



Украина

Неконтролируемая боль

Обязательства Украины в области обеспечения паллиативной помощи по стандартам доказательной медицины

H U M A N
R I G H T S
W A T C H

*Хотел упасть головой вниз и разбиться насмерть,
чтобы больше не болело.*

Влад Жуковский о своей попытке выпрыгнуть из окна от боли



Неконтролируемая боль

Обязательства Украины в области обеспечения паллиативной помощи по стандартам доказательной медицины

Copyright © 2011 Human Rights Watch
All rights reserved.
Printed in the United States of America
ISBN: 1-56432-770-1
Cover design by Rafael Jimenez

Human Rights Watch
350 Fifth Avenue, 34th floor
New York, NY 10118-3299 USA
Tel: +1 212 290 4700, Fax: +1 212 736 1300
hrwnyc@hrw.org

Poststraße 4-5
10178 Berlin, Germany
Tel: +49 30 2593 06-10, Fax: +49 30 2593 0629
berlin@hrw.org

Avenue des Gaulois, 7
1040 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 732 2009, Fax: + 32 (2) 732 0471
hrwbe@hrw.org

64-66 Rue de Lausanne
1202 Geneva, Switzerland
Tel: +41 22 738 0481, Fax: +41 22 738 1791
hrwgva@hrw.org

2-12 Pentonville Road, 2nd Floor
London N1 9HF, UK
Tel: +44 20 7713 1995, Fax: +44 20 7713 1800
hrwuk@hrw.org

27 Rue de Lisbonne
75008 Paris, France
Tel: +33 (1) 43 59 55 35, Fax: +33 (1) 43 59 55 22
paris@hrw.org

1630 Connecticut Avenue, N.W., Suite 500
Washington, DC 20009 USA
Tel: +1 202 612 4321, Fax: +1 202 612 4333
hrwdc@hrw.org

Web Site Address: <http://www.hrw.org>



Май 2011 г.

ISBN 1-56432-770-1

Неконтролируемая боль

Обязательства Украины в области обеспечения паллиативной помощи по стандартам доказательной медицины

Карта Украины	1
Глоссарий	2
Пролог: история Влада Жуковского	5
Краткое содержание.....	8
Ключевые рекомендации	16
Методология	18
I. Введение: паллиативная помощь и лечение боли.....	20
II. Сельские районы: отсутствие или ограниченная доступность сильнодействующих анальгетиков	24
История Константина Зварича.....	24
Отсутствие лицензий у сельских больниц и аптек.....	25
Системные проблемы в организации лечения боли	26
Аптеки и опиоидные анальгетики	31
III. Общенациональная проблема качества лечения боли.....	33
История Любы Клочковой.....	33
Украинские стандарты лечения боли в сопоставлении с рекомендациями ВОЗ	35
Лечение боли неонкологической природы	51
IV. Обзор причин сложившейся ситуации	55
Стратегия.....	56
Подготовка работников здравоохранения	57
Обеспечение наличия обезболивающих средств.....	59
Роль фармацевтической компании «Здоровье народу»	75
Роль МККН и УООННП	76

V. Правовые аспекты	79
Национальное законодательство.....	79
Право на наивысший достижимый уровень здоровья.....	79
Право на здоровье и паллиативная помощь	81
Право не подвергаться пыткам и жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению	82
VI. Рекомендации.....	85
Правительству Украины	86
Фармацевтической компании «Здоровье народу».....	89
Международному сообществу	90

Карта Украины



Глоссарий

Амбулатория – амбулаторное лечебное учреждение, наряду с фельдшерско-акушерским пунктом зачастую единственное доступное учреждение здравоохранения в сельской местности.

Анальгетик – обезболивающее средство.

Хроническая боль – в данном докладе понимается как боль, присутствующая на протяжении недель, месяцев или лет в отличие от боли в течение нескольких часов или дней. В силу длительности умеренная/острая хроническая боль должна сниматься пероральными опиоидами, а не многократными инъекциями, особенно у пациентов с сильным истощением при раке или СПИДе.

Центральная районная больница – основное лечебное и административное учреждение здравоохранения. Имеется в каждом из 490 районов Украины.

Контролируемые препараты – лекарственные средства, содержащие контролируемые вещества.

Контролируемые вещества – вещества, подпадающие под действие любой из трех международных антинаркотических конвенций: Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г.; Конвенции о психотропных веществах 1971 г.; Конвенции о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.

Зависимость – Экспертный комитет ВОЗ во вопросах наркозависимости определяет ее как «комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных проявлений различной интенсивности, в котором высокую приоритетность имеет употребление психоактивного вещества (веществ). Необходимыми характерными чертами являются стремление к получению и приему наркотика и устойчивое наркоориентированное поведение. Детерминанты и проблемные последствия наркозависимости могут быть биологическими, психологическими или социальными и обычно взаимно накладываются». Зависимость однозначно считается расстройством здоровья. Для установления синдрома зависимости по Международной статистической классификации болезней ВОЗ (МКБ-10) необходимо наличие трех или более из шести перечисленных ниже характерных признаков:

- а) сильная потребность или необходимость принять вещество;
- б) нарушение способности контролировать прием вещества, т. е. начало употребления, его окончание или дозировку употребляемых веществ;

- с) физиологическое состояние отмены, при котором прием вещества прекращается или уменьшается, и о котором свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- d) признаки привыкания, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами;
- e) прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия;
- f) продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли или мог сознавать индивидуум природу и характер вредных последствий.

По мнению экспертов ВОЗ, между этими двумя определениями «существенных расхождений нет».

Попадание в незаконный оборот – распространение контролируемых препаратов по нелегальным каналам либо их незаконное употребление.

Основные лекарственные средства – определяются Примерными перечнями ВОЗ для взрослых и детей. Оба перечня содержат наиболее действенные, безопасные и доступные по цене препараты первоочередной важности.

Фельдшерско-акушерский пункт – сельское лечебное учреждение, оказывает базовую помощь, в том числе первую помощь и дородовое наблюдение, профилактические осмотры, прививки и т.п. Штат комплектуется средним медперсоналом, врач с высшим образованием отсутствует.

Хоспис – специализированное учреждение паллиативной помощи. В Украине хосписы существуют исключительно в виде стационаров.

Болезни, не предполагающие излечивающей терапии (life-limiting) – широкий спектр расстройств и состояний, включающих рак, ВИЧ/СПИД, деменцию, сердечную, почечную и печеночную недостаточность, а также стойкую инвалидность травматической природы, которые сопровождаются болезненными или неприятными симптомами. Могут чередоваться с периодами здоровой активности, однако обычно присутствует, как минимум, теоретическая возможность преждевременной смерти.

Нецелевое использование – в этом докладе применяется к любому использованию контролируемых на национальном или международном уровне препаратов иначе, как для медицинских или научных целей.

Морфин – сильный опиоидный препарат, основное средство снятия умеренной/острой боли. Включен ВОЗ в Примерный перечень основных лекарственных средств в виде инъекционного раствора, таблеток и перорального раствора.

Наркотические средства – все наркотики, подпадающие под действие Единой конвенции 1961 г.

Опиоид – подобный опиуму. Используется в различном контексте с различным, но сходным значением. В фармакологии так называют вещества, по фармакологическому действию (обезболивающему) сходные с морфином и кодеином. Опиоиды могут быть натуральными, синтетическими или даже вырабатываться организмом (эндорфины).

Общедоступные анальгетики – неопиоидные обезболивающие препараты для снятия умеренной боли, включая парацетамол (ацетаминофен), аспирин и ибупрофен.

Паллиативная помощь – комплекс служб и мероприятий здравоохранения, направленных на повышение качества жизни у пациентов с хроническими или неизлечимыми болезнями через купирование боли и других симптомов и психосоциальную поддержку, в том числе для членов семьи. Может оказываться параллельно с лечебной помощью, но нацелена не на излечение, а на облегчение и уход.

Психосоциальная поддержка – комплекс мероприятий для пациентов и их родственников по снятию социальных и психологических проблем, связанных с хронической или неизлечимой болезнью члена семьи. Оказывается психологами, психотерапевтами и социальными работниками.

Сильные опиоидные анальгетики – обезболивающие препараты, содержащие морфин, метадон, фентанил и оксикодон и предназначенные для лечения умеренной/острой боли.

Слабые опиоидные анальгетики – обезболивающие препараты, такие как кодеин, диgidрокодеин и трамадол, применяются для лечения слабой/умеренной боли.

Пролог: история Влада Жуковского

Влад Жуковский родился в 1983 г. и во многих отношениях был вполне типичным представителем молодого поколения украинцев. Он жил с матерью и сестрой в двухкомнатной квартире в Черкассах в центральной Украине, играл на гитаре и гулял по берегу Днепра. Вместе с группой близких друзей регулярно ходил в церковь. Увлекался компьютерами и надеялся, что это станет делом его жизни.

Привычная жизнь внезапно прервалась в 2001 г., когда Влад учился на втором курсе по специальности компьютерная техника. На занятиях у него так сильно разболелась голова, что, по словам матери, он упал, крича от боли. «Мы дали ему анальгин, но ничего не помогло, - рассказывала Надежда Жуковская. – Он только держался за голову и кричал».¹ Она вызвала «скорую», и в больнице у Влада нашли обширную злокачественную опухоль – медуллобластому головного мозга.

Началась упорная девятилетняя борьба с раком. Первую опухоль удалось блокировать облучением, но метастазы стали развиваться в других местах: в нижней части позвоночника, снова в голове, в грудной полости и под конец опять в позвоночнике. После каждой новой опухоли периоды ремиссии становились все короче, а Влад все больше слабел.

Все это время Владу с матерью приходилось бороться не только с самой болезнью, но и с болью. Здесь, по крайней мере, они могли бы рассчитывать на успех. Как отмечает Всемирная организация здравоохранения, «*существующие* медицинские знания и методики *позволяют*, как минимум, в значительной степени купировать болевой синдром в онкологии».² Однако Владу пришлось на собственном опыте убедиться в том, что существующий в Украине поход к лечению боли онкологической природы имеет мало общего с современными медицинскими знаниями.

В 2007 г. у Влада начались постоянные острые боли, которые не удавалось снять общедоступными анальгетиками. Как говорит его мать, все эти годы не оставлявшая сына наедине с недугом, боль была настолько сильной, что сын часто кричал, иногда так громко, что соседи ругались: «Слышать его боль, как он мучается, как стонет – просто невозможно было в одной комнате находиться». Боль лишала Влада сна, делала

¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч, по телефону, 17 декабря 2010 г. Если не указано иное, вся информация в данном разделе приводится по этому интервью.

² WHO, "Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment," 2000, p. 1.

неуравновешенным, мешала нормальному общению с семьей и друзьями и – наверное, самое страшное для молодого человека, привыкшего вести активный образ жизни, - заставляла неподвижно лежать, уставившись в потолок. Фактически, боль калечила Влада сильнее, чем рак.

Рано или поздно Влад стал получать сильное обезболивающее, но уколы назначались с недостаточной частотой и дозировкой, поэтому полного облегчения не наступало. ВОЗ рекомендует вводить морфин или сопоставимый по силе анальгетик каждые четыре часа, чтобы обеспечить постоянное облегчение, а «правильной» считает ту дозу, которая позволяет снять боль.³ Владу же поначалу назначили всего три ампулы в день, предоставив ему остальные 12 часов справляться с болью самостоятельно.



Мать Влада Жуковского - Надежда ненадолго оставляет спящего сына, чтобы сходить в аптеку. © 2011 Scott Anger, Bob Sacha / Open Society Foundations

В один из дней в июне 2008 г. боль стала такой невыносимой, что Влад решил выпрыгнуть из окна своей палаты. Пока мать уговаривала медсестер вколоть ему еще, он успел забраться на подоконник – окно было открыто. В последний момент, когда он уже перевесился наружу и фактически падал вниз, его заметил сосед по палате – бывший милиционер, который успел схватить Влада за ногу и втащить обратно. Потом Влад говорил матери, что хотел упасть «головой вниз и разбиться насмерть, чтобы больше не болело». Молодой человек был очень религиозным и тяжело переживал свою минутную слабость. Впоследствии он неоднократно делился с матерью своими страхами, что боль может толкнуть его на грех и что из-за этого он не сможет встретиться с ней в раю.

Каким бы ни казалось врачам состояние Влада, они крайне неохотно, порой на грани враждебности, реагировали на неоднократные просьбы матери назначить

³ WHO, Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability, 1996, p. 16.

дополнительные уколы. Когда она попросила четвертую ампулу, ей было сказано, что она продает наркотики «налево». Годом позже, когда мать уже в другом медучреждении пыталась настаивать на необходимости пятого укола, врачи заявили, что это приведет к передозировке, а их отдадут под суд, «как врача Майкла Джексона».

Поддерживаемый матерью и местной паллиативной НПО «Лицом к лицу», Влад продолжал бороться с болью и с раком. Он пытался сохранять оптимизм и радовался каждому мгновению, когда боль отступала. Даже когда рак поразил спинной мозг и у Влада отнялась вся нижняя половина тела, его приходские друзья время от времени вывозили его в инвалидной коляске на берег Днепра.

В октябре 2010 г. Влад умер. За несколько месяцев до смерти он говорил, что хочет, чтобы его запомнили как «обычного счастливого человека – как нормального общительного Влада».⁴

За все девять лет, пока продолжалась эта трагическая история, Влад и его мать не раз обсуждали между собой необходимость изменения украинской системы здравоохранения, из-за которой ему пришлось так долго и так сильно страдать. Влад не хотел, чтобы его страдания остались напрасными и чтобы его история снова и снова повторялась для десятков тысяч украинцев, которым ежегодно приходится бороться с раком.

* * *

Этот доклад посвящается стойкости и мужеству Влада Жуковского и самоотверженности его матери – Надежды.

⁴ В мае 2010 г. съемочная группа Института «Открытое общество» снимала с его участием сюжет для документального фильма.

Краткое содержание

Люди, страдающие заболеваниями, которые не предполагают излечивающей терапии,⁵ нуждаются не только в лечении, но и в паллиативной помощи. Последняя занимается вопросами облегчения боли и повышения качества жизни пациентов, у которых наблюдаются и другие симптомы, мешающие нормально жить: затрудненное дыхание, тревожные состояния, депрессия.

Каждый год почти полмиллиона человек в Украине могут нуждаться в паллиативной помощи по целому ряду болезней.⁶ Сюда входят заболевания сердечно-сосудистой системы, на которые приходится почти 489 тыс. случаев смерти в год; рак - около 100 тыс.; болезни органов дыхания - почти 28 тыс.; неврологические расстройства (включая болезнь Альцгеймера) - 6,5 тыс.; СПИД - около 2,5 тыс.⁷

Один из ключевых компонентов паллиативной помощи - это снятие боли. Умеренная/острая боль наблюдается примерно у 80% больных раком на поздних стадиях и у значительного числа больных СПИДом и другими хроническими и неизлечимыми болезнями. Существующие медицинские знания позволяют в большинстве случаев успешно справляться с болью, однако украинская система государственного здравоохранения не обеспечивает ее эффективного лечения и не предусматривает поддержки родственников таких больных. Это связано с проблемами общей политики здравоохранения, подготовки специалистов и обеспечения наличия препаратов: недостаточной целостностью, активностью и координацией в деятельности государственных органов; неоправданно обременительным наркорегулированием; отсутствием надлежащей подготовки и клинической практики в области паллиативной помощи для медработников.

⁵ Хотя паллиативная помощь часто ассоциируется с терминальными болезнями, она может оказаться полезной при намного более широком круге расстройств или состояний здоровья. Сторонники паллиативной помощи говорят о «болезнях или состояниях, не предполагающих излечивающей терапии», - «life-limiting» - для обозначения категории пациентов, которые могут нуждаться в паллиативной помощи, включая купирование симптомов, лечение боли, психологическую и духовную поддержку и пр. Болезни или состояния, не предполагающие излечивающей терапии – это хронические состояния, ограничивающие или могущие ограничить способность пациента вести нормальную жизнь и включающие, среди прочего, рак, ВИЧ/СПИД, деменцию, серьезные психические расстройства, нарушения функций сердца, почек и печени, а также стойкую инвалидность травматической природы.

⁶ По оценкам ВОЗ, в паллиативной помощи могут нуждаться около 60% умирающих (Stjernsward, Clark, “Palliative Medicine: A Global Perspective” // Doyle et al, eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd edition). Для Украины с населением 45,4 млн. человек и смертностью 15,7 на 1 тыс. (US Central Intelligence Agency, *The World Fact Book*, 2010, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html>) эта доля соответствует примерно 428 тыс. человек в абсолютных цифрах.

⁷ WHO Regional Office for Europe, European Mortality Database, 2005, http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm.

В стране действуют девять хосписов в общей сложности на 650 койко-мест.⁸ Предусмотрено выделение койко-мест для паллиативного ухода в некоторых государственных больницах, в рамках национальной программы борьбы с онкологическими заболеваниями планируется открыть 36 хосписов к 2016 г., хотя в отношении последнего пока нет ясности с финансированием.⁹ Однако большинство неизлечимо больных людей в стране умирают дома, предоставленные сами себе: пациенты, не проходящие курс лечения, госпитализации не подлежат, а система паллиативной помощи на дому в достаточной степени не развита.¹⁰ Некоторые НПО занимаются оказанием паллиативной помощи на дому, но у них нет права лечить боль с помощью опиоидных анальгетиков, как это рекомендует ВОЗ при умеренной/острой боли. В большинстве СПИД-центров услуги паллиативной помощи не оказываются.¹¹ По оценке доклада Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г., ежегодное потребление Украиной опиоидных анальгетиков является «заметно недостаточным».¹²

В 2010 г. Хьюман Райтс Вотч совместно с харьковским Институтом правовых исследований и стратегий и ровенским и киевским отделениями Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, исследовала ситуацию с доступностью лечения боли и паллиативной помощи в Украине. Выяснилось, что история Влада Жуковского – это не трагическое исключение, а во многих отношениях типичная судьба пациентов, страдающих от болей при хронических или неизлечимых расстройствах здоровья.

В десятках интервью с пациентами и их родственниками, врачами, медсестрами и государственными чиновниками вырисовывалась картина системы здравоохранения, в которой систематически не удовлетворяется потребность в лечении острой боли,

⁸ Информация пресс-службы МОЗ Украины от 21 декабря 2010 г., http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/article;jsessionid=CA13DDA8611EF7B8E83F12CEC812FD47?art_id=243933605&at_id=33695; Institute of Palliative and Hospice Medicine, “Development of Palliative Care in Ukraine in 2008,” http://www.eurochaplains.org/ukraine_pal_development_o8.pdf.

⁹ Общегосударственная программа борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 г., утверждена Верховной Радой в декабре 2009 г., в досье Хьюман Райтс Вотч.

¹⁰ По данным Европейской ассоциации паллиативной помощи, в 2005 г. в Донецкой области 85% больных умирали дома. EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe, <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/CountriesRep/Ukraine.pdf>. Для онкологических больных эта цифра составляет 82%, для сердечно-сосудистых – 86% в целом по стране. V.Mykhalsky, “Palliative Care in Ukraine,” <http://www.eapcnet.org/download/forEAPC-East/PCinUkraineReport-2002.pdf>.

¹¹ В 2010 г. МОЗ констатировало отсутствие в большинстве случаев как ухода на дому, так и паллиативного ухода и лечения в связи с распространёнными инфекциями, связанными с ВИЧ. Ministry of Health of Ukraine, “Ukraine: National Report on Monitoring Progress towards the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS,” 2010, p. 103, http://data.unaids.org/pub/Report/2010/ukraine_2010_country_progress_report_en.pdf.

¹² International Narcotics Control Board, “Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes,” 2010, http://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf.

поскольку имеющиеся возможности нередко оказываются недоступными, современные методики с подтвержденной эффективностью игнорируются, а действующее наркорегулирование сфокусировано на недопущении незаконного оборота и не позволяет медикам воспользоваться опытом доказательной медицины. Те медработники, которые стремятся максимально использовать существующие возможности, нередко вынуждены «балансировать на грани закона».¹³ Они в нарушение порядка разрешают пациентам забирать домой некоторый запас сильных анальгетиков для самостоятельного введения или оставляют при посещении суточную дозу. Пытаясь помочь людям, они идут на риск административных или уголовных санкций.

Особенно удручающей представляется ситуация в сельских районах, где сильные опиоидные анальгетики, если вообще присутствуют, нередко оказываются почти недоступными, в то время как там живет примерно треть 46-миллионного населения Украины.¹⁴ Медработники на селе говорили нам, что лицензия на хранение и выдачу контролируемых препаратов¹⁵ есть только у центральных районных больниц, а для большинства медучреждений низового звена получение такой лицензии слишком обременительно и дорого. В результате жители нередко оказываются на значительном расстоянии от места, где им могут предоставить сильные обезболивающие препараты.

Проблема расстояний не стояла бы столь остро, если бы медработники имели право выдавать недельный или двухнедельный запас опиоидов на руки пациентам или их родственникам. Однако в соответствии с действующим порядком сильнодействующие инъекционные опиоиды должны вводиться медработниками непосредственно, хотя с медицинской точки зрения в этом нет необходимости. Поскольку пероральный морфин в Украине отсутствует в принципе, средний медперсонал вынужден несколько раз посещать пациента на дому, чтобы сделать укол. Но если следовать рекомендации ВОЗ о введении морфина каждые четыре часа, то шестикратное посещение пациента становится для медработников непомерной нагрузкой. Как заметила медсестра в одном из районов, «больные, которые в глубинке живут, - обречены».¹⁶

В крупных городах наблюдается другая проблема: здесь у медучреждений обычно есть лицензия на работу с сильными опиоидными анальгетиками, но само лечение боли

¹³ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, 12 мая 2010 г. с главврачом ЦРБ в районе 5.

¹⁴ State Statistics Committee of Ukraine, "General results of the census", 2002, <http://2001.ukrcensus.gov.ua/eng/results/general>.

¹⁵ В Украине для лечения умеренной/острой боли применяются три сильных опиоидных анальгетика: морфин, омнопон и промедол. Омнопон представляет собой смесь морфина, кодеина и ряда других компонентов. Промедол относится к синтетическим опиоидам. Оба последних препарата слабее, чем морфин.

¹⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч в районе 1, 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

нельзя признать удовлетворительным в ситуации, когда оно обеспечивается в недостаточном объеме и непоследовательно, без учета базовых принципов Всемирной организации здравоохранения.¹⁷

Нет никаких разумных причин, которые могли бы помешать Украине обеспечить людям с хроническими или неизлечимыми болезнями достойный уровень паллиативной помощи и лечения боли. Несмотря на нехватку ресурсов, страна располагает системой здравоохранения, которая способна реализовать эффективные лечебные методики по многим другим направлениям.

Непринятие мер по устранению обозначенных в этом докладе барьеров на пути к эффективному лечению боли приводит к нарушению Украиной права на наивысший достижимый уровень здоровья, гарантированного Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах, а возможно – и к нарушению запрета пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Консервируется отставание страны от соседей с менее ограничительным наркорегулированием, включая Беларусь, Молдову, Россию и Турцию, а также от всего европейского региона, где – за исключением Армении и Азербайджана – пациентам доступен пероральный морфин.¹⁸ Дальнейшее бездействие будет также означать сохранение в национальной медицинской практике фундаментального разрыва со стандартами ВОЗ и поддержание ситуации, в которой медработникам придется идти на нарушение закона, а пациентам – страдать без необходимости.

Все студенты должны проходить базовый курс паллиативной помощи и лечения боли. Для тех, кому по специальности придется часто иметь дело с хронически или неизлечимо больными пациентами, должна быть предусмотрена углубленная подготовка и клиническая практика. Правительство должно безотлагательно скорректировать ограничительный и обременительный порядок лицензирования медучреждений и медработников в части хранения, назначения или выдачи опиоидных анальгетиков, а

¹⁷ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996.

¹⁸ N.I.Cherny, J.Baselga, F. de Conno, L.Radbruch, Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative // *Annals of Oncology, Volume 21, Issue 3, pp. 615-626*. Были обследованы все европейские страны за исключением Армении, Азербайджана, Мальты и Сан-Марино. Большинство центральноазиатских государств не рассматривались.

Несколько государств активно продвигаются в развитии службы паллиативной помощи. Румыния в 2005 г. полностью пересмотрела свое законодательство по контролю за наркотиками в интересах достаточной доступности обезболивающих препаратов. Грузия в 2010 г. приняла национальную стратегию развития паллиативной помощи, внедрила у себя пероральный морфин и отменила ряд норм, препятствовавших обеспечению наличия сильных опиоидных анальгетиков. См.: Reform of drug control policy for palliative care in Romania, Daniela Mosoiu, MD, Karen M. Ryan, MA, David E. Joranson, MSSW, Jody P. Garthwaite, BA // *The Lancet*, 24 June, 2006 (Vol. 367, Issue 9528, pp. 2110-2117), DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68482-1, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68482-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68482-1/abstract)

также упростить порядок их назначения, в настоящее время препятствующий своевременному использованию морфина при лечении боли. Обременительный порядок выдачи должен быть пересмотрен, а сложная и затратная система учета – улучшена. Проверки работающих с опиоидами медучреждений должны проводиться таким образом, чтобы в минимальной степени сказываться на оказании и доступности медицинской помощи, а в уголовном кодексе должна быть предусмотрена различная ответственность за умышленное и непреднамеренное нарушение порядка обращения с опиоидными препаратами.

* * *

Нашим исследованием установлено, что в тех ситуациях, когда сильные опиоидные анальгетики имеются в наличии, их использование фундаментальным образом расходится с установленными ВОЗ пятью базовыми принципами, которые, как правило, игнорируются.¹⁹

Принцип 1: Препараты должны по возможности приниматься перорально. Если это невозможно, должны использоваться ректальные суппозитории или подкожные инъекции. В Украине пероральный морфин отсутствует в принципе, сильные опиоиды назначаются только в инъекционном виде. При этом вопреки рекомендации ВОЗ о подкожном введении уколы делаются внутримышечно. Это приводит к многократным травмирующим воздействиям, которые дискомфортны для пациента и чреваты риском инфекции. Так, за три года, пока ему кололи сильные анальгетики, Влад Жуковский получил тысячи уколов, и мать сравнивала его ягодичы с «минным полем».

Принцип 2: Для достижения постоянного облегчения обезболивающие препараты должны поступать в организм пациента каждые четыре часа. Вопреки этой рекомендации ВОЗ большинство украинских пациентов получают сильные анальгетики всего один или два раза в день. Поскольку действие морфина длится от четырех до шести часов, оставшееся значительное время суток пациенты находятся без достаточной помощи. Назначение в промежутках более слабых анальгетиков и других препаратов не обеспечивает эффективного облегчения, к тому же пациенты подвергаются риску ненужных побочных эффектов. Собранные нами сведения указывают на то, что во многом такая практика обусловлена действующим в Украине порядком, в соответствии с которым медработники обязаны лично вводить пациенту сильнодействующие опиоиды в инъекционной форме. В различных медучреждениях нам говорили, что у них нет возможности обеспечить посещение пациента медсестрой на дому по шесть раз в сутки.

¹⁹ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996.

Принцип 3: Выбор обезболивающего средства (общедоступный анальгетик, слабый опиоид, сильный опиоид) определяется в зависимости от остроты боли. Если действие препарата слабеет, следует перейти к более сильному. По оценкам экспертов, потребность в морфине присутствует примерно у 80% больных раком в терминальной стадии в течение, в среднем, 90 последних дней.²⁰ При этом данные, собранные нами в украинских медучреждениях, указывают на то, что многие больные получают сильные опиоиды позже или не получают вообще. В шести больницах и одном поликлиническом отделении горбольницы, по которым у нас имеются данные, сильные опиоиды получали, в лучшем случае, около трети онкобольных в терминальной стадии (обычно – намного меньше), при этом зачастую существенно меньше 90 дней.

Принцип 4: Дозировка определяется индивидуально. Максимальной дозы для сильных опиоидных анальгетиков не существует. Вопреки прямой рекомендации ВОЗ о недопустимости ограничения суточной дозы морфина Министерство охраны здоровья Украины и фармацевтическая компания «Здоровье народу» - единственный национальный производитель морфина рекомендуют 50 мг в инъекционной форме. Эта доза намного ниже того, что безопасно и эффективно применяется для снятия боли в других странах. Нами установлено, что многие, хотя и не все, украинские врачи не превышают рекомендованную суточную дозу даже в тех случаях, когда она оказывается недостаточной.

Принцип 5: График лечения боли должен быть комфортным для пациента. Поскольку медсестрам приходится лично приходить на дом, чтобы сделать укол морфина, график получения препарата пациентом определяется не его потребностями, а возможностями медработника. В результате пациент может агонизировать в ожидании прихода сестры или получать укол в тот момент, когда у него ничего не болит.

В ходе нашего исследования мы занимались преимущественно положением онкологических больных, но документировали и ряд случаев острой боли при болезнях или состояниях неонкологической природы. Нами установлено, что для таких пациентов получение качественного лечения боли является еще более проблематичным. Врачи-терапевты и другие специалисты, как правило, не обладают соответствующим уровнем знаний и нередко опасаются назначать сильные опиоиды при отсутствии рака. Как рассказывали нам несколько пациентов, врачи игнорировали их жалобы на боль или убеждали их, что та сама уйдет после устранения причины.

* * *

²⁰ Kathleen M. Foley, et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS," // Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 981-994.

Наличие паллиативной помощи и лечения боли в Украине так или иначе ограничивается проблемами в трех областях: политике здравоохранения, подготовке специалистов и обеспечении доступности препаратов. Всемирная организация здравоохранения считает каждое из этих направлений принципиально важным для развития служб паллиативной помощи и лечения боли и настоятельно рекомендует государствам развивать их, отмечая, что это не требует значительных расходов, но может заметно сказаться на удовлетворении потребности в паллиативной помощи.²¹

Стратегия. ВОЗ считает паллиативную помощь неотъемлемой составляющей комплексного лечения рака, ВИЧ/СПИДа и других болезней и рекомендует государствам разрабатывать национальную стратегию или программу развития таких служб.²² В Украине созданы Институт паллиативной и хосписной медицины и ряд хосписов и паллиативных отделений, однако на данный момент в стране отсутствует общегосударственная политика в этой области, и различными ведомствами не предпринимаются согласованные шаги по устранению препятствий для развития паллиативной помощи. Особо следует отметить пассивность правительства по таким важнейшим вопросам, как отсутствие перорального морфина и необходимость развития служб паллиативной помощи на дому.

Подготовка специалистов. ВОЗ рекомендует обеспечивать надлежащую подготовку работников здравоохранения в области паллиативной помощи и лечения боли.²³ Однако существующие в Украине программы преддипломного и последипломного образования не предусматривают сколько-нибудь углубленной подготовки в этой области. Руководство ВОЗ по лечению боли при онкологии изучается в вузах и медучилищах лишь поверхностно или не изучается вовсе. Многие опрошенные нами медработники не имели адекватного представления о базовых принципах лечения боли и паллиативной помощи.

Обеспечение наличия обезболивающих средств. ВОЗ рекомендует государствам формировать рациональную наркополитику, которая способствовала бы наличию и доступности основных препаратов, включая морфин. Антинаркотические конвенции ООН обязывают государства не только предупреждать незаконный оборот опиоидов, но и обеспечивать их достаточное наличие для медицинских целей.²⁴ Представляется, однако, что в Украине основное внимание уделяется борьбе с незаконным оборотом

²¹ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 3.

²² WHO, "National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, second edition," pp. 86-87.

²³ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 3.

²⁴ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г.; Конвенция о психотропных веществах 1971 г.; Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 г.

контролируемых препаратов. Хьюман Райтс Вотч признает, что в таких странах, как Украина, где остро стоят проблемы незаконного употребления наркотиков – в Украине насчитывается, по оценкам, от 230 до 360 тыс. наркопотребителей - и коррупции в здравоохранении, борьба с незаконным оборотом является особенно актуальной.²⁵ Однако это не должно ограничивать доступность контролируемых препаратов для законных медицинских целей.

Украинское наркорегулирование намного превосходит по своей жесткости требования антинаркотических конвенций ООН и содержит целый ряд положений, прямо препятствующих адекватному лечению боли, отталкивающих врачей от назначения опиоидных препаратов в условиях избыточно обременительного бюрократического порядка и заставляющих врачей постоянно оглядываться на возможные санкции.

Следует отметить, что в правительстве Украины присутствует осознание необходимости реформ в интересах обеспечения эффективных служб лечения боли и паллиативной помощи. Создан Институт паллиативной и хосписной медицины, организованы сотни хосписных койко-мест, снят ряд проблемных положений в нормативно-правовой базе.²⁶ В ходе встречи с нами в октябре 2010 г. председатель Государственного комитета по вопросам контроля за наркотиками Владимир Тимошенко говорил, что его беспокоит отсутствие лицензий у аптек и лечебных учреждений в сельских районах и что его ведомство ищет пути решения проблемы.²⁷

* * *

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах обязывает правительство Украины «использовать максимум имеющихся ресурсов» на цели прогрессивной реализации права на здоровье. Соответственно, правительство должно разработать программу развития и внедрения служб паллиативной помощи, обеспечить наличие и доступность морфина и других основных лекарственных средств по перечню ВОЗ, а также обеспечить надлежащую подготовку медработников в области паллиативной помощи. Непринятие таких мер – это нарушение права на наивысший достижимый уровень здоровья.

²⁵ International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, “Analytical report based on sociological study results Estimation of the Size of Populations Most-at-Risk for HIV Infection in Ukraine in 2009,” Kiev, 2010, p. 12.
http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd_en.pdf.

²⁶ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины».

²⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч. Киев, 22 октября 2010 г.

В рамках запрета пыток и жестокого обращения украинское правительство несет позитивное обязательство по ограждению любых лиц в пределах своей юрисдикции от бесчеловечного или унижающего достоинства обращения, в том числе от неоправданных страданий, вызываемых острой болью. Как отмечал спецдокладчик ООН по пыткам, «непринятие правительствами разумных мер по обеспечению доступности лечения боли ... вызывает вопросы относительно надлежащего исполнения ими этого обязательства».²⁸ Поскольку предлагаемые украинским государственным здравоохранением методики лечения боли фундаментальным образом расходятся с признанной современной международной практикой, а правительство не принимает мер по изменению ситуации, это может быть квалифицировано как нарушение запрета пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинства обращения.

* * *

Этот доклад ограничивается узким вопросом состояния паллиативной помощи в Украине. Хьюман Райтс Вотч в полной мере осознает проблемы с обеспечением наличия и доступности других услуг здравоохранения, и узкая специализация доклада не означает, что правительство не несет международно-правовых обязательств по принятию разумных мер в интересах их решения.

Ключевые рекомендации

Правительству Украины

- Обеспечить наличие перорального морфина во всех звеньях государственного здравоохранения.
- Изменить порядок лицензирования работы с наркотическими препаратами, с тем чтобы обеспечить всем сельским медучреждениям возможность получения лицензии на работу с сильными опиоидными анальгетиками.
- Изменить наркорегулирование, с тем чтобы пациенты или их родственники имели возможность получать на руки сильные опиоидные анальгетики в объеме, достаточном для непрерывного облегчения боли.
- Обеспечить наличие рекомендаций ВОЗ по лечению боли во всех медучреждениях и последипломную подготовку для всех онкологов и других профильных медработников.

²⁸ Письмо спецдокладчика по пыткам Манфреда Новака и спецдокладчика по праву на здоровье Ананда Гровера в Комиссию по наркотическим средствам, декабрь 2008 г., <http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf>.

- В сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами разработать национальный план действий по обеспечению доступности паллиативной помощи и лечения боли, предусматривающий:
- Разработку национальных клинических рекомендаций на основе современных медицинских знаний.
- Введение преподавания современных международных методик лечения боли во всех средних и высших учебных заведениях медицинского профиля и в последипломном образовании.
- Пересмотр национальной нормативно-правовой базы в области контроля за наркотиками в интересах обеспечения баланса между достаточным наличием и доступностью сильных опиоидных анальгетиков для медицинских целей и недопущением их попадания в незаконный оборот.

Фармацевтической компании «Здоровье народу»

- Привести инструкцию, прилагаемую к инъекционному морфину, в соответствие с данными доказательной медицины.
- Начать производство перорального морфина.

Международному сообществу

- Ставить перед украинской стороной вопрос об ограниченной доступности качественных служб паллиативной помощи и лечения боли.
- Предлагать техническое и финансовое содействие для реализации предлагаемых в этом докладе рекомендаций.

Методология

Этот доклад основан на материалах исследований, проводившихся с марта 2010 г. по март 2011 г., в том числе в Украине – в апреле и октябре 2010 г. Исследования в Украине проводились преимущественно в Харьковской и Ровенской областях и в Киеве совместно с харьковским Институтом правовых исследований и стратегий и ровенским и киевским отделениями Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ. Районы выбирались по принципу географического разнообразия. Дополнительные исследования проводились во Львове и в Черкассах. Ситуация с паллиативной помощью в других частях страны изучалась дистанционно.

За четыре недели работы в Украине сотрудником Хьюман Райтс Вотч и партнерскими организациями было проведено свыше 67 интервью с широким кругом заинтересованных сторон. Нами были опрошены 20 человек, страдающих раком, ВИЧ/СПИДом и другими хроническими или неизлечимыми болезнями, или их родственников; 35 работников здравоохранения (онкологов, специалистов в области ВИЧ/СПИДа, анестезиологов, врачей паллиативной медицины и администраторов больницы, хосписов и программ паллиативной помощи); а также около десятка должностных лиц в области контроля за наркотиками и здравоохранения.

Большинство интервью с пациентами и их родственниками проводились на дому. Интервью проводились наедине. Вопросы были частично структурированы и охватывали различные аспекты паллиативной помощи и лечения боли. В начале каждого интервью мы разъясняли собеседнику его цель, обозначали круг вопросов и убеждались в его согласии. Собеседнику сообщалось, что он может в любой момент прервать интервью или отказаться отвечать на тот или иной вопрос без каких-либо последствий. Никакого поощрения собеседнику не предлагалось и не предоставлялось. В интересах конфиденциальности имена пациентов, их родственников и медработников не разглашаются, если только они сами прямо не просили называть их имена.

Все интервью проводились на русском языке, которым сотрудник Хьюман Райтс Вотч владеет свободно. Большинство наших собеседников общались по-русски без труда. При необходимости представители партнерских организаций обеспечивали перевод.

В октябре 2010 г. Хьюман Райтс Вотч представила предварительные итоги исследований Министерству охраны здоровья, Государственному комитету по вопросам контроля за наркотиками, управлению МВД по вопросам законного оборота наркотических средств

и Государственному экспертному центру МОЗ. В марте 2011 г. мы направляли подробное письмо с изложением основных выводов доклада фармацевтической компании «Здоровье народу», предложив ей высказаться и обещав отразить ее позицию в докладе. Текст письма приводится в приложении. На момент завершения работы над докладом в конце апреля 2011 г. ответа не последовало.

Все документы, используемые в докладе, являются общедоступными либо находятся в досье Хьюман Райтс Вотч.

I. Введение: паллиативная помощь и лечение боли

Смысл паллиативной помощи заключается в том, чтобы повысить качество жизни пациентов, страдающих хроническими или неизлечимыми заболеваниями. При этом не ставится цель излечить больного или продлить ему жизнь. Паллиативная помощь направлена на предупреждение или облегчение боли и других соматических и психологических проблем. Как отмечала основатель первого современного хосписа Сесилия Сондерс, паллиативная помощь призвана помочь человеку максимально полноценно дожить до последнего дня, но не отдалить этот день. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает паллиативную помощь неотъемлемой частью лечебного процесса, которая должна быть доступна всем нуждающимся.²⁹ Традиционно это ассоциируется прежде всего с онкологией, но в действительности в такой помощи может нуждаться значительно более широкий круг пациентов, в том числе с тяжелыми неврологическими расстройствами, заболеваниями сердца, печени или почек, а также с неизлечимыми травмами или стойкой инвалидностью.

Один из ключевых компонентов паллиативной помощи - это снятие боли. Хронические боли являются типичным симптомом рака и СПИДа, а также целого ряда других расстройств здоровья.³⁰ Исследования неизменно показывают, что при прогрессирующей онкологии умеренная или острая боль наблюдается в 60 – 90% случаев.³¹ Вероятность болевого синдрома и его острота повышаются по мере развития болезни: по оценкам экспертов, на поздних стадиях рака вероятность серьезных болевых симптомов доходит до 80%.³² Проблема боли актуальна и для значительной

²⁹ WHO, "National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, second edition," pp. 86-87.

³⁰ Болевые симптомы наблюдаются при самых различных болезнях и хронических состояниях, острые боли нередко являются побочным эффектом медицинского вмешательства. В настоящем докладе рассматриваются преимущественно ситуации болевых и других симптомов при неизлечимых болезнях. В паллиативной помощи это называют «болезнями или состояниями, не предполагающими излечивающей терапии», - «life-limiting illnesses».

³¹ C.S.Cleeland, J.L.Ladinsky, R.C.Serlin, N.C.Thuy, "Multidimensional Measurement of Cancer Pain: Comparisons of U.S. and Vietnamese Patients" // *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 3, no. 1 (1988), pp. 23-27; C.S.Cleeland, Y.Nakamura, T.R.Mendoza, K.R.Edwards, J.Douglas, and R.C.Serlin, "Dimensions of the Impact of Cancer Pain in a Four Country Sample: New Information from Multidimensional Scaling" // *Pain*, vol. 67 (1996), pp. 2-3, 267-273; R.L.Daut, C.S.Cleeland, "The prevalence and severity of pain in cancer" // *Cancer*, vol. 50 (1982), 1913-8; K.M.Foley, "Pain Syndromes in Patients with Cancer" // K.M.Foley, J.J.Bonica, V.Ventafridda, eds., *Advances in Pain Research and Therapy* (New York: Raven Press, 1979), pp. 59-75; K.M.Foley, "Pain Assessment and Cancer Pain Syndromes" // D.Doyle, G.W.C.Hanks, N.MacDonald, eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 1979), pp. 310-331; J.Stjernsward, D.Clark, "Palliative Medicine: A Global Perspective" // D.Doyle, G.W.C.Hanks, N.Cherny, K.Calman, eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd edition (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 1199-1222.

³² K.M.Foley, J.L.Wagner, D.E.Joranson, H.Gelband, "Pain Control for People with Cancer and AIDS" // *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 2006), pp. 981-994; Francois Larue et al., "Underestimation and under-treatment of pain in HIV disease: a multicentre study" // *British Medical Journal*, vol. 314, no. 13, 1997, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/314/7073/23>; J.Schofferman, R.Brody, "Pain in Far Advanced AIDS" // K.M.Foley, J.J.Bonica, V.Ventafridda, eds., *Advances in Pain Research and Therapy* (New York: Raven Press, 1990), pp. 379-386; E.J.Singer,

части больных СПИДом, хотя растущая доступность антиретровирусной терапии в странах со средним и низким уровнем дохода позволяет продлить жизнь многим ВИЧ-позитивным людям.³³ С появлением АРВ главное внимание профессионального сообщества в этой области объяснимо сосредоточилось непосредственно на лечении, одновременно сформировалось распространенное заблуждение, что необходимость в паллиативной помощи отпала. В действительности же, как показывают различные исследования, значительная часть пациентов, получающих АРВ, продолжают страдать от боли, и дополнение терапии паллиативной помощью позволяет улучшить их состояние.³⁴

Умеренная или сильная боль серьезно сказывается на качестве жизни. Хронические боли вызывают целый ряд психосоматических и социальных последствий, в том числе приводя к снижению мобильности и результирующему обессиливанию, расстройству иммунной системы, утрате аппетита, расстройству внимания, сна и утрате способности общаться с другими людьми.³⁵ ВОЗ установлено, что люди, испытывающие хронические боли, в четыре раза чаще подвержены депрессии или тревожным состояниям.³⁶ Соматические последствия хронической боли и вызываемого ею психического состояния могут влиять на течение болезни. Как отмечает ВОЗ, «боль может убить».³⁷ Социальные последствия включают невозможность работать, заботиться о детях или других членах семьи, принимать участие в жизни общества и достойно уйти из жизни.³⁸

Как отмечает ВОЗ, «*существующие* медицинские знания и методики *позволяют*, как минимум, в значительной степени купировать болевой синдром в онкологии».³⁹ Основным медикаментозным средством лечения умеренной или острой боли служит морфин – опиоидный анальгетик, получаемый из опиумного мака. Применяется инъекционно, перорально, внутривенно или посредством введения в спинной мозг. Как правило, инъекции назначаются для снятия острой боли, обычно – в условиях

C.Zorilla, B.Fahy-Chandon, S.Chi, K.Syndulko, W.W.Tourtellotte, "Painful Symptoms Reported by Ambulatory HIV-Infected Men in a Longitudinal Study" // *Pain*, vol. 54 (1993), pp. 1, 15-19.

³³ P.Selwyn, M.Forstein, "Overcoming the false dichotomy of curative vs. palliative care for late-stage HIV/AIDS" // *JAMA*, vol. 290 (2003), pp. 806-814.

³⁴ K.Green, "Evaluating the delivery of HIV palliative care services in out-patient clinics in Viet Nam, upgrading document," London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2008.

³⁵ F.Brennan, D.B.Carr, M.J.Cousins, "Pain Management: A Fundamental Human Right" // *Anesthesia & Analgesia*, vol. 105, no. 1, July 2007, pp. 205-221.

³⁶ O.Gureje, M. Von Korff, G.E.Simon, R.Gater, "Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care" // *JAMA*, vol. 280 (1998), pp. 147-151; B.Rosenfeld et al., "Pain in Ambulatory AIDS Patients. II: Impact of Pain on Psychological Functioning and Quality of Life" // *Pain*, vol. 68, no. 2-3 (1996), pp. 323-328.

³⁷ WHO, "National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines," 2002, p. 83.

³⁸ R.L.Daut, C.S.Cleeland, R.C.Flanery, "Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and Other Diseases" // *Pain*, vol. 17, no. 2 (1993), pp. 197-210.

³⁹ WHO, "Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment," 2000, p. 1 (*курсив оригинала*).

стационара. Пероральный морфин является одним из наиболее распространенных средств при хронических болях у онкопациентов и может приниматься как в стационаре, так и дома. Морфин отнесен к числу контролируемых лекарственных средств, поэтому его производство, распространение и выдача жестко контролируются как на международном, так и на национальном уровне.

Значение опиоидных анальгетиков уже давно признано в медицинской среде. В Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. прямо говорится, что «применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей».⁴⁰ И морфин, и кодеин (слабый опиоид) включены ВОЗ в Примерный перечень основных лекарственных средств.⁴¹

Несмотря на это, лечение умеренной или острой боли остается недоступным или ограниченно доступным примерно для 80% населения планеты, и без лечения ежегодно остаются десятки миллионов людей по всему миру, в том числе около 5,5 млн. онкобольных и 1 млн. больных СПИДом в терминальной стадии.⁴²

Паллиативная помощь не ограничивается лишь снятием физической боли и может включать как помощь по другим соматическим проявлениям, так и психологическую и духовную поддержку и для пациента, и для его семьи. Нередко у человека развиваются тревожные состояния и депрессия.⁴³ Как показывает практика, паллиативное

⁴⁰ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., преамбула, http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_ru.pdf.

⁴¹ 16-е издание 2010 г., на английском:

http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf

кодеин	Таблетка: 30 мг (фосфат).
морфин	Раствор для инъекций: 10 мг (морфин гидрохлорид или морфин сульфат) в 1-мл ампуле.
	Пероральный раствор: 10 мг (морфин гидрохлорид или морфин сульфат)/5 мл.
	Таблетка: 10 мг (морфин сульфат).
	Таблетка (пролонгированного действия): 10 мг; 30 мг; 60 мг (морфин сульфат).

⁴² WHO, "Access to Controlled Medications Programme," February 2009, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGenrl_EN_Feb09.pdf.

⁴³ Как показывает анализ частоты проявления 11 общих симптомов у пациентов с пятью неизлечимыми болезнями в тяжелой стадии, депрессия отмечается у 3-77% онкобольных, 10-82% больных СПИДом, 9-36% больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, 37-71% больных с хронической легочной недостаточностью, 5-60% почечных больных. Тревожные состояния отмечаются у 13-79% онкобольных, 8-34% больных СПИДом, 49% больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, 51-75% больных с хронической легочной недостаточностью, 39-70% почечных больных. J.P.Solano, B.Gomes, I.J.Higginson, "A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease" // *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 31, No. 1 (2006).

вмешательство в форме, например, психосоциальной терапии, может значительно снизить вероятность и остроту таких симптомов и повысить качество жизни пациента и его родственников.⁴⁴

Неизлечимые болезни также нередко сопровождаются такими симптомами, как тошнота и удушье, которые заметно сказываются на качестве жизни, и паллиативная помощь может сыграть здесь свою роль.

ВОЗ настоятельно рекомендует обеспечивать наличие услуг паллиативной помощи, в том числе в странах с ограниченными ресурсами. При этом предлагается делать акцент на развитие таких услуг на коммунальном уровне - в медучреждениях, где имеется большое число пациентов, нуждающихся в такой помощи, или на дому, где паллиативная помощь может оказываться с минимальными затратами и максимальным охватом людей, по тем или иным причинам не способных обратиться в медучреждения.⁴⁵

⁴⁴ См., в частности: WHO, "National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines, second edition," pp. 83-91.

⁴⁵ Ibid., pp. 91-92.

II. Сельские районы: отсутствие или ограниченная доступность сильнодействующих анальгетиков

Больные, которые в глубинке живут, - обречены.

- Медсестра, район 1, 16 апреля 2010 г.

История Константина Зварича

История пенсионера Константина Зварича из Полтавской области является во многих отношениях типичной для сельской Украины. Он родился в 1943 г. на Полтавщине, детство пришлось на послевоенные годы голода и разрухи. После службы в армии 46 лет отработал в колхозе. Женился, вырастил дочь, дождался внука.

В январе 2009 г. у него начались проблемы с мочеиспусканием. Когда боль стала нестерпимой, он обратился в местную больницу, где у него диагностировали рак предстательной железы. После двух операций боль отпустила, но метастазы продолжали развиваться.

Через какое-то время Константин почувствовал острую боль в руках и пальцах. После обследования выяснилось, что рак поразил кости. Весной 2010 г. он рассказывал Хьюман Райтс Вотч:

Боль была такая, что казалось – все тело разваливается. Неотложку каждые два – три часа вызывали, сил никаких терпеть не было.⁴⁶

После короткой госпитализации Константина выписали, назначив трамадол – слабый опиоидный анальгетик. Поскольку после изменений 2008 г., когда трамадол был фактически приравнен к морфину, он исчез из большинства аптек, родственникам стоило немалого труда достать этот препарат, но оказалось, что он недостаточно сильный. За один день Константин использовал все десять ампул – предельное количества отпуска на рецепт, однако ощутимого облегчения не наступило.

Не помогли и общедоступные анальгетики, которые рекомендовала Константину его дочь, работающая врачом в Харькове. Несмотря на жалобы на острую боль, выписать морфин по месту жительства оказалось невозможным, поскольку у местной больницы не

⁴⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя и фамилия изменены) 13 апреля 2010 г.

было соответствующей лицензии (подробнее о лицензировании см. ниже). В течение четырех или пяти месяцев Константин продолжал страдать от острой боли. В интервью с нами он даже расплакался:

Это кошмар какой-то! Пришел домой, и тут – как схватит! Так плохо было, что вообще не знаешь, что и делать. Сил никаких нет так жить.⁴⁷

В конце лета в один из дней Константину стало так плохо, что внук, гостивший у него, побежал за матерью со словами, что дедушка «на стенку лезет от боли». Дочь решила забрать отца и устроила его в хоспис в Харькове. Там ему наконец стали давать морфин. Когда мы разговаривали с ним в хосписе весной 2010 г., он сказал, что там ему все-таки помогли.

Константин умер в этом хосписе в июне 2010 г.

Отсутствие лицензий у сельских больниц и аптек

С аналогичными проблемами сталкиваются в Украине десятки тысячи людей: в сельской местности живет примерно треть 46-миллионного населения страны.

Местные лечебные учреждения – амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП),⁴⁸ а нередко и небольшие больницы – не имеют лицензии, дающей право на хранение и назначение сильных опиоидных анальгетиков. Такая лицензия отсутствует и у большинства сельских аптек, поэтому даже при наличии рецепта возникают серьезные трудности с получением препаратов. Теоретически, сельские учреждения здравоохранения вполне могли бы получить лицензию на работу с опиоидами, однако в соответствии с действующим в Украине порядком для этого необходимо наличие отдельного специально оборудованного помещения. Главными причинами отсутствия лицензии как раз и служат расходы на его оборудование и нехватка свободных площадей.

При подготовке этого доклада наши сотрудники и представители местных партнерских организаций ознакомились с ситуацией в центральных районных больницах (ЦРБ) в пяти районах Харьковской и Ровенской областей. В каждой нам говорили, что лицензия на работу с наркотическими препаратами во всем районе есть только у них. В приводимой ниже таблице 1 показано, что в результате многие пациенты оказываются в десятках

⁴⁷ Там же.

⁴⁸ Фельдшерско-акушерский пункт оказывает базовую помощь, в том числе первую помощь и родовое наблюдение, профилактические осмотры, прививки и т.п.

километров от места, где им могут выписать сильные анальгетики, хотя у них в населенном пункте может быть собственное медучреждение. Представитель органов здравоохранения в Ровенской области сообщил нам, что такая же ситуация наблюдается по всей области: лицензию имеют все 15 ЦРБ, но ни одна из 92 амбулаторий и ни один из 613 фельдшерско-акушерских пунктов.

ТАБЛИЦА 1

Район	Территория ⁴⁹ (кв. км)	Больницы районного уровня (с лицензией)	Амбулатории (с лицензией)	ФАП (с лицензией)
Район 1 ⁵⁰	467	1 (1)	2 (0)	5 (0)
Район 2 ⁵¹	1, 149	4 (1)	13 (0)	10 (0)
Район 3 ⁵²	1,011	1 (1)	6 (0)	8 (0)
Район 4 ⁵³	693	1 (1)	4 (0)	33 (0)
Район 5 ⁵⁴	659	2(1)	6(0)	27(0)
Район 6 ⁵⁵	695	1 (1)	43(0)	6(0)

Системные проблемы в организации лечения боли

Из-за малого числа лицензированных медучреждений в сельских районах больным или их родственникам приходится преодолевать значительные расстояния, чтобы реализовать рецепт на сильные анальгетики, нередко в условиях плохих дорог и длительных перерывов между рейсами общественного транспорта. Ситуация еще более усугубляется системными проблемами в организации лечения боли.

Как правило, при назначении сильных опиоидных анальгетиков препарат выдается непосредственно лечебным учреждением. С одной стороны, пациенту не приходится платить за него, с другой - в соответствии с действующим порядком инъекция должна

⁴⁹ Statoids, "Raions of Ukraine," 2005, <http://www.statoids.com/yua.html>.

⁵⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч с районным онкологом 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁵¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с районным онкологом 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁵² Интервью Хьюман Райтс Вотч с главврачом ЦРБ 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁵³ Интервью Хьюман Райтс Вотч с зам. главврача ЦРБ (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

⁵⁴ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, с главврачом ЦРБ 12 мая 2010 г.

⁵⁵ Материалы переписки с районными врачами 24 февраля 2011 г.

делаться только самими медработниками.⁵⁶ Другими словами, лечебному учреждению запрещено выдавать ампулы с морфином на руки пациенту или его родственникам. Вместо этого для каждого укола, а это может быть и несколько раз в день, медработники приезжают на дом. Пероральные опиоидные анальгетики больному разрешено принимать самостоятельно, но проблема в том, что в Украине их нет.

Такая система серьезно препятствует внедрению методик лечения боли с подтвержденной эффективностью в украинских городах, а в сельских районах порой и вообще делает это невозможным. Сельские лечебные учреждения не располагают достаточными ресурсами, чтобы их сотрудники могли каждый день ездить «в район» за препаратом, а потом еще и по несколько раз объезжать пациентов. В результате многие больные остаются без необходимых анальгетиков, некоторые могут получать их только один или два раза в день, и только очень немногие – там, где врачи готовы идти на нарушение порядка, - имеют шансы на получение более-менее эффективного лечения боли.

В каждом из пяти обследованных нами районов медработники так или иначе пытались искать пути, чтобы обеспечивать пациентов сильными анальгетиками. Различные ситуации приводятся в таблице 2 ниже. Но даже в самом благоприятном случае сохранялись серьезные и неоправданные препятствия для оказания помощи на основе методик с подтвержденной эффективностью. В каждом районе врачи и медсестры открыто признавали, что многие пациенты, особенно живущие за пределами райцентра, не получают необходимой помощи.

⁵⁶ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 3.11.

Схема организации украинской системы здравоохранения



ТАБЛИЦА 2

Районы	Подходы к организации оказания помощи
1, 2, 5, 6	В течение дня пациентам, живущим в райцентре, инъекции анальгетиков делают медсестры из ЦРБ, в вечерние часы – бригады скорой помощи. На местах обезболивающие средства вводятся средним персоналом местных лечебных учреждений. Для этого им приходится ежедневно ездить в райцентр за препаратами, после чего объезжать пациентов для каждого укола. Бригады скорой помощи для снятия боли за пределы райцентра не выезжают.
3	Сильнодействующие анальгетики вводятся бригадами скорой помощи вне зависимости от места жительства и времени суток.
4	В нарушение порядка пациентам или их родственникам выдают на руки трехдневный запас морфина для самостоятельного введения. Раз в три дня в обмен на использованные ампулы выдаются новые. Среднему медперсоналу поручено регулярно обходить пациентов, чтобы контролировать правильность использования препарата и достаточность дозы.

В районах 1, 2, 5 и 6 больные, живущие за пределами райцентра, зачастую не имели доступа к сильным опиоидным анальгетикам. Онколог из района 2 рассказывает:

Выписать – не проблема, проблема – доставить. Если получается, колют ежедневно. Если это рядом, тогда сестра может каждый день приезжать за

⁵⁷ Медсестры или фельдшеры. Последние имеют среднее специальное образование и в сельской местности нередко работают самостоятельно (см. выше – о фельдшерско-акушерских пунктах).

морфином: на машине ФАП или амбулатории могут приехать, на следующий день пустые ампулы привезти. Но не у всех ФАПов и амбулаторий есть машина, да и денег на бензин нет... Когда человек живет далеко, то получается, что приходится обходиться трамадолом и димедролом. Мы стараемся делать все, что в наших силах. Для таких пациентов это трагедия. Я смотрю на них, хочу для них что-то сделать, но не могу.⁵⁸

По словам того же врача, на момент интервью у него в районе было 30 больных раком в терминальной стадии, из них 20 должны были бы получать сильные опиоидные анальгетики, но реально получали только трое.

Главврач ЦРБ в районе 5 (онколог) рассказывал, как люди ищут выход из ситуации: «Сельское здравоохранение плохо финансируется, так что они [медсестры и фельдшеры] договариваются с родственниками, чтобы те дорогу оплачивали или фельдшера на своей машине привозили».⁵⁹ Медсестра в районе 1 говорила, что у них в районе медики не могут ездить за морфином в ЦРБ из-за отсутствия транспорта и времени.⁶⁰ Она проводила нас домой к пациенту, которому была назначена одна инъекция морфина в день. Для этого каждый вечер к нему приезжала «скорая». Сам пациент жаловался нам, что днем мучается от боли и что «хорошо было еще один укол. Мне после него намного легче становится».⁶¹ Однако, как объяснила медсестра, на это едва ли можно было рассчитывать:

Если назначат еще укол днем, мне самой придется к больному ходить. То есть - в восемь прихожу на работу, беру ампулу у старшей сестры, а потом топаю пешком к больному, потому что транспорта нет. Это минут 30 – 40. Уколю – и обратно. Так что на один укол больше часа уходит. Поэтому-то мы и стараемся не назначать на день.⁶²

По ее словам, большинство пациентов у них в районе получают, в лучшем случае, один укол морфина в день, остальное время им приходится справляться с болью самостоятельно. В редких случаях инъекция делается дважды, три инъекции за восемь лет ее работы в больнице получал только один пациент.⁶³

⁵⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁵⁹ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, 12 мая 2010 г.

⁶⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁶¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий), имя пациента не разглашается.

⁶² Интервью Хьюман Райтс Вотч 16 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁶³ Там же.

Ситуация в сельских районах в соседней Польше

В Польше в сельской местности нет проблем с получением морфина и других сильных опиоидных анальгетиков. Поскольку пероральный морфин включен в национальный перечень основных лекарственных средств, он должен в обязательном порядке иметься в наличии во всех медучреждениях и аптеках. Аптека вправе оформить для себя исключение из этого правила, и такие случаи применительно к опиоидам нередки, однако в целом по стране существует достаточно разветвленная сеть аптечных учреждений, имеющих лицензию на работу с контролируруемыми препаратами. В случае временного отсутствия опиоидов аптека может заказать препарат на складе, доставка в этом случае обычно занимает полдня. Опиоидные препараты отпускаются аптеками бесплатно. На один рецепт врач может выписать месячную дозу перорального морфина. Получить препарат можно в любой лицензированной аптеке.

Интервью Хьюман Райтс Вотч с д-ром Томашем Дзержановски, врачом паллиативной помощи

В районах 1 и 2 медики говорили, что из-за жесткого контроля никогда не дают ампулы на дом ни больным, ни их родственникам. Говорит медсестра из района 1: «Старшая сестра очень строго относится к наркотикам. Ей приходится перестраховываться, потому что в любой момент может быть проверка, и если ампул не досчитаются – беда».⁶⁴ При этом главврач ЦРБ в районе 5 сообщил, что иногда они выдают сельским больным на руки запас на два – три дня.⁶⁵

В районе 3, где всем больным уколы делают бригады скорой помощи, ситуация заметно лучше. Однако и в этом случае нет возможности приезжать к пациенту каждые четыре часа, поэтому в большинстве случаев дело ограничивается двумя инъекциями.⁶⁶ Иногда работе мешают плохие погодные условия. Так, зимой 2010 г. многие дороги оказались непроезжими из-за сильного снегопада:

Если дороги нет – подъезжаем как можно ближе, дальше пешком. Но иногда этой зимой не то что к дому – к деревне было не подъехать. Связывались с дорожниками... У нас трое пациентов было [в сельской

местности], узнавали, когда дороги расчистят. Так что совсем без помощи их не бросаем. Конечно, график уколов ломается.⁶⁷

⁶⁴ Там же.

⁶⁵ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, 12 мая 2010 г.

⁶⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч с главврачом ЦРБ 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

⁶⁷ Там же.

В районе 4 медработники идут на прямое нарушение порядка, рискуя попасть под дисциплинарные или уголовные санкции, чтобы максимально возможно удовлетворить потребности пациентов в сильных опиоидных анальгетиках. В ЦРБ препараты выдаются на руки самим больным или их родственникам. Это позволяет увеличивать дозу и вводить препараты в наиболее удобное для пациента время. Одновременно это создает и дополнительную нагрузку для тех или иных членов семьи, которым приходится каждые три дня ездить в район, чтобы сдавать пустые ампулы и получать новые.

Так, нам рассказывали о пожилой женщине, которая последние полтора года раз в три дня приезжала в ЦРБ за анальгетиками для больного раком мужа. Ближайшее медучреждение находится от них всего в километре, но у него нет лицензии на работу с контролируруемыми препаратами, поэтому пожилой женщине приходилось ездить в район за 20 км.⁶⁸ Другой женщине приходилось раз в три дня выходить в 4 утра, чтобы успеть на маршрутку в райцентр и в тот же день вернуться домой.⁶⁹

У племянницы Светланы Булановой был рак шейки матки. Когда метастазы поразили кости, молодая женщина нередко кричала от боли. Ей назначили морфин, но у местной больницы не было лицензии, поэтому родителям приходилось раз в три дня на общественном транспорте ездить за 25 км в район. Каждый раз им нужно было дойти до шоссе, дожидаться маршрутки, затем уже в райцентре дойти пешком до ЦРБ. На дорогу в один конец уходило два с половиной часа, столько же – обратно.⁷⁰

Аптеки и опиоидные анальгетики

В Украине аптеки не играют большой роли в удовлетворении потребности в сильных опиоидных анальгетиках, поскольку врачи, как правило, выписывают рецепт на их получение в лечебном учреждении. Иначе обстоит дело с трамадолом – слабым опиоидным анальгетиком, который широко используется в Украине. Для работы с контролируруемыми препаратами аптеке необходима лицензия. Как нам сообщили в Государственном комитете по вопросам контроля за наркотиками (лицензирующий орган), на октябрь 2010 г. на всю Кировоградскую область с населением 1,1 млн.

⁶⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч с зам. главврача ЦРБ (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

⁶⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с медсестрой ЦРБ (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

⁷⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ), имя и фамилия изменены.

человек⁷¹ было всего четыре аптеки с соответствующими лицензиями. В других областях положение было не настолько катастрофическим, но все равно крайне тяжелым.⁷²

Чтобы реализовать рецепт, в такой ситуации больным или их родственникам зачастую приходится ездить в райцентр (как это происходит – описывалось выше). При этом главврач ЦРБ в районе 3 сообщил нам, что у них во всем районе нет ни одной лицензированной аптеки, поэтому за трамadolом пациентам приходится ездить в соседний район. По его словам, туда ходит только два автобуса в день, что создает немалые трудности для людей, не имеющих собственного транспорта.

Существующая в Украине нормативно-правовая база налагает жесткие ограничения на количество препарата, которое может быть выписано на один рецепт. В таблице 3 ниже приводятся максимальные количества нескольких распространенных анальгетиков. Таким образом, пациентам или их родственникам приходится через несколько дней выписывать новый рецепт и опять ехать в лицензированную аптеку за препаратом.

ТАБЛИЦА 3

Препарат	Максимальное количество на рецепт ⁷³	В особых случаях «затяжной или хронической формы болезни»	Обычная суточная доза	Среднее число дней, закрываемое рецептом (в особых случаях)
Трамadol в ампулах (1 мл – 50 мг; 2 мл – 100 мг)	10 ампул	20 ампул	до 600 мг	2 (4)
Трамadol в таблетках (50 мг)	30 таблеток	60 таблеток	до 400 мг	4 (8)
Морфин (8,6 мг)	10 ампул	20 ампул	20-25 мг	4 (8)

⁷¹ Statoids, “Regions of Ukraine”, 2005, <http://www.statoids.com/yua.html>.

⁷² Интервью Хьюман Райтс Вотч с председателем Госкомитета В.Тимошенко. Киев, 22 октября 2010 г. (совместно с Международным фондом «Возрождение»). В развитие этого интервью В.Тимошенко сообщил Международному фонду «Возрождение», что в Одесской области всего четыре аптеки с лицензиями, в Крыму – семь.

⁷³ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 3.8; Приказ МОЗ № 360 от 19 июля 2005 г. «Об утверждении Правил выписывания рецептов».

⁷⁴ Обычная суточная доза составляет 60-75 мг перорального морфина. Kathleen M. Foley, et al., “Pain Control for People with Cancer and AIDS,” // Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 981-994. В таблице приведен эквивалент для инъекционного морфина.

III. Общенациональная проблема качества лечения боли

История Любы Клочковой

Люба активно занималась вопросами права на здоровье. В своем родном городе в Западной Украины она организовала множество программ лечебного и правового характера, но большинство времени проводила в поездках по Украине, России и другим государствам бывшего СССР, делаясь опытом.

В 2008 г. на одной из конференций Любе внезапно стало очень плохо. Дома у нее нашли рак шейки матки с метастазами. Через несколько месяцев после лечения она вернулась к работе, врачи полагали, что болезнь перешла в стадию ремиссии.

Однако уже в начале 2009 г. стало ясно, что это не так. Раньше почти не болевшая, Люба стала часто простужаться. К марту из-за проблем с мочеиспусканием ей пришлось снова обратиться к врачам. Обследование показало, что рак продолжал развиваться и одна из опухолей мешает нормальной работе почки.

Примерно в это же время у Любы начались все более сильные боли. Поначалу врачи пытались снимать их обычными анальгетиками и слабыми опиоидами, однако они обеспечивали только частичное облегчение. Когда лечащий врач рекомендовал морфин, Люба заколебалась. Она опасалась развития привыкания, которое могло бы помешать ей работать. Обладая большой силой воли, она продолжала работать, преодолевая боль, приезжая на встречи на такси, чтобы поменьше ходить. Но к концу мая она уже не могла выйти из дома.

К этому времени боль стала невыносимой, и Люба согласилась на морфин. После первого укола, она спросила себя: «И чего я так долго раздумывала с этим?»⁷⁵

Однако облегчение оказалось недолгим. Врач назначил один укол в день, которого хватало всего часа на четыре. В течение нескольких недель, пока Люба жаловалась на боли, ей каждую неделю добавляли по уколу, пока не дошло до пяти ампул в сутки. Каждое утро к ней приходила медсестра и в нарушение всех правил оставляла дневной запас. Уколы делал муж по мере необходимости.

⁷⁵ Интервью Хьюман Райтс Вотч с дочерью Любы Клочковой (имя и фамилия изменены) 25 апреля 2010 г. Если не указано иное, вся информация в этом подразделе основана на этом интервью.

Но и пяти ампул в итоге оказалось недостаточно. Родственникам приходилось экономить препарат для самых тяжелых моментов, а Любе – терпеть. Дочь рассказывает:

Суточной дозы хватало от силы на три укола [действенных], то есть на 12 часов. Поскольку морфина нам приносили слишком мало, мы старались сэкономить побольше на ночь. Днем давали ей аптечные таблетки, а морфин – по минимуму. Как можно больше на ночь оставляли.⁷⁶

К утру морфин заканчивался, и Люба с нетерпением ждала прихода медсестры. Дочь рассказывает:

Сестра приходила часов в 10 – 11, а иногда запаздывала. Мама ночью вздремнет, а к восьми уже сидит напряженная [от боли], сестру ждет.⁷⁷

За несколько недель до смерти Любу ожидал неприятный сюрприз: ее суточная доза морфина достигла максимального разрешенного предела, и врач при всем желании не мог выписать больше. По мере нарастания боли пяти ампул хватало все меньше.

Люба с дочерью предпринимали все возможное, чтобы добиться увеличения суточной дозы:

Конечно, мы просили шестую ампулу. Когда нам сказали, что пять – это максимум, мы попытались [через специалиста по паллиативной помощи] выяснить, правда ли это, кто это решает и как можно получить больше. К несчастью, ничего не вышло. Врачи сказали, что не имеют права больше выписывать. Мы разговаривали с онкологом, с гинекологом – со всеми. Всех поднимали, кого только могли.⁷⁸

Врачи были непоколебимы, и Любе пришлось обходиться тем, что было, хотя этого хватало все меньше. Она промучилась несколько недель, пока – уже перед смертью – почки не перестали выводить морфин из организма и боль не стала немного утихать. В конце июля 2009 года Люба умерла.

⁷⁶ Там же.

⁷⁷ Там же.

⁷⁸ Там же.

Украинские стандарты лечения боли в сопоставлении с рекомендациями ВОЗ

Рекомендации ВОЗ по купированию боли у онкобольных, впервые изданные в 1986 г., обобщают существующий в мире передовой опыт в этой области.⁷⁹ Основанные на широких исследованиях в течение десятилетий, они стали основой лечения боли при онкологии во многих странах всего мира и успешно применяются для лечения боли при других расстройствах здоровья.⁸⁰ Рекомендации сгруппированы по пяти базовым принципам (см. таблицу 4). Аналогичные рекомендации по лечению онкологической боли на основании тех же принципов разработаны Европейским обществом медицинской онкологии (European Society for Medical Oncology, ESMO) и Европейской ассоциацией паллиативной помощи (European Association of Palliative Care, EAPC).⁸¹ Соблюдение этих рекомендаций, по оценкам ВОЗ, может обеспечить заметное облегчение состояния у 70 – 90% онкобольных.⁸²

Нашим исследованием установлено, что украинские стандарты лечения боли фундаментальным образом расходятся с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, поскольку все пять базовых принципов во многом не учитываются.

Право на наивысший достижимый уровень здоровья предполагает обязанность государства обеспечивать не только наличие и доступность услуг по лечению боли, но и их надлежащий уровень с научной и медицинской точки зрения, а также высокое качество.⁸³ Это означает, что учреждения здравоохранения должны оказывать услуги по лечению боли в соответствии с признанными современными методиками, а государство должно обеспечивать им необходимые для этого условия.

⁷⁹ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability." Geneva, 1996. В настоящее время ВОЗ разрабатывает еще ряд рекомендаций: по лечению боли незлокачественной природы у взрослых; по лечению боли у взрослых, связанной с онкологией, ВИЧ и другими прогрессирующими болезнями с угрозой для жизни; по лечению боли у детей. Они должны обобщить последний опыт в этой области. См.:

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_non-malignant_pain_adults.pdf;

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_malignant_pain_adults.pdf;

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOGuide_chronic_pain_children.pdf.

⁸⁰ J.F.O'Neill, P.A.Selwyn, H.Schietinger, *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS*, (Washington, DC: Health Resources and Services Administration, 2003).

⁸¹ ESMO: http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/suppl_5/v257.full.pdf+html;

EAPC: http://www.eapcnet.org/download/forPublications/BJC_English.pdf.

Аналогичные рекомендации American Pain Society см.: <http://www.ampainsoc.org/pub/cancer.htm>.

⁸² WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 14.

⁸³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья. 11 августа 2000 г., E/C.12/2000/4, п. 12.

ТАБЛИЦА 4: Украинские стандарты лечения боли и базовые принципы ВОЗ

Принципы ВОЗ	Ситуация в Украине
Принцип 1: Препараты должны по возможности приниматься перорально (в таблетках или растворе).	Пациентам доступен только инъекционный морфин.
Принцип 2: Интервал приема - каждые четыре часа.	Большинство пациентов получают морфин один или два раза в день, в исключительных случаях – три или четыре.
Принцип 3: Морфин назначается при недостаточности более слабых анальгетиков.	Нередко морфин назначается только по окончании лечения вне зависимости от остроты боли.
Принцип 4: Дозировка морфина определяется индивидуально, без ограничения суточной дозы.	Как правило, пациенту каждый раз колют одну ампулу морфина вне зависимости от реальной остроты боли. Многие врачи придерживаются максимальной суточной дозы в 50 мг инъекционного морфина, даже если этого недостаточно для облегчения состояния пациента.
Принцип 5: График приема морфина должен быть комфортным для пациента.	График введения морфина зависит от графика работы среднего медперсонала.

Принцип 1: Препараты должны по возможности приниматься перорально

По возможности анальгетики должны приниматься перорально. Ректальные суппозитории полезны для пациентов с дисфагией, неконтролируемой рвотой или непроходимостью желудочно-кишечного тракта. Альтернативным способом введения в таких ситуациях является продолжительное подкожное вливание. Существует целый ряд механических и аккумуляторных инфузионных насосов.⁸⁴

Первый принцип рекомендаций ВОЗ по лечению онкологической боли основан на фундаментальном общемедицинском принципе «не навреди», в соответствии с которым при равной эффективности предпочтение должно отдаваться наименее инвазивному лечению. Для большинства пациентов с хроническими болями онкологической природы инъекционные анальгетики не дают никакого преимущества по сравнению с пероральными, поэтому ВОЗ рекомендует использовать именно последние. Это также устраняет неизбежный при любом уколе риск инфекции, что особенно актуально для пациентов с ослабленным иммунитетом (связанным, например, с ВИЧ/СПИДом, химиотерапией или некоторыми гематологическими расстройствами). При невозможности перорального применения и использовании инъекционных анальгетиков ВОЗ рекомендует подкожное введение как менее травмирующее.⁸⁵ Соответственно,

⁸⁴ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996, p. 14.

⁸⁵ *ib.*

пероральный морфин отнесен ВОЗ к числу основных лекарственных средств, потребность в которых должна обеспечиваться государством в полном объеме.⁸⁶

В Украине, однако, пероральный морфин отсутствует в принципе. Более того, он даже не имеет национальной регистрации. Недавним исследованием было установлено, что в европейском регионе пероральный морфин полностью отсутствует только в Армении, Азербайджане и Украине. Армения в настоящее время подыскивает поставщика этого препарата.⁸⁷ В Украине из сильных неинъекционных опиоидных анальгетиков присутствует только фентаниловый пластырь, который при цене в 267 – 467 гривен (приблизительно USD 30 - 60) за пластину, которая действует трое суток, является слишком дорогим для большинства населения и отсутствует в государственных медучреждениях и в большинстве аптек.⁸⁸

При использовании инъекционных анальгетиков ВОЗ рекомендует подкожное введение, однако в Украине стандартной практикой является внутримышечное. Это приводит к тому, что в случае рекомендуемого введения каждые четыре часа больной шесть раз за сутки получает укол, который не является необходимым. В среднем, при острой боли на поздних стадиях рака требуется введение морфина в течение 90 дней – за это время пациент, в случае рекомендованного 4-часового интервала, получает 540 уколов. Опрошенные нами пациенты и их родственники были не в восторге от уколов, но были вынуждены мириться с этим в отсутствие других вариантов снятия боли.

Внутримышечные инъекции особенно сложны для пациентов с сильным истощением вследствие болезни. Из-за уменьшения мышечной массы у таких пациентов бывает трудно варьировать место укола, а также присутствует риск того, что часть морфина не попадет в мышцу, не всосется должным образом и не обеспечит достаточного обезболивания. Об этом нам говорили и медработники, и пациенты. Так, дочь Любы Клочковой рассказывала:

⁸⁶ Примерный перечень основных лекарственных средств, 16-е издание 2010 г., на английском: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf.

⁸⁷ N.I.Cherny, J.Baselga, F. de Conno, L.Radbruch, Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative // *Annals of Oncology*, Volume 21, Issue 3, pp. 615-626. Были обследованы все европейские страны за исключением Армении, Азербайджана, Мальты и Сан-Марино. Большинство центральноазиатских государств не рассматривались.

⁸⁸ Материалы электронной переписки с Викторией Тимошевской, Международный фонд «Возрождение», 29 марта 2011 г.

Последние две недели мы уже сзади не кололи – морфин больше не всасывался. Стали колоть в вену на руке, но это больно... Конечно, если с раковой болью сравнивать, то это совсем другое...⁸⁹

По словам матери Влада Жуковского, после нескольких лет постоянных уколов морфина и других лекарств ягодицы сына превратились в «минное поле»: «Больше колоть уже некуда было. Ничего уже не всасывалось. Последние месяцы мы кололи в ноги, в бедро, и в руку». В одну из зон уколов на руке попала инфекция, началось воспаление: «Только-только мы с ним справились, как он умер».⁹⁰ Светлана Буланова также говорила, что перед смертью у ее племянницы «не осталось места, куда колоть».⁹¹

Возможность возникновения проблем из-за истощения признают и медработники. Некоторые говорят, что стараются менять места укола. Так, медсестра из района 4 рассказывала, что они делают один укол «в плечо, другой – в бедро, чередуем».⁹² Другие говорили, что в такой ситуации переходят к подкожному введению.⁹³ Большинство наших собеседников из числа медиков с сожалением отзывались об отсутствии перорального морфина, который мог бы существенно упростить их работу. Как заметил главврач ЦРБ в районе 5 (онколог): «Пациенты часто спрашивают сильное обезболивающее в таблетках, а мы - ... [ничего не можем]».⁹⁴

Принцип 2: Интервал приема – каждые четыре часа.

Анальгетики должны приниматься «по часам», то есть через фиксированный интервал времени [четыре часа]. Доза подбирается в зависимости от остроты боли, то есть постепенно увеличивается до тех пор, пока пациент не почувствует себя комфортно. Следующая доза должна вводиться до того, как действие предыдущей полностью прекратится. Таким образом достигается постоянное облегчение боли.

⁸⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч (имя не разглашается) 25 апреля 2010 г.

⁹⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч (по телефону, имя и фамилия изменены) 17 декабря 2010 г.

⁹¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ), имя и фамилия изменены.

⁹² Интервью Хьюман Райтс Вотч с медсестрой ЦРБ в районе 5 (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

⁹³ Интервью Хьюман Райтс Вотч (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ) со старшей сестрой поликлиники в Ровно (19 апреля 2010 г.) и врачом хосписа (23 апреля 2010 г.)

⁹⁴ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, 12 мая 2010 г.

Некоторым пациентам может быть необходимо введение «неотложной» дозы при периодических или внезапных приступах боли. Такие дозы, составляющие 50 – 100% от регулярных четырехчасовых, дополняют регулярный прием.⁹⁵

Второй принцип отражает длительность обезболивающего действия морфина – от четырех до шести часов. Соответственно, для достижения непрерывного облегчения морфин должен поступать в организм пациента каждые четыре часа.

В сельских районах Украины соблюдению этого принципа препятствует нормативно-правовое регулирование, предусматривающее введение морфина только медработниками.⁹⁶ Нашим исследованием установлено, что аналогичная проблема существует и в городах, где плотность населения намного выше, а расстояния намного меньше. Даже там украинская система здравоохранения не располагает достаточными ресурсами – или не считает необходимым выделять такие ресурсы – для регулярного посещения пациентов на дому с рекомендованной периодичностью. В результате большинство пациентов получают всего один или два укола, а оставшиеся 16 – 20 часов в сутки вынуждены справляться с болью самостоятельно. Даже у «счастливчиков», которые получают за сутки 3 – 4 дозы сильных анальгетиков, остаются значительные перерывы между приемами препарата.⁹⁷

Ниже приводится периодичность уколов морфина, которая обеспечивается на дому рядом медучреждений, обследованных нами и нашими партнерами.

ТАБЛИЦА 5

Медучреждение	Периодичность в сутки	Организация
Харьковская поликлиника (терапевтическое отделение)	Не более двух уколов.	Пациентов обслуживает бригада медсестер и водителей.
Ровенская поликлиника	Обычно два укола – утром и вечером. Максимум – четыре.	Пациентов обслуживает бригада медсестер и водителей.
Район 1	Обычно один укол, редко – два.	Укол делается вечером бригадой скорой помощи. В случае назначения второго укола его делает приходящая медсестра в первой половине дня.

⁹⁵ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996, p. 14.

⁹⁶ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 3.11.

⁹⁷ В хосписах некоторые опрошенные нами пациенты все же получали морфин, как минимум, через каждые четыре часа.

Медучреждение	Периодичность в сутки	Организация
Район 2	Один или два укола.	Укол делается вечером бригадой скорой помощи. В случае назначения второго укола его делает приходящая медсестра в первой половине дня.
Район 3	До трех уколов.	Пациентов по всему району обслуживают бригады скорой помощи.
Район 4	От трех до пяти уколов.	Ампулы выдаются пациентам или родственникам для самостоятельного введения.
Район 5	Один или два укола (до шести при выдаче на руки).	Укол делается приходящей медсестрой, время от времени препарат выдается на руки.
Район 6	Один или два укола.	Бригада медсестер и водителей обеспечивает уколы на дому, но только в пределах райцентра.

Соблюдению рекомендованной ВОЗ четырехчасовой периодичности мешает не только порядок, при котором морфин обязаны вводить медработники, но недостаточный уровень знаний у последних. Наши интервью с медиками позволяют говорить о том, что большинство попросту не знают о рекомендованном интервале. Судя по всему, стандартным в Украине является порядок, когда начинают с одного укола морфина вечером, затем добавляют еще один, и так далее – если пациент продолжает жаловаться на постоянную боль. Никто из наших собеседников не считал такой подход неправильным или несовершенным. Так, старшая сестра ровенской поликлиники рассказывала:

Пациенты обычно получают две ампулы в день. Обычно начинается с вечерней дозы – часов в девять или десять. Бывает, что на следующий день пациент уже просит больше, потому что на ночь хватило, а на весь день – нет. К десяти вечера опять наблюдается острый болевой синдром. Тогда выписывают новый рецепт на дополнительную дозу.⁹⁸

О процедуре назначения морфина рассказывает человек, у которого в 2008 г. мать умерла от рака:

Нас поставили на учет. Потом комиссия врачебная собралась, решили назначить морфин. Для начала ... - один укол в день. Потом, если через неделю комиссия это посчитает недостаточным, дозу увеличивают. Так что постепенно корректируется. В итоге нам два кубика делали: кубик – утром, кубик – вечером.⁹⁹

⁹⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч 19 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

⁹⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Виктором Безродным 15 апреля 2010 г.

Заполнение интервалов между инъекциями морфина

Медработники и пациенты говорили Хьюман Райтс Вотч, что в интервалах между инъекциями морфина они используют целый ряд препаратов для ослабления боли: обычные анальгетики, слабые опиоиды, релаксанты и седативы. Говорит работающая с морфином медсестра харьковской поликлиники: «Мы никогда не приезжаем к пациенту больше двух раз в день. Приходит обычная сестра – другие уколы делать: анальгетики или мускульные релаксанты». Она ошибочно считала, что три укола морфина – «это, на самом деле, далеко не все, что рекомендуется».¹⁰⁰ Это заблуждение разделял и районный онколог в районе 3, утверждавший, что при недостаточности трех уколов морфина, которые может

История Тамары Доценко:

Какого результата можно добиться при регулярном приеме

У 61-летней Тамары Доценко, страдавшей раком молочной железы, после поражения спинного мозга развились острые боли. У нее в селе ей делали один укол вечером.

Она рассказывала: «Мне кололи по вечерам. Я нормально спала, боли не чувствовала. А днем совсем по-другому: боль, боль, боль и боль... Все время чуть не плакала...»

Анальгетики, которые ей давали днем, действовали недостаточно долго, чтобы принести заметное облегчение.

Когда Тамара уже не могла сама о себе заботиться, ее положили в хоспис в Харькове. Там ей стали регулярно снимать боль:

«Здесь меня совсем по-другому лечат. Каждые шесть часов укол делают. Полностью это боль не снимает, но все равно намного лучше, чем дома было. Намного меньше терпеть приходится».

ежедневно обеспечить бригада скорой помощи, «применяются еще коктейли: димедрол с анальгином, баралгин, сибазон [диазепам]».¹⁰¹

Рекомендации ВОЗ предусматривают использование с сильными опиоидами слабых анальгетиков и других адъювантов для усиления действия или снятия отдельных симптомов, однако они не рекомендуются в качестве альтернативы, поскольку не способны сопоставимым образом облегчить состояние больного.¹⁰² Препараты антигистаминного и успокоительного действия могут быть уместны для лечения специфических расстройств, таких как аллергия, тошнота или тревожные состояния, однако в Украине, как представляется, они нередко применяются главным образом для того, чтобы ввести пациента в сонное состояние и приглушить боль. Такое использование не соответствует рекомендациям ВОЗ.

¹⁰⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч 13 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁰¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁰² WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, pp. 15-16.

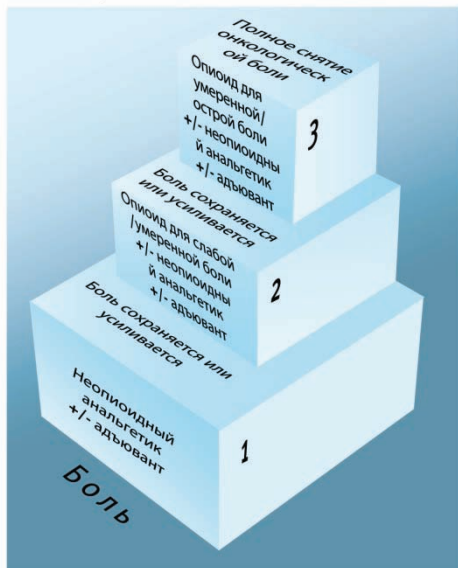
Принцип 3: Морфин назначается при недостаточности более слабых анальгетиков

Первый шаг – обычные анальгетики. Если они не снимают боль, следует добавить опиоид для слабой/умеренной боли. Если такого опиоида в сочетании с обычными анальгетиками окажется недостаточно, то следует перейти к опиоиду для умеренной/острой боли. На каждом этапе должен использоваться только один препарат из данной группы. Аджюванты назначаются при конкретных показаниях...

Если действие препарата слабеет, то не следует менять его на препарат той же эффективности. В такой ситуации следует назначать заведомо более сильный препарат.¹⁰³

ВОЗ рекомендует назначать лекарство в зависимости от остроты боли. При слабой боли пациентам должны назначаться общедоступные препараты, такие как ибупрофен или парацетамол; при слабой/умеренной – слабый опиоид, такой как кодеин; при умеренной/острой – сильный опиоид, такой как морфин. При недостаточности

Пошаговый план ВОЗ по лечению боли при онкологии



общедоступных анальгетиков или слабых опиоидов следует назначать более сильнодействующие обезболивающие препараты. Как отмечается в руководстве, «морфин должен назначаться исходя из остроты боли, а не из продолжительности жизни».¹⁰⁴

По оценкам ведущих экспертов в области лечения боли, потребность в морфине присутствует примерно у 80% больных раком в терминальной стадии в течение, в среднем, 90 последних дней.¹⁰⁵ При этом данные, собранные нами в нескольких районах Украины, в том числе с лицензированными медучреждениями, указывают на то, что морфин получает намного меньшая часть терминальных онкобольных, а те, кто получают, - далеко не в течение 90 дней. Это означает, что для многих

¹⁰³ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 22.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Kathleen M. Foley, et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS," //Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd ed., (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 981-994.

пациентов, страдающих от умеренной/острой боли, лечение может начинаться позже или не проводится вообще, даже при наличии морфина. Данные приводятся в таблице 6 ниже.

В пользу такого заключения говорят и наши интервью с медработниками. Так, главврач онкологической больницы рассказывал:

Мы стараемся пользоваться морфином только в крайних случаях, потому что, как любой наркотик, он подавляет дыхательный центр. Для онкологических больных это нежелательно, так что это крайнее средство. От силы 15 – 20% [терминальных больных] его получают. А вообще, мы стараемся обходиться неопиоидными анальгетиками или синтетикой...¹⁰⁶

Настороженное отношение этого врача к морфину основано на заблуждении относительно его воздействия на дыхательный центр. ВОЗ отмечает с связи с этим, что «боль выступает физиологическим антагонистом для основных подавляющих действий у опиоидов. Клинически значимое подавление дыхания у онкологических больных наблюдается редко, поскольку вводимое количество опиоида уравнивается имеющейся болью».¹⁰⁷

ТАБЛИЦА 6

Район	Население ¹⁰⁸	Онкобольных на учете	Смертность от рака, 2009 г.	Получали морфин (чел.)	% терминальных онкобольных, получавших морфин (%)	Средний период, в течение которого пациент получал морфин
Харьковская поликлиника (терапевтическое отделение)	22,000	109	23	4	17	2-3 месяца
Район 1	11,824	252	19	5	26,3	Нет данных
Район 2	50,945	1,608	100	30	30	Нет данных
Район 3	36,531	670	100	33	33,3	1,5-2 месяца
Район 4	31,235	679	66	7 ¹⁰⁹	11	157 дней
Район 5	58,805	1,000	103	3 ¹¹⁰	3	101 день
Район 6	117,863	1,608	170	19	11	40 дней

¹⁰⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч 20 апреля 2010 г.

¹⁰⁷ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 22.

¹⁰⁸ Численность населения приводится со слов врачей или по: Statoids, "Raions of Ukraine", 2005, <http://www.statoids.com/yua.html>.

¹⁰⁹ Пациенты, получавшие только морфин, но не омнопон или промедол.

¹¹⁰ Пациенты, получавшие только морфин, но не омнопон или промедол.

Лечение боли актуально не только для терминальной стадии рака: в 2007 г. было установлено, что болевые симптомы присутствуют больше чем у половины всех онкобольных.¹¹¹ Из рассказов медработников следует, что врачи по общему правилу не склонны назначать морфин до окончания активного лечения. Как нам говорил врач харьковской поликлиники, «наркотики обычно назначают только терминальным больным».¹¹² В Ровно нам объясняли, что у пациентов на стадии лечения «боль, как правило, снимается лечебными средствами – химиотерапией или облучением».

Врач стационарного отделения ровенской онкологической больницы была убеждена в том, что пациенты, которые нуждаются в сильных опиоидах, - «это не мой профиль. Мы не хоспис. Симптоматику лечат дома». Она не отрицала, что нередко сталкивается с болевыми симптомами у своих пациентов, особенно при поражении костей, но морфин назначает редко: «Даем неопиоидные препараты – китонол или дексалгин. При выраженном болевом синдроме – трамадол. Стараемся без наркотиков обходиться». Насколько она помнила, за полгода лишь одному пациенту назначался морфин или сопоставимый по силе опиоид.¹¹³

Нежелание врачей назначать сильные опиоиды пациентам на стадии активного лечения связано, как представляется, с опасением возникновения зависимости. По заключению ВОЗ, эти опасения являются безосновательными, поскольку «широкий клинический опыт показывает, что в результате приема опиоидов для купирования боли у онкологических больных психологическая зависимость не развивается».¹¹⁴

Действительно, имеют место развитие физической зависимости и привыкание к морфину, которые, однако, ВОЗ считает «нормальной физиологической реакцией», «не препятствующей эффективному применению этих препаратов». Если в ходе активного лечения источник боли удастся нейтрализовать, дозировку опиоидов можно будет снизить, а затем и вовсе отказаться от них.¹¹⁵

¹¹¹ M. van den Beuken-van Everdingen, et al., "Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years," // *Annals of Oncology*, vol. 18, no. 9, March 12, 2007, pp. 1437-1449.

¹¹² Интервью Хьюман Райтс Вотч 13 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹¹³ Интервью Хьюман Райтс Вотч 19 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

¹¹⁴ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 19.

¹¹⁵ *Ib.*, pp. 19-20.

Принцип 4: Дозировка морфина определяется индивидуально.

Стандартной дозы для опиоидных препаратов не существует. «Правильной» является доза, которая позволяет снять боль. Например, для перорального морфина это может составлять от 5 мг до свыше 1000 мг каждые четыре часа. У препаратов для слабой/умеренной боли на практике существует предельная дозировка вследствие их состава (например, при наличии ацетилсалициловой кислоты или парацетамола, которые в больших дозах являются токсичными) или вследствие резкого нарастания побочных эффектов при больших дозах (например, у кодеина).¹¹⁶

Боль всегда индивидуальна. Разные люди по-разному воспринимают боль и по-разному усваивают обезболивающие препараты. Онкология также развивается у всех по-разному, сопровождаясь самыми различными по типу и интенсивности болевыми симптомами. В такой ситуации максимальное облегчение может обеспечить только индивидуальный подход, поэтому ВОЗ рекомендует врачам «выбирать наиболее подходящий препарат и его дозировку в каждом конкретном случае».¹¹⁷

Наше исследование, однако, дает основания говорить о том, что эта рекомендация в Украине, как правило, не соблюдается. Многие врачи начинают с назначения стандартной дозы морфина – парадоксально, но для многих она излишне велика, в то время как другие, даже если этого недостаточно, необоснованно ограничивают суточную дозу инъекционного морфина 50 мг в соответствии с ошибочными рекомендациями Министерства охраны здоровья и производителя. В результате имеет место неэффективное лечение, приводящее к неоправданным страданиям больного.

Стандартная начальная доза

Подбор индивидуальной дозировки имеет решающее значение: если доза слишком мала – боль не удастся полностью снять, если слишком велика – это будет без необходимости вызывать у пациента побочные эффекты, включая сонливость, запоры и тошноту. Правильно подобранная доза позволяет получить максимальный эффект при минимальном побочном действии. В этом случае сонливость или рассеянность внимания должны пройти через три – пять дней.

¹¹⁶ Ib., p. 16.

¹¹⁷ Ib., p. 20.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что в Украине повсеместно распространен стандартизированный подход, когда для разового применения назначается одна ампула морфина. Каждая ампула содержит 8,6 мг инъекционного морфина, что соответствует 25,6 мг перорального.¹¹⁸ Это означает, что некоторые пациенты получают избыточную дозу с соответствующим побочным действием, в то время как другие – недостаточную.

Как рассказывал нам Виктор Безродный, у которого мать умерла от рака желчного пузыря, врачи ни разу не пытались подбирать индивидуальную дозировку, ограничиваясь стандартным назначением одной ампулы на укол. Уколы вызывали у пациентки сонливость:

Она иногда отказывалась от укола, потому что не хотела впасть в это мутное состояние. Только как крайнее средство. Говорила: «Давай-ка мы капельки поьем... Все болит, но давай мы попозже уколемся».¹¹⁹

Сам врач, Виктор говорил нам, что отчасти понимает коллег: «Если я назначу половину ампулы – как тогда за остальное отчитываться».¹²⁰

По словам Романа Барановского, у которого от рака легкого умерла теща, он сам делал мелкие уколы. Им разрешали брать домой трехдневный запас морфина и вводить его самостоятельно:

По две ампулы сразу [как было назначено] я не колол, делил. От большой дозы человек засыпает... Когда отпускает, всегда расслабляешься - и в сон клонит. Но когда человек отключается, глаза не может открыть – это перебор. Иногда даже одной ампулы много было.¹²¹

Большинство опрошенных нами врачей говорили, что всегда назначают целыми ампулами, ссылаясь на то, что определенная корректировка достигается путем предшествующего назначения более слабых опиоидных анальгетиков - омнопона или промедола. Так, ровенский онколог объяснял, что не назначает по половине ампулы морфина из-за

¹¹⁸ По информации производителя, инструкция в досье Хьюман Райтс Вотч. Данные о взаимном соответствии различных форм и видов опиоидных анальгетиков приводятся в: International Palliative Care Resource Center, “Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology”, Module 2 Cancer Pain Management, Clinical Guide for Changing Opioid Analgesics, p. M2-17, 2005, <http://www.ipcrc.net/epco/EPEC-O%20Mo2%20Pain/EPEC-O%20Mo2%20Pain%20PH.pdf>.

¹¹⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 15 апреля 2010 г.

¹²⁰ Там же.

¹²¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ), имя и фамилия изменены.

проблем с учетом оставшегося препарата, но обычно начинает с омнопона и промедола, переходя на морфин только при ослаблении эффекта от первых препаратов.¹²²

Максимальная суточная доза

Как отмечается в рекомендациях ВОЗ, «правильной» является доза, которая позволяет снять боль. Хотя в пересчете на пероральный морфин некоторым пациентам может потребоваться свыше 1000 мг каждые четыре часа,¹²³ национальный производитель и Министерство охраны здоровья Украины рекомендуют максимальную суточную дозу в 50 мг инъекционного морфина, или 150 мг в пересчете на пероральный.

Столь малое количество делает эту рекомендацию еще более спорной. Если исходить из того, что большинству пациентов требуется 10 – 30 мг перорального морфина каждые четыре часа, или 60 – 180 мг в сутки,¹²⁴ то даже в этом случае для части пациентов при регулярном приеме установленной суточной дозы окажется недостаточно. В хосписах в Харькове и Ивано-Франковске, где следуют рекомендации ВОЗ, нам говорили, что установленной в Украине суточной дозы не хватает примерно 10% их пациентов.¹²⁵ Нашим собственным исследованием факторов, препятствующих развитию паллиативной помощи в 10 различных странах европейского региона, было установлено, что максимальная суточная доза морфина существует только в Украине и Турции.¹²⁶

На наши вопросы о соблюдении установленной суточной дозы врачи отвечали по-разному. Некоторые говорили, что не придерживаются рекомендации МОЗ и производителя, другие утверждали, что обязаны им следовать. Так, врач ровенской поликлиники говорил, что у них на это внимания не обращают, поскольку «основной принцип медицины – чем бы ни болел пациент, он не должен страдать».¹²⁷ Главврач ЦРБ в районе 5, онколог по специальности, ответил: «Это возможно, когда пациент нуждается в этом. Главное – профессионально обосновать назначение в карте больного, чтобы не было проблем с

¹²² Интервью Хьюман Райтс Вотч 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ). Хотя длительный прием промедола или омнопона может вызывать у пациента привыкание к опиоидам и, соответственно, им потребуется увеличенная доза морфина, первые два препарата большинство врачей также назначают целыми ампулами без учета индивидуальной потребности.

¹²³ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996, p. 16.

¹²⁴ *Ib.*, p. 22.

¹²⁵ Интервью Хьюман Райтс Вотч в харьковском хосписе 12 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий); материалы электронной переписки с главврачом хосписа в Ивано-Франковске Людмилой Андришиной 25 февраля 2011 г.

¹²⁶ Результаты этого исследования будут опубликованы в готовящемся докладе Хьюман Райтс Вотч о глобальном состоянии паллиативной помощи. В Турции максимальная суточная доза ограничена 200 мг перорального морфина.

¹²⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч 19 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

проверками». ¹²⁸ Врач ровенской поликлиники привел пример, когда человеку в течение пяти лет кололи по 12 ампул морфина в день (103,2 мг). ¹²⁹ С другой стороны, в районе 3 районный онколог утверждал, что у них не могут назначать больше максимальной дозы, хотя некоторым пациентам, особенно с поражением костей, этого не хватает:

Часто эти пациенты в стационаре. Там они получают наркотики три – четыре раза, и еще им дают дополнительно обезболивающее – слабые, сильные анальгетики. Вперемешку. Но мы никогда не назначаем больше рекомендованного. ¹³⁰

Тот же врач высказывал ошибочное мнение о том, что превышение рекомендованной суточной дозы не принесет пользы, а только негативно скажется на дыхательной и других функциях. ¹³¹ Как показывает история Любы Клочковой, такой подход может привести к сильным страданиям пациента.

В ходе нашего исследования выяснилось, что некоторые врачи не склонны назначать даже разрешенные 50 мг инъекционного морфина. Так, матери Влада Жуковского стоило немалых сил выбить назначение свыше трех ампул, хотя сын продолжал испытывать острую боль:

Я потребовала четвертую ампулу, потому что он совсем плохой был. К нам домой целая комиссия пришла. Главный ... раздел его, проверял - может, он наркоман. Потом стал говорить, что это я наркотики налево продаю. ¹³²

По словам матери, в итоге ей пришлось обращаться в городской департамент здравоохранения и к местному депутату, чтобы сына прикрепили к другому медучреждению.

Сыну все же назначили четвертую ампулу, но и этого оказалось недостаточно, и матери пришлось «воевать» с врачами за пятую:

¹²⁸ Интервью ровенского отделения Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, 12 мая 2010 г.

¹²⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч 19 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

¹³⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹³¹ Там же.

¹³² Интервью Хьюман Райтс Вотч с Надеждой Жуковской (по телефону) 17 декабря 2010 г.

Пошла к главврачу. Опять скандал. Врачи говорят: «Пятая ампула – это передозировка. Майкл Джексон от нее умер. Теперь врача ни за что под суд отдали. И никто за него не заступает. Такая же история будет». А я им: «Так он же от боли кричит, соседям покоя не дает, вы же не знаете, как он воет, как ему больно. Люди слышат, как он воет в квартире. Я уже там находиться не могу, с ума сойду от его стонов».¹³³

Наконец к ним пришла очередная комиссия – решать вопрос с пятой ампулой:

После этого – тишина... Я ждала-ждала, а пятой ампулы так и нет. Пошла к неврологу: «Вы же его смотрели. Может, поговорите с главврачом?» Он поговорил, и нам наконец-то дали пятую ампулу.¹³⁴

Принцип 5: График приема морфина должен быть комфортным для пациента.

Акцент должен делаться на регулярном введении обезболивающих средств. Пероральный морфин должен даваться каждые четыре часа. Первый и последний прием должны быть привязаны к пробуждению и отходу ко сну. Наилучшее дополнительное время в течение дня обычно 10:00, 14:00 и 18:00. При таком графике обеспечивается баланс между длительностью обезболивающего действия и интенсивностью проявления побочных эффектов.¹³⁵

Для качества жизни пациентов с болевыми синдромом важны не только регулярность приема анальгетиков, но и комфортный график. В частности, для наилучшего отдыха ночью соответствующие препараты следует принимать перед сном.

Что касается реальной ситуации в Украине, то несколько медработников и пациентов говорили нам, что последний укол морфина обычно назначается на шесть – восемь часов вечера, с учетом графика работы медсестер. Поскольку морфин действует в течение четырех часов, уже к полуночи пациент – и его родственники – останутся без сна. Так, когда Влад Жуковский получал три укола морфина в день, они были назначены на 9:00, 14:00 и 18:00. Мать рассказывает:

¹³³ Там же.

¹³⁴ Там же.

¹³⁵ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996, p. 16.

Он часто не спал по ночам. В агонии от боли бился. Потом к утру надолго засыпал. Они приходят в девять – а он спит. Я говорю: «Оставьте лекарство. Я возьму шприц. Когда он проснется – тут-то мы его и уколем. А сейчас он еще спит». [Когда Влада все же будили], он говорит: «Прямо сейчас ничего не болит. Сплю я, не нужно». А они, как зомби, твердят: «Нет, нужно. Мы в другое время не придем. Тебе на девять назначено». Так и кололи ему во сне, потому что им нужно было укол сделать и уходить.

Главврач ЦРБ в районе 3 признавал важность комфортного графика для пациента и говорил, что у них стараются по возможности учитывать это:

По просьбе родственников мы можем делать уколы до десяти вечера, но не позже... В терминальных стадиях действия не хватит, если колоть в шесть утра, в полдень и в шесть вечера. К полуночи он кричать будет.¹³⁶

Тот же врач признавал, что в районах, где уколы делают специальные бригады при медучреждении, а не «скорая», поздний график может быть проблемой:

У водителя своя смена. Допустим, морфин назначен на шесть вечера, а у водителя смена заканчивается в половине третьего. Почему он должен перерабатывать? Или нужно сверхурочные платить. Только с нашими дырами в бюджете...¹³⁷

Некоторые врачи и медсестры говорили нам, что оставляют пациентам или родственникам ампулы или готовые шприцы, хотя это и нарушение порядка. В таких случаях выбор времени остается за самим пациентом. Рассказывает Виктор Безродный:

Приходит сестра. В принципе, надо укол делать, но она приходит, когда ей удобно, а мать, например, спит. Набирает морфин в шприц [и оставляет мне], чтобы вколлот, когда действительно нужно будет.¹³⁸

¹³⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹³⁷ Там же.

¹³⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч 15 апреля 2010 г.

Лечение боли неонкологической природы

При всех проблемах с лечением боли у онкологических пациентов ситуация с другими больными в Украине обстоит еще хуже. В медицинской среде принято считать, что в лечении нуждается только болевой синдром при онкологии.

Что касается болевых симптомов неонкологической природы, то нашим исследованием установлено, что в таких случаях врачи часто не склонны лечить саму боль, предпочитая бороться с ее источником. В соответствии с применимыми международными нормами о правах человека все люди, страдающие от острой боли, имеют равное право на ее лечение вне зависимости от характера вызывающего боль заболевания или состояния.¹³⁹ Существующие в Украине проблемы в этой области рельефно проявляются в приводимой ниже истории Олега Малиновского из Киева.

История Олега Малиновского

У 35-летнего Олега диагностировали хронический гепатит С и ряд других болезней. Серьезные проблемы со здоровьем начались у него в начале 2008 г., вскоре после начала лечения гепатита. После развития онемения нескольких пальцев рук он был госпитализирован для обследования и дальнейшего лечения. В больнице у Олега добавился стафилококк, появились периодические приступы высокой температуры и острая боль в тазобедренных суставах. Лечение оказалось неэффективным, состояние здоровья быстро ухудшалось.

В суставах начались процессы тканевой дегенерации, после чего боль распространилась на нижнюю часть позвоночника. В июле 2008 г., через несколько недель после начала ревматологического лечения, боль стала быстро усиливаться, любое движение в тазобедренных и коленных суставах вызывало острую боль. Олегу приходилось сутками лежать неподвижно. Его жена рассказывала нам:



Олег Малиновский до болезни.
Фотография предоставлена семьей.

¹³⁹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья. 11 августа 2000 г., E/C.12/2000/4, п. 12(b).

Любое движение причиняло невыносимую боль, которая с каждым днем становилась все сильнее из-за развития патологии в тазобедренных суставах. Это отражалось на сне, аппетите, психологическом состоянии. Он стал очень раздражительным, ничего не радовало. Обычный чих или кашель причиняли ему страшную боль... Можно было постучать в стену, и, если он лежал с другой стороны, он бы закричал [от боли]...¹⁴⁰

В киевском городском ревматологическом центре, где лежал Олег, ему в итоге согласились назначить небольшую дозу морфина на ночь, однако все остальное время он по-прежнему страдал от боли.

В марте 2009 г. Олегу сделали операцию на суставах, которая частично сняла боль и восстановила некоторую подвижность, но уже в сентябре постоянные острые боли вернулись, на этот раз – еще и в локтях и запястьях. Олег снова оказался прикованным к кровати, не имея возможности пошевелиться, в том числе даже для еды, умывания или чтения. При этом он то и дело кричал от боли, так что соседи иногда возмущенно стучали в стену. Олег не раз говорил жене, что лучше умереть, чем терпеть такую боль. На протяжении всех последующих семи месяцев Олег и его жена постоянно говорили врачам о проблемах с болью и просили назначить анальгетики. Однако вместо того чтобы назначить морфин, который до этого уже показал свою эффективность, врачи колебались. Олега направили к психиатру, чтобы выяснить, не являются ли его депрессия и раздражительность следствием психического расстройства, и к наркологам – на предмет проверки на зависимость от морфина, хотя к тому моменту Олег не получал его уже больше полугода.

Когда психиатр и нарколог подтвердили, что депрессия у Олега связана исключительно с болью и признаки зависимости полностью отсутствуют, главврач лечебного учреждения пообещал назначить сильнодействующие обезболивающие препараты, но дальше этого дело так и не пошло.

В марте 2010 г. боль у Олега несколько отступила сама по себе. Он так и не дождался сильных анальгетиков, по-прежнему прикован к кровати и с трудом может пошевелиться. Олег и его жена жаловались в прокуратуру и обращались в украинские суды по поводу отказа в надлежащем лечении боли, однако пока суды отказываются рассматривать их иски. Прокуратурой проверка не проводилась.

¹⁴⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Натальей Малиновской. Киев, 20 октября 2010 г. (совместно с Всеукраинским советом защиты прав и безопасности пациентов).

Лечение боли у пациентов с наркологической историей

Пациенты с острой болью, злоупотребляющие или злоупотреблявшие наркотиками, представляют довольно серьезную проблему для медработников. С одной стороны, как и любые другие пациенты, они имеют право на лечение боли, в том числе, при клинической целесообразности, сильными опиоидными анальгетиками. С другой – врачам необходимо уделять дополнительное внимание обеспечению эффективности лечения и минимизации риска злоупотребления медикаментами.

На сегодняшний день каких-либо международных рекомендаций в этой области нет, но есть обширный клинический опыт. Авторитетным экспертом в области лечения боли у пациентов с наркологической историей является д-р Стивен Пассик из нью-йоркского Memorial Sloan Kettering Cancer Center. При принятии решения о назначении сильных опиоидных анальгетиков он рекомендует врачам проводить индивидуальную оценку риска на основании таких методик, как Opioid Risk Tool или SOAPP (Screener and Opioid Assessment for Patients in Pain). На основании результатов этой оценки врач разрабатывает план лечения, минимизирующий вероятность срыва или злоупотребления. Д-р Пассик рекомендует следующие меры предосторожности:

1. Следует назначать препараты пролонгированного действия, такие как метадон, пролонгированный морфин или фентаниловый пластырь.
2. Врач должен тщательно оценивать и отслеживать дозировку. У таких пациентов нередко уже имеется или быстрее развивается привыкание, поэтому для снятия боли им может понадобиться увеличенная доза. В случае недостаточной дозировки у пациента с большей вероятностью может развиваться тяга к наркотикам и он может перейти к самостоятельному приему, а это чревато реальным риском срыва.
3. Необходимо ограничивать количество таблеток в каждый момент времени. Как говорит д-р Пассик: «Дать кому-то с наркологической историей сотни таблеток оксикодона – это накликать беду».
4. Врач должен достаточно часто осматривать пациента, чтобы заблаговременно выявить признаки потенциальных проблем и вовремя принять меры.
5. Если пациент продолжает употреблять наркотики, врач должен помочь ему начать лечение зависимости, включая заместительную терапию и/или программу 12-ти шагов.
6. Врач не должен ни при каких обстоятельствах осуждать злоупотребление наркотиками пациентом. Наличие доверительных отношений врач-пациент является ключевым фактором, позволяющим не допустить злоупотребления обезболивающими препаратами.

Аналогичная методика предлагается для лечения боли у ВИЧ-позитивных лиц с наркологической историей. См.: “Pharmacological pain control for human immunodeficiency virus-infected adults with a history of drug dependence” // *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, 2007, pp. 399-409.

Паллиативная помощь в широком смысле

Ощущение неопределенности – это так тяжело. Иногда хочется попросить что-то, чтобы выпить и умереть. Когда спишь – легче. Мысли уходят. Лучше спать, чем думать о всяком.

– Тамара Доценко

Наряду с физической болью, которая остается главным симптомом у больных с тяжелой онкологией и другими хроническими и неизлечимыми болезнями, многие испытывают также сильные эмоциональные, психологические и душевные страдания. Паллиативная помощь нередко позволяет значительно облегчить последние с помощью несложных и недорогих методов.

В Украине в хосписах и больницах с паллиативными койко-местами существуют службы психологической и духовной поддержки, но для большинства пациентов в домашних условиях они в принципе недоступны. Система государственного здравоохранения ориентирована исключительно на физическое состояние человека. Отчасти это компенсируется неправительственными группами, которые оказывают паллиативную помощь на дому, однако они в состоянии охватить лишь немногих нуждающихся.

Отсутствие психологической поддержки пациентов на дому вызывает тем большее недоумение, что существующая организация обезболивания предусматривает регулярное личное посещение пациента средним медперсоналом. На сегодняшний день, однако, дело ограничивается исключительно инъекцией морфина, ни о какой психологической поддержке пациента и его родственников речи не идет – вне зависимости от тяжести ситуации. Так, Виктор Безродный рассказывал нам в апреле 2010 г.: «Сестра заходит в прихожую. Я наполняю шприц... Она забирает пустую ампулу и – привет. К больной она не заходила».

Об этом же говорила нам 62-летняя Екатерина Потапенко. У ее 63-летнего мужа Аркадия был рак аппендикса. По ее словам, сестра появлялась у них в девять вечера, протирала место укола, колола и уходила. Все бремя ухода ложилось на жену - пожилую женщину, которая сама незадолго до того перенесла сердечный приступ: «Я и врач, и сестра. Все делаю, сама больная». (Интервью Хьюман Райтс Вотч 20 апреля 2010 г., совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

При всех недостатках с точки зрения собственно обезболивания украинская система приходящих медсестер могла бы послужить основой комплексного паллиативного ухода на дому. После некоторой подготовки они могли бы объяснять родственникам, как ухаживать за больным – и в плане облегчения боли и других симптомов соматической природы, и в плане удовлетворения его психологических и духовных потребностей.

IV. Обзор причин сложившейся ситуации

Всемирная организация здравоохранения настоятельно рекомендует государствам принимать национальные программы поддержки лечения боли и паллиативной помощи; реализовывать образовательные программы для общественности, работников здравоохранения, регуляторов и других заинтересованных сторон; модифицировать нормативно-правовую базу в интересах расширения наличия и повышения доступности медикаментов, в особенности опиоидных анальгетиков.¹⁴¹ Отмечается, что такие шаги, будучи важнейшими для развития паллиативной помощи «обходятся предельно дешево, но могут иметь значительный эффект».¹⁴²

Рекомендации ВОЗ тесно связаны с несколькими базовыми обязательствами государств в рамках обеспечения права на наивысший достижимый уровень здоровья – теми, которые должны выполняться вне зависимости от имеющихся у государства ресурсов. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, отслеживающий соблюдение этого права в том виде, как оно закреплено в соответствующем пакте,¹⁴³ указывает, что государства обязаны разрабатывать и реализовывать общенациональные стратегии и планы действий по охране здоровья и обеспечивать доступность основных медикаментов по определяемому ВОЗ перечню.¹⁴⁴ «Сопоставимым по приоритетности» обязательством Комитет считает надлежащую подготовку медработников.¹⁴⁵

Непринятие правительством Украины достаточных мер по этим трем направлениям не только приводит к нарушению права на здоровье, но и служит первопричиной проблем с паллиативной помощью и лечением боли, которые были обозначены в предыдущих разделах. Действительно, правительством созданы значительное число койко-мест для паллиативного ухода в государственных хосписах и больницах, а также Институт паллиативной и хосписной медицины, однако с его стороны отсутствуют достаточные шаги по обеспечению наличия базовых медикаментов, таких как пероральный морфин, по созданию системы паллиативной помощи на дому, по повышению уровня подготовки медработников и по снятию серьезных проблем с законодательством в области контроля за наркотиками.

¹⁴¹ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 3.

¹⁴² *Ib.*

¹⁴³ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г., статья 12.

¹⁴⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья. 11 августа 2000 г., E/C.12/2000/4, п. 43.

¹⁴⁵ Там же, п. 44.

Стратегия

Для успешного решения обозначенных выше проблем необходимы согласованные и целенаправленные усилия широкого круга государственных и других субъектов: требуются внедрение перорального морфина, разработка модели паллиативной помощи на дому, реформирование подготовки работников здравоохранения и пересмотр нормативно-правовой базы в области контроля за наркотиками. Как участник Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, правительство Украины несет обязательства по обеспечению права на наивысший достижимый уровень здоровья для людей с хроническими или неизлечимыми болезнями. Соответственно, именно правительство должно инициировать устранение факторов, препятствующих наличию услуг по паллиативной помощи и лечению боли.

Некоторые политические шаги в этом направлении уже предпринимаются, но правительству следует занять намного более активную позицию. В 2008 г. в системе Министерства охраны здоровья был создан Институт паллиативной и хосписной медицины во главе с профессором Юрием Губским. В задачи института входит разработка государственных программ и контроль за их реализацией, координация работы по созданию сети учреждений здравоохранения, оказывающих паллиативную помощь, обеспечение организационно-методической поддержки таких учреждений, проведение исследований.¹⁴⁶ Разработанный институтом проект национальной концепции развития паллиативной помощи¹⁴⁷ был представлен Кабинету министров в октябре 2008 г., но через месяц был возвращен в МОЗ по техническим причинам и до сих пор повторно не внесен. В результате Украина остается без внятной стратегии в этой области.

Как следствие, национальным усилиям по развитию паллиативной помощи не достает цельности, решительности и координации. Правительство приняло ряд важных мер по расширению возможностей паллиативной помощи в медучреждениях, но бездействует в вопросах как внедрения перорального морфина, так и развития паллиативной помощи на дому. Институт паллиативной медицины организовал соответствующий курс повышения квалификации, но не предпринимается централизованных усилий ни по включению курса паллиативной медицины в профессиональное образование, ни по разработке протоколов паллиативного лечения. Органами по контролю за наркотиками внесены некоторые изменения в нормативно-правовую базу в интересах обеспечения наличия контролируемых лекарственных средств, однако наиболее проблемные нормы сохраняются.

¹⁴⁶ Приказ МОЗ Украины № 159-о от 24 июля 2008 г.

¹⁴⁷ В досье Хьюман Райтс Вотч.

Подготовка работников здравоохранения

Одним из главных факторов, препятствующих оказанию надлежащих услуг в области паллиативной помощи и лечения боли во многих странах, является отсутствие соответствующей подготовки у работников здравоохранения. Из-за нехватки знаний многие не имеют адекватного представления о паллиативной помощи, не обладают навыками по ее оказанию и находятся в плену разнообразных мифов и ложных представлений о сильнодействующих опиоидных анальгетиках.

Большинство опрошенных нами медработников имели, в лучшем случае, лишь частичное представление о современных методиках лечения боли. Многие врачи и медсестры высказывали ошибочное мнение, что морфин превратит пациентов в «наркоманов»; путали физическую зависимость и привыкание с синдромом зависимости; интерпретировали просьбы пациентов увеличить дозу как признак зависимости, а не как свидетельство недостаточности назначенной дозы; высказывали убеждение, что однократное введение морфина способно облегчить боль на гораздо большее время, чем четырехчасовой период действия; говорили, что существующей суточной дозы достаточно.

Как представляется, недостаточное знание медработниками вопросов паллиативной помощи и лечения боли является прямым следствием отсутствия соответствующих курсов в программах медицинских учебных заведений (в Украине они все - государственные). Профильные эксперты говорят, что в качестве отдельного предмета паллиативная помощь преподается лишь в немногих вузах и не входит в обязательную программу. Рассматриваемые аспекты лечения боли главным образом ограничиваются острыми случаями (например, в послеоперационном состоянии) и не затрагивают хронический болевой синдром или онкологию.¹⁴⁸ Студенты получают некоторое общее представление о методических рекомендациях ВОЗ, однако последние детально не изучаются и на практике не применяются. В рамках фармакологии рассматриваются преимущественно фармакологические особенности морфина, а не его клиническое применение.

Выпускники медицинских вузов в Украине проходят двухлетнюю первичную специализацию, после которой поступают в резидентуру по специальности. В настоящее время паллиативная помощь оказывается на базе лишь двух из примерно 19 учебных заведений, поэтому большинство врачей, специализирующихся на онкологии или

¹⁴⁸ Материалы электронной переписки с главврачом хосписа в Ивано-Франковске Людмилой Андришиной 5 января 2011 г. и исполнительным директором Украинской лиги содействия развитию паллиативной и хосписной помощи Олесей Братюн 8 апреля 2011 г.

анестезиологии, равно как и средних медработников, не получают практических навыков в области паллиативной помощи и лечения боли. Практика в хосписах не предусмотрена даже для онкологов. В результате молодые врачи не получают соответствующих знаний.

В рамках последипломного образования в настоящее время курс паллиативной помощи предлагается только на кафедрах паллиативной и хосписной медицины и терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования (Киев) и на кафедре повышения квалификации Ивано-Франковского государственного медицинского университета. С 2010 г. кафедрой паллиативной медицины НМАПО в течение всего года предлагаются недельный и двухнедельный курсы паллиативной помощи для онкологов, врачей общей практики и среднего медперсонала. Обучение проходит с ознакомительной клинической практикой.¹⁴⁹ Курс паллиативной помощи на кафедре гериатрии НМАПО предлагается с декабря 2009 г. В Ивано-Франковском медуниверситете 40 часов паллиативной помощи, в том числе клиническая практика на базе местного хосписа, включены в курсы повышения квалификации для врачей общей практики.¹⁵⁰ Последние проходят обязательное повышение квалификации раз в пять лет.

В ходе наших исследований нельзя было не заметить и отсутствие доказательных научно-методических материалов в области паллиативной помощи на украинском языке. Если не считать лечебно-методического руководства по ВИЧ и паллиативной помощи, Министерством охраны здоровья и профессиональными ассоциациями не разработаны клинические рекомендации оказания паллиативной помощи или лечения боли при онкологии и других болезнях. Учебники в высших и средних специальных учебных заведениях почти не содержат информации о паллиативной помощи.¹⁵¹ Используемые в Украине учебники по фармакологии основаны на справочнике советских времен, в котором приводятся некорректные сведения о дозировке морфина.¹⁵²

Все украинские учебные заведения медицинского профиля являются государственными и входят в систему Министерства охраны здоровья. В силу этого у правительства есть все возможности, чтобы обеспечить надлежащую подготовку специалистов в области паллиативной помощи. Хьюман Райтс Вотч считает, что базовые знания в этой области

¹⁴⁹ Письмо зав. кафедрой паллиативной и хосписной медицины КНМАПО Ю.Губского руководителям учреждений здравоохранения от 24 декабря 2010 г., в досье Хьюман Райтс Вотч.

¹⁵⁰ Материалы электронной переписки с главврачом хосписа в Ивано-Франковске Людмилой Андришиной 24 февраля 2011 г.

¹⁵¹ Там же.

¹⁵² *М.Д.Машковский. Лекарственные средства. М.: Медицина, 1984.*

должны получать все студенты на преддипломном этапе. Те, кому по специализации придется часто сталкиваться с хроническими или неизлечимыми болезнями, должны проходить углубленную подготовку с клинической практикой. В противном случае будет иметь место нарушение права на здоровье.

Обеспечение наличия обезболивающих средств

Несколько обозначенных выше проблем с паллиативной помощью и лечением боли в Украине напрямую связаны с нормативно-правовой базой в области контроля за наркотиками. Крайне жесткий режим лицензирования приводит к отсутствию морфина во многих сельских районах, а запрет на самостоятельный прием морфина только консервирует устаревшие методы лечения боли. С другой стороны, существующее нормативно-правовое регулирование в этой области создает значительную административную нагрузку на врачей, которые выписывают опиоидные препараты, а жесткий контроль попросту отпугивает многих врачей от их назначения. По-видимому, именно этими факторами во многом обусловлены распространенное в медицинской среде нежелание «связываться» с такими препаратами и неоправданные задержки с началом лечения острой боли.

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. обязывает правительство регулировать производство, распространение и назначение контролируемых препаратов в интересах недопущения их незаконного использования. Однако при этом признается, что «применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей».¹⁵³ Как разъясняет отслеживающий соблюдение антинаркотических конвенций ООН Международный комитет по контролю над наркотиками, Конвенция 1961 г.

устанавливает двойственное обязательство в области контроля за наркотиками: обеспечивать достаточное наличие наркотических средств, включая опиаты, для медицинских и научных целей при одновременном предупреждении незаконного производства, оборота и употребления таких средств.¹⁵⁴

¹⁵³ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., преамбула, http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_ru.pdf.

¹⁵⁴ INCB, “Availability of Opiates for Medical Needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995,” <http://www.incb.org/pdf/e/ar/1995/suppl1en.pdf>.

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. устанавливает три минимальных условия, которые должны соблюдаться государствами при разработке национального режима оборота опиоидов:

- Выдача опиоидов должна производиться на основании общей профессиональной или отдельной лицензии;
- Перемещение опиоидов может осуществляться только между учреждениями или отдельными лицами, которым это разрешено национальным законодательством;
- Основанием выдачи опиоидов пациенту служит медицинское назначение (рецепт).

Государства также обязаны вести учет использования контролируемых препаратов.¹⁵⁵

Конвенция разрешает государствам при необходимости вводить дополнительные ограничения.¹⁵⁶ Однако, как отмечает ВОЗ, «необходимо постоянно соотносить данное право с обязанностью обеспечивать наличие опиоидов для медицинских целей».¹⁵⁷ Соответственно, любое нормативно-правовое регулирование не должно неоправданно ограничивать доступность контролируемых лекарственных средств. ВОЗ разработаны рекомендации по регламентации деятельности работников здравоохранения, имеющих отношение к контролируемым лекарственным средствам, которыми любое правительство может воспользоваться для создания «работоспособной системы» и поддержания разумного баланса между обеспечением наличия препаратов для законного использования в медицинских целях и предотвращением их попадания в незаконный оборот.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., статья 34(b).

¹⁵⁶ Статья 30(2-b-ii).

¹⁵⁷ WHO, Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability, 1996, p. 9.

¹⁵⁸ Ibid., p. 10; WHO Policy Guidelines Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances, Guidance for Availability and Accessibility for Controlled Medicines, 2011, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html.

Нормативное регулирование и доступность препаратов:

ситуация с трамадолом

Трамадол относится к слабым опиоидным анальгетикам, применяется для снятия умеренной или острой боли. В Украине, как и в большинстве других стран, он входил в число препаратов, отпускаемых по обычному рецепту и широко использовался. На фоне всей сложности назначения морфина трамадол был относительно доступным анальгетиком и при этом намного более сильным, чем общедоступные обезболивающие средства. Приобрести его можно было в любой аптеке, тем более что на практике рецепт требовали далеко не всегда.

У доступности этого препарата была и обратная сторона. Несмотря на неприятные побочные эффекты, многие наркопотребители стали использовать его для смягчения синдрома отмены, когда не могли достать наркотики. Трамадол получил распространение и среди старшекласников, для многих из них он становился первым наркотиком.

На определенном этапе немедицинское использование трамадола стало вызывать все большую обеспокоенность у правоохранительных органов Украины. Однако вместо того чтобы обеспечить строгое соблюдение аптеками порядка отпуска этого препарата по рецепту, правительство ужесточило порядок его назначения, а в июне 2008 г. и вообще отнесло его к наркотическим средствам.

Последствия этого шага для медицинского использования трамадола оказались катастрофическими. По данным Государственного экспертного (ранее - фармакологического) центра МОЗ Украины, четыре производителя прекратили его производство. Многие аптеки лишились возможности держать его запасы, поскольку не имели лицензии на торговлю контролируруемыми препаратами. Для врачей назначение трамадола стало таким же сложным, как и морфина, поэтому многие начали от него отказываться. Как заметил в интервью Хьюман Райтс Вотч врач-онколог, «выписывать трамадол – это такая головная боль, что лучше уж тогда морфин». По словам главврача одной из районных больниц, в их районе (с населением примерно в 35 тыс. человек) трамадол не поступает ни в одну аптеку.

По официальным оценкам, в 2008 – 2010 гг. национальное производство трамадола резко сократилось. Если в 2008 г. было произведено 19,5 млн. г перорального и 6,5 млн. г инъекционного трамадола, то в 2010 г. - всего 1,88 млн. г, или в 14 раз меньше.

В украинском нормативно-правовом регулировании оборота наркотических средств присутствует сильный акцент на недопущение незаконного использования контролируемых препаратов, и многие нормы по своей жесткости значительно превосходят требования соответствующих конвенций ООН. Хьюман Райтс Вотч признает, что в таких странах, как Украина, где остро стоят проблемы незаконного употребления наркотиков и коррупции в здравоохранении, борьба с незаконным оборотом является

особенно актуальной.¹⁵⁹ Однако наши исследования убедительно свидетельствуют о том, что некоторые регулирующие нормы носят настолько обременительный характер и до такой степени ограничивают доступность контролируемых препаратов для законных медицинских целей, что это приводит к нарушению права на здоровье.

Многие опрошенные нами работники здравоохранения также отмечали негативные последствия существующего регулирования для законной медицинской практики. Все они не отрицали необходимость жесткой регламентации оборота опиоидных анальгетиков, однако многие оценивали действующий порядок как избыточно и неоправданно обременительный. По словам наших собеседников, некоторые нормы серьезно препятствуют оказанию в достаточном объеме услуг по лечению боли и в то же время не являются необходимыми для предупреждения незаконного оборота.

Правительством Украины уже предпринимаются первые шаги по совершенствованию нормативно-правовой базы. Так, создана рабочая группа по вопросам лечения боли, которой поручено представить соответствующие предложения. В 2010 г. Министерством охраны здоровья был издан приказ, разрешивший больным самостоятельно принимать пероральные опиоиды. Это означает, что в случае внедрения в стране перорального морфина работники здравоохранения смогут выписывать рецепт на получение препарата для приема в домашних условиях. В октябре 2010 г. председатель Государственного комитета по вопросам контроля за наркотиками Владимир Тимошенко и Елена Коваль из управления МВД по вопросам законного оборота наркотических средств в беседах с нами признавали, что их серьезно беспокоит отсутствие лицензий у аптек и лечебных учреждений в сельских районах.¹⁶⁰ По словам В.Тимошенко, он ставил этот вопрос перед руководством областей, предлагая обеспечить лицензирование большего числа аптек.¹⁶¹

Лицензирование

В соответствии с антинаркотическими конвенциями ООН операции с контролируруемыми лекарственными препаратами могут осуществляться только при наличии соответствующей лицензии. Применительно к учреждениям и работникам здравоохранения это означает необходимость получения лицензии на хранение,

¹⁵⁹ USAID, "Corruption Assessment: Ukraine Final Report," February 10, 2006, <http://ukraine.usaid.gov/lib/evaluations/AntiCorruption.pdf>; A.Markovska, A.Isaeva, "Public Sector Corruption: Lessons to be learned from the Ukrainian Experience" // Crime Prevention and Community Safety, 2007, <http://www.palgrave-journals.com/cpcs/journal/v9/n2/full/8150036a.html>; Yu.Gorodnichenko, K.Sabirianova, "Public Sector Pay and Corruption: measuring Bribery from Micro Data" // Journal of Public Economics, June 2007, vol. 91(5-6), pp. 963-991.

¹⁶⁰ Интервью Хьюман Райтс Вотч. Киев, 22 октября 2010 г. (совместно с Международным фондом «Возрождение»).

¹⁶¹ Интервью Хьюман Райтс Вотч. Киев, 22 октября 2010 г.

назначение или выдачу опиоидных анальгетиков. В зависимости от национального режима это может осуществляться на основании общей или отдельной лицензии. В последнем случае государство должно обеспечивать, чтобы порядок лицензирования был прозрачным и эффективным и не препятствовал наличию и доступности основных болеутоляющих средств.

В Украине для работы с контролируруемыми препаратами, такими как морфин, лечебные и аптечные учреждения должны иметь специальную лицензию Госкомитета по вопросам контроля за наркотиками. В лицензии также указывается, какие именно сотрудники имеют право на выполнение связанных с этим действий. В интервью Хьюман Райтс Вотч профильные специалисты, как правило, отмечали, что сама процедура получения такой лицензии не связана с серьезными проблемами, однако сложности нередко возникают с соблюдением требований, предъявляемых к лечебному или аптечному учреждению.¹⁶² Лицензию на работу с наркотическими средствами не могут получить фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).¹⁶³

В соответствии с действующим порядком для получения лицензии медучреждение должно соответствовать целому ряду требований (приводятся в таблице 7).¹⁶⁴ Многие требования являются существенно более жесткими, чем предусмотрено антинаркотическими конвенциями ООН, либо по сравнению с соседними странами, такими как Польша или Румыния. Тем не менее сами по себе они представляются вполне разумными и не противоречат праву на наивысший достижимый уровень здоровья в той мере, насколько не приводят к неоправданному ограничению доступности контролируемых препаратов для медицинских целей.

¹⁶² Лицензия на пять лет выдается в течение десяти дней с момента подачи документов. Статья 11 Закона Украины от 05.02.95 г. N 60/95-ВР «Об обороте в Украине наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров» (в редакции от 22.12.06 г.); Постановление Кабинета министров N° 756 от 4 июля 2001 г. «Об утверждении перечня документов, прилагаемых к заявлению о выдаче лицензии на осуществление некоторых видов хозяйственной деятельности».

¹⁶³ В приказе МОЗ N° 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины» ФАП не упоминаются среди медучреждений, которые могут работать с опиоидными медикаментами, в то время как в предыдущем – 356-м приказе от 18 декабря 1997 г. они прямо значились в числе таковых.

¹⁶⁴ Закон Украины от 05.02.95 г. N 60/95-ВР «Об обороте в Украине наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров» (в редакции от 22.12.06 г.); Постановление Кабинета министров N° 756 от 4 июля 2001 г. «Об утверждении перечня документов, прилагаемых к заявлению о выдаче лицензии на осуществление некоторых видов хозяйственной деятельности».

ТАБЛИЦА 7

Требование	Содержание требования	Представляемые документы
Квалифицированный персонал	В руководстве учреждения должен иметься специалист с профильным образованием. Сотрудники, имеющие доступ к контролируемым препаратам, должны иметь профильное образование. К последним предъявляются различные требования в зависимости от уровня учреждения.	Заверенные копии документов об образовании.
Противопоказания	Доступ к контролируемым препаратам запрещен для лиц, страдающих психическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков или алкоголя; признанных негодными для обращения с наркотическими средствами; имеющих судимость по преступлениям, связанным с наркотиками, и ряду других уголовных составов.	Сотрудники обязаны ежегодно представлять соответствующие справки из государственных наркодиспансеров и органов внутренних дел.
Материально-технические условия	Материально технические условия должны исключать доступ посторонних лиц и обеспечивать ответственное хранение.	Соответствующее заключение выдается МВД по результатам проверки помещений.
Санитарно-гигиенические условия	Помещение должно соответствовать санитарным нормам и правилам для хранения наркотических средств.	Заключение санитарно-эпидемиологической службы.
Организационно-правовая форма	Юридическое лицо	

Наибольшие проблемы связаны с требованиями к помещению (приводятся в таблице 8 ниже).¹⁶⁵ Самым трудновыполнимым для лечебных учреждений и аптек в сельской местности является требование об охранной сигнализации. Хотя законодательно такая сигнализация не обязательно должна выходить на местное подразделение внутренних дел, в нескольких сельских больницах врачи говорили нам, что на практике это требуют, в то время как ежемесячные расходы на поддержание такой системы оказываются для многих непосильными.

¹⁶⁵ Приказ МВД № 216 от 15 мая 2009 г. «Об утверждении требований к объектам и помещениям, предназначенным для осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и хранением изъятых из незаконного оборота таких средств и веществ»; Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины».

ТАБЛИЦА 8

Требования к объектам и помещениям, предназначенным для осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств		
	Больницы, аптеки	Амбулатории
Место хранения		Наличие отдельного помещения в «капитальном строении»
Стены	Прочность должна соответствовать бетонным толщиной не менее 500 мм	Не регламентируется
Полы и потолки	Прочность должна соответствовать железобетонной плите толщиной не менее 180 мм	Не регламентируется
	Если стены и перекрытия не соответствуют этим требованиям, они должны быть по всей площади изнутри укреплены арматурой диаметром не меньше 10 мм, которая приваривается ячейками 150х150 мм к плитам, установленным на анкера не меньше 12 мм с шагом 500х500 мм, либо на стальные пластины 100х50х6 мм, которые пристреливаются к железобетону четырьмя дюбелями.	
Входная дверь	Прочная, надежно установленная в коробке, металлическая или деревянная (полнотелая, толщина не меньше 40 мм), с двумя врезными несамозакрывающимися замками.	Прочная, надежно установленная в коробке, металлическая или деревянная (полнотелая, толщина не меньше 40 мм), с двумя врезными несамозакрывающимися замками.
Окна	Окна должны быть оборудованы металлическими решетками с внутренней стороны или между рамами; допускается использование декоративных ставней или жалюзи сопоставимой прочности.	Окна должны быть оборудованы металлическими решетками с внутренней стороны или между рамами; допускается использование декоративных ставней или жалюзи сопоставимой прочности.
Емкости для хранения	Не регламентируется.	Помещение должно быть оборудовано сейфами или металлическими шкафами, прикрепленными к потолку или стене.
Охранная сигнализация	Наличие охранной сигнализации на всех путях возможного проникновения извне (окнах, дверях, вентиляционных и отопительных каналах и т.д.) Двери блокируются на открывание и выбивание, окна - на открывание и разбитие стекла, некапитальные стены и перекрытия, места ввода коммуникаций – на пролом, капитальные стены, вентиляционные коробки – на разрушение и ударную нагрузку. Сигнал должен поступать на пульт органа внутренних дел.	Наличие автономной охранной сигнализации, охватывающей внутренний объем и поверхности помещения, а также сейфы или металлические шкафы для хранения препаратов. Сигнал может поступать на пульт органа внутренних дел или на местные средства звуковой либо световой сигнализации.
Прочие требования	Помещение, сейфы и металлические ящики: - по завершении работы с наркотическими средствами – запираются; - в конце рабочего дня – опечатываются и ставятся на охрану.	Помещение, сейфы и металлические ящики: - по завершении работы с наркотическими средствами – запираются; - в конце рабочего дня – опечатываются и ставятся на охрану.

Эти требования служат главным препятствием, ограничивающим наличие опиоидных анальгетиков в сельских районах. Во всех районных больницах, где мы побывали, нам говорили, насколько трудно сельским больницам и аптекам обеспечить их соблюдение. Так, в районе 3 главврач ЦРБ рассказывал:

Мы сейчас [за сигнализацию] платим 1400 гривен [USD 175] в месяц за один объект. [В нашем районе] 12 амбулаторий плюс центральная больница – можете сами посчитать... Это просто нерационально.¹⁶⁶

Чтобы оборудовать помещение, стены нужны определенной толщины, решетки, сейф укрепленный, дверь усиленная, да еще сигнализация. Понимаете, мы могли бы довести стены до нужной толщины, решетку поставить, если не хватает. Но ставить сигнализацию из-за трех ампул и выводить ее на пульт...

У нас нет отдельных норм, скажем, для ФАПа, или в зависимости от того, какое количество хранится... Только толщина стен, толщина решеток. Это же бред – думать, что кто-то полезет в амбулаторию, решетки будет пилить, сейф вскрывать из-за трех ампул... Но у нас закон один для всех. Неважно – ФАП это или ЦРБ [центральная районная больница].¹⁶⁷

Требования к местам хранения контролируемых препаратов преследуют совершенно законную цель – не допустить их попадания в незаконный оборот. Однако они в итоге настолько ограничивают наличие этих медикаментов, что возникает дисбаланс между контролем и доступностью. Соответственно, они входят в противоречие с правом на наивысший достижимый уровень здоровья и принципом разумной сбалансированности, закрепленным в антинаркотических конвенциях ООН, и должны быть безотлагательно модифицированы.

Порядок назначения

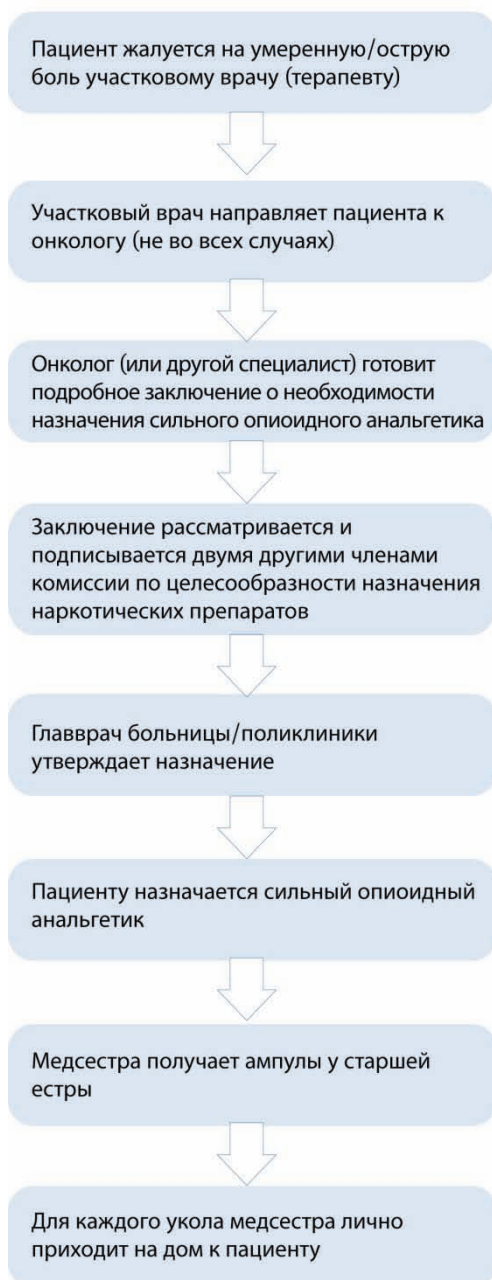
Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г. устанавливает два простых требования к порядку выдачи больным опиоидных анальгетиков: рецепт и учет. Конвенция разрешает государствам при необходимости вводить дополнительные ограничения, в частности требовать, чтобы рецепты выписывались на официальных бланках, выпускаемых властями или уполномоченными профессиональными ассоциациями.¹⁶⁸ При этом, как отмечает ВОЗ, «необходимо постоянно соотносить

¹⁶⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁶⁷ Там же.

¹⁶⁸ Статья 30(2-b-ii).

Порядок назначения опиоидных анальгетиков



данное право с обязанностью обеспечивать наличие опиоидов для медицинских целей».¹⁶⁹ Однако экспертный комитет ВОЗ по вопросам лечения боли при онкологии и активного поддерживающего ухода указывает, что особый порядок выписки, «как правило, ... снижает назначение соответствующих препаратов на 50% или более».¹⁷⁰

Порядок назначения опиоидных анальгетиков, предусматриваемый действующим в Украине нормативно-правовым регулированием, является одним из самых сложных и громоздких в мире. В то время как в большинстве стран морфин может выписывать любой квалифицированный врач, самостоятельно принимающий решение о необходимости назначения, в Украине такой рецепт можно выписать только на три дня. Любое назначение на больший срок производится по решению «комиссии по целесообразности назначения наркотических препаратов», состоящей из трех врачей данного медучреждения. Такое решение принимается на основании письменного заключения лечащего врача и утверждается главврачом или его заместителем.¹⁷¹ В случае необходимости изменить дозу комиссия созывается заново.

В беседах с нами врачи неизменно говорили, что на оформление рецепта на морфин для пациентов в стационаре и на дому уходит от получаса до двух часов. Большинство

¹⁶⁹ WHO, Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability, 1996, p. 9.

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 3.8; Приказ МОЗ № 360 от 19 июля 2005 г. «Об утверждении Правил выписывания рецептов».

утверждали, что это не отталкивает их от назначения этого препарата, однако главврач одной из харьковских поликлиник, в принципе не возражавший против жесткого регулирования, заметил, что «в какой-то мере пациенты все-таки страдают от такой строгости».¹⁷² На основании собственных исследований Хьюман Райтс Вотч приходит к заключению, что сложность порядка назначения морфина препятствует своевременному началу лечения.

Действующий в Украине порядок назначения контролируемых препаратов может преследовать вполне законную цель не допустить их хищения и попадания в незаконный оборот, но все же является избыточно громоздким и приводит к нерациональному растрачиванию ограниченных ресурсов системы здравоохранения. С точки зрения лечебного процесса нет необходимости в привлечении четырех врачей к назначению опиоидных анальгетиков. В большинстве случаев снятие боли при онкологии не относится к вопросам повышенной сложности - во всяком случае, не сложнее, чем многие другие аспекты лечения рака, по которым украинские онкологи вправе принимать решения самостоятельно. В большинстве других стран по всему миру решение о назначении опиоидных анальгетиков принимается лечащим врачом по собственному усмотрению. Когда мы проанализировали факторы, препятствующие оказанию паллиативной помощи в 40 различных странах, выяснилось, что для морфина несколько подписей требуется только в России и Украине.¹⁷³ Украинский порядок назначения контролируемых препаратов представляется избыточно обременительным и с точки зрения контроля за наркотиками. Хьюман Райтс Вотч известно о том, что украинское здравоохранение многие считают коррумпированным, однако для предупреждения злоупотреблений должно быть достаточно и менее сложных механизмов.

В случае получения в препарата в аптечном учреждении рецепт выписывается на специальном, так называемом «красном», бланке¹⁷⁴ с подписью и личной печатью врача, заверяется главврачом или его заместителем по лечебной части и печатью лечебного учреждения. Такой рецепт действителен в течение пяти дней, в то время как обычные рецепты – в течение 30 дней. На один рецепт может быть выписано не более 20 ампул морфина (см. также «Аптеки и опиоидные анальгетики»).

¹⁷² Интервью Хьюман Райтс Вотч. Харьков, 13 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁷³ Результаты этого исследования будут опубликованы в готовящемся докладе Хьюман Райтс Вотч о глобальном состоянии паллиативной помощи.

¹⁷⁴ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 2.11.2.

Порядок выдачи

В соответствии с действующим порядком инъекционные опиоидные анальгетики, хранящиеся в лечебном учреждении, должны вводиться больному только медработником, даже если больной находится дома.¹⁷⁵ Это требование создает больше всего проблем в Украине.

Введение морфина средним медперсоналом действительно позволяет осуществлять самый жесткий контроль и исключать вероятность попадания препарата в незаконный оборот, однако ничто в антинаркотических конвенциях ООН не указывает на обязательность такой высокой степени контроля. Существующая система мешает надлежащему лечению и приводит к значительным страданиям пациентов. В силу этого она входит в противоречие как с антинаркотическими конвенциями, так и с правом на наивысший достижимый уровень здоровья.

Существующая степень контроля не является необходимой. Во всех странах Евросоюза и в других соседних с Украиной государствах пациентам разрешается получать на руки морфин и другие сильные опиоидные анальгетики.¹⁷⁶ В тех немногих случаях, когда действительно имеется реальный риск нецелевого использования, это должно быть ответственностью лечащих врачей и среднего медперсонала, которым нужно внимательно следить за пациентом и оперативно принимать меры при возникновении подозрений (см., например, «Лечение боли у пациентов с наркологической историей»¹⁷⁷).

Об избыточности контрольных механизмов нам говорили несколько врачей, в том числе районный онколог в районе 3:

Контроль необоснованный. Это чистая теория, [что больные начнут торговать морфином]. Полный отрыв от практики. Наши больные действительно в нем нуждаются. Это видит вся семья. Они все делают, чтобы облегчить состояние больного. И чего ради они будут продавать? Те,

¹⁷⁵ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», п. 3.11.

¹⁷⁶ N.I.Cherny, J.Baselga, F. de Conno, L.Radbruch, Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative // *Annals of Oncology, Volume 21, Issue 3, pp. 615-626*; доклад Хьюман Райтс Вотч о глобальном состоянии паллиативной помощи (готовится к публикации).

¹⁷⁷ В США Федерацией медицинских советов штатов разработаны рекомендации по лечению боли, в которых изложены обязанности врачей как в области собственно лечения, так и в области предупреждения попадания опиоидных препаратов в незаконный оборот. В частности, врач должен тщательно оценивать личность пациента, периодически проверять план лечения, вести точный и полный медицинский учет и соблюдать нормы обращения с контролируруемыми препаратами. См.: <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/domestic/model.htm>.

кто сталкивался с этим в собственной семье, - они никогда продавать не пойдут. Когда видишь, как твой близкий человек страдает, то сам к морфину не потянешься.¹⁷⁸

В центральной районной больнице в районе 4, где в нарушение порядка больным или их родственникам разрешают брать домой трехдневный запас морфина для самостоятельного введения, медработники говорили, что за многие годы ни разу не сталкивались с нецелевым использованием. Нам рассказывали, что родственники добросовестно приносят пустые ампулы, когда приходят за новой порцией. В редких случаях, когда ампулы бьются, родственники возвращают в больницу осколки.¹⁷⁹

Жесткий контроль не является необходимым и с медицинской точки зрения. В Украине, как и во многих других странах, уже давно стало нормой, когда больные самостоятельно вводят себе различные инъекционные препараты, такие как инсулин. Нет никаких причин считать, что после надлежащего инструктажа родственники не смогут делать инъекцию морфина, особенно если речь идет о подкожном введении. Более того, даже действующий порядок разрешает больным самостоятельно колоть себе морфин, если они получают его в аптеке. Другой вопрос, что, как уже отмечалось, рецепт на получение морфина в аптеке в Украине выписывают очень немногие врачи.

Учет

Единая конвенция 1961 г. обязывает больницы и другие учреждения, имеющие дело с опиоидными препаратами, вести «записи, показывающие количества ... каждого отдельного приобретения или использования наркотических средств», которые должны храниться не менее двух лет.¹⁸⁰ Конвенция не устанавливает конкретных требований к форме такого учета, однако принято считать, что «допускается любая обычная форма упорядоченного учета бизнес-информации как в виде книги, так и виде картотеки».¹⁸¹

В Украине медработники документируют буквально каждое перемещение каждой отдельной ампулы морфина. Нам показывали целые библиотеки журналов учета невероятного количества действий: само назначение морфина фиксируется не только в карте больного, но и в отдельном журнале; старшая сестра расписывается в журнале при получении дневного запаса морфина для нужд отделения на аптечном складе;

¹⁷⁸ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁷⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч со старшей сестрой ЦРБ 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

¹⁸⁰ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., статья 34(b).

¹⁸¹ См.: <http://www.drugtext.org/library/legal/treat/commentary/default.htm>.

сестра, которая делает инъекцию, расписывается в получении ампулы, затем расписывается в журнале инъекций, наконец – в журнале возврата использованных ампул у старшей сестры.¹⁸² Каждые десять дней комиссия по утилизации использованных ампул в составе трех врачей, включая главврача или его заместителя, подсчитывает и уничтожает пустые ампулы, о чем составляется соответствующий акт.¹⁸³

Медработники, особенно средний медперсонал, ответственный за ведение таких журналов, говорили нам, что относятся к этому предельно серьезно. Для многих это является большой стрессовой нагрузкой. Несколько медсестер рассказывали, как регулярно пересчитывают ампулы, чтобы убедиться, что все сходится. Нам также говорили, что даже малейшие ошибки в случае проверки чреваты большими проблемами. Примером может служить ситуация с номерами ампул. В разных районах нам рассказывали, с какой осторожностью приходится следить, чтобы они случайно не стерлись, потому что в таком случае будет невозможно подтвердить, что использованная ампула является той же самой, что была получена. Говорит зам. главврача ЦРБ в районе 4 - онколог по специальности:

Перед тем как открыть ампулу, сестра должна ее продезинфицировать. А от спирта синий номер смывается... Кто не знает – у тех большие проблемы. Кто знает – следит, чтобы не смыть.¹⁸⁴

В ЦРБ в районе 4, где больным разрешают забирать домой трехдневный запас морфина, нам рассказывали, что отдельно предупреждают родственников, чтобы те следили за сохранностью номеров.

Единая конвенция 1961 г. оставляет вопросы организации учета на усмотрение государств, однако система, существующая в Украине, как представляется, приводит к нерациональному растрачиванию ограниченных ресурсов системы здравоохранения (см. вставку, стр. 53) и служит фактором, отталкивающим медработников от назначения опиоидных анальгетиков. Последнее связано как с затратами времени, так и с опасениями, что ошибки, вполне возможные при нынешнем объеме учета, могут

¹⁸² Закон Украины от 05.02.95 г. N 60/95-ВР «Об обороте в Украине наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров» (в редакции от 22.12.06 г.), статья 34; Постановление Кабинета министров № 589 от 3 июня 2009 г. «Об утверждении Порядка осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», п. 16; Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», пп. 3.13, 3.14.

¹⁸³ Приказ МОЗ № 11 от 21 января 2010 г. «Об утверждении порядка оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в заведениях охраны здоровья Украины», пп. 1.10, 1.11.

¹⁸⁴ Интервью Хьюман Райтс Вотч 21 апреля 2010 г. (совместно с ровенским отделением Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ).

обернуться дисциплинарными или даже уголовными санкциями. При этом не очевидно, в какой мере столь дотошный учет в итоге обеспечивает исходную цель – недопущение попадания контролируемых препаратов в незаконный оборот. Правительству следует рассмотреть вопрос об упрощении отчетности в интересах обеспечения эффективности лечения и экономии ресурсов.

Растрачивание ограниченных ресурсов системы здравоохранения

Одной из серьезных проблем системы государственного здравоохранения в Украине является нехватка финансирования. Это приводит к низким зарплатам, изношенности материально-технической базы и нередко вынуждает пациентов платить за лекарства и услуги, которые должны предоставляться бесплатно. При этом, как показано в настоящем докладе, государство затрачивает значительные финансовые и человеческие ресурсы на процедуры контроля и учета опиоидных анальгетиков, часть которых не являются необходимыми с медицинской точки зрения и представляются сомнительными с точки зрения эффективности контроля за наркотиками.

Как отмечалось выше, введение морфина медработниками на дому не является необходимым с медицинской точки зрения и создает препятствия для максимально эффективного лечения. При этом отвлекаются значительные ресурсы. Как говорил нам главврач одной из городских поликлиник, только на этом у него работают четыре медсестры, четыре водителя и две машины. Рассказывает медсестра из той же поликлиники:

У нас есть отдельная машина, которая только наркотики развозит. Для сестер – отдельный кабинет, с диваном и сейфом. Отлучаться нельзя, потому что может понадобится на вызов ехать. В восемь пересменка, ключи и документы новой сестре сдаются.

По словам дежурной сестры, в день нашего посещения у нее было семь пациентов, которым нужно было колоть опиоидные анальгетики в 6:00, 7:00, 9:00, 12:00, 18:00, 20:00, 22:00, 23:00 и в полночь. На это у дежурной смены уходят почти полные сутки. Если исходить, в среднем, из двух уколов на пациента в день, то для семи пациентов понадобится 14 выездов на две сестры и двух водителей.

Во многих местах морфин развозят на машинах скорой помощи, отвлекая их от основной работы. Так, в районе 3 «скорая» обслуживает выездные инъекции морфина по всему району. Нередко это означает пять – десять выездов, иногда в отдаленные места, только для того, чтобы сделать укол.

Система «съедает» также время врачей, которые выписывают опиоиды, и сестер, которые ведут их учет. Как уже отмечалось, у врача на выписку рецепта уходит от получаса до двух часов. По словам старшей сестры в одной из ЦРБ, в среднем, она тратит два часа в день на выдачу ампул с морфином, прием пустых, оформление бумаг и получение новых ампул в аптеке.

Проверки

В соответствии с украинским законодательством право проведения проверок медучреждений, работающих с опиоидными препаратами, имеет широкий круг

государственных ведомств. Государственный комитет по вопросам контроля за наркотиками, как лицензирующий орган, проводит плановые и внеплановые проверки.¹⁸⁵ Органы внутренних дел и прокуратура могут проводить проверку при поступлении информации о неправомерном использовании контролируемых препаратов. Наконец, проверки проводятся Министерством охраны здоровья и другими органами здравоохранения.

В то время как некоторые опрошенные нами медработники говорили, что у них не было проверки несколько лет, другие жаловались, что устали от них. При этом последние довольно негативно отзывались о проверяющих. Так, в районе 3 главврач ЦРБ рассказывал, как в прошлом году у него были комиссии из госкомитета по наркотикам, областного департамента здравоохранения, фармакологической инспекции, прокуратуры, госбезопасности и милиции. Он жаловался на межведомственную несогласованность:

Приходят и говорят: «Ваша очередь. Мы у вас уже давно не были». – «А все остальные только что были». – «Правда? Ладно, давайте документы посмотрим».¹⁸⁶

Рассказывает главврач харьковской поликлиники, по специальности – онколог, которого в прошлом году тоже постоянно проверяли:

Мы уже боимся. Запятую где-нибудь не там поставишь – море проблем. Слава богу, у нас и нашем районе не было такого, чтобы кто-то наркотики продавал или не так выписывал. У нас с этим очень строго. Технические ошибки могут быть, административные, тогда – в административном порядке. Но мы очень внимательно смотрим. Мы знаем систему, учим молодых врачей.¹⁸⁷

Проведение проверок в медучреждениях, работающих с опиоидными анальгетиками, – это нормальная надзорная практика государства. Однако государственные ведомства должны обеспечивать разумный объем таких мероприятий, чтобы минимизировать их воздействие на оказание и получение медицинской помощи. Любые санкции за

¹⁸⁵ Постановление Кабинета министров № 676 от 28 июля 2010 г. «Об утверждении Положения о Государственном комитете Украины по вопросам контроля за наркотиками»; Постановление Кабинета министров № 589 от 3 июня 2009 г. «Об утверждении Порядка осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», п. 45.

¹⁸⁶ Интервью Хьюман Райтс Вотч 14 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

¹⁸⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч 13 апреля 2010 г. (совместно с Институтом правовых исследований и стратегий).

нарушения должны быть соразмерными и не должны сказываться на доступности обезболивающих средств для пациентов.

Уголовные санкции за нарушение правил оборота опиоидов

Единая конвенция 1961 г. требует от государств-участников признавать уголовно-наказуемым умышленное распространение контролируемых препаратов в нарушение конвенции.¹⁸⁸ Другими словами, медработник, который умышленно предоставляет морфин для немедицинского использования, должен подлежать уголовному преследованию. Однако антинаркотические конвенции ООН не требуют уголовных санкций за непреднамеренное нарушение порядка оборота опиоидных медикаментов. Хьюман Райтс Вотч считает, что такие невольные ошибки не должны считаться уголовным преступлением и что нарушения, которые не составляют преступную халатность, должны наказываться в административном или дисциплинарном порядке.

В украинском уголовном кодексе статья об ответственности за нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров не проводит различия между умышленным и непреднамеренным нарушением и не предполагает учета последствий нарушения: «Нарушение установленных правил ... хранения, учета, отпуска, распределения, торговли, перевозки, пересылки либо использования наркотических средств ... наказывается штрафом до пятидесяти не облагаемых налогом минимумов доходов граждан или ограничением свободы на срок до четырех лет, или лишением свободы на срок до трех лет, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».¹⁸⁹ Это означает, что непреднамеренная незначительная ошибка медсестры в журнале учета или ситуация, когда врач или медсестра разрешают больному забирать морфин домой или оставляют у него дома уже подготовленные к уколу шприцы с морфином, чреватые уголовным преследованием.

В украинских судах уже слушался ряд уголовных дел в связи с относительно незначительными нарушениями при работе с опиоидами, которые, как представляется, не повлекли серьезных последствий. Так, в 2009 г. зав. амбулаторией в селе Доброводы Збаражского района Тернопольской области был оштрафован на 680 гривен (USD 85) за

¹⁸⁸ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., статья 34(1-а).

¹⁸⁹ Статья 320-1 УК. Часть вторая той же статьи гласит, что «те же действия, совершенные повторно, или если они повлекли недостачу наркотических средств ... в крупных размерах, или повлекли хищение, присвоение, ... наркотических средств ... или завладение ими путем ... злоупотребления служебным лицом своим служебным положением, наказывается штрафом до семидесяти не облагаемых налогом минимумов доходов граждан или лишением свободы на срок от трех до пяти лет, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

нарушение правил учета наркотических средств и хранение двух ампул трамадола в отсутствие лицензии.¹⁹⁰ В 2007 г. в Одесской области хирург за неправильное ведение истории болезни и оформление назначения опиоидов пяти пациентам был оштрафован на 510 гривен (USD 64) и на год отстранен от должности.¹⁹¹ В 2010 г. Великобелозерский районный суд в Запорожской области оштрафовал акушерку на 510 гривен за нарушение правил хранения и перевозки наркотиков – та потеряла сумку с семидневным запасом омнопона (21 ампула) при разрешенном запасе на три дня.¹⁹² Хьюман Райтс Вотч считает, что применение в таких случаях уголовных санкций можно расценивать как несопоставимое с серьезностью вреда (даже с учетом относительной легкости наказания) и что это может отпугивать медработников от назначения опиоидов. Правительству следует пересмотреть данную норму, с тем чтобы снять уголовную ответственность за нарушение правил при отсутствии преступного умысла.

Свидетельством необходимости реформирования нормативно-правовой базы служит дело 2007 г. в отношении зам. главного врача Каменско-Днепровской ЦРБ в Запорожской области, которая заказывала в аптеке наркотические препараты, хотя у больницы не было лицензии на работу с ними и помещения для хранения. По версии обвинения, в 2001 – 2004 гг. ЦРБ незаконно получала и хранила морфин, омнопон и фентанил. При этом случаев их немедицинского использования выявлено не было. Врач в свое оправдание ссылаясь на то, что не знала о необходимости наличия лицензии и что впоследствии принимала меры для ее получения. По ее словам, она продолжала заказывать препараты: «Даже узнав о необходимости получения ЦРБ лицензии для оборота наркотических средств, она не имела права не ‘подписывать требования на получение наркотических средств’, или не ‘допускать назначение таких препаратов врачами ЦРБ’. Отказ больным в получении наркотических средств представлял реальную угрозу жизни и здоровья больных. В этом случае она бы нарушила требования Конституции Украины...»¹⁹³

Роль фармацевтической компании «Здоровье народу»

ООО «Харьковское фармацевтическое предприятие «Здоровье народу»» является единственным производителем морфина в Украине. Соответственно, этой компании принадлежит решающая роль в обеспечении лечебных возможностей для людей, страдающих от боли. К сожалению, до настоящего времени она скорее препятствует,

¹⁹⁰ Приговор Збаражского райсуда Тернопольской области от 4 июня 2009 г., <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/4003114>.

¹⁹¹ Приговор Савранского райсуда Одесской области от 9 января 2007 г., <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/444550>.

¹⁹² Приговор Великобелозерского райсуда Запорожской области от 14 апреля 2010 г., <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/11466588>.

¹⁹³ Приговор Каменско-Днепровского райсуда Запорожской области от 12 декабря 2007 г., <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/5166603>.

чем содействует внедрению методик лечения боли с подтвержденной эффективностью. В частности, в прилагаемой к ампулам инструкции содержится ряд спорных положений, включая ограничения по дозировке (см. раздел о подготовке работников здравоохранения). Хьюман Райтс Вотч неоднократно пыталась связаться с компанией для обсуждения этих вопросов, однако наш письменный запрос был оставлен без ответа.

Как и большинство лекарств, инъекционный морфин выпускается с вкладышем, в котором содержится информация о способе применения, дозировке, противопоказаниях, побочном действии и пр. К сожалению, в таком вкладыше для ампул морфина содержится ряд положений, которые не соответствуют фактам и препятствуют максимально эффективному лечению боли. Речь, в частности идет о следующем:

- **Максимальная суточная доза.** Для взрослых при подкожном введении приводятся такие данные: однократная максимальная доза – 2 мл (20 мг), суточная максимальная доза – 5 мл (50 мг). При этом рекомендации ВОЗ максимальную суточную дозу не ограничивают.
- **Предупреждение о зависимости.** Производитель предупреждает, что при регулярном применении морфина быстро развивается психологическая и физическая зависимость (за 2 – 14 дней с начала лечения). В действительности при приеме морфина по назначению врача психологическая зависимость не развивается. У пациента со временем могут развиваться привыкание и физическая зависимость, что ВОЗ называет «нормальной фармакологической реакцией».¹⁹⁴ Это означает, что прием морфина нельзя резко прерывать, даже если пациент уже не испытывает боль. Требуется постепенное снижение дозировки для избежания синдрома отмены. Некорректная информация, которая приводится производителем, способствует консервации распространенного заблуждения об опасности возникновения зависимости при использовании морфина.

Аналогичная информация включена МОЗ в государственный формуляр лекарственных средств, что только усугубляет ситуацию.¹⁹⁵

Роль МККН и УООННП

Международный комитет по контролю над наркотиками контролирует и обеспечивает соблюдение Единой конвенции 1961 г. и других антинаркотических конвенций ООН. В его

¹⁹⁴ WHO, “Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability,” 1996, p. 16.

¹⁹⁵ Утвержден приказом МОЗ № 59 от 28 января 2010 г.,
http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100128_59.html.

обязанности входит мониторинг мер, принимаемых государствами как для выполнения положений, связанных с предупреждением незаконного оборота контролируемых препаратов, так и для удовлетворения потребности в них для медицинских и научных целей. Однако складывается впечатление, что в отношении Украины последние десять лет МККН занимался почти исключительно лишь вопросами контроля.

В 2008 г. МККН осуществил контрольную миссию в Украину. Представители Комитета говорят, что в таких случаях стандартно затрагиваются и вопросы доступности сильнодействующих опиоидных анальгетиков, однако в итоговом коммюнике лишь сообщается, что обсуждались различные аспекты незаконного оборота, но ничего не говорится об удовлетворении потребности в контролируемых препаратах.¹⁹⁶

В ежегодных докладах МККН за последние десять лет Украина упоминается 46 раз, из них 43 упоминания связаны с незаконным оборотом и наркоконтролем и только два – с легальными наркотическими препаратами (последнее упоминание Украины не связано ни с первым, ни со вторым). В докладе за 2008 г. МККН положительно оценил изменения в украинском законодательстве, направленные на ужесточение контроля за легальным оборотом контролируемых препаратов, однако обошел молчанием низкий уровень потребления морфина в стране, проблемы, связанные с избыточно жестким контролем, а также состояние вопроса с соблюдением Украиной требования Единой конвенции 1961 г. об одновременном обеспечении достаточного наличия контролируемых препаратов для медицинских и научных целей.¹⁹⁷

В марте 2011 г. МККН сообщил Хьюман Райтс Вотч, что во время посещения Украины в 2008 г. его делегацией поднимался вопрос наличия наркотических средств. В комитете считают недостаточным уровень потребления опиоидных анальгетиков в этой стране и заверяют, что «вопрос обеспечения достаточного наличия» будет продолжать занимать важное место в диалоге с правительством Украины.¹⁹⁸

Управление ООН по наркотикам и преступности «оказывает содействие государствам в борьбе с незаконным оборотом наркотиков, преступностью и терроризмом».¹⁹⁹ В его задачи входит содействие укреплению соответствующих национальных механизмов; проведение научно-исследовательской работы по сбору фактов для политических и оперативных решений; содействие в разработке нормативно-правовой базы. УООНП

¹⁹⁶ См.: <http://www.incb.org/incb/activities.html>.

¹⁹⁷ INCB, Report of the INCB for 2008, para. 702, <http://www.incb.org/incb/annual-report-2008.html>.

¹⁹⁸ Письмо секретаря МККН Джонатана Лукаса от 16 марта 2011 г.

¹⁹⁹ См.: <http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html?ref=menutop>.

проводит довольно большую работу в области ВИЧ-профилактики среди наркопотребителей, в том числе в Украине, однако до последнего времени почти не занималось вопросами гармонизации нормативно-правового регулирования в интересах обеспечения баланса между предупреждением незаконного оборота и удовлетворением потребности в контролируемых препаратах.²⁰⁰ Сегодня эта ситуация меняется. В марте 2011 г. Управление представило в Комиссию по наркотическим средствам доклад об обеспечении потребности в опиоидных анальгетиках. Этому же вопросу было уделено значительное внимание в докладе за 2009 г. На украинском направлении формирование нормативно-правового регулирования, которое обеспечивало бы достаточное наличие контролируемых препаратов, пока еще не стало для УООНП приоритетным направлением.

²⁰⁰ Показательно, что принцип сбалансированности не учитывается даже в модельных законах и правилах в области контроля за наркотиками, разработанных самим УООНП. См.: Model Law on the Classification of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Precursors and on the Regulation of the Licit Cultivation, Production, Manufacture and Trading of Drugs; Model Regulation Establishing an Interministerial Commission for the Coordination of Drug Control; Model Drug Abuse Bill, <http://www.unodc.org/unodc/en/legal-tools/Model.html>. Подробный анализ положений о контролируемых лекарственных средствах приводится в докладе Группы изучения вопросов боли и политики от января 2009 г.: Pain & Policy Studies Group, "Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?", http://www.painpolicy.wisc.edu/internat/model_law_eval.pdf. В УООНП признают наличие проблемы и намерены соответствующим образом переработать свои модельные законы и правила.

V. Правовые аспекты

Национальное законодательство

Конституция Украины гарантирует бесплатную медицинскую помощь в государственном здравоохранении.²⁰¹ В условиях сокращения бюджетных ассигнований из-за экономического кризиса 1990-х гг. государственные учреждения фактически стали взимать плату за лечение, ради сохранения формы называя это «взносами» или «добровольным возмещением расходов». Довольно широкое распространение в государственном здравоохранении получили и прямые поборы с пациентов.²⁰²

В 2002 г. Конституционный суд Украины разъяснил, что «что во всех государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается всем гражданам независимо от ее объема и без предварительного, текущего или последующего их расчета за оказание такой медицинской помощи». Порядок оказания и перечень услуг, выходящих за пределы медицинской помощи и предоставляемых на платной основе, КС предложил определить на законодательном уровне.²⁰³ Социально незащищенным категориям населения (инвалидам, детям младше 6 лет, пенсионерам с минимальной пенсией) предоставляются различные льготы по лечению и медикаментам.

Право на наивысший достижимый уровень здоровья

Право на здоровье закреплено в качестве одного из основополагающих в целом ряде международных норм о правах человека. В частности, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах признает «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».²⁰⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, отслеживающий соблюдение Пакта, отмечает, что государства должны обеспечивать наличие достаточного количества и

²⁰¹ Статья 49: «Государство создает условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания. В государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно; существующая сеть таких учреждений не может быть сокращена».

²⁰² Valeria Lekhan et al., *Health Care Systems in Transition. Ukraine*, p. 41. See also: USAID, "Corruption Assessment: Ukraine Final Report," February 10, 2006, <http://ukraine.usaid.gov/lib/evaluations/AntiCorruption.pdf>; Anna Markovska, Anna Isaeva, "Public Sector Corruption: Lessons to be learned from the Ukrainian Experience" // *Crime Prevention and Community Safety*, 2007, <http://www.palgrave-journals.com/cpcs/journal/v9/n2/full/8150036a.html>; Yuriy Gorodnichenko, Klara Sabirianova, "Public Sector Pay and Corruption: Measuring Bribery from Micro Data" // *Journal of Public Economics*, June 2007, vol. 91(5-6), pp. 963-991.

²⁰³ Решение Конституционного Суда Украины от 29 мая 2002 года № 10-рп/2002 (дело о бесплатной медицинской помощи), <http://www.ccu.gov.ua/doccatalog/document?id=12469>.

²⁰⁴ Статья 12.

доступность «функционирующих учреждений, товаров и услуг в сфере здравоохранения, а также соответствующих программ».

Поскольку государства располагают различными ресурсами, международное право не устанавливает обязательного уровня обеспечиваемого здоровья. Право на здоровье считается правом «прогрессивного осуществления». Присоединяясь к соответствующим международным договорам, государство берет на себя обязательство «использовать максимум имеющихся ресурсов на цели реализации права на здоровье». Иными словами, страны с более высоким уровнем дохода по общему правилу должны обеспечивать более высокий уровень услуг здравоохранения. При этом все страны должны принимать конкретные меры по улучшению качества таких услуг, а принятие регрессивных мер будет во многих случаях составлять нарушение права на здоровье.

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам отмечает, что существуют определенные обязательства фундаментального характера, которые являются основными для всех государств. В то время как ограниченность ресурсов может служить оправданием неполной реализации некоторых аспектов права на здоровье, Комитет подчеркивает, что «ни при каких обстоятельствах государство-участник не может оправдывать невыполнение основных обязательств ..., которые не допускают отступления». К основным обязательствам Комитет, в частности, относит:

- Обеспечение права доступа к объектам, товарам и услугам в области здравоохранения на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп.
- Обеспечение основными медикаментами, периодически определяемыми в Программе действий ВОЗ по основным медикаментам.
- Обеспечение справедливого распределения всех объектов, товаров и услуг здравоохранения.
- Принятие на основе имеющихся эпидемиологических данных и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья и плана действий, учитывающих потребности в сфере здравоохранения всего населения.²⁰⁵

К «сопоставимым по приоритетности», по мнению Комитета, относится и обязательство по обеспечению надлежащей подготовки работников здравоохранения.

²⁰⁵ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000). Право на наивысший достижимый уровень здоровья. 11 августа 2000 г., E/C.12/2000/4.

Право на здоровье и паллиативная помощь

Исходя из того, что паллиативная помощь является неотъемлемой составляющей охраны здоровья, в рамках обеспечения права на его наивысший достижимый уровень государства обязаны принимать все возможные меры в пределах имеющихся ресурсов, чтобы обеспечить ее наличие. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам прямо указывает на необходимость «внимания и ухода за хронически и неизлечимо больными лицами, облегчения по мере возможности их страданий и предоставления им возможности достойно уйти из жизни».²⁰⁶ Из этого вытекает несколько обязательств государства:

- Обязательство воздерживаться от принятия политических норм или практических мер, которые бы произвольно препятствовали оказанию или развитию паллиативной помощи.
- Обязательство принимать все разумные меры по содействию развитию паллиативной помощи.
- Обязательство принимать все разумные меры для интеграции паллиативной помощи в существующую систему здравоохранения, как государственного, так и частного, посредством нормативного регулирования и финансирования.

Недопустимость ограничения паллиативной помощи

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам напоминает, что государства должны «воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье».²⁰⁷ В частности, необходимо воздерживаться от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ для всех лиц, от введения дискриминационных норм в здравоохранении, от произвольного запрещения или ограничения традиционных профилактических услуг, методов лечения и медикаментов, а также от сокрытия или преднамеренного искажения информации по вопросам здоровья.²⁰⁸ Применительно к паллиативной помощи это означает, что государственная политика в области контроля за наркотиками не должна необоснованно и, соответственно, произвольно препятствовать наличию и доступности базовых паллиативных медикаментов, таких как морфин и другие опиоидные анальгетики. Необходимо поддержание разумного баланса между предупреждением незаконного оборота и обеспечением наличия и доступности для законных медицинских целей.

²⁰⁶ Там же, п. 25. Хотя данное положение включено Комитетом в пункт о пожилых лицах, его формулировка однозначно указывает на применимость ко всем хронически и неизлечимо больным лицам.

²⁰⁷ Там же, п. 33.

²⁰⁸ Там же, п. 34.

Содействие развитию паллиативной помощи

Право на здоровье также включает обязательство «принимать позитивные меры, которые предоставляют возможность и помогают индивидуумам и группам лиц пользоваться правом на здоровье».²⁰⁹ Применительно к паллиативной помощи это означает, что государства должны принимать все разумные меры по всем трем направлениям, обозначенным ВОЗ в качестве ключевых для развития паллиативной помощи.²¹⁰ Как отмечалось выше, эти рекомендации ВОЗ тесно связаны с рядом фундаментальных обязательств в рамках права на здоровье. Это означает, что государства не вправе ссылаться на нехватку ресурсов в оправдание собственного бездействия.²¹¹

Интеграция паллиативной помощи в существующую систему здравоохранения

Право на здоровье подразумевает обязанность государств принимать необходимые меры для «создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».²¹² Комитет по экономическим, социальным и культурным правам разъясняет, что это предусматривает «право на систему здравоохранения, обеспечивающую людям равные возможности в стремлении к наивысшему достижимому уровню здоровью».²¹³ Другими словами, необходимо обеспечивать на равной основе наличие услуг здравоохранения для всех состояний, включая хронические или неизлечимые болезни. Комитет рекомендует применять «комплексный подход, объединяющий элементы профилактического, лечебного и реабилитационного медицинского обслуживания».²¹⁴

Право не подвергаться пыткам и жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению

Право не подвергаться пыткам и жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию относится к числу основополагающих и признается в целом ряде универсальных и региональных договоров о правах

²⁰⁹ Там же, п. 37.

²¹⁰ WHO, "Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability," 1996, p. 3.

²¹¹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14, п. 47.

²¹² Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(2).

²¹³ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14, п. 8.

²¹⁴ Там же, п. 25.

человека.²¹⁵ Помимо прямого запрета жестокого или негуманного обращения это право обязывает государство активно ограждать от такого обращения любых лиц, находящихся под его юрисдикцией.²¹⁶

В рамках последнего государства должны принимать меры по избавлению людей от излишней боли, вызываемой расстройствами здоровья. Как отмечали в декабре 2008 г. спецдокладчики ООН по пыткам и по праву на здоровье в совместном письме в Комиссию ООН по наркотическим средствам,

Правительства также несут обязательства по принятию мер в целях защиты всех лиц, находящихся под их юрисдикцией, от бесчеловечного и унижающего достоинства обращения. Непринятие правительствами разумных мер по обеспечению доступности лечения боли, в результате чего миллионам людей приходится без необходимости страдать от сильной и зачастую продолжительной боли, вызывает вопросы относительно надлежащего исполнения ими этого обязательства.²¹⁷

Впоследствии спецдокладчик по пыткам в своем докладе Совету по правам человека высказался еще более определенно: «Фактический отказ в доступе к обезболивающим средствам, если это причиняет острую боль и страдания, является жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением или наказанием».²¹⁸

Не всякая ситуация, когда человек страдает от серьезной боли и не имеет доступа к необходимому лечению, будет составлять жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание. По мнению Хьюман Райтс Вотч, для такой квалификации необходимо наличие следующих признаков:

- Страдания должны быть сильными и соответствовать минимальному порогу, существующему для жестокого или негуманного обращения.
- Государство знает или не может не знать о тяжести и продолжительности страданий.

²¹⁵ Статья 7 Международного пакта о гражданских и политических правах 1966 г.: «Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию»; Всеобщая декларация прав человека 1948 г.; Конвенция ООН против пыток 1984 г.; Межамериканская конвенция о предупреждении пыток и наказании за них (вступила в силу 28 февраля 1987 г.); Европейская конвенция о предупреждении пыток 1987 г.; Африканская хартия прав человека и народов 1981 г.

²¹⁶ Комитет по правам человека. Замечание общего порядка № 20 (1992), п. 8; Решение Европейского суда по правам человека по делу *Z против Соединенного Королевства* (2001 г.) 34 EHHR 97.

²¹⁷ Текст письма Манфреда Новака и Ананда Гровера (на английском) размещен на: <http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf>.

²¹⁸ Совет о правах человека. Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания Манфреда Новака. 14 января 2009 г., A/HRC/10/44, п. 72.

- Имеются методики лечения, позволяющие полностью или частично избавить человека от страданий, однако такое лечение не предлагается.
- Отсутствуют разумные причины, которыми государство могло бы объяснить отсутствие или недоступность лечебных методик с подтвержденной эффективностью.

В таких случаях может возникать вопрос об ответственности государства за необеспечение человеку защиты от жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Непринятие правительством Украины шагов по обеспечению в системе здравоохранения лечения боли на основе методик с подтвержденной эффективностью указанным критериям соответствует.

VI. Рекомендации

В развитии паллиативной помощи Украина стремительно отстает от своих соседей. Так, в Польше, Венгрии и Румынии проведено реформирование нормативно-правовой базы в области контроля за наркотиками, организована подготовка работников здравоохранения, созданы и продолжают совершенствоваться механизмы оказания паллиативной помощи как на дому, так и на базе профильных учреждений. Заметный прогресс демонстрируют и восточные соседи – Грузия и Армения. В Грузии, где недавно был разрешен к применению пероральный морфин, частично реформирована нормативно-правовая база, во многом напоминавшая украинскую, принята национальная стратегия развития паллиативной помощи и проводится довольно активная подготовка работников здравоохранения. В ближайшей перспективе пероральный морфин должен стать доступным и в Армении.

Пример Грузии

В Грузии, которой от советского периода досталось в наследство многих общих с Украиной проблем, до недавнего времени так же отсутствовал пероральный морфин. Рецепт на инъекционный заверялся многими врачами и выписывался только больным с гистологически подтвержденной онкологией. На руки пациенты могли одновременно получить морфин на три дня в крупных городах и областных центрах и на пять – в сельской местности. Общая политика в здравоохранении практически не способствовала развитию паллиативной помощи и лечения боли.

За последние несколько лет правительством был предпринят целый ряд шагов по снятию этих барьеров, получивших высокую оценку в ежегодном докладе Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 г. (Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: *Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes*, para. 103, (E/INCB/2010/1/Supp.1), http://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf).

В 2008 г. в результате реформирования нормативно-правовой базы здравоохранения право на получение паллиативной помощи было поставлено в один ряд с правом на профилактику, лечение и реабилитацию. Парламентом была принята национальная программа в этой области. В 2009 г. было разрешено применение в здравоохранении перорального морфина, и в настоящее время он доступен как для амбулаторных больных, так и для – все в большей степени – для пациентов в стационаре.

В 2008 г. был также отменен порядок, при котором рецепт на сильные опиоидные анальгетики заверялся несколькими врачами. В 2010 г. право выписывать такие препараты было предоставлено любым врачам-специалистам с соответствующей квалификацией, а не только онкологам. Одновременно было снято требование об обязательном наличии гистологически подтвержденной онкологии. Теперь больным и их родственникам разрешается одновременно

получать морфин на семь дней и принимать его самостоятельно.

В государственных медицинских вузах введен курс о современных методиках лечения боли. В Тбилисском госуниверситете он является обязательным, в трех других – факультативным. Курсы по лечению боли предусмотрены и в последипломном медицинском образовании. Курсы по паллиативной помощи присутствуют в системе последипломного медицинского образования на протяжении последних пяти лет.

При всех переменах к лучшему сохраняются и существенные проблемы. Недорогой быстродействующий морфин все еще отсутствует; многие медработники пока не прошли подготовку; пациентам приходится реализовывать рецепты на морфин в специальных аптеках, которые располагаются на территории полицейских участков и имеют короткий график работы.

Материалы электронной переписки с д-ром Пати Дзоценидзе из Тбилисского госуниверситета 28 февраля 2011 г.

Украине необходимо последовать примеру соседних государств и заняться развитием паллиативной помощи. Приоритетное внимание следует уделить разработке и реализации комплексной программы развития служб паллиативной помощи, которая включала бы конкретные шаги по преодолению обозначенных в этом докладе препятствий политического, нормативно-правового и образовательного характера. Правительство должно использовать опыт соседей, Программы ВОЗ по обеспечению доступности контролируемых лекарственных препаратов, Европейской ассоциации паллиативной помощи и других профильных международных экспертов. Следовало бы внимательно присмотреться к реформированию нормативно-правовой базы в Румынии и Грузии, опыт которых мог бы послужить моделью для реформирования украинской системы.

Ниже Хьюман Райтс Вотч предлагает две группы рекомендаций. Первая касается вопросов, требующих безотлагательного решения в силу того глубоко негативного воздействия, которое они оказывают на ситуацию с помощью пациентам. Вторая содержит предложения, реализация которых требует определенного времени. Тем не менее мы настоятельно призываем правительство не затягивать с их осуществлением, поскольку все предлагаемые меры критически важны для обеспечения наличия паллиативной помощи надлежащего уровня.

Правительству Украины

Неотложные рекомендации

- **Обеспечить наличие перорального морфина.** Правительство должно активно побуждать «Здоровье народу» и другие фармацевтические компании к началу

производства перорального морфина, а система здравоохранения – внедрять его на всех уровнях.

- Отменить порядок, при котором морфин и другие сильные анальгетики в инъекционной форме вводятся пациенту на дому непосредственно медработником. Во взаимодействии с врачами, ВОЗ и другими профильными экспертами разработать новый порядок выдачи препаратов на руки в интересах обеспечения постоянного наличия у пациента обезболивающих средств. Например, в районах, где налажено снабжение пациентов в рамках действующего порядка, медучреждениям можно было бы разрешить выдачу на руки по меньшей мере недельного запаса, а в сельской местности с ограниченной доступностью лицензированных медучреждений – по меньшей мере двухнедельного.
- **Изменить порядок лицензирования сельских медучреждений.** Требования к получению лицензии должны быть посильными для всех сельских медучреждений, включая ФАПы. В частности, применительно к таким учреждениям правительству следует рассмотреть вопрос о целесообразности требования отдельного помещения для хранения контролируемых препаратов: возможно, для этого будет достаточно сейфа определенного класса. Правительство должно обеспечить возможность получения сельскими медучреждениями лицензии при наличии простой светозвуковой сигнализации, без вывода на милицейский пульт. Если по итогам анализа будут все же сохранены требования, предусматривающие значительные расходы, то государство должно предусмотреть соответствующее бюджетное финансирование для покрытия этих затрат.
- **Обеспечить наличие во всех медучреждениях рекомендаций ВОЗ по лечению боли.** Министерство охраны здоровья должно требовать от врачей следования рекомендациям ВОЗ по оценке и лечению боли на основе корректных фармакологических подходов.
- **Обеспечить последипломную подготовку в области методик лечения боли для врачей во всех звеньях системы государственного здравоохранения.**

Во взаимодействии со всеми профильными субъектами, включая неправительственные группы, следует также принять следующие меры:

Формирование политики

- **Создание системы паллиативной помощи на дому.** Правительство должно проанализировать штатный состав медучреждений, с тем чтобы хосписы и другие учреждения могли оказывать паллиативную помощь на дому; выделить хосписам финансирование на развитие такой службы; преобразовать существующую систему

доставки средним медперсоналом сильных анальгетиков на дом пациенту в систему оказания паллиативной помощи.

- **Разработка типовых рекомендаций в области оказания паллиативной помощи и лечения боли.** Министерство охраны здоровья, медицинские учебные заведения, службы паллиативной помощи и профильные неправительственные группы должны разработать типовые рекомендации в области оказания паллиативной помощи и лечения боли, основанные на современных международных фармакологических и лечебных методиках с подтвержденной эффективностью. Эти рекомендации должны быть доведены до всех профильных медработников и служить основой для профессиональной подготовки в данной области.
- **Включение вопросов паллиативной помощи в национальные программы профилактики и борьбы с болезнями.** Национальные программы профилактики и борьбы с раком, ВИЧ/СПИДом и другими болезнями должны содержать сильную паллиативную составляющую, предусматривать конкретные шаги по интеграции вопросов паллиативной помощи и предусматривать целевое выделение достаточных средств на ее развитие.

Подготовка специалистов

- **Включение вопросов паллиативной помощи в программы высших и средних специальных учебных заведений медицинского профиля.** Правительство должно установить четкий минимум знаний в области паллиативной помощи и лечения боли для всех медработников. Для работающих с большим числом пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, должны быть предусмотрены углубленная подготовка и клиническая практика.
- **Экзамены на право заниматься медицинской практикой** для врачей и среднего медперсонала должны включать вопросы паллиативной помощи и лечения боли.
- **Прохождение клинической практики.** Министерство охраны здоровья должно ввести обязательную практику в отделениях паллиативной помощи для определенных программ последипломного образования, в том числе по таким специализациям, как онкология, гериатрия и инфекционные болезни.
- **Учебно-методические центры.** Министерство охраны здоровья должно создать региональные учебно-методические центры для подготовки специалистов паллиативной помощи, возможно – на базе существующих хосписов.
- **Учебные пособия.** Министерство охраны здоровья должно обеспечить перевод на украинский язык ключевых источников по паллиативной помощи и разработать учебные пособия для врачей, среднего медперсонала, социальных работников,

психологов и волонтеров. Эта работа должна проводиться в сотрудничестве с хосписами, неправительственными группами и международными экспертами в области паллиативной медицины.

- **Последипломное образование.** Курс паллиативной помощи и лечения боли должен быть обязательным в программах последипломного образования для всех врачей общей практики, онкологов, инфекционистов, анестезиологов и гериатров. Экзамены по итогам повышения квалификации для врачей и среднего медперсонала должны включать соответствующие вопросы.

Обеспечение наличия контролируемых препаратов

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по обеспечению сбалансированности политики в области контролируемых препаратов Украина должна провести тщательный анализ своей нормативно-правовой базы в области контроля за наркотиками и внести изменения в интересах обеспечения достаточного наличия сильных опиоидных анальгетиков при одновременной минимизации актуального для этой страны риска их попадания в незаконный оборот. В первую очередь следует обратить внимание на следующие аспекты:

- **Порядок лицензирования.** Требования к лицензированию должны быть минимально обременительными, чтобы при этом надежно исключать возможность нецелевого использования и хищения контролируемых препаратов. В сельских медучреждениях следует рассмотреть вопрос о достаточности сейфа определенного класса для хранения небольших количеств опиоидов, которыми они обычно оперируют.
- **Выдача препаратов на руки.** Во многих странах всего мира стандартной практикой является выдача пациенту на руки запаса морфина на период от двух недель до месяца.
- **Отчетность** должна быть упрощена в интересах экономии ограниченных ресурсов.
- **Сокращение числа подписей на рецепте.** Во многих странах врач самостоятельно принимает решение о назначении опиоидов.

Фармацевтической компании «Здоровье народу»

- **Внести изменения в прилагаемую к инъекционному морфину инструкцию,** приведя ее в соответствие с данными доказательной медицины. Информация о максимальной суточной дозе и опасности психологической зависимости должна быть изъята, как не соответствующая международным стандартам.

- **Начать производство перорального морфина.** Морфин в таблетках может быть внедрен в рамках упрощенной процедуры, не требующей клинической апробации или других дорогостоящих мероприятий.²¹⁹ Поскольку морфин – без уточнения вида – уже включен в национальные перечни основных лекарственных средств и лекарственных средств, оплачиваемых за счет госбюджета, он мог бы распространяться через систему государственного здравоохранения и в пероральной форме.²²⁰

Международному сообществу

Международному комитету по контролю над наркотиками

- Последовательно отражать в ежегодных докладах наличие по странам контролируемых препаратов для медицинских и научных целей, а также факторы, препятствующие обеспечению их наличия.
- Ставить вопросы о проблемах с наличием опиоидных анальгетиков, которые обозначены в этом докладе, в рамках работы по итогам посещения Комитетом Украины в 2008 г. В частности, МККН следует запросить информацию о мерах правительства по обеспечению достаточного наличия контролируемых препаратов для медицинских и научных целей и о сохраняющихся препятствиях. Результаты этого обмена должны быть отражены в последующих ежегодных докладах.
- Установить регулярные контакты с ключевыми фигурами в области паллиативной помощи, с тем чтобы МККН мог получать информацию о факторах, препятствующих наличию опиоидов, непосредственно от медицинских профессионалов.
- Предложить Украине техническое содействие в пересмотре действующего наркорегулирования.

Всемирной организации здравоохранения и Управлению ООН по наркотикам и преступности

- Ставить перед правительством Украины обозначенные в этом докладе вопросы о проблемах с наличием и доступностью контролируемых препаратов.

²¹⁹ Интервью Хьюман Райтс Вотч с директором Департамента фармацевтической деятельности Государственного экспертного центра МОЗ Украины (до октября 2010 г. – Государственный фармакологический центр) Ольгой Баулой 21 октября 2010 г.

²²⁰ Постановление Кабинета министров Украины № 333 от 25 марта 2009 г. «Некоторые вопросы государственного регулирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения».

- Настоятельно призывать правительство Украины использовать рекомендации ВОЗ по обеспечению сбалансированности политики в области контролируемых препаратов и предлагать со своей стороны техническое содействие.
- Программа ВОЗ по обеспечению доступности контролируемых лекарственных препаратов должна предложить украинской стороне техническое содействие в области реформирования нормативно-правовой базы и подготовки специалистов.
- Настоятельно призывать правительство Украины к выполнению резолюции Комиссии по наркотическим средствам № 53/4.

Европейскому союзу

- Ставить вопросы ограниченного наличия паллиативной помощи и лечения боли в рамках структурированного диалога по правам человека и других профильных двусторонних и многосторонних форумов с участием украинской стороны, в том числе в контексте текущего процесса подготовки Соглашения об ассоциации. Удовлетворение потребности в паллиативной помощи и лечении боли должно быть включено в целевые показатели для Украины.
- Предложить правительству финансовое и техническое содействие в реформировании наркорегулирования, разработке стратегии развития паллиативной помощи и подготовке специалистов. Рассмотреть вопрос о возможности привлечения к этому партнеров Европейской программы обеспечения доступности опиоидов.²²¹
- Предложить финансовое и техническое содействие в разработке национальных типовых рекомендаций в области оказания паллиативной помощи и лечения боли.

Совету Европы

Совет Европы рекомендует государствам-членам обеспечивать доступность паллиативной помощи,²²² однако пока эти рекомендации должным образом не учитывают существующие в отдельных странах серьезные проблемы с наличием опиоидных препаратов. Для исправления этого мы рекомендуем:

²²¹ Access to Opioid Medication in Europe (ATOME), <http://www.atome-project.eu/project.php>.

²²² Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Rec. (2003)24, November 12, 2003, [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf); Recommendation 1418(1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, June 25, 1999, <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/errec1418.htm>; Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Social, Health and Family Affairs Committee, "Palliative care: a model for innovative health and social policies", Doc. 11758, November 4, 2008, <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doco8/EDOC11758.pdf>.

- Комиссару по правам человека – ставить вопросы доступности обезболивающих препаратов и паллиативной помощи в целом, в том числе применительно к Украине.
- Парламентской ассамблее Совета Европы – назначить докладчика по вопросу о доступности обезболивающих средств из числа контролируемых препаратов и о состоянии соответствующей нормативно-правовой базы в регионе СЕ, в том числе в Украине.
- Комитету министров – настоятельно призывать членов Совета Европы к пересмотру национального наркорегулирования на основе рекомендаций ВОЗ по обеспечению сбалансированности политики в области контролируемых препаратов.²²³

Международным донорам, в первую очередь Глобальному фонду для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, правительствам США и государств Евросоюза

- Обеспечить обязательное включение вопросов паллиативной помощи и лечения боли в любые финансируемые программы ухода и лечения для лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.
- Требовать от медучреждений, которым оказывается помощь, получения лицензии на работу с морфином и другими опиоидными анальгетиками и поддержания их достаточного запаса.

Оказать финансовую поддержку подготовке в области паллиативной помощи и лечения боли для работников СПИД-центров и коммунальных центров по уходу.

* * *

Исследования для этого доклада проводились старшим научным сотрудником Отделения Хьюман Райтс Вотч по вопросам здоровья и прав человека Дидериком

²²³ WHO Policy Guidelines Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances, Guidance for Availability and Accessibility for Controlled Medicines, 2011, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html.

Лохманом совместно с Андреем Раханским из харьковского Института правовых исследований и стратегий, Анной Котенко и Аленой Дружининой из ровенского и киевского отделений Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ. Автором доклада является Дидерик Лохман.

Редакция: Джозеф Эймон, директор Отделения Хьюман Райтс Вотч по вопросам здоровья и прав человека; Рейчел Денбер, зам. директора Хьюман Райтс Вотч по Европе и Центральной Азии; Вероника Сзенте Голдстон, директор по правозащитному лоббированию в Европе и Центральной Азии; Эшлин Рейди, старший юрисконсульт Хьюман Райтс Вотч; Даниэль Хаас, старший редактор Хьюман Райтс Вотч.

При участии: Кэтлин Фоли, Memorial Sloan Kettering Cancer Center; Франк Феррис, Институт паллиативной медицины при хосписе Сан-Диего; Ксения Шаповал и Виктория Тимошевская, Международный фонд «Возрождение»; Людмила Андришина, ивано-франковский хоспис; Андрей Раханский, Институт правовых исследований и стратегий.

В работе над докладом принимали участие: Алекс Гертнер, сотрудник Отделения по вопросам здоровья и прав человека, а также интерны того же отделения Мари Милорава-Келман, Алла Халитова, Олена Баева, Брукс Боно, Клаудия Стойческу. Подготовка к публикации: Миньон Ламиа, Грейс Чои, Анна Лопприор, Вероника Матусхадж, Фицрой Хепкинс. Перевод на украинский - Сергей Дема, на русский - Игорь Гербич.

Мы глубоко благодарны всем пациентам и их родственникам в Украине, которые нашли силы и время, чтобы ответить на наши вопросы. Мы надеемся, что их истории и сам этот доклад послужат развитию паллиативной помощи в Украине, чтобы другим людям не пришлось так же страдать от боли и других симптомов при хронических и неизлечимых болезнях. В равной мере мы признательны и всем тем украинским медработникам и официальным лицам, которые откровенно рассказывали нам о состоянии организации паллиативной помощи. Без их участия этот доклад был бы невозможным.

Свой вклад в эту работу внесли также: д-р Томаш Дзержановