минимум иногда покупать назначенные лекарства. 20% получали лекарства не всегда и не вовремя.

Также многие пациентки сообщили, что не вовремя в поликлинику поступали списки льготников, отсутствовали необходимые лекарства в аптеках, не хватило бюджетных средств на закупку препарата. За последние четыре с половиной года в «Движение против рака» поступило более 460 анкет об отказах в противоопухолевых препаратах. Кстати, авторы 270 анкет — это как раз пациентки с раком молочной железы. Количество жалоб растет из года в год, особенно за 2012 год, что свидетельствует о том, что ситуация не исправляется.

По данным Росздравнадзора по обеспечению лекарствами онкологических больных, финансовая обеспеченность государственных гарантий в 2011 году была недостаточной: 72 субъекта РФ имеют дефицит. В том числе Москва, Калужская, Рязанская, Воронежская, Калининградская и Волгоградская области. В Тульской области уровень дефицита доходил до 100%.

«Сегодня ни у фармацевтической отрасли, ни у врачей, ни у аптек, ни у пациента нет перспектив, пока не будет обеспечена доступность и рациональное применение лекарств», — говорит директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. — За последние 30 лет в России практически разрушилась инфраструктура онкологической помощи, создававшаяся в 60–70-х годах, — в России неполноценное использование знаний, технологий, фрагментарный взгляд на систему лечения онкологических болезней в целом, запаздывание в трансфере мировых технологий и информационный вакуум у пациентов».

По мнению эксперта, в срочном порядке нужно разработать и утвердить маршрут движения больного с выявленным злокачественным и предопухолевым заболеванием, в том числе при проведении скринингов. Необходима информированность населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний и солидарной ответственности, и это обязанность государства — развить такие программы, страховые онкологические программы в рамках ДМС, создать регистры диспансерного наблюдения, регистры пациентов. Сегодня нужны паспорта канцерогенных цехов и организаций, а также банк данных химических канцерогенных факторов и действия по их сокращению. Не решены вопросы реабилитации больных раком, нет социальных работников и психологов для этой группы пациентов. Отдельно и болезненно не решается вопрос доступности наркотических анальгетиков.

ПРЕПАРАТ KANARB ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СТАНЕТ ДОСТУПЕН В РОССИИ



Препарат Kanarb компании Voryung впервые выходит на европейский рынок — после выхода на рынки Бразилии и других стран Латинской Америки препарат станет доступен для пациентов в России.

Новый препарат Kanarb для снижения артериального давления, разработанный фармацевтической компанией Voryung, относится к классу блокаторов рецепторов ангиотензина. 7 января объявлено о подписании соглашения с одной из крупнейших российских фармацевтических компаний «Р-Фарм», благодаря которому препарат Kanarb впервые станет доступен на европейском рынке.

В рамках соглашения с компанией «Р-Фарм», заключенного при содействии международной консультационной компании «Тайши Глобал», Voryung передает права на разработку и производство нового препарата Kanarb (Fimasartan) на территории России. Представители компании Voryung рассматривают заключение данного соглашения как первый шаг на пути освоения рынков стран Европы.

«Патология сердечно-сосудистой системы — серьезная проблема для современного общества, так как она вносит существенный негативный вклад в рост заболеваемости и смертности населения. Немаловажную роль среди сердечно-

сосудистых заболеваний играет артериальная гипертензия. Несмотря на внимание, уделяемое медиками проблеме лечения артериальной гипертензии, она продолжает оставаться широко распространенной патологией. Одними из наиболее тяжелых последствий артериальной гипертензии являются такие серьезные заболевания, как инфаркт миокарда и инсульт. Доступность препарата в России позволит существенно снизить количество летальных исходов, вызванных последствиями повышенного артериального давления», — комментирует представитель ЗАО «Р-Фарм».

«Вслед за 13 странами Латинской Америки и Бразилией мы выходим на рынок России. Этот шаг является важным этапом на пути расширения рынков присутствия в Европе и в мире в целом. Также в начале текущего года мы планируем выйти на рынок Китая. Таким образом, география применения созданного нами препарата будет охватывать существенную часть планеты», — отметил представитель компании Voryung. Тем временем Kanarb пользуется растущей популярностью внутри страны. За первые восемь месяцев прибыли от его реализации на местном рынке превысила \$ 10 млн, что является рекордным результатом для

нового препарата, а по итогам прошлого года объем продаж был удвоен — отметил представитель компании Voryung.

Компания Voryung готовится вывести на рынок несколько комбинированных препаратов, что позволит ей упрочить лидирующие позиции на рынке. Новый комбинированный препарат, относящийся к классу блокаторов кальциевых каналов, в настоящий момент находится в стадии второй фазы клинических испытаний, и уже в самое ближайшее время станет доступен на рынке.

«Р-Фарм» является одной из крупнейших российских фармацевтических компаний. Сфера деятельности охватывает области, связанные с разработкой, исследованиями, производством, выводом на рынок широкого спектра лекарственных средств, предназначенных преимущественно для стационарной и специализированной медицинской помощи. Основными направлениями деятельности являются производство готовых лекарственных форм, активных фармацевтических ингредиентов химической природы и биотехнологических субстанций, исследования и разработка инновационных препаратов и технологий, вывод на российский рынок современных высокоэффективных лекарственных средств, обучение и подготовка специалистов для фарминдустрии и здравоохранения.

**НОВОСТЬ / МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО
В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ**

100 МЛН. ДОЛЛАРОВ

будет вложено в совместный проект компании «ФармЭко» с индийской фармацевтической компанией Elder Pharmaceuticals Ltd., целью которого является строительство двух фармацевтических биотехнологических заводов по выпуску инновационных лекарственных препаратов, в том числе для лечения онкологических

заболеваний, на территории Российской Федерации. Данный проект был согласован президентом РФ Владимиром Путиным и премьер-министром Республики Индия Манмоханом Сингхом на совместной встрече, состоявшейся 24 декабря 2012 года в рамках официального визита российского президента в Нью-Дели.

Во всем мире рак молочной железы (РМЖ) является наиболее частым злокачественным новообразованием у женщин — ежегодно диагностируется примерно 1,4 млн новых случаев. В России показатель заболеваемости составляет более 50 тыс. новых случаев в год. Компания «Рош» добилась прогресса в лечении HER2-положительного рака молочной железы — наиболее агрессивной формы данного заболевания.

Наиболее агрессивной формой рака молочной железы является так называемый HER2-позитивный РМЖ. Особенностью этой формы заболевания является стремительный рост опухоли и высокая вероятность ее рецидивирования. При этом виде рака на поверхности опухолевой клетки присутствует избыток HER2-белка (рецептора). Данное явление диагностируется примерно у 15–20% женщин, страдающих раком молочной железы.

Препарат «Герцептин» компании «Рош» стал первым разработанным для лечения HER2-позитивного РМЖ моноклональным антителом. Уникальность механизма действия «Герцептина» заключается в его способности активировать иммунную систему организма и блокировать HER2-рецепторы — такое прицельное действие способствует разрушению опухоли. Применение «Герцептина» позволило увеличить выживаемость пациенток, и в настоящее время она не отличается от показателей выживаемости пациенток с HER2-отрицательным РМЖ. До применения же «Герцептина» прогноз выживаемости у пациенток с диагнозом HER2-позитивного РМЖ был хуже в сравнении с больными HER2-отрицательным РМЖ.

В марте 2013 года Европейское агентство по лекарственным средствам одобрило применение препарата «Перьета» («Пертузумаб») компании «Рош» для терапии HER2-позитивного метастатического рака молочной железы у больных, ранее не получавших лечения. Считается, что действие «Перьеты» дополняет действие «Герцептина», так как эти два лекарственных препарата связываются с различными участками рецептора HER2. В исследовании CLEOPATRA препарат «Перьета» в комбинации с «Герцептином» и химиотерапией позволил достичь еще большего увеличения выживаемости у пациенток с данной агрессивной формой заболевания в сравнении с терапией исключительно «Герцептином».

«Регистрация «Перьеты» в ЕС является результатом многолетних исследований сигнального пути HER2. Мы воодушевлены возможностью предоставить новый способ лечения людям с этим агрессивным заболеванием», — сказал Хал Баррон, доктор медицины, главный медицинский директор и глава глобального подразделения по разработке лекарственных препаратов компании «Рош».

В марте же в США Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств (FDA) был зарегистрирован еще один препарат компании «Рош» для лечения HER2-позитивного метастатического рака молочной железы. Препарат «Кадсила» показан пациенткам, ранее получавшим лечение препаратом «Герцеп-



тин» («Тростузаб») и химиотерапию таксанами.

«Кадсила» — конъюгат антитела («Тростузаб») и лекарственного препарата (DM1) — представляет собой совершенно новый способ лечения HER2-позитивного метастатического рака молочной железы. Это первый конъюгат, который появился в результате 30-летних исследований сигнального пути HER2 компаниями «Рош» и Genentech, и третий препарат, разработанный «Рош» для лечения HER2-позитивного рака молочной железы. Подобно «Герцептину», «Кадсила» связывается с HER2-позитивными клетками. Считается, что «Кадсила» блокирует сигнальные пути, активация которых приводит к росту опухоли, а также стимулирует иммунную систему атаковать раковые клетки. Внутри злокачественных клеток действие препарата направлено на их уничтожение за счет высвобождения лекарственного препарата DM1. «Кадсила» стала первым препаратом из группы конъюгатов, который получил одобрение FDA для лечения больных HER2-позитивным метастатическим раком молочной железы.

«Применение данного препарата в исследовании EMILIA позволило продлить жизнь пациенток почти на шесть месяцев», — сказал Хал Баррон.

В настоящее время препарат «Перьета» зарегистрирован в странах ЕС, США и Швейцарии. В течение 2013 года ожидается регистрация препарата и в других странах. Препарат «Кадсила» зарегистрирован в США, и заявки на регистрацию применения «Кадсилы» поданы в регуляторные органы по всему миру.

ПРОЕКТ «SAVEME» СПАСЕТ ОТ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каждый день сотни и тысячи специалистов во всем мире работают, чтобы создать новые способы борьбы с раком. НПК «Наносистема» приняла участие в разработке международного проекта «SaveMe», в рамках 7-й рамочной программы Европейской комиссии». В рамках этого проекта будут разработаны инновационные препараты для диагностики и лечения рака поджелудочной железы.

В состав международного консорциума, работающего над проектом «SaveMe», входят 19 научных коллективов из 7 стран ЕС: Германии, Великобритании, Швеции, Бельгии, Испании, Австрии и Италии, а также из Израиля и России. Среди них — 2 крупные и 3 малые фармацевтические компании, 3 клиники и 11 научно-исследовательских институтов и университетов.

Цель проекта — разработка инновационной модульной наноплатформы для создания многофункциональных «тераностиков», то есть препаратов, нацеленных одновремен-

но на раннюю диагностику и терапию опухолей поджелудочной железы.

Предполагается, что такой тераностик будет состоять из наноносителя (это ядро тераностика) и нескольких активных модулей, расположенных на его поверхности. Каждый модуль будет выполнять одну из особых задач — распознавать опухоль, облегчать ее визуализацию и подавлять рост. Такая технология позволит разработать совершенно новые методы ранней диагностики и щадящей химиотерапии для широкого круга онкологических заболеваний.

Совместные усилия партнеров, каждый из которых является

признанным лидером в своей области, позволяют использовать для решения поставленных задач самые современные достижения и методы нанобиотехнологии, нанохимии, токсикологии, фармакологии, экспериментальной химиотерапии, компьютерного моделирования, молекулярной и клеточной биологии и деградомики.

НПК «Наносистема» принимает участие в разработке базовых направлений, а именно разработке нетоксичного биосовместимого наноносителя, обладающего способностью объединить все упомянутые блоки и доставить их в орган-мишень.

ЗА ГРАНЬ ВОЗМОЖНОГО

Проблема заболевания раком предстательной железы в нашей стране становится все более серьезной: эта нозология отмечается самым высоким среднегодовым темпом прироста по сравнению с другими злокачественными опухолями у мужчин.

- Рак предстательной железы является одним из самых распространенных онкологических заболеваний (29,35 на 100 тыс. населения) у мужчин и занимает третье место среди причин смерти от онкологических заболеваний у мужчин.

- Ежегодный прирост заболеваемости раком предстательной железы в России превышает 8%.

- В России на 4-й стадии диагностируется 18% больных, прогноз для жизни при неадекватном подходе к лечению этой группы пациентов неблагоприятный.

- Поздняя диагностика и неадекватное лечение являются причинами высоких показателей одногодичной летальности больных в течение года с момента установления диагноза, который в некоторых регионах России достигает 45%.

«Санofi» — ведущая мировая диверсифицированная фармацевтическая компания, занимающаяся открытием, разработкой и распространением терапевтических решений, сконцентрированных на нуждах пациентов. Одним из последних достижений является появление в мире препарата «Джевтана®» («Кабазитаксел»). «Кабазитаксел» является первым и единственным таксаном, который зарегистрирован в России и мире для лечения больных с метастатическим гормонорефрактерным раком предстательной железы после терапии «Доцетакселом».

«Таксотер®» и «Джевтана®» рекомендованы европейским обществом урологов как вариант последовательного лечения метастатического гормонорезистентного рака предстательной железы. Препарат «Джевтана®» открывает новые возможности для пациентов, которые борются с этим заболеванием. Российское общество онкоурологов и Общество химиотерапевтов делают огромную работу по реализации образовательных проектов для региональных онкологов, актуализирующих вопросы диагностики, профилактики и лечения рака предстательной железы, позволяющих добиться наилучших результатов в лечении таких пациентов. Компания «Санofi», являясь социально ответственной и ориентированной на пациентов, прикладывает все усилия для того, чтобы каждый, кто нуждается в современном лечении, получил его на самом высоком уровне согласно международным стандартам.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

ДОБРОЛЕК

Предприятие ООО «Добролек», основанное в 2011 г., построено в соответствии с требованиями GMP.

В октябре 2011 г. между компаниями ООО «Добролек» и AMGEN (EUROPE) GmbH был подписан договор о сотрудничестве. Цель сотрудничества — организация и развитие производства высокотехнологичных лекарственных препаратов, разработанных компанией AMGEN (EUROPE) GmbH, на территории РФ, в частности на производственных мощностях ООО «Добролек». Программа развития производства состоит из нескольких этапов.

Итогом завершения первого этапа стала валидация процесса производства и в октябре 2012 года был осуществлен выпуск первой серии препарата «Мимпара» таблетки, покрытые пленочной оболочкой 30 мг. Упаковка препарата осуществлялась в присутствии представителей компании AMGEN (EUROPE) GmbH.

В 2013 г. предприятие вышло на новую ступень развития — это работа с препаратами «холодовой цепи». В феврале 2013 г. американскими специалистами была проведена валидация процесса упаковки препаратов «холодовой цепи». Работа сотрудников ООО «Добролек» получила высокую оценку со стороны американских коллег. В марте 2013 г. началась упаковка препарата «Аранесп» раствор для инъекций 30 мкг, и это является успешным завершением второго этапа.

В течение этого года выпуск данных препаратов продолжится. Планируется увеличение объемов серий, а также расширение номенклатуры и этапов производства.

КАК ВЫБИТЬ ЛЕКАРСТВА

окончание. начало на стр.1

препараты, затем лечащий врач-онколог включает пациента в лекарственную заявку по онкодиспансеру, подписываемую главным врачом, которая затем направляется Минздравом области на утверждение. Утвержденные заявки возвращаются в лечебное учреждение, врачи которого назначили препарат (онкодиспансер), и лечебное учреждение, врачи которого будут выписывать рецепт на него (поликлиника по месту жительства). Если вы узнали, что ваша потребность в лекарстве включена в такую заявку и утверждена Минздравом области, рецепт на препарат вам должен выписать лечащий врач по месту жительства. Льготный рецепт на препарат врачи обязаны выписать вне зависимости от того, имеется ли он в льготной аптеке. Получив рецепт, необходимо обратиться в льготную аптеку за получением препарата.

В аптеке

Если необходимое лекарство отсутствует в льготной аптеке, то можно воспользоваться предоставленной нормативными актами возможностью поставить рецепт на отсроченное обслуживание. Предусмотрено, что в случае отсутствия в аптеке (пункте отпуска) на момент обращения пациента требуемого лекарственного средства рецепт принимается на обеспечение и регистрируется в журнале неудовлетворенного спроса. После этого аптека (пункт отпуска) формирует заявку и представляет ее в письменном виде в уполномоченную фармацевтическую организацию, осуществляющую деятельность в регионе. В фармацевтической организации заявка должна быть принята и зарегистрирована. При невозможности уполномоченной фармацевтической организации обеспечить заявку аптека обязана обеспечить пациента за счет собственных запасов или закупить препарат самостоятельно. Рецепт, оставленный в аптеке на обеспечение, должен быть обеспечен в течение десяти календарных дней после его регистрации в журнале неудовлетворенного спроса.

Рецепт аптеке отдавать нельзя, на нем лишь должны поставить отметку и возвратить его пациенту, которому придется



ждать лекарства 10–15 дней, пока аптека и уполномоченная фармкомпания будут принимать меры к обеспечению пациента лекарством. Такой порядок должен применяться и в отношении постановки на отсроченное обслуживание рецептов региональных льготников.

В фармкомпании

Однако и на этом этапе обеспечения лекарствами льготника могут возникнуть препятствия. Например, аптека не будет предпринимать никаких действий и уведомлять фармкомпанию об отсутствии лекарства по поставленному на отсроченное обслуживание рецепту. Либо уведомит, а фармкомпания по определенным причинам не сможет это лекарство доставить в аптеку — например, из-за отсутствия на складе и необходимости закупки у оптовых поставщиков. Поэтому если врачи или аптека утверждают, что лекарства нет, то следует позвонить руководителю уполномоченной в области лекарственного обеспечения фармкомпании в регионе. Нужно выяснить, есть ли на складе то или иное лекарство, когда оно будет доставлено в льготную аптеку, по какой причине отсутствует, а также уведомить, что рецепт принят аптекой на отсроченное обслуживание.

За свой счет

Если лекарственный препарат не предоставлен аптекой в течение 15 дней, то можно приобрести его за свой счет, со-

хранив документы об оплате и сам рецепт. После этого следует написать претензию в адрес уполномоченной фармкомпания о компенсации денежных средств, потраченных на приобретение льготного лекарства. Будет ли она удовлетворена, неизвестно, но данные действия будут являться основанием для обращения в суд с иском о взыскании убытков с ответственных в лекарственном обеспечении уполномоченных органов. Если за свой счет будет приобретен препарат по рецепту, не поставленному на отсроченное обслуживание, то суд не примет решение о возмещении денежных средств.

Куда можно жаловаться

Первым шагом должна быть попытка урегулировать конфликтную ситуацию путем обращения к руководителю медицинской организации, в которой права пациента были нарушены, например к главному врачу или директору аптеки. Обращаться можно как лично (прийти на прием), так и письменно. Если после общения с руководителем медорганизации ситуация не разрешилась, можно обратиться в следующие инстанции: прокуратуру, суды, страховую медицинскую организацию, которая выдала гражданину полис обязательного медицинского страхования (в ее обязанности входит консультация).

Или обращайтесь на сайт «Движения против рака» rakpobedim.ru.

ЛЕЧЕНИЕ ПО РЕШЕНИЮ СУДА

В Санкт-Петербурге пациенты смогли отсудить у Комитета по здравоохранению города закупку оригинальных препаратов вместо дженериков, которые им не подходили. Лекарства были куплены на несколько месяцев вперед, комитет оштрафован. Для дальнейшей борьбы пациенты создали некоммерческую организацию «Спасение».

В Санкт-Петербурге пациентки ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова» (далее — Эндокринологический центр) выиграли суд по закупке необходимых препаратов. Пациентки страдают акромегалией, это серьезное заболевание связано с нарушением функции передней доли гипофиза (усиливается выработка соматотропного гормона). Для лечения данного заболевания идеально подходит швейцарский препарат «Сандостатин ЛАР» (производства Novartis). Этот препарат также применяется для лечения злокачественных новообразований.

Обязанность по обеспечению инвалидов бесплатными лекарственными препаратами возложена на субъекты РФ, в данном случае — Санкт-Петербург в лице компетентного исполнительного органа Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Комитет был обязан организовать обеспечение пациентов, больных акромегалией, препаратом «Сандостатин» (МНН — «Октреотид»). В декабре 2011 года комитет запустил конкурсные процедуры на закупку лекарственного препарата для обеспечения им льготных категорий в 2012 году. Но по состоянию на февраль 2012 года данный препарат отсутствовал в аптеках, комитет провалил аукцион. Пациенткам Эндокринологического центра, которых до сих пор лечили препаратом «Сандостатин ЛАР», предложили российский аналог — «Октреотид Лонг». Они согласились, поскольку в течение нескольких месяцев оставались без лечения. После сделанной инъекции российского дженерика десяти пациенткам стало хуже, препарат дал множество побочных эффектов. Лечащий врач-эндокринолог

сделал заключение, что пациенткам жизненно необходим именно оригинальный швейцарский препарат «Сандостатин ЛАР». Поскольку данный препарат отсутствовал в аптеке, пациентки встали на отсроченное обслуживание. Через некоторое время, так и не получив лекарственный препарат, они обратились в прокуратуру (это можно сделать через десять дней). Прокуратура, рассмотрев обращение пациенток, обратилась в суд с исковыми требованиями — признать незаконным необеспечение истцов льготным лекарственным препаратом «Сандостатин ЛАР» в соответствии с медицинскими показаниями, так как отсутствие лечения этим препаратом приводит к тяжелым последствиям для здоровья истцов.

В соответствии с заключением лечащего врача главный эндокринолог дал обоснование о необходимости проведения индивидуальных закупок данного препарата для пациенток. В Комитете по здравоохранению проигнорировали это обращение, отказались проводить закупки.

После этого в июле 2012 года было вынесено решение суда, согласно которому Комитет по здравоохранению обязали обеспечить пациенток препаратом «Сандостатин» по индивидуальным показаниям и компенсировать им моральный вред. Комитет пытался обжаловать это решение. Даже имея положительное решение суда, пациентки не могли добиться от Комитета по здравоохранению получения жизненно необходимого препарата «Сандостатин ЛАР», поэтому они были вынуждены приобретать его сами.

Приставы предупреждали комитет об уголовной ответственности, возникающей в связи с не-

исполнением решения суда. В итоге Комитет по здравоохранению был оштрафован.

Спустя несколько месяцев после принятия судебного решения Комитет по здравоохранению провел индивидуальные закупки и приобрел для пациенток 100 ампул препарата «Сандостатин». Этого количества препарата хватит до весны 2013 года, что будет дальше — пока неизвестно.

Надо отметить, что группа пациенток, победивших в суде, организовала автономную некоммерческую организацию по защите людей с патологией гипофиза «Спасение». Вместе легче бороться за свои права.



СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ВОЙНЫ

окончание. начало на стр.1



Дмитрий Борисов,
исполнительный директор
НП «Равное право на жизнь»

«За последние десять лет правительство сделало громадный рывок в качестве помощи онкологическим пациентам. Уровень финансирования был увеличен в десять раз. Но, к сожалению, этого недостаточно, работы еще много. Каждая третья упаковка противораковых препаратов все еще покупается за счет пациентов. А это недопустимо в стране, где по закону высокотехнологичная медицинская помощь полагается бесплатно всем пациентам», — сказал Борисов. Он отметил, что согласно указу президента к 2018 году перед системой поставлена задача снизить смертность от рака в стране на 17 тыс. человек. «17 тыс. жизней должны быть спасены. И это задача не только для врачей. Это задача для всей страны, потому что рак — это не медицинская, а социальная проблема», — объяснил Борисов.

Тимофей Нижегородцев Управление контроля социальной сферы и торговли ФАС, в своем выступлении говорил о том, что сегодня ни у фармацевтической отрасли, ни у врачей, ни у пациента нет перспектив, пока не будет обеспечена доступность и рациональное применение высокотехнологичного лечения, а так же сделано все для того, чтобы препараты были доступнее. В России сегодня наблюдается неполноценное использование знаний, технологий, фрагментарный взгляд на систему лечения онкологических болезней в целом, запаздывание в трансферте мировых технологий и информационный вакуум у пациентов.

По мнению экспертов, в срочном порядке нужно разработать и утвердить маршрут движения больного с выявленным злокачественным и предопухолевым заболеванием, в том числе при проведении скринингов.

Заместитель директора по науке ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена» Валерий Старинский в своем выступлении говорил о необходимости создания стандартов лечения. «Стандарты — это кирпичики, без которых невозможно строительство системы. Они необходимы и для расчетов стоимости лечения пациентов. Иначе невозможно спланировать бюджет так, чтобы денег хватило всем. Мы даже домашнее хозяйство вести не можем без предварительных расчетов затрат», — объяснил профессор.

Необходима информированность населения в вопросах профилактики онкологических заболеваний и солидарной ответственности, и это обязанность государства развить такие программы, страховые онкологические программы в рамках ДМС, создать регистры диспансерного наблюдения пациентов. Об этом говорила член Координационного совета МОД «Движение против рака» социолог Елена Миськова. «Мы с 2007 года проводим для НП «Равное право на жизнь» исследования по

осведомленности населения и пациентов о программах помощи онкологическим больным, диспансеризациях, программах по скринингу. И результаты этих исследований не улучшаются — люди не разбираются в том, что им предлагает и должно обеспечивать государство», — сказала Миськова.

Самым излечиваемым из хронических заболеваний рак назвал председатель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Ульяновской области Марат Шарафутдинов: «Это не миф. Но, к сожалению, мы сталкиваемся с некачественной медицинской помощью, с безграмотностью врачей, с нехваткой препаратов, с проблемами диагностики — все это приводит к гибели людей от рака в России». Стратегические задачи медицинского сообщества и государства — снижение смертности. Качественное лечение — вот что спасает пациентов. И речь идет о приоритете ранней диагностики и своевременного современного лечения. «Тактика ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний включает в себя как лечебные мероприятия в период обострения, так и лечебные меры по их предотвращению», — пояснил Шарафутдинов.

Кроме того, на форуме говорилось о том, что не решены вопросы реабилитации больных раком, нет социальных работников и психологов для этой группы пациентов. Отдельно и болезненно решается вопрос доступности наркотических анальгетиков.

К сожалению, часто ошибку врача можно увидеть только после смерти пациента.

«Ухудшилось образование врачей, при вскрытиях средней процент ошибок врача составляет 8%», — сказал заведующий лабораторией иммунохимии ГУЗ РО «Патанатомическое бюро» из Ростова-на-Дону доктор медицинских наук, академик РАЕН Александр Мационис.

Специалист рассказал о неприемлемых условиях работы коллег в стране. О том, что результатам исследований морфологов уделяется недостаточно внимания, тогда как они могут лечь в основу формирования стандартов лечения. Ведь для лечения используются цитостатики, а также аналоги лекарств, которые реально не работают, у них и клинических исследований не было, но они включены в базовую терапию, рассказал эксперт. Упомянул он и о том, что не редкость, когда организаторы здравоохранения и главврачи давят на морфологов, чтобы изменить выводы вскрытий. «Выявление опухолей на ранней стадии сейчас просто профанация и фикция. Во время диспансеризации не назначается морфологический анализ при выявленном хро-

ническом гастрите, гастробиопсию просто не назначают. Нужно ввести форму отчетности по морфологическому исследованию. Без него выявить возможно только 6% случаев онкологических болезней. Стоят закупленные эндоскопы, но нет специалистов, чтобы провести нужные исследования в полном объеме».

Впрочем, среди мрачных и критических оценок ситуации были и положительные примеры работы онкологических служб в регионах. Образцовым можно назвать Красноярский край, где последние годы реализуется модель реорганизации онкологической помощи, которую можно было бы развивать по всей стране. Андрей Модестов, главный врач ГУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер», рассказал о том, как регион отвечает на стандартные вызовы современной российской системе. Так, например, была создана система ранней диагностики — восстановлена работа первичных кабинетов осмотра пациентов обычных поликлиник. В регионе были утверждены стандарты лекарственной терапии, так что получить необходимые препараты пациент может амбулаторно по месту жительства. А в диспансер он приезжает только на операцию. Выездные комиссии разбирают сложные случаи и случаи гибели пациентов, чтобы установить, была ли смерть следствием системной ошибки.

Заместитель исполнительного директора Фонда поддержки публичной дипломатии им. А. М. Горчакова Роман Гришенин рассказал о важности международной деятельности общественных организаций по решению онкологических проблем населения. «Я подготовил формальный доклад, но думаю, что именно здесь формальным разговор делать не нужно. Здесь мы можем говорить открыто о проблемах, которые нас волнуют и которые мы решаем», — сказал Гришенин. Он отметил, что НП «Равное право на жизнь» ведет уникальную работу по взаимодействию со специалистами по всему миру. Благодаря этой работе Россия получает уникальную возможность обмена опытом борьбы с раком, врачи обучаются в рамках международных программ, а пациентские организации могут узнавать о том, как общество взаимодействует с государством в других странах.

Площадка форума «Движения против рака» уникальна тем, что с каждым годом ее аудитория расширяется. Расширяется список участников, появляются новые имена, мнения, способы решения проблемы озвучивают специалисты, которые занимаются онкологией всю жизнь и им есть что предложить. По итогам форума участники подписали обращение к президенту РФ Владимиру Путину.

Отсутствие в России адекватного обезболивания драматически сказывается на состоянии и перспективах лечения онкологических больных. К такому выводу пришли участники круглого стола по проблемам паллиативной помощи в стране, прошедшего в Общественной палате РФ.

Как показывают исследования, каждый четвертый онкобольной страдает от боли, сообщил эксперт по современным принципам обезболивания из Великобритании Брюс Клеминсон. При этом у 75% из них болевой синдром прогрессирует. На первом этапе помогают простые обезболивающие, на втором — слабые опиаты и препарат «Трамадол», на третьем, при сильных болях, уже требуется морфин. При этом не имеет значения, применяется морфин инъекционно или в таблетках (имеются три лекарственных дозы для приема внутрь), главное — правильно подобрать дозу. «Часто врачи опасаются прописывать морфин, считая, что он убьет пациента, но все как раз наоборот, — считает эксперт. — Когда боль уходит и человек не тратит на нее силы, он может жить дальше и даже, возможно, в дальнейшем снижать дозу морфия, так как он не вызывает привыкания».

Между тем, по данным руководителя центра паллиативной помощи онкологическим больным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена Гузель Абузаровой, адекватную помощь в России получают только 4% нуждающихся в обезболивании онкологических больных (в столице эта цифра доходит до 16%). По ее словам, в обезболивании опиоидными анальгетиками нуждается около 433 тыс. российских больных, страдающих распространенной либо конечной степенью рака. «Наши больные получают обезболивание в течение месяца, и всех поставок морфина в страну хватает только 4% нуждающихся. Если же считать потребность по международным требованиям, согласно которым средний курс обезболивания онкобольного равен трем месяцам, эти цифры становятся в три раза меньше», — отметила она.

По словам главврача АНО «Самарский хоспис» Ольги Осетровой, даже в хосписах из-за сложных организационных проблем с выпиской препаратов адекватное обезболивание получает только десятая часть больных. Около 50% пациентов хосписа получают трамадол, тогда как половина из них нуждается в морфине. В итоге лишены правильного обезболивания люди даже на высшей дозировке трамадола испытывают боль.

В результате отсутствия в нашей стране адекватного обезболивания не только тяжело страдают инкурабельные больные, но и серьезно осложняется состояние тех, кого можно лечить, утверждает Абузарова. Согласно существующим в мире принципам контроля боли пациентов, если не помогают неопиоидные анальгетики, назначаются более сильные препараты. Всего в мире производится 59 различных лекарственных форм неинвазивных опиоидных анальгетиков, в России используется толь-



ко 4 из них. Но даже эти препараты не доходят вовремя до нуждающихся в них больных. «Формально существует официальная "лестница", на которой должны использоваться зарегистрированные в стране препараты, но реально рекомендации ВОЗ в России, в особенности за пределами МКАД, не применяются, — считает эксперт. — В итоге первые две стадии люди проходят самостоятельно, ничего в этом не понимая и принимая в огромных дозах доступные нестероидные препараты. После этого врачи стараются лечить сильную боль трамадолом, убеждая пациентов, что это наркотик, а он не помогает. И такая безответственная противоболевая терапия вызывает многочисленные сопутствующие заболевания и осложняет лечение».

Как сообщила член правления Специальной комиссии по паллиативной помощи в странах Центральной и Восточной Европы Ольга Усенко, начиная с 1996 года, когда ВОЗ был предложен структурированный подход к комплексному болевому синдрому, использование опиоидных анальгетиков в мире выросло в четыре раза. В России же, наоборот, эти цифры уменьшились вдвое, а конкретно использование морфина снизилось

в восемь раз. «Согласно рекомендациям ВОЗ на каждого нуждающегося в сильном обезболивании требуется 8 г морфина. То есть потребность России составляет 4430 кг морфина. При этом Минздрав заказал только 200 кг», — рассказала Усенко.

Причем, как отмечали участники круглого стола, на этот раз проблема заключается не только в традиционном отсутствии финансирования (многие обезболивающие средства в России стоят дороже морфина). По оценке швейцарского эксперта Натали Штейнер, несмотря на то что Россия в числе 97 стран мира подписала Конвенцию ВОЗ по опиятам об обеспечении доступа к наркотикам для ослабления страданий тяжелобольных, в стране остаются серьезные законодательные ограничения для их приобретения (хотя вероятность возникновения синдрома зависимости при употреблении таких обезболивающих составляет 0,05%). «Ограничения вызваны злоупотреблением наркотиками. Однако принимаемые за счет обезболивающих средств меры практически не ограничивают наркоманов, зато создают проблемы для нас», — сказала Натали Штейнер.

ВСЕ О ДЖЕНЕРИКАХ

Как стало известно в январе, в России с 1 июля 2013 года врачи будут обязаны выписывать лекарственные препараты по международному непатентованному наименованию (МНН), а при его отсутствии — по наименованию группы. Упомянуть торговое название (бренд) лекарства при этом запрещается. Являются ли препараты с одинаковыми МНН взаимозаменяемыми? В каждой такой группе есть оригинальный препарат, остальные — его аналоги (дженерики). Какая между ними разница? Что лучше — оригинал или дженерик?



Дженерик — это лекарственный препарат, который является копией какого-либо оригинального препарата и сопоставим с ним по оказываемому эффекту, дозировке, механизму действия, пути введения и показаниям для назначения. В состав дженерика входит то же самое активное действующее вещество, что и в состав оригинала (поэтому дженерик имеет такое же МНН), а неактивные (балластные) вещества могут отличаться. Существуют специ-

альные условия, регулирующие экономические взаимоотношения оригинальных брендов и их новых копий. В среднем патент на оригинальное лекарственное средство защищает его эксклюзивные права около 20 лет, после чего лекарство может воспроизводиться другими фармкомпаниями и продаваться под новыми именами.

Хотя дженерики по эффективности и безопасности сравнимы с оригинальными лекарствами, стоят

они значительно меньше, потому что в их создании отсутствуют самые дорогостоящие и длительные этапы — научная разработка лекарства с нуля и его многоэтапные клинические испытания. Аналоги, созданные по уже готовой схеме, обходятся производителям дешевле и создаются быстрее, чем оригинальные препараты, на разработку и тестирование которых уходят десятилетия. Соответственно, для медицинских организаций и для пациентов дженерики гораздо доступнее оригиналов, и это их огромный плюс. Ни одна страна не может обеспечить всех больных оригинальными препаратами, но в этом и нет необходимости, если их более дешевые аналоги так же эффективны и безопасны.

Биоэквивалентность — подтверждение качества дженерика

Для того чтобы иметь право называться аналогами оригинальных препаратов, все дженерики должны пройти тест на биоэквивалентность.

Биоэквивалент — это дженерик, являющийся копией оригинального препарата не только по химическому составу, но и по особенностям его дальнейших химических превращений внутри организма. Биоэквивалентное лекарство всасывается в кровь с той же скоростью и в том же объеме, что и оригинал, соответственно, различий в оказываемом эффекте быть не может.

Отсутствие биоэквивалентности может быть связано с входящими в состав дженериков вспомогательными неактивными веществами. В целом не мешая действию главного компонента, они могут косвенно влиять на взаимодействие лекарства с организмом пациента — скорость всасывания и выведения препарата. Аналоги, не обладающие биоэквивалентностью, могут отличаться по эффективности от оригинала, а также иметь дополнительные побочные эффекты, что дает основания считать их некачественными «дешевыми подделками». Чтобы такого не произошло, в большинстве стран разработан строгий порядок утверждения и допуска на рынок дженериков — без исследования биоэквивалентности препарат не может быть допущен к использованию.

Ученые обращают внимание и на то, что на неактивные ингредиенты дженериков может возникнуть

аллергическая реакция, поэтому необходимо подробно указывать их в составе лекарства. В New England Journal of Medicine были описаны клинические случаи анафилактического шока в ответ на соевое масло, содержащееся в препарате, которые изначально были диагностированы как реакция на сам препарат.

Создание дженериков — путь к доступному и качественному лечению для всех

Итак, при соблюдении всех норм производства и жестком контроле качества в эффективности дженериков можно не сомневаться и смело заменять ими дорогостоящие оригиналы. Создание дженериков и продвижение их на рынок очень важно для обеспечения доступной медицинской помощи большому числу людей — уменьшения стоимости лекарств, ускорения их производства, предупреждения их нехватки.

Проблема в том, что препараты для химиотерапии рака слишком дороги для производства. Даже в условиях США немногие компании могут позволить себе производить химиотерапевтические лекарства и закрывают производство. Очевидно, решение проблемы кроется в утверждении новых дженериков для важнейших противораковых препаратов.

ТРЕТЬЯ ФАЗА

ИММУНОТЕРАПИЯ ОТКРЫВАЕТ НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В БОРЬБЕ С РАКОМ

У НП «Равное право на жизнь» появился новый партнер — чешская биотехнологическая компания SOTIO. Она хорошо известна среди ученых и медиков не только у себя на родине, в Чешской Республике, но и в самых разных странах мира. Один из ведущих специалистов компании — директор по клиническому развитию Иржи Гержманек рассказал о работе компании и об участии в социальных проектах.

— Иржи, правда ли, что благодаря усилиям вашей компании удалось наконец найти эффективное лекарство против рака? Если точнее, против рака предстательной железы, наиболее распространенного недуга среди мужской части населения?

— Это слишком оптимистично — утверждать, что такое лекарство уже найдено. Мы нашли пока только подход к созданию лекарственного препарата, в основе которого уникальная технология DCVAC. При этом речь идет о персонализированном подходе к пациенту, когда препарат создается из собственных клеток больного человека, полученных из его крови. Этот подход в клинических испытаниях показывает хорошую эффективность и минимальные побочные эффекты.

Для производства используются зрелые дендритные клетки, которые в отличие от стволовых не способны дальше дифференцироваться. За исследования уникальных качеств дендритных клеток получил Нобелевскую премию американский ученый Ральф Штейнман, с которым тесно сотрудничал один из ключевых научных специалистов SOTIO профессор Радек Шпишек. Таким образом, мы идем в этом наиболее перспективном направлении, с которым связаны серьезные надежды медиков и пациентов.

— Иржи, о стволовых клетках уже все слышаны, но что это такое — дендритные клетки? И почему именно на них делается ставка в новом лекарстве?

— Дендритные клетки — это полностью дифференцированные клетки, которые получают из белых кровяных клеток пациента. Для приготовления препарата они культивируются с мертвыми клетками рака простаты, что приводит к стимуляции множественными антигенами. Таким образом, у нас появилась возможность контролировать поведение опухоли.

— Любой новый лекарственный препарат, прежде чем поступить в больницы и аптеки, должен пройти серьезные клинические испытания. На какой стадии испытаний находится сейчас ваше лекарство?

— Вы совершенно правы, прежде чем новое лекарство можно применять в клинической практике, оно должно пройти многочисленные испытания, включая процесс клинического тестирования.

Первая фаза этих испытаний началась три года назад в Пражской университетской больнице. В тестирование были включены десятки пациентов. Вторая фаза, в которую было включено уже более двухсот пациентов из разных клиник, началась в прошлом году. Сегодня с нами сотрудничают уже 16 чешских больниц. На этом этапе формируются две группы больных. Первая проходит лечение на основе общепринятых терапевтических стандартов (например, химиотерапия), вторая — с помощью нового лекарственного препарата в комбинации со стандартным лечением. Предварительные результаты клинических исследований на первых двух фазах обнадеживают. Но наиболее длительной и трудоемкой будет третья фаза.

— Вот с этого места поподробнее, пожалуйста...

— Третью фазу планируем запустить в этом году в ряде стран, в том числе и в России, если получим разрешение Минздрава РФ. В тестировании предполагается участие около 1200 пациентов в 20 странах мира. Среди них более 10% — россияне. Мы ведем переговоры с ведущими российскими онкоцентрами, рассчитываем на сотрудничество с центром «Сколково» и взаимодействуем с государственной программой «Фарма-2020».

— Почему вы решили принимать участие в социальных проектах? Чего ждете от этого сотрудничества?

— Мы полагаем, что любая серьезная иностранная компания, планирующая долгосрочное присутствие в России, должна быть социально ответственной. В этой связи мы приняли решение поддержать усилия НП «Равное право на жизнь», которое реализует важные социальные проекты в области лечения онкозаболеваний. Наша компания заинтересована в том, чтобы российские пациенты как можно раньше получили доступ к развиваемым нами принципиально новым онкологическим препаратам.

— Какие проблемы вы видите в сегодняшней помощи онкобольным в России?

— На наш взгляд, несмотря на усилия властей и российской медицины, направленные на улучшение помощи онкобольным, существует ряд актуальных проблем, требующих скорейшего решения.

Прежде всего российские онкобольные по-прежнему остро нуждаются в доступе к современным инновационным препаратам, которые активно разрабатываются международной медицинской наукой. Самая эффективная мера, не требующая затрат со стороны пациентов и российского бюджета, — это создание

благоприятных условий для проведения в России международных многоцентровых клинических исследований инновационных онкопрепаратов, включая иммунобиологические клеточные, которые, в отличие от России, успешно испытываются в США и Европе. Речь идет о проведении клинических исследований фазы 3, когда есть уже предварительная информация о безопасности и эффективности препаратов по итогам клинических исследований фазы 1 и 2, а также выданы разрешения со стороны ведущих зарубежных регуляторов, таких как EMA (ЕС) и FDA (США). Все, что необходимо сделать российским властям, по нашему мнению, — дать зеленый свет таким клиническим исследованиям, устранив максимум существующих административных барьеров.

Далее — необходимо активно развивать новые формы финансирования лечения онкозаболеваний с учетом ограниченных возможностей российского бюджета, включая добровольное страхование онкологических рисков, внедрение новых форм софинансирования.

Наконец, есть еще требующие решения острые проблемы, озвученные на недавно прошедшем 6-м Онкологическом форуме, включая подготовку квалифицированных врачей-онкологов и медицинского персонала, способного работать с дорогостоящей медицинской техникой, и создание единого национального онкорегистра в соответствии с лучшими зарубежными образцами.

Если все это получится, то тысячи россиян, попавшие в страшный капкан болезни, смогут эффективно лечиться и вести полноценный образ жизни.

ДОСЬЕ

Компания SOTIO занимается разработкой новых лекарственных препаратов, предназначенных для лечения опухолевых и аутоиммунных заболеваний.

Собственная производственная лаборатория в Праге оборудована по последнему слову науки и техники. Суперчистые лаборатории отвечают самым строгим требованиям, предъявляемым к стерильному производству лекарственных средств клеточной терапии. К процессу проведения клинических испытаний подключены ведущие мировые специалисты в области иммунотерапии опухолевых заболеваний.

Здесь используются уникальные технологии ACI-MAP (Active Cellular Immunotherapy — Multi Antigen Presentation), которые позволяют вызывать комплексный иммунный ответ в теле пациента с помощью его собственных дендритных клеток.

Один из принципов лечения — комбинированная терапия. Сочетание активной клеточной иммунотерапии с такими известными методами, как химиотерапия, радиотерапия или гормональная терапия, может значительно повысить эффективность лечения.

Еще один принцип — долгосрочная стимуляция иммунной системы организма. Достижения медицины в области обработки и хранения живых клеток, которые являются составной частью терапевтического средства, позволяют из одного забора клеток крови методом лейкафереза получить материал для лечения пациента на период более года.

НАША СПРАВКА

Иржи Гержманек окончил медико-биологический факультет 2-го Московского медицинского института по специальности «медицинская биохимия» и защитил кандидатскую диссертацию по иммунопаразитологии.

После ухода из науки 20 лет работал в глобальных фармацевтических компаниях. Как генеральный директор и вице-президент компании Genzyme отвечал за вывод на рынок лекарственных препаратов для лечения редких генетических заболеваний в странах Восточной и Центральной Европы, включая Россию.

Сегодня использует свой громадный опыт в компании SOTIO в процессе управления клиническими испытаниями лекарственных средств.



ОНКОЛОГИЯ НА НЕБЕ

Власти Санкт-Петербурга обещают в 2013 году обеспечить всех онкопациентов необходимыми лекарственными препаратами в полном объеме. Однако достичь этого можно будет, только заменив часть высокотехнологичных лекарств более дешевыми аналогами.

Планируемые расходы на онкологию в 2013 году должны составить 1292,145 млн руб., в 2014 году — 1502,773 млн руб. Эти бюджетные ассигнования примерно в два раза меньше объема финансирования, предусмотренного «Планом мероприятий» (в северной столице были запланированы расходы в сумме 2675,171 млн руб.).

Главный онколог Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа Алексей Барчук и главный врач Городского клинического онкологического диспансера Георгий Манхас выразили уверенность в том, что сокращение расходов не повлияет на обеспечение онкологических больных лекарственными препаратами, которое будет проведено в полном объеме, и на проведение скрининга онкопациентов. Комиссия Комитета по здравоохранению приняла решение сократить расходы на здравоохранение за счет отказа от финансирования расходов на ремонт медицинской аппаратуры.

В «Плане» предусмотрены расходы на обеспечение проведения химиотерапевтического лечения в специализированных (онкологических) медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, стационарах дневного пребывания, обеспечение химиотерапевтическими препаратами при амбулаторном лечении для больных (пациентов) с онкологическими заболеваниями в размере 908,5 млн руб. в 2013 и 2014 годах.



ДЕНИС ВЯЛИНСКИЙ

Несмотря на то что расходы на лекарственное обеспечение онкологических пациентов в Санкт-Петербурге не будут снижены, оно все равно не соответствует международным стандартам.

Для того чтобы понять, что суммы в размере 908,5 млн руб. недостаточно для удовлетворения потребностей онкологических больных Санкт-Петербурга в лекарственных средствах, можно провести расчеты по одному препарату — «Трастузумабу» («Герцептину»).

Стоимость 1 флакона (440 мг) «Трастузумаба» («Герцептина») составляет 70 тыс. руб. Для одной пациентки необходимо примерно 25 флаконов герцептина в год. Стоимость лечения одной пациентки в год составляет 1,875 млн руб. Для обеспечения герцептином жителей Санкт-Петербурга необходима сумма более 600 млн руб. в год. Эта сумма рассчитана на обеспечение онкопациентов города только одним препаратом. Как правило, химиотерапевтические препараты очень дорогие, поэтому для удовлетворения потребностей онкопациентов необходимы бюджетные ассигнования в несколько раз больше запланированных.

В 2011 году коллективом химиотерапевтов Санкт-Петербурга были подготовлены «Протоколы лечения больных со злокачественными новообразованиями», утвержденные Комитетом здравоохранения. «Протоколы» основывались ис-

ключительно на выделенной сумме денег, а не на доказанной медицинской целесообразности. Поскольку в 2013 году финансирование лекарственного обеспечения увеличится на 158,5 млн руб., коллективу химиотерапевтов Санкт-Петербурга необходимо внести изменения в «Протоколы лечения больных со злокачественными новообразованиями» и считать пересмотренные «Протоколы» стандартами для лечения онкологических больных в Городском клиническом онкологическом диспансере и Клиническом научно-практическом центре специализированных видов медицинской помощи (онкологическом).

В Санкт-Петербурге «решили» проблему недостаточного финансирования достаточно просто — пациенткам не назначают герцептин, не обращая внимания на необходимость назначения по медицинским показаниям. В адрес Санкт-Петербургского регионального отделения МОД «Движение против рака» регулярно поступают заявления онкопациентов с просьбой разобраться в сложившейся ситуации — почему им отказывают в выписке противоопухолевых препаратов или в лекарственном обеспечении. Причины разные, но очевидно, что финансирование расходов на обеспечение онкологических больных химиотерапевтическими препаратами должно быть увеличено.

СКОРАЯ ПОМОЩЬ ЗАЕДЕТ В ЧАСТНЫЙ ГАРАЖ

Вполне вероятно, что очень скоро скорая помощь станет частной системой медпомощи. По задумке чиновников, это сэкономит бюджетные деньги и повысит качество автопарка. Но как это скажется на получении услуг больными?



С 1 января в России поменялся принцип оплаты работы врачей скорой помощи

Спустя год после принятия закона «Об основах охраны здоровья граждан», официально закрепившего статус платной медпомощи в муниципальных медучреждениях, вступили в силу «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», уточняющие, за что именно пациентам придется платить.

Так, с 2013 года, согласно закону «Об обязательном медицинском страховании» (ОМС), скорая медицинская помощь включена в базовую программу ОМС (ранее финансирование осуществлялось напрямую из бюджета).

Согласно программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год, средние нормативы финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования составляют 1435,6 руб.

В начале года была путаница. Врачи не хотели лишней раз выезжать, а в СМИ появилась информация, что к пациентам будут применять регрессные иски, чтобы оплатить вызов скорой. Но в Фонде ОМС разъяснили, что предусмотрено частичное финансирование скорой помощи из региональных бюджетов, в том числе покрытие оказания помощи лицам без документов. Им всегда помощь оказывалась и будет оказываться. За это будут платить регионы России, как они и платили до 1 января 2013 года.

Правительство в лице Минздрава, Минрегиона и Фонда ОМС одобрило эксперимент по передаче машин скорой помощи в частные руки. В 2012 году три территории перевели на аутсорсинг (дословно от англ. outer-source-using — использование внешнего ресурса) свои службы скорой помощи, а теперь еще 15 регионов распространят эту практику. Ожидается, что таким образом не только сэкономят бюджет, но и обновят парк машин, и к пациентам медики доезжать будут быстрее.

Эксперимент поддержан не только региональными властями, но и Минздравом, Минрегионом и Федеральным ФОМСом, а также проэкспертирован Агентством стратегических инициатив.

Обслуживанием машин скорой частники уже занялись в Пермском крае, Кировской области и Башкирии, с марта на аутсорсинг перейдут в Астраханской, Белгородской, Воронежской, Ульяновской, Ивановской, Кемеровской, Московской, Томской, Тамбовской и Нижегородской областях, в Карелии, Мордовии и Чувашии.

По словам первого зампреда правительства Кировской области Дмитрия Матвеева, одного из инициаторов проекта, в этом регионе два года модернизируют здравоохранение, но служба скорой медпомощи не попала в программу, поэтому на сегодняшний день вопрос оснащения службы является приоритетным. Машины, полученные областью по нацпроекту «Здоровье» в 2006 году, уже сильно изношены и требуют замены. Для обновления парка в районах и в областном центре необходимы 150 млн руб. Но в бюджете региона таких денег нет, вот потому-то и искали альтернативу. Сходное государственно-частное партнерство четыре года реализуют в Перми, с августа 2012 года — в Уфе. По проекту МУЗ «Станция ско-

рой медицинской помощи города Кирова» на три года берет в аренду у поставщика услуг новые автомобили скорой медпомощи.

Сергей Одношвикин, главврач кировской станции скорой помощи, где проект «Новая скорая помощь» (коммерческая структура, разработанная идеей перехода на аутсорсинг) начался с 1 января, рассказал СМИ про полное обновление автопарка. «Есть конкуренция, компании будут стремиться выполнять условия контрактов качественно в отличие от сегодняшних спецавтохозяйств», — рассказали в пресс-службе проекта.

Депутаты федеральной Госдумы сомневаются в том, что в стране с такой большой географией поставщики смогут придерживаться одних требований. «Автомобили скорой помощи должны отвечать единым требованиям и стандартам», — сказал член президиума РАМН профессор Сергей Калашников, — недавно же Минздрав купил машины, а установить в них медоборудование было невозможно».

«Я резко отрицательно отношусь, будет как с отдачей клиник в концессию в Москве. Прошли уже тендеры в Волгоградской области и Уфе, — говорит вице-президент Российской медицинской ассоциации доктор медицинских наук, профессор Юрий Комаров. — Теперь, получив вызов по 03, врач должен будет обращаться к частнику за машиной, как скоро она приедет к пациенту — большой вопрос. Это чисто коммерческий проект для уменьшения ресурсов бюджета, не для людей. Частник не допустит, к примеру, чтобы машина простаивала. Что на ней будут перевозить и кого? Что угодно, хоть наркотики, у нас скорые редко останавливают. Но с бюджета заботы долгой. В нашей самой шахматной стране не могут просчитать ситуацию на два шага вперед».

У ТОВАРИЩА ДЫНИНА ВСЯ КРОВЬ КОНЧИЛАСЬ

Специалисты предупреждают, что система сдачи крови и плазмы может рухнуть. Новый закон «О донорстве крови и ее компонентов» запрещает платить добровольцам — министр здравоохранения сказала, что нельзя допускать в стране «биологическую проституцию». Тем не менее вознаграждение было важным стимулом. В первый же месяц действия закона число доноров снизилось в несколько раз.

С 21 января в России вступил в силу принятый летом закон «О донорстве крови и ее компонентов». Новыми правилами в стране фактически запрещается возмездная сдача крови. Оплата сохраняется только в случаях, касающихся редких компонентов и групп крови. Не допускается даже «монетизированная» компенсация на питание — вместо нее добровольцев будут кормить обедом на месте. В качестве поощрения безвозмездного донорства в 1,5 раза увеличивается размер ежегодной выплаты почетным донорам России (людям, 40 раз сдавшим кровь и ее компоненты или 60 раз плазму) — до 9959 руб. Остаются и нематериальные льготы — отпуск в удобное время, получение вне очереди медпомощи и путевок в санаторий.

Бесплатная сдача крови — «общепринятая мировая практика» и «единственный цивилизованный путь развития системы», считает министр здравоохранения Вероника Скворцова.

По словам пресс-секретаря ведомства Олега Салагая, сейчас изучается опыт стран, где распространено нематериальное стимулирование доноров — от бесплатного медобследования до символических подарков. Кроме того, отмечает Салагай, новый закон фактически вывел платное донорство из тени, сделав его легальным и фиксированным по четкому перечню случаев. В его прежней редакции вообще не содержалось упоминаний о регулируемом платном донорстве.

Закон буквально расколол страну — не прекращаются дискуссии в обществе и среде профессионалов. По мнению заведующего кафедрой гематологии и гериатрии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Павла Воробьева, «торговля человеческим телом противоречит всем канонам — этическим, религиозным», поэтому во всем мире приоритет отдается безвозмездному донорству.

Президент «Лиги защиты пациентов» Александр Саверский со своей стороны призывал смотреть правде в глаза: новые правила неизбежно приведут к сокращению объемов сдаваемой крови.

Открыто выступили против федерального центра обычно лояльные региональные власти. «Мы готовы пропагандировать бесплатное донорство, я сам готов ездить по улицам и в мегафон призывать всех сдавать кровь, но я не уверен, что студенты, которые раньше сдавали кровь, чтобы пополнить

свои пустые карманы, сразу прибегут к нам», — заявил заммэра столицы по социальным вопросам Леонид Печатников.

По мнению главврача Московской станции переливания крови Ольги Майоровой, в связи с изменениями, отдающими приоритет безвозмездному донорству, может существенно снизиться число «кадровых» доноров. По словам Майоровой, она не согласна с тезисом, что среди возмездных доноров больше людей из группы риска. «Наша статистика показывает, что среди платных кадровых доноров наименьшее наличие вирусов гепатита, ВИЧ-инфекции, сифилиса и других инфекций», — заявила она журналистам.

Между тем худшие опасения подтвердились. Количество первичных доноров в Санкт-Петербурге сократилось в несколько раз, сообщил журналистам главврач городской станции переливания крови Владимир Красняков. «По мировым нормам на 1 тыс. населения должно быть 50 доноров. До принятия закона у нас было 15 человек на тысячу. Сегодня, возможно, уже 5. Я был на станции утром, там пустые коридоры», — рассказал Красняков.

«Сейчас около 40% московских доноров, которые были безвозмездными донорами на протяжении нескольких лет, не пришли на станции переливания крови», — констатировал Печатников, напомнив, что в 2012 году более половины общего объема цельной крови, более 80% плазмы и почти 100% тромбоцитарной массы в столице было сдано за плату.

Впрочем, опасаясь столкнуться с дефицитом крови, власти нескольких регионов, в том числе Москвы, Новосибирска и Калининграда, уже включили финансирование доноров в региональный бюджет. В Минздраве РФ эти инициативы не комментируют, ограничиваясь заявлениями о том, что у регионов достаточно полномочий для дополнительной поддержки доноров.

Что касается экспертных оценок о дефиците крови, в Минздраве их считают необъективными. По словам Салагая, полную картину в масштабе страны и по субъектам федерации дает лишь мониторинг, который проводит Федеральное медико-биологическое агентство. И по данным этого мониторинга, в России дефицита донорской крови нет. Более того, в январе-феврале 2013 года число желающих сдать кровь даже увеличилось по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 3,9% и составило почти 263,5 тыс. человек.



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ИГРЫ В РУССКУЮ РУЛЕТКУ

Вскоре врачам могут запретить писать в рецепте название препарата — будет указываться лишь основное действующее вещество. Так, по мнению антимонопольщиков, будет решена проблема подкупа врачей фармкомпаниями. Медицинское же сообщество опасается, что пациенты будут покупать некачественные лекарства.



Минздрав и Федеральная антимонопольная служба подготовили приказ, по которому из врачебных рецептов теперь должно исчезнуть наименование оригинального препарата, взамен будет указана химическая формула лекарства (MNN — международное непатентованное наименование). По мысли ведомств,

таким образом нечистоплотные и лоббированные медики не смогут навязать пациенту дорогие препараты и пациент сможет выбирать лекарство, которое ему по карману.

«На одно действующее вещество на рынке может быть представлено до 100 торговых наименований, и разница по ценам может быть от 10

до 1000 руб. за одну упаковку препарата, и даже за равные дозировки. Врач не должен навязывать пациенту конкретный препарат, он выпишет препарат по непатентованному наименованию, а человек в аптеке выберет лекарство такого состава по своему достатку», — пояснил директор Центра социальной экономики, член экспертного совета ФАС по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении Давид Мелик-Гусейнов. Тем не менее, по данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, из 45% россиян, регулярно покупающих лекарства, каждый второй участник опроса считает, что препараты стали менее доступными.

«Несмотря на то что идея в целом неплохая, лекарства все равно не одинаковы по своему действию», — сказал президент Общества специалистов доказательной медицины профессор Василий Власов. — В законе по обращению лекарств оговорена норма, по которой с 2014 года в РФ процесс лицензирования производителей должен происходить по надлежащей

производственной практике (GMP), но до сих пор в РФ сотни фабрик, где лекарства производят «на коленке». Три года ничего на многих заводах в этой части не происходит, и, скорее всего, так и будет дальше. Доверия к таким лекарствам не было и не будет. Кроме того, часть лекарств плохо заменяется, к примеру инсулины. При их замене будут проблемы контроля за состоянием здоровья человека, режима приема, дозировок, это не только требует постоянного внимания от врача, но и часто непредсказуемо для больного. В США, к примеру, пациент не получает упаковку с лекарствами и названием, а получает пузырек со своим именем, куда собраны препараты, нужные именно ему, и указанием режима приема». Кто и как будет контролировать переход с одного торгового наименования на другое и кто и как будет отвечать за последствия таких переходов? Зачем тогда вообще больному ходить к врачу? За химической формулой?

Эксперты считают, что гораздо важнее Минздраву жестко отслеживать запрет продажи лекарств без рецептов в аптеках и рекламу препаратов, кроме того, сегодня только 10% российских предприятий соответствуют международным стандартам GMP, а десятки наименований препаратов просто неэффективны и в ближайшее время, по данным Ассоциации международных фармпроизводителей,

будут выведены из обращения.

Пока в России, к сожалению, нет и системы взаимозаменяемости лекарств, хотя министр Скворцова недавно говорила об этом. На рынке РФ больше 40% оригинальных препаратов, и для отечественных лекарств вряд ли что-то изменится, хотя так может показаться. Эксперт считает, что дженерики (аналоги оригинальных лекарств), которые активнее будут предлагать провизоры в аптеке, тоже будут, скорее всего, импортными.

Импортеров последние годы активно склоняли к открытию локальных производств, теперь до 1 января 2014 года локальными будут считаться в том числе и лекарства, которые упакованы в России, а позже только препараты, которые полностью производятся в России (в том числе из импортных субстанций).

Скорее всего, норма вступит в силу со следующего года, но уже с ноября 2013 года врачи будут обязаны выписывать лекарства по новым правилам без указания торговых названий, а с января 2014 года последуют штрафы для тех, кто не следует правилам. Кроме того, к октябрю 2013 года планируется закрепить федеральным законом введение понятия «взаимозаменяемый лекарственный препарат», а Минздрав также опубликует перечень таких взаимозаменяемых препаратов.

ЖИЗНЬ СО СТОМОЙ

В последние годы во всем мире увеличивается число людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы — сформированного на передней брюшной стенке отверстия, выводящего пищеварительный тракт наружу. Это тяжелое испытание в первую очередь с психологической точки зрения. Но есть специальные программы реабилитации таких пациентов.

Основной причиной стомирующих операций является высокий уровень заболеваемости колоректальным раком и большой процент его запущенности. Заболеваемость раком прямой кишки по России составляет 12,8 на 100 тыс. населения, раком ободочной кишки — 14,9 на 100 тыс. В столице ежегодно производится около 2,5 тыс. операций по наложению стомы. Стома не имеет замыкательного аппарата, люди не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения, поэтому вне зависимости от того, является стома постоянной или временной, самое важное для таких людей — постоянный доступ к современным техническим возможностям реабилитации, средствам ухода за стомой. Кроме того, по мнению специалистов, инвалиды со стомой нуждаются в особой социальной защите.

О проблемах социальной реабилитации стомированных больных газете «Равное право на жизнь»

рассказал президент региональной общественной организации инвалидов стомированных больных «АСТОМ», ведущий научный сотрудник лаборатории медико-социальной реабилитации МГМСУ кандидат социологических наук ВЯЧЕСЛАВ СУХАНОВ.

Стома — это не болезнь, и здоровье и ограничение жизнедеятельности пациентов со стомой нельзя рассматривать с позиции болезни. Стомированные люди обладают большим жизненным потенциалом, так как у них нет увечий, резко ограничивающих физические или умственные способности. Но одновременно с этим стома с психологической точки зрения (при отсутствии средств ухода и реабилитационных мероприятий) — это изоляция от общества, потеря учебы, работы, семьи и даже риск суицида. Адаптация пациентов к новым условиям жизни проходит зачастую даже болезненнее, чем само заболевание, поэтому столь велика роль медико-социальной реабилитации инвалидов со стомой кишечника. А это психологическая адаптация, социокультурная реабилитация, социально-правовая и информационная помощь стомированным пациентам и интеграция их в общество.

Между тем социальная реабилитация стомированных людей невозможна без наличия современных технических средств реабилитации, учитывающих многочисленные анатомо-физиологические, психологические, а также возрастные нюансы. И первая проблема, с которой сталкиваются стомированные пациенты после выписки из стационара, — полное отсутствие информации о том, что делать дальше, как подобрать необходимые средства ухода за стомой, как их правильно использовать. За рубежом стоматерапевтическая помощь является видом медицинской помощи, которую осуществляют специально обученные медсестры. В нашем лексиконе используемое уже полвека в развитых странах слово «стоматерапия» только появляется. В ряде крупных городов страны начинают создаваться службы медицинской реабилитации стомированных больных. Однако пока это капля в море. Так, в Дании на 12 тыс. всех стомированных в стране функционируют 34 стомакabinета. В Москве на 11 тыс. стомированных больных — только один. К тому же функционирование этих служб не охватывает всего необходимого объема реабилитационных услуг, а государственное обеспечение средствами ухода за стомой исходит из соображений экономии.

Сейчас в России пытаются разработать и внедрить медицинские стандарты по реабилитации стомированных пациентов на базе крупных лечебных учреждений, вводя в обязательную

часть программы наличие кабинета или отделения реабилитации стомированных больных. Однако активно занимаются социальной реабилитацией прежде всего общественные организации стомированных пациентов.

В Москве это РООИСБ «АСТОМ», в Санкт-Петербурге — «АСКОЛ», в Перми, Вологде, Астрахани соответственно «УРАЛ-СТОМ», «АССТОМ-ВОЛОГДА», «СТОМАСТ». Общественные организации проводят школы для стомированных пациентов, привлекая медиков и представителей компаний — производителей целевой продукции. На этих встречах решаются самые насущные вопросы послеоперационной адаптации.

О возможностях хирургической реабилитации стомированных больных газете «Равное право на жизнь» рассказал руководитель отделения колопроктологии и хирургии тазового дна Российского научного центра хирургии им. академика Б. В. Петровского РАМН, заведующий кафедрой колопроктологии и эндоскопической хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова профессор Петр Царьков.

Операция на прямой или ободочной кишке еще не всегда означает обязательное формирование стомы. Если раньше более 50% оперированных больных раком прямой кишки получали постоянную колостому, с которой были вынуждены жить все последующее время, то сейчас в связи со значительным прогрессом хирургии доля таких пациентов уменьшилась до 20%. А если стома и формируется, то зачастую это временная двустольная стома. При этом после закрытия временной стомы у пациента полностью восстанавливаются функции держания и естественного выделения кишечного содержимого. Следует сказать, что даже пациенты с постоянной одноствольной стомой имеют шанс на возвращение нормального хода кишечника.

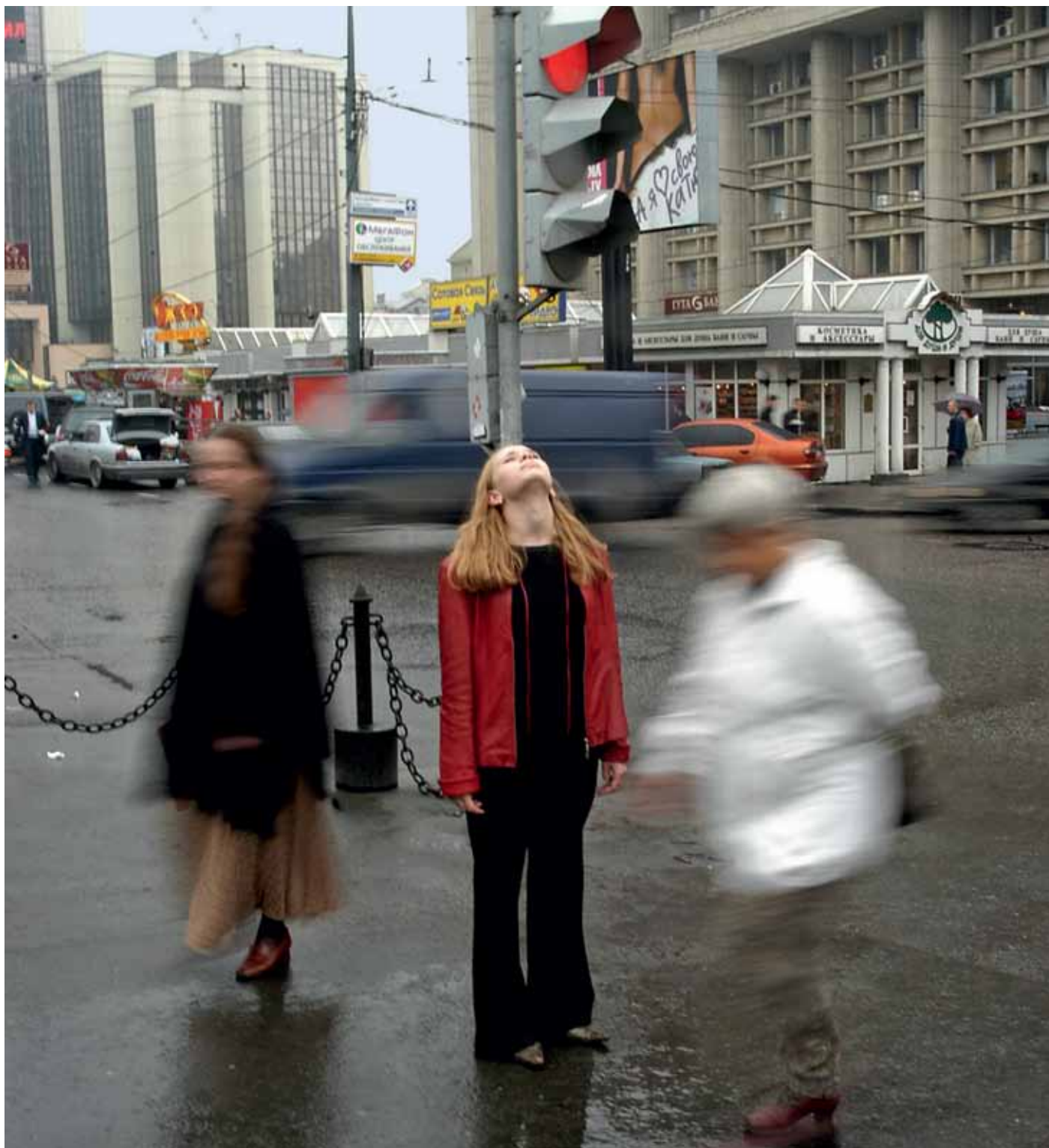
Рак толстой ободочной и прямой кишок, как правило, приводит к необходимости полного или частичного удаления больного органа для сохранения жизни пациента. При этом не всегда удается выполнить операцию с восстановлением естественного хода кишечного содержимого. Когда операция выполняется в экстренных условиях или когда опухоль расположена так низко, что поражает анальный жом, хирург не может сохранить пациенту нормальную функцию выделения и формирует постоянную одноствольную стому. Но даже когда во время операции удается сохранить естественный ход кишечника, часто пациенты несколько месяцев после операции имеют временную стому, которая защищает место хирургического вмешательства.

Во втором случае практически всегда остается возможность восстановить непрерывность кишечника и закрыть стому в ходе последующей восстановительной операции. Исключения возникают в случаях осложнения ниже самой стомы, когда требуется прежде всего вылечить эти осложнения. Или же когда в силу сопутствующих заболеваний состояние пациента таково, что любое оперативное вмешательство может быть опасно для его жизни.

Сложности реконструктивной операции после формирования одноствольной стомы связаны с тем, что после операции может остаться анатомически короткая культя прямой кишки. Успешное проведение такой операции возможно лишь в хорошо оснащенном отделении, где работают высококвалифицированные хирурги, имеющие большой опыт выполнения подобных операций. Кроме того, частой причиной, не позволяющей провести восстановительную операцию, является наличие у пациента тяжелых сопутствующих заболеваний. Если на момент операции у пациента имеются, например, серьезные нарушения ритма сердца, то проводить эту операцию можно только в многопрофильной клинике и при участии сердечно-сосудистого хирурга.

Систематическая диспансеризация, регулярное обследование стомированных больных, которое проводится после операции, в сроки 3, 6, 12 месяцев, позволяет определить показания к реконструктивно-восстановительному лечению и сроки его проведения. Обычно это становится технически безопасным уже через два месяца после операции. Однако риск того, что созданная с профилактической или лечебной целью временная стома сохранится в качестве постоянной, все-таки остается и даже в специализированном центре составляет 13,5%.

В целом же восстановить целостность кишечного тракта невозможно только в том случае, когда у пациента был удален естественный задний проход. Но даже в этом случае, хотя и очень редко, хирурги идут на проведение реконструктивной операции с воссозданием заднего прохода для молодых пациентов, не имеющих никаких сопутствующих заболеваний. В основном это молодые женщины, готовые сохранить свой образ любой ценой. Однако формирование промежностной стомы — сложнейшая операция, индивидуальная для каждого пациента. Кроме того, восстановить функцию держания удается лишь на 60–80%. В итоге поддерживать гигиену оказывается даже сложнее, чем при традиционной стоме, требуется строжайшая диета и прием медикаментов, поэтому сами хирурги, как правило, не рекомендуют подобные операции.



КАК ВОССТАНОВИТЬСЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ?

Болезнь, особенно тяжелая, выматывает и отнимает силы. Даже в случае полной победы над раком придется потратить какое-то время на то, чтобы прийти в норму. Мы расскажем, с чего начать и как правильно подобрать индивидуальную программу реабилитации.



устранять бактериофагами. Но любые назначения препаратов обязательно нужно обсуждать со своим лечащим врачом.

Правильное питание. Сложно поверить, но эффективность восстановления онкологических больных на 80% зависит от организованного режима и правильного питания, а вовсе не от чудо-препаратов. В мире существует множество диетических методик (пожалуй, их чуть меньше, чем онкологов), однако у всех них есть общее условие: большое количество злаков, овощей и фруктов как основных источников витаминов и микроэлементов.

Наибольшее распространение получила система лечебного питания, разработанная в 1951 году голландским врачом Корнелиусом Мозрманом. По этой методике пищу нужно принимать пять раз в день небольшими порциями, тщательно разжевывая. Подходят свежие или приготовленные на пару стручковые овощи, фрукты (кроме инжира, фиников и винограда) и соки из них, нежирный сыр, морская соль, изделия из муки грубого помола, кислое или обезжиренное молоко, яичные желтки, мед, травяной чай и оливковое масло холодной обработки. Нельзя есть бобы, картофель, петрушку, мясо и рыбу, а также все жиры животного происхождения (кроме сливочного масла), молоко и жирные сорта сыра, изделия из пшеничной муки тонкого помола, грибы, ну и, конечно, рафинированный сахар, поваренную соль и всякие консерванты.

А вот Ян Гоулер, которому удалось за три года победить саркому, наоборот, советует выводить токсины из организма, употребляя сок зеленых растений, в том числе и петрушки. Кроме того, если самочувствие улучшается, можно также начать есть бобы, постное мясо (не более 500 г в неделю) и рыбу (1 раз в неделю).

Бег и ходьба. Регулярные физические нагрузки особенно важны во время реабилитации. Они снижают массу тела и укрепляют клеточный иммунитет.

Конечно, сразу после снятия инвалидности на дальние дистанции никто бежать не просит. Начните с ходьбы по парку. Постепенно наращивайте дистанцию и темп. Только не насилюйте себя — выносливость и силы восстановятся со временем. Нужно, чтобы эти тренировочные прогулки доставляли удовольствие. Это главный критерий того, что вы выбрали правильный режим.

В мире много известных спортсменов-чемпионов, которые когда-то преодолели рак и затем стали победителями. И боролись за свое золото они не на Параолимпийских играх,

а с абсолютно здоровыми людьми. Думайте об этих примерах. Пусть они вас вдохновляют.

Контрастные ванны и души. Обычная горячая вода вызывает потение и может привести к потере организмом влаги солей и витамина С, а также нарушить его кислотно-щелочной баланс. Онкологическим больным при хронической усталости рекомендуются контрастные ванны или контрастный душ. Горячая вода в ванне должна быть 41–43°C, холодная — 14–15°C. Сначала на одну минуту в холодную воду, потом на такое же время в горячую. На первом этапе должно быть не меньше 11 циклов «холодная-горячая», потом их количество можно увеличить. Если нет возможности принимать ванну, можно обливаться водой из шланга или ведра. Сначала обливаются стопы, затем колени, следом туловище до пупка и плечи.

Особняком в этом списке стоит санаторно-курортное лечение. До 2010 года бесплатные путевки в санаторий могли получить инвалиды при наличии медицинских показаний. Новая же редакция закона «О государственной социальной помощи» предусматривает, что лечение такого типа проводится только в целях профилактики основных заболеваний. Тем не менее получить бесплатную путевку можно. Для этого у онколога нужно взять справку, что санаторно-курортное лечение не противопоказано. С этой справкой нужно прийти в поликлинику к терапевту, который выпишет другую справку — по форме №070/у-04. Вот только основным заболеванием в ней должно быть любое другое, кроме онкологического. В графе «сопутствующие заболевания» терапевт должен указать онкологию с кодом, а также противопоказания к этому заболеванию. Онкологическим больным противопоказаны грязе-, торфо-, озокерито-, парафинотерапия, внутреннее и наружное применение радоновой, сероводородной, мышьяковистой, азотной воды, гелио- и ультрафиолетовая терапия, горячие ванны, высокочастотная электротерапия. Эти процедуры в санатории проводиться не будут.

Со справкой от терапевта нужно идти в департамент социальной защиты населения, который и выдаст путевку. Впрочем, можно поехать и за свой счет. Нужно только помнить, что ездить в местные санатории можно через 3–6 месяцев после завершения радикального противоопухолевого лечения при отсутствии признаков возврата заболевания, на курорты — не ранее чем через 6–12 месяцев.

КОЙКА ВМЕСТО

Массовые сокращения малокомплектных больниц в российских регионах стоили должности главе Росздравнадзора. В Минздраве решили, что под руководством Елены Тельновой ведомство недостаточно хорошо контролировало соблюдение порядка оказания медицинской помощи. Между тем сама «оптимизацию» коечного фонда в стране никто не отменял.

В начале марта была отправлена в отставку врио руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова. Как сообщил Минздрав в официальном комментарии на отставку, «целесообразность преобразований стала особенно очевидной после участвовавших случаев искажения принятых Минздравом России порядков оказания медпомощи, закрытия отдельных учреждений здравоохранения без подготовки инфраструктуры и транспортных условий к оптимизации здравоохранения». Между тем массовое сокращение медперсонала и медучреждений, объявленное «перегибами на местах», не является в чистом виде инициативой плохо контролируемых Росздравнадзором местных властей.

Оптимизация коечного фонда проводится в рамках региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. В обмен на федеральное софинансирование регион должен привести численность коек в соответствие с федеральными нормативами.

Количество коек в регионе (как в целом, так и по профилям отделений медучреждений) должно рассчитываться по разработанной Минздравом «Методике планирования ресурсов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях». Эта методика вновь была приведена ведомством в инструктивном письме от 25 декабря 2012 года №11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». Сложные формулы учитывают число койко-дней на 1 тыс. жителей (утвержденный норматив по территориальной программе госгарантий, равный произведению уровня госпитализации на 1 тыс. жителей на средние сроки лечения одного больного в стационаре), численность населения, среднегодовую занятость койки и ее плановый оборот.

По указаниям Минздрава нормативы по коечному фонду в



субъекте должны корректироваться ежегодно с учетом изменения численности и половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения, а также транспортной доступности медицинских организаций. Однако пропорциональное сокращение числа коек без закрытия малокомплектной больницы или роддома в отдаленных населенных пунктах экономически невыгодно для регионов, и на практике сокращение койко-мест оборачивается закрытием больниц. Более того, в большинстве регионов корректировка нормативов долго не проводилась, и наверстывать упущенное начали оперативно в конце

2012 года, сделав процесс особенно заметным.

Социальная напряженность возникла в десятках регионов страны. Так, массовая реорганизация «неэффективных» сельских больниц и роддомов в Ярославской области вызвала акции протеста в самом регионе и у стен Минздрава в столице.

По словам главврача Итомлинской участковой больницы Ржевского района Тверской области Сергея Вишнякова, процесс модернизации здравоохранения в единственной на десяток деревень в радиусе 40 км районной больнице привел к ликвидации в ней круглосуточного стационара.

Между тем региональные про-

граммы модернизации продлены на 2013–2014 годы, а это значит, что корректировка коечного фонда в 2013 году будет продолжена.

МОД «Движение против рака» и НП «Равное право на жизнь» благодарит Елену Тельнову за помощь онкологическим пациентам. Елена Алексеевна лично контролировала все обращения по поводу нарушения прав пациентов. Благодаря ее участию права тысяч пациентов на бесплатную и полноценную медицинскую помощь были восстановлены. Люди получили необходимые препараты и были спасены.

В 2011 году в России впервые диагностировали рак у 522 тыс. человек, 10,6% из них — люди в возрасте от 30 до 49 лет — самый расцвет карьерного роста. Как сохранить работу, когда ставят диагноз «рак»?

Рак молодеет — это не устают констатировать онкологи во всем мире. Это уже не болезнь пенсионеров, хотя они по-прежнему первые в группе риска. Молодые энергичные работающие люди также могут столкнуться с этой болезнью. Причина не только в ухудшении экологии. Мы не привыкли думать о своем здоровье и ходить по врачам, когда нам нет еще и 50 лет. Молодой — на тебе пахать надо — ну вот и пашем на себе. И часто узнаем о своем состоянии уже на поздних стадиях.

Однако даже страшный диагноз не означает загубленную жизнь и карьеру. Начинаем лечиться и планируем выздороветь и обогнать еще всех в карьерной гонке!

На какое-то время из активной работы выпасть все же придется: операция и химиотерапия подрывают боевой дух и покорять вершины действительно будет трудно. Но это временно. Потом трудоспособность восстановится. А пока же берем больничный, оплачиваемый между прочим, и занимаемся своим здоровьем.

Максимальный срок его действия — 12 месяцев, однако участковый врач может выписать его только на 30 дней. Потом придется идти на врачебную комиссию, которая по результатам анализов принимает решение. При благоприятном прогнозе комиссия выписывает лист, который действует до момента выздоровления, но не более десяти месяцев (после травм и реконструктивных операций, при туберкулезе — 12 месяцев). При этом каждые 30 дней комиссия собирается и принимает решение — продлевать больничный или нет.

При неблагоприятном прогнозе больничный лист действует всего четыре месяца с ежемесячным продлением. Для лечащих врачей и руководителей лечебно-профилактических учреждений разработаны рекомендации, которые определяют срок нахождения на больничном при разных типах заболевания («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах», утверждены Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ 21 августа 2000 г. №2510/9362-34, 02-08/10-1977П). Например, при раке молочной железы 1, 2 или 3-й стадии срок нахождения на больничном составит 50, 80 и 115 дней, при раке желудка — 60, 70 и 100 дней соответственно.

Если после четырех месяцев улучшений нет, больного направляют на медико-социальную экспертизу. Там выясняют его самочувствие, характер работы и условия труда и по результатам анализов и проведенного лечения либо присваива-



ют группу инвалидности, либо нет. Как и при всех онкологических заболеваниях, перспективы установления инвалидности зависят от следующих основных моментов: точного диагноза, размера опухоли, наличия или отсутствия метастазов, объема оперативного вмешательства и в целом от общих результатов проведенного лечения.

МСЭ присваивает инвалидность, если у больного есть нарушения функций организма, которые приводят к ограничению жизнедеятельности (ограничение способности к передвижению, самообслуживанию, общению, трудовой деятельности). Существует четыре степени выраженности этих нарушений: 1 — незначительные нарушения; 2 — умеренные нарушения; 3 — выраженные нарушения; 4 — значительно выраженные нарушения. Особое внимание второй группе, поскольку только она присваивается либо с сохранением права работать, либо — нет. В первом случае вас оставляют на работе, во втором, работодатель может сослаться на п. 5 ст. 83 ТК РФ — прекращение трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон. То есть по состоянию здоровья и медицинским показаниям вы не можете выполнять трудовые функции, и на этом основании с вами может быть расторгнут трудовой договор.

Чтобы сохранить работу, при медико-социальной экспертизе стоит настаивать, что у вас нет показаний ко второй или третьей группе инвалидности, то есть сохранена трудоспособность. Правда, это будет сложно сделать при неудовлетворительных результатах анализов. При этом необходимо утверждать, что ваши условия труда вам не противопоказаны и на связаны с подъемом тяжестей, с нахождением в холоде и жаре. Работодатель в характеристике ваших условий работы, представляемых на МСЭ, также должен указать, что ваша работа не связана с какими-либо противопоказаниями и чрезмерными нагрузками и командировками.

Не менее важный момент — отношения с самим работодателем. Уволить инвалида он не вправе, мало того, обязан обеспечить льготные условия труда. Для инвалидов первой и второй групп — это 35-часовая рабочая неделя с сохранением полной зарплаты, условия труда инвалида третьей группы описаны в его индивидуальной программе реабилитации. Поэтому никогда не надо поддаваться на уговоры уйти по собственному желанию.

После выздоровления и реабилитации инвалидность снимают, и дальше можно будет работать как прежде.

ПРАВИЛА ВЫЖИВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ

Сергей Толецкий, психолог

Вот и больница — операция, палата, процедурная, коридоры, столовая... И кругом такие же, как ты, пациенты. И кажется, ничего больше не будет. Хочется лечь, укрыться с головой. Сил справиться с этим нет. А справляться надо. Как?



Госпитализация — новый этап болезни. Можно и начать его как предыдущие и пройденные. И не обязательно он станет хуже или лучше.

Хотя новая ситуация пугает и отталкивает, не будьте неприятно настроены к новой обстановке. Вы это можете проецировать на всех, кого встречаете в больнице. В первую очередь на соседей по палате. Лучше познакомьтесь с ними. Возможно, они окажутся позитивными людьми, и вы сможете

найти общий язык и поддержать друг друга. Хорошо если собеседники искренне участвуют друг в друге. Не драматизируют, но и не отшучиваются от проблем. Не соревнуются в том, кто несчастнее или наоборот.

Может быть, повезет, и среди соседей по палате вы найдете того, с кем справиться со своим состоянием будет легче.

Если для вас комфортнее и легче переносить все наедине с собой — возможности для такой

самоизоляции есть даже в палате с соседями. Наушники — ваш первый помощник. Что бы там ни было: радио, любимая запись на MP3-плеере, кино на айпаде или игра Angry Birds, — все это работает. Правда, в том случае, если вы уже не свалились в самую безнадежную депрессию, когда ничего не можешь ни видеть, ни слышать. Вот за этим надо следить и по возможности уход в такие состояния предотвращать.

Этому поможет набор методик из антидепрессантных тренингов.

Один из них — прерывание круга негативных мыслей, характерных для многих онкобольных, когда самые страшные сцены и прогнозы постоянно крутятся в вашей голове и не дают вам ни минуты покоя. Справиться с ними с помощью самоуговоров практически невозможно. Но можно прибегнуть к некоторыми опробованным в психотерапии приемам.

Меняйте обстановку, почувствовав, что ваши мысли побежали по отрицательному кругу. Выйдите из палаты в холл. Из холла в столовую или на лестницу. Неплохой прием — плеснуть себе в лицо холодной водой.

Можно выбрать место и время для отрицательных мыслей. Дать им пробежать пару кругов, например, до завтрака. И отложить следующий сеанс до ужина.

Если мысли вернуться, проведите сеанс релакса — лягте, закройте глаза, представьте себя в самом замечательном месте, совершите мысленное путешествие в будущее, когда все будет позади и вы вернетесь к нормальной жизни.

Попробуйте поспорить со своими негативными мыслями. Вспомните примеры (а их немало) счастливого избавления от недуга. Докажите этому голосу, который каркает в вас, что все будет ужасно, — вы уверены в обратном.

Пустоте, вакууму, бессмысленному ожиданию, расслабленности и депрессии нельзя дать овладеть вами. Как при любом выбывании из привычного ритма, в больнице вам поможет четкий, вами же расписанный режим. Он и так-то существует в больнице — подъем, завтрак, анализы и процедуры. Этот режим есть. Но он не ваш. И вообще отвратителен. Нужно сделать его своим. Дополнив и расписав его по своему вкусу. В чем-то приблизив его к своему прежнему ритму и режиму. В чем-то развернув, дополнив, насытив занятиями, на которые до того не было времени и сил.

Специалисты по арт-психологии, например, убеждены,

что лучшее средство от провала в депрессию во время бесконечного больничного ожидания (обеда, вечера, сна, завтрака, визита врача, ужина, ночи) — попытка обратиться (вот как ни странно) к творчеству.

Хорошо в этот ваш собственный режим включить посещения близких, переписывание с ними в «аське», разговоры по скайпу.

Кстати, ко всему этому надо готовиться. Иначе изведете себя паузами, упреками в черствости сначала посетителя, после его ухода — себя.

При свиданиях попробуйте настроиться на проблемы посетителя. Не выплакивайтесь ему. Задавайте вопросы. Заставьте вас плакаться в жилетку. Сразу легче будет справиться со своей проблемой.

Есть такая опасность — уйти в роль жертвы, чувствовать себя постоянно несчастным, перестать видеть хорошее и в прошлом, и в настоящем. К тому же многим по большому счету трудно принять помощь от своих близких, потому что они привыкли ее давать. И ситуация, когда меняются роли, может действовать угнетающе, принести ощущение своей беспомощности и бесполезности.

Больница — период, который нужно прожить, как и любой другой. И от вас зависит, какие внутренние смыслы вы найдете на этой ступеньке для себя и как они помогут вам в будущем.

«Движение против рака» запустило новую версию сайта rakpobedim.ru. Здесь можно написать жалобу на отказ в лекарственных препаратах, получить юридическую или медицинскую консультацию и пообщаться с другими пациентами и психологами.

Существует заблуждение, что в России интернетом пользуются только в городах-миллионниках и только офисные работники. На самом деле около 70 млн россиян хотя бы раз в месяц выходят в интернет.

Есть еще одно заблуждение: рак — болезнь пенсионеров, людей, давно отставших от гонки технологий. Но и это далеко не так. И рак молодеет, и пожилые пациенты уже сидят на форумах и в социальных сетях. А если сами не сидят, то их родные уж точно.

Мы привыкли искать нужную информацию в сети — будь то поиск рецепта пирога или уникальной технической документации. Не говоря уже о новостях.

Естественно, что, когда мы сталкиваемся с такой сложной проблемой, как диагноз «рак», мы первым делом забываем ключевые слова в строку поиска. И получаем миллионы страниц ответов.

Это парадоксально, но при экстремальной востребованности качественной, полной и достоверной информации об онкологии в сети очень мало таких ресурсов. Чаще всего это или пациентские сообщества, где, безусловно, обеспечивается коллективная взаимовыручка, но нет специалистов-консультантов. Либо это сайты для самих врачей, и пациент без медицинского образования не сможет там разобраться. Есть еще и третья категория — самая опасная — это сайты шарлатанов.

Поэтому специалисты «Движения против рака» обновили свой сайт rakpobedim.ru. Идея была сделать сайт современный, информативный, удобный для общения и простой.

«Лечение начинается с диагноза. Это первая точка входа в интернет для пациента. Очень важно завоевать его доверие на этом этапе. Подхватить, поддержать. Если пациент, который уже пришел на сайт «Движения против рака», столкнется с трудностями в процессе лечения, он сразу будет знать, куда обратиться за помощью, поэтому мы собрали большой онкологический справочник о видах рака, его лечении, реабилитации и стандартах онкологической помощи», — рассказала руководитель информационных проектов НП «Равное право на жизнь» Мария Цыбульская.

Также на сайте проводятся онлайн-консультации специалистов, онлайн «Школы пациентов» и заочные консультации. Кроме того, на сайте есть большой справочник онкодиспансеров России.

Основное направление работы «Движения против рака» — правовая помощь пациентам. В нашей стране им это необходимо. И конечно, интернет-обращения пациентов, которые они могут

МЕДИЦИНА - ПРАВОВАЯ ПОДДЕРЖКА - ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ - ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ - И ДВИЖЕНИЕ - НОВОСТИ - ОТКАЗЫ В ЛЕКАРСТВАХ - ФОРУМ



Новости

Медведев поручил выгнать жуликов из медицины
Минздрав расширил список бесплатных медуслуг
15.05.2013

15 марта в Казани пройдет «Школа пациентов»
Тема Школы: «Профилактика онкологических заболеваний и методы контроля над своим...»
15.05.2013

В Ульяновской области можно

Форум

ВИТАМИНЫ И ИМУНОМОДУЛЯТОРЫ. ПОЧЕМУ НЕЛЬЗЯ???
Glenka, написала в форуме Уем и кол. Леонова
15.5.2013, 12:51

Рак легких
TatianaM, написала в форуме Мое состояние
15.5.2013, 8:39

держится температура
Anisya, написала в форуме Мое состояние
14.5.2013, 19:42

Блоги

Совет врача: собирайте деньги на лечение в электричке
Olyubkova, в блоге пользователя Пресс-секретарь
15.5.2013, 14:30

Помогаю детям улыбкой. Как я стала больничным клоуном
Olyubkova, в блоге пользователя Юлия Байбуреева
14.5.2013, 13:35

Кто и как ворует деньги у раковых больных
Olyubkova, в блоге пользователя Юлия Байбуреева

заполнить на сайте, — это уникальная возможность помочь людям по всей стране.

«К нам приходят анкеты из регионов, где на тысячи километров один-единственный онкодиспансер. Где люди добираются до врача за рецептом на самолетах и сталкиваются с отказом. Через наш сайт они могут обратиться за помощью, и мы всегда помогаем.

Кроме того, мы собрали большую подборку юридических советов для пациентов. У нас на сайте есть подсказки о том, как и зачем оформить инвалидность. Как получить помощь в другом городе. Куда идти, чтобы получить бесплатные лекарства», — рассказал пресс-секретарь «Движения против рака» Денис Куров.

Философия Движения строится на взаимопомощи пациентов, их родственников и просто неравнодушных людей. Поэтому удобный форум, блоги и множество статей по психологической помощи онкопациентам также представлены на сайте.

Присоединяйтесь к нам на сайте www.rakpobedim.ru!

БЕСПЛАТНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ОНКОЛОГА

Некоммерческое партнерство «Равное право на жизнь» при поддержке городской онкологической службы и в сотрудничестве с крупнейшими московскими частными клиниками запустило масштабный проект для жителей Москвы по выявлению онкологических заболеваний и получению дополнительных медицинских консультаций. 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.

Для участия просим заполнить анкету на сайте ravnoepravo.ru/patientam/onko-dozor/

«ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ»

Быть российским онкопациентом непросто, даже сложно и опасно. Лекарств может не хватить, врач может уделить недостаточно внимания, а уж о качественной психологической поддержке и мечтать не приходится, поэтому НП «Равное право на жизнь» и «Движение против рака» организуют «Школы пациентов», где с больными и их родственниками общаются врачи, юристы и психологи. После такой подготовки лечиться легче.

У столкнувшегося с онкологическим диагнозом человека возникает масса вопросов, а задать их практически некому. Врач не может разговаривать долго — у него очередь на целый коридор. И даже если лечение идет по плану, услышать лишней раз слова поддержки и ободрения от знающего человека не удастся, а это важно. Что уж говорить о ситуациях с переборами препаратов или неблагоприятном прогнозе.

Зная на своем опыте, как тяжело и одиноко быть онкопациентом, активисты «Движения против рака» стали вместе ездить по больницам и поддерживать людей. Рассказывать о том, как лечились сами. О том, как выходили из разных ситуаций, как справлялись с осложнениями после операций или тошнотой во время химиотерапии.

Потом к ним присоединились врачи-онкологи, психологи и юристы. Специализированные консультации с выездом в больницу или трансляции через интернет сегодня стали одним из основных направлений деятельности «Движения против рака».

«Мы ездим по больницам в разных регионах страны и разговариваем с пациентами. Мы приво-

зим врачей, юристов и психологов, чтобы дать возможность задать любые вопросы, ведь неосведомленность пациентов о современных медикаментах и о своем праве на их получение — одна из основных бед заболевших людей в борьбе с бюрократией за свою жизнь. Врачи и чиновники часто пользуются этим незнанием, не утруждая себя информированием», — рассказал пресс-секретарь «Движения против рака» Денис Куров.

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

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

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

Не менее важным блоком «Школы пациентов» является участие психолога, который рассказывает больным, их родственникам и близким, как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием. Во время «Школы» пациенты, их родственники и близкие могут задать вопросы специалистам и получить компетентные ответы.



ИНТЕРПРЕСС/ФОТО ИТАР-ТАСС

Узнать о том, где пройдет следующая семинар «Школы пациентов», можно в интернете: на сайте межрегионального общественного движения «Движение против рака»: www.rakpobedim.ru;

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

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

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

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

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

ОТВЕЧАЮТ

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

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

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

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

Лариса Зверева, юрист

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

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

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

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

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

Курсы повышения квалификации: арбитражный управляющий, бухгалтер.

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

Ирина Морковкина, психотерапевт

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

Лали Бабичева, генетик

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

НП «Равное право на жизнь» ведет активную работу по информированию населения по вопросам онкологии. Задать вопрос нашим специалистам — онкологам, юристам и психологам, вы можете через наш сайт www.ravnoopravo.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 ravnoopravo.ru/konsultacii.



Ирина Морковкина

ВОПРОС

Добрый день!

Я много раз слышала про наследственный рак. Моя бабушка по папиной линии болела РМЖ. Мамина мама — раком мозга. Означает ли это, что у меня тоже будет рак? Можно ли сделать анализ какой-то и понять, есть ли у меня предрасположенность? Какие анализы и как часто мне нужно сдавать, чтобы обнаружить рак на ранней стадии?

Мария, 30 лет

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Мария. То, о чем Вы написали, совершенно не означает, что у Вас обязательно будет рак. Чтобы понять, имеется ли предрасположенность к раку, надо посетить генетика. Он составляет карту и в какой-то степени отвечает на этот вопрос. Вы можете регулярно проходить обследования. К сожалению, никаких специальных методов раннего выявления рака нет. Лучше всего составить индивидуальный план исходя из тех проблем, которые есть на сегодняшний момент. Если это сделать трудно, один раз в два-три года показывайтесь маммологу, гастроэнтерологу, гинекологу, сдавайте общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и кровь на онкомаркеры, делайте рентген легких или флюорографию, гастроскопию и УЗИ брюшной полости и молочных желез. С возрастом набор исследований и частота осмотров изменяются. Удачи.

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА, ГЕНЕТИК

Уважаемая Мария,

в большинстве случаев опухолевые заболевания связаны с соматическими мутациями, не передающимися по наследству. Мутация — это повреждение генов, поддерживающих нормальное деление и рост клеток. Большинство приобретенных мутаций вызваны факторами окружающей среды, такими как воздействие токсинов или вызывающих рак агентов. Для возникновения опухоли необходим целый ряд мутаций в нескольких генах в определенной группе клеток. Некоторые люди могут нести в своих клетках более высокое количество врожденных мутаций, чем другие. Таким образом, даже в равных условиях окружающей среды, при воздействии одинакового количества токсинов, некоторые люди имеют более высокий риск развития рака. Доля собственно наследственных форм рака, по различным оценкам, составляет около 7–10% всех злокачественных новообразований.

В настоящее время не существует анализа, который бы со 100-процентной вероятностью предсказывал развитие злокачественной опухоли, но есть генетическое тестирование, которое делает возможным идентифицировать тех потенциальных пациентов, которые находятся в группе риска развития рака. Например, женщинам, являющимся носителями гена предрасположенности к развитию рака молочной железы и яичников (BRCA1 или BRCA2), рекомендуется проходить более частые диагностические обследования и избегать специфических факторов риска.

В Вашем случае, Мария, может быть рекомендовано наблюдение у маммолога (УЗИ молочных желез не реже одного раза в год, а при наличии узловых образований — их морфологическое исследование), у гинеколога и проведение других диагностических процедур при появлении показаний.

ВОПРОС

Здравствуйте. У меня вопрос по диете. Есть ли какие-то противопоказания — что ни в коем случае нельзя есть онкопациентам? Я слышала, что витамины не рекомендуются. И БАДы тоже. Есть еще что-то?

Наталья, 57 лет, РМЖ

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемая Наталья.

Специальные диеты нужны только при определенных ситуациях во время или после проведенного специального лечения, например после операций на желудке или кишке, в таких случаях врач дает список того, что нужно пациенту, и того, что не рекомендуется есть. Имеются определенные рекомендации во время некоторых видов химиотерапии. Есть и другие ситуации. Если Ваш лечащий доктор-онколог специально не обговорил вопрос по питанию, специальной диеты не требуется. А вот витамины как раз не противопоказаны. Удачи.

ВОПРОС

У нас в семье горе. Отец болен раком. Прогноз плохой. И атмосфера в доме очень тяжелая. Мы не можем найти к нему подход — он агрессивен, обидчив, капризен. Словно мы все виноваты в его болезни. Как с ним общаться, чтобы не ранить и самим не сойти с ума?

Николай

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Болезнь оказывает серьезное влияние на жизнь семьи. В корне может измениться система семейных ценностей и приоритетов, происходит перераспределение ролей и нагрузок. Для мужчины как активного главы семьи кардинальные изменения жизненного уклада вследствие его болезни могут восприниматься катастрофически. Он чувствует свою беспомощность, испытывает страх одиночества и отвержения близкими. Переживание несправедливости судьбы по отношению к нему вызывает чувство негодования и обиды. «Поиск виноватых» случается, как правило, среди самых близких людей.



Сергей Стефанков



Лали Бабичева

АЛЕКСАНДР ШЕРБАК

В такой ситуации важно, чтобы человек ощущал себя полезным, нужным семье. Будьте честны и искренни с ним. Не избегайте в разговоре с ним так называемых запретных тем, касающихся его состояния. В то же время ухаживание с Вашей стороны не должно перерасти в отказ от собственной жизни. Вам также необходим отдых для восстановления сил. Тут Вы можете обратиться к другим членам семьи. Понять же лучше душевные переживания Вашего папы, а также перевести его «активность» в другое русло непременно поможет специалист-онкопсихолог, семейный психолог.

ВОПРОС

Добрый день. Спасибо за вашу рубрику. У меня такой вопрос. Мама — пожилой мнительный человек с диагнозом. Слушает истории про исцеление от водки и уксуса и верит. Дома приходится ее убеждать, что это все бред и обман. Она плачет. Говорит, что мы ее специально обижаем.

Я все время с ней об этом говорю. И часто думаю: а может, я не прав? Может быть, есть народные способы лечения, которые работают? А если нет — то как деликатно объяснить это моей матери и не обидеть ее: я боюсь, что она пьет какие-то отравы втайне от врача и они только усугубят ее состояние.

Павел

ОТВЕЧАЕТ СЕРГЕЙ СТЕФАНКОВ, ОНКОЛОГ

Уважаемый Павел.

Если Вашей маме можно проводить оперативное лечение, химиотерапию или лучевую терапию, лечитесь так, как положено. Если все возможности специальной терапии исчерпаны, можно пробовать альтернативные методы. В ряде ситуаций лечение травами или гомеопатия могут улучшить состояние пациента. Если специальное лечение закончено и видимой опухоли или метастазов в организме на данный момент нет, как правило, никакого другого лечения не требуется. Удачи.

ОТВЕЧАЕТ ИРИНА МОРКОВКИНА, ПСИХОЛОГ

Уважаемый Павел, из Вашего вопроса не ясно — с каким диагнозом Ваша мама. Если пожилой мнительной женщине установлен психиатрический диагноз, необходимо обратиться в диспансер к врачу по месту жительства.

Если мнительная пожилая женщина страдает онкологическим заболеванием и в силу множества, в том числе и социальных, причин больше доверяет народной медицине, то ей просто необходима исчерпывающая информация и о ее заболевании, и о возможных методах его лечения со стороны специалиста-онколога. Незнание, как правило, ведет к тревоге и беспокойству, еще большему обострению свойственных ей черт мнительности. В безграничном море «информации» со стороны массмедиа пожилой человек теряется и подсознательно выискивает лишь яркие рекламные фразы.

ВОПРОС

Здравствуй, я беременна 28 недель, и у меня подозревают рак груди. Я в ужасе! Не понимаю, что мне делать, если диагноз подтвердится. Смогу ли я лечиться во время беременности? Или ждать родов? Передается ли рак малышу?

Сдали биопсию, ждем результатов, а я все время плачу и схожу с ума!

Нэлли

ОТВЕЧАЕТ ЛАЛИ БАБИЧЕВА, ГЕНЕТИК

Уважаемая Нэлли,

во-первых, Вам надо успокоиться, диагноз еще не подтвержден.

Сочетание беременности и рака молочной железы довольно редкое, но тем не менее такие случаи встречаются.

Уже 20 лет существует стратегия, позволяющая начать лечение женщины при сохранении беременности. Такой вариант предполагает применение как современных оперативных вмешательств, так и противоопухолевой лекарственной терапии. Этот подход снижает необходимость досрочных родов. В большом количестве международных исследований доказана безопасность проведения химиотерапии во втором и третьем триместре беременности. Назначать ее в начале беременности нецелесообразно. Лечащий врач должен установить, возможно ли, не причиняя вреда пациентке, отложить начало химиотерапии до второго и третьего триместра беременности, когда препараты не смогут оказать повреждающего воздействия на плод.

Оперативное лечение может быть проведено на любом сроке, так как общая анестезия во время операций безопасна как для матери, так и для плода.

Что касается радиотерапии, то ее целесообразно проводить уже после рождения ребенка.

Еще раз призываю Вас, Нэлли, успокоиться, в настоящее время этот вид опухоли излечим. На таком сроке беременности оперативное лечение и химиотерапия безопасны (только подбор препаратов осуществляется с учетом возможного влияния на плод). Откладывать лечение или прерывать беременность на таком сроке совершенно нецелесообразно. Риск развития рака у ребеночка также отсутствует.

ВОПРОС

Хотелось бы узнать, чем грозит продажа оставшихся дорогих лекарств?

Мама умерла, остались лекарства. Хоть они и получены бесплатно, но в целом средств за время лечения было потрачено море, кредиты и долги душат. Думаю продать лекарства, тем более некоторым так необходимый герцептин. И себе материально немного помочь, и других выручить. Не выбрасывать же их. Но боюсь. Какие могут быть последствия? И как быть, подскажите?

Лариса



Лариса Зверева

ОТВЕЧАЕТ ЛАРИСА ЗВЕРЕВА, ЮРИСТ

Согласно статье 129 ГК РФ объекты гражданских прав могут свободно отчуждаться или переходить от одного лица к другому в порядке универсального правопреемства либо иным способом, если они не изъяты из оборота или не ограничены в обороте. Виды объектов гражданских прав, нахождение которых в обороте не допускается, должны быть прямо указаны в законе.

Указом президента РФ от 22 февраля 1992 г. №179 «О видах продукции (работ, услуг) и отходов производства, свободная реализация которых запрещена» к перечню видов продукции, запрещенной к свободной реализации, относятся лекарственные средства, за исключением лекарственных трав.

Также федеральным законом от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» запрещен оборот наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки II и III.

Особенности продажи лекарственных препаратов и из-

делий медицинского назначения определены постановлением правительства Российской Федерации от 19.01.98 №55, утвердившим Правила продажи отдельных видов товаров.

В пункте 4 Правил указано: «При осуществлении розничной торговли в месте нахождения покупателя вне стационарных мест торговли: на дому, по месту работы и учебы, на транспорте, на улице и в иных местах (далее именуется — разносная торговля) не допускается продажа лекарственных препаратов».

Кроме того, в соответствии с пунктами 70, 76 названных Правил продажа лекарственных препаратов осуществляется в соответствии с федеральным законом от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «об обращении лекарственных средств» с учетом особенностей, определенных данными Правилами.

В пункте 1 статьи 55 «Порядок розничной торговли лекарственными препаратами» федерального закона от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «об обращении лекарственных средств» указано, что «розничная торговля лекарственными препаратами в количествах, необходимых для выполнения врачебных назначений, осуществляется аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации».

Исходя из изложенных нормативных актов, продавать лекарственные препараты не могут граждане, не зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, не имеющие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности и вне оборудованных торговых мест. Лекарственные и наркотические средства запрещены к свободной реализации.

Административная ответственность за продажу лекарств может наступить в зависимости от состава правонарушения, например, по статье 14.2 КОАП РФ «Незаконная продажа товаров (иных вещей), свободная реализация которых запрещена или ограничена».

Объективная сторона анализируемого правонарушения состоит в том, что виновный незаконно (то есть без специального разрешения, лицензии) продает товары, иные вещи, свободная реализация которых запрещена или ограничена законодательством.

Также статья 6.2 КОАП РФ предусматривает ответственность за занятие частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности.

Кроме административной может наступить и уголовная ответственность за продажу лекарств, полученных льготником по льготному рецепту за счет средств федерального или регионального бюджета, не использованных пациентом и оставшихся у его родственников. Продажа такого льготного лекарства в зависимости от умысла и объективной стороны преступления может быть расценена как мошенничество или хищение бюджетных средств (например, присвоение в виде неправомерного удержания) и квалифицироваться по соответствующим статьям УК РФ, так как физическое лицо совершает с корыстной целью обращение государственного имущества в свою пользу.

В случае продажи наркотических средств физическое лицо будет нести уголовную ответственность по соответствующим статьям УК РФ — за незаконный сбыт наркотических, психотропных веществ. Запрещена продажа ЛС, подлежащих предметно-количественному учету.

Приобретенные с рук лекарства могут причинить вред здоровью гражданина в связи с заменой упаковки продавцом и истечением срока действия препарата, несоответствия содержания флакона действительному составляющему лекарству и т. д.

Также гражданин, продающий незаконно лекарство, может нести ответственность за причинение вреда здоровью покупателя при наличии такого вреда.

Поэтому покупать лекарства с рук нежелательно, а продавцу их продавать незаконно.

ТАКЖЕ МЫ ОРГАНИЗУЕМ ЗАОЧНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Обращайтесь к нам если:

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

Есть вопросы по проводимому лечению онкологического заболевания.

Напишите нам: ravnoopravo.ru/konsultacii

РАДИО- И ТЕЛЕВЕДУЩАЯ РИТА МИТРОФАНОВА: «РАК — НЕ РЕЙТИНГОВОЕ СЛОВО НА ТЕЛЕВИДЕНИИ»

Недавно звезда теле- и радиозфиров присоединилась к информационной кампании «Движения против рака», рассказывающей о важности ранней диагностики рака. Однако в интервью она призналась, что была далека от этой темы и, возможно, никогда не коснулась бы ее, если бы болезнь не затронула ее семью.

АНЕКДОТЫ

Врач после осмотра пациентки говорит ей:

— У вас головные боли, желудок не в порядке, высокое кровяное давление. Простите, сколько вам лет?

— Двадцать пять.

— И значительная потеря памяти, — добавляет врач.

Одному заболевшему старичку назначили противовоспалительные свечи. Через день старик вернулся и говорит:

— Ем я, ем эти ваши свечи — никакого проку.

Врач (удивленно):

— Так вы их что, едите?

Старичок (ехидно):

— Нет, в попу сую.

— Доктор, у меня сильно выпадают волосы.

— Это потому, что вы нервничаете.

— Может быть, но это как раз потому, что у меня выпадают волосы!

— Доктор, почему вы сказали чтобы я высунула язык? Я давно это сделала, а вы на него даже не смотрите.

— Так мне в тишине удобнее знакомиться с историей вашей болезни.

— Почему вы отказываетесь сделать прививку от оспы?

— После нее умер мой дедушка.

— От оспы?

— Нет, упал с седьмого этажа.

— Как у вас с аппетитом?

— То есть, то нет его.

— А когда его нет?

— Ну когда плотно поем.

— Помогло вам лекарство, что я выписал в прошлый раз?

— Очень помогло. Дядя выпил его по ошибке и оставил меня единственным наследником.

— Вам не следует пить крепкий кофе. Как выпьете, приходите в возбуждение, начинаете нервничать.

— Вы не знаете, доктор, как я нервничаю, когда мне подадут жидкий кофе.

— Как прожить до ста лет?

— Очень просто: выпивайте каждое утро по чашке горячего чая в течение 62 400 недель.

— Доктор, у меня боли в спине.

Доктор просит больного нагнуться:

— Так лучше?

— Все равно больно.

Нагибает еще больше:

— А так?

— Так намного легче.

— Ну вот так и ходите.

— Я уже лет 20 лет работаю на радио, 5 лет как на телевидении, общалась с сотнями людей разного возраста на разные темы, но, признаюсь, темы онкологии и проблем, с которыми повсеместно сталкиваются онкопациенты, коснулась только сейчас. Из личных мотивов, когда рак затронул мою семью, самого, пожалуй, близкого мне человека. До этого, честно, я была далека от этих вопросов.

Год назад моему мужу в его 31 год поставили диагноз «рак». Сложно передать те чувства и эмоции, которые доминировали тогда, мешая адекватно думать и искать выход из ситуации. Были и паника, и слезы, потом апатия. Но все это нужно убирать и тем более не показывать заболевшему человеку, который и так не понимает, что с ним произошло. Теперь, спустя год, я могу говорить об этом достаточно спокойно, зная о проблеме, изучив ее изнутри. И не только говорить о своем опыте, но и помогать другим людям справляться с этой сложной жизненной ситуацией.

— Почему вы решились открыто заявить, что вас эта проблема коснулась лично?

— Тема онкологии, безусловно, до сих пор отпугивает большинство людей. Люди не хотят слышать про негатив, возможно, потому, что надеются на авось, дескать, меня это не коснется, и поэтому же, кстати, не хотят проверяться. Зачем же им слу-

шать про других, которые, как и они, в свое время прохлопали болезнь. Но я уверена, что чем публичнее персона, тем доступнее информация для других. Можно, например, привлекать внимание к врачам, которые делают успехи в лечении онкопациентов. Сами они непубличные люди, им лучше заниматься своей работой, а мы должны рассказывать об их достижениях. Я не боюсь поднять тему рака в нашей юмористической программе, но я понимаю, что у всех будет оторопь. Сегодня слово «рак» на телевидении нерейтинговое. Но самое страшное не рейтинги, а то, что болезнь, как и эта жизнь, — это не съемки шоу, это реальность.

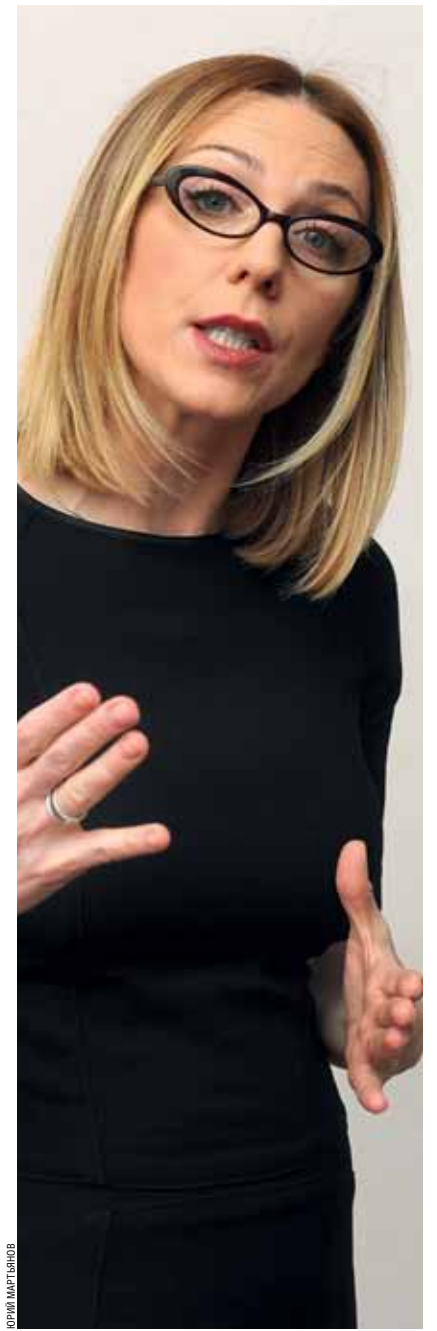
— Как относятся коллеги, ваши близкие к тому, что вы поддерживаете кампанию «Движения против рака»?

— Недавно, кстати, мы с ними обсуждали этот вопрос и то, что можно советовать пациентам с позиции своего опыта. К сожалению, сейчас многие люди уходят из жизни из-за отказа от лечения, потому что уповают на Бога. Это очень тонкая тема. Безусловно, обращение к религии в таких ситуациях за помощью должно быть, но ни в коем случае не как замена жесткой схеме лечения, которую назначил доктор. К сожалению, молитва не лечит. Возможно, были волшебные случаи исцеления, но давайте говорить об этом как о чудесах, а не как о методе

лечения. В поисках психологической поддержки пациент готов зацепиться за любую надежду — ходить в церковь, обратиться в буддизм, езжайте в Тибет, но без медикаментов и лечения это не работает.

— Сегодня пациенты часто сталкиваются с нехваткой лекарств. Что вы советуете делать?

— Сейчас даже президенту уже пишут письма и добиваются бесплатного лечения, то есть защищают свои законные права. Значит, можно добиваться и требовать адекватного лечения и на местном уровне. Я понимаю, что бюджеты расписываются на год вперед. Если кто-то написал письмо чиновнику и ему помогли, это же значит, что кто-то другой может остаться без лечения. На всех денег не хватает, как бы государство ни отчитывалось об увеличении расходов на здравоохранение. Государство не может определить наперед, кому и сколько нужно лекарств, сколько человек с таким-то диагнозом и сколько будет новых случаев. К сожалению, у нас государство заботится не о конкретной жизни, а об организации системы здравоохранения. У нас считается, что если всех невозможно вылечить, то выделение средств на лечение — это деньги на ветер. Появилось равнодушие к отдельной человеческой жизни. Но Россия не должна разбрасываться населением просто так, мы же выйдем!



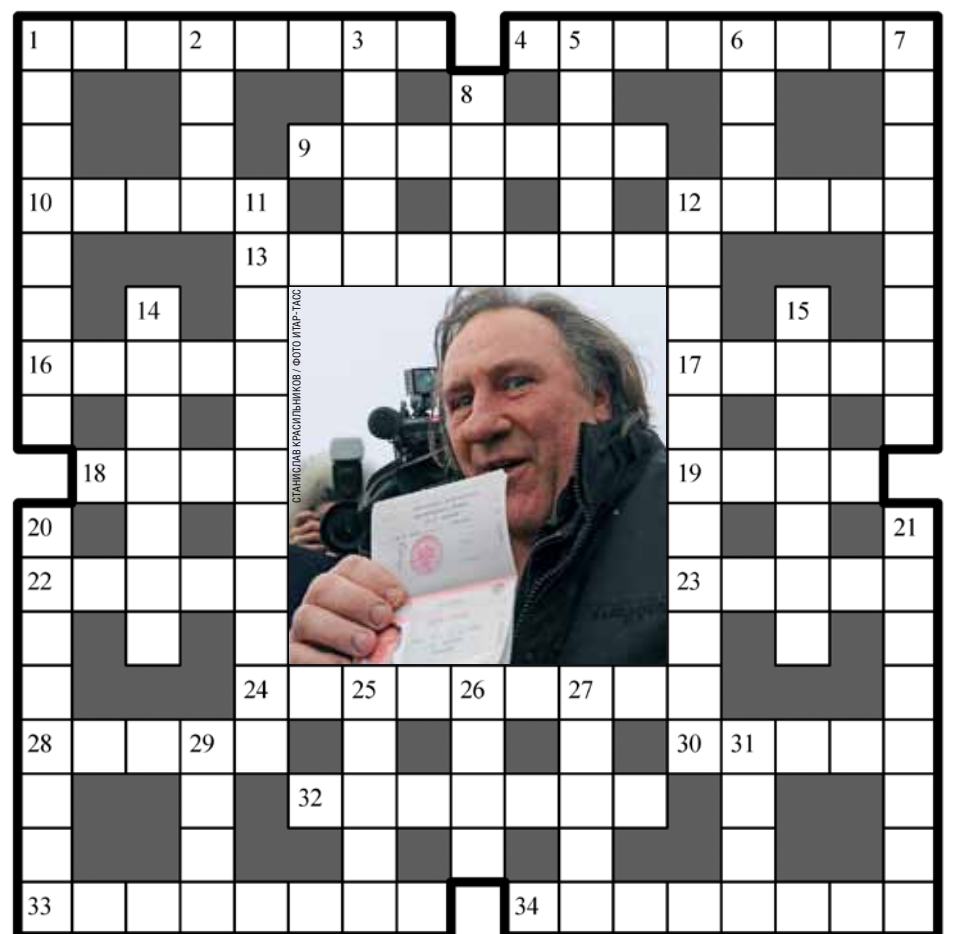
ЮРИЙ МАРТЫНОВ

КРОССВОРД

ВОПРОСЫ:

По горизонтали: 1. Дизайнер по лицу. 4. Актриса, чья известность началась с «Дикой собаки Динго». 9. Лекарство против излишней доброты, прописанное коту Леопольду. 10. Одно-разовое орудие медсестры. 12. Детская прививка «пуговкой». 13. Название гриппа на итальянский манер. 16. Полное совершенство. 17. Древний персидский поэт. 18. Закуска к горилке. 19. Нарост на березе, ценный своими целебными свойствами. 22. Очаг жизни среди бескрайних песков. 23. Финское название Финляндии. 24. Способность организма противостоять инфекции. 28. Радиоактивный элемент, открытый супругами Кюри. 30. Дурно пахнущий зверек. 32. Шоколадная сборная. 33. Самый знаменитый гражданин России с мордовской пропиской и чеченской квартирой. 34. Порода Каштанки в рассказе Чехова.

По вертикали: 1. Психологическое воздействие на сознание человека. 2. Футбольный клуб из Махачкалы. 3. Специалист по закатыванию камня на гору в греческой мифологии. 5. Экваториальное созвездие. 6. «Грим» Золушки. 7. Отрасль медицины, занимающаяся оперативными методами лечения. 8. Ресторанное чтиво. 11. Основоположник космонавтики. 12. Штат на северо-востоке США. 14. Музыкальный продюсер группы «ВИА Гра». 15. Столица Таиланда. 20. Больше чем друг, меньше чем муж (американизм). 21. Город, на который упала первая атомная бомба. 25. Вендетта. 26. Газ, засветившийся в рекламе. 27. Второй советский космонавт. 29. Швейно-медицинский инструмент. 31. Брат Авеля.



Игра. 31. Капитан. 12. Маскарусет. 14. Меладзе. 15. Бангкок. 20. Бойфренд. 21. Хиросима. 25. Местр. 26. Нонн. 27. Титов. 29.

По вертикали: 1. Визажист. 2. Анжис. 3. Сизиф. 5. Орин. 6. Сажа. 7. Хирургия. 8. Меню. 11. Цинковокский. Дендропе. 34. Дворняга. 17. Саади. 18. Чага. 19. Сапо. 22. Оазис. 23. Суоми. 24. Иммунист. 28. Радий. 30. Скунс. 32. Ассорти. 33.

«Равное право на жизнь» №9
тираж: 3000 экз.
распространяется бесплатно
свидетельство о регистрации:
ПИН-ФС77-45868

дата и время подписания
в печать: 15:00, 15 марта
2013 г.

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

главный редактор:
МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
дизайн и верстка:
ИВАН СИДЕНКО

Над номером работали:
ИРИНА ВЛАСОВА,
ИРИНА КОСТОГЛОВА,
РОМАН КОНДРАТЬЕВ,

АННА ВАСИЛИНА,
ВЛАДИМИР ЦЫБУЛЬСКИЙ,
ЕКАТЕРИНА ПЕТРОВА

Номер подготовлен к печати
ЗАО «Издательский синдикат»,
тел. (499) 943-97-74

Отпечатано в типографии
«Немецкая фабрика печати»

Телефон горячей линии:

8-800-200-2-200

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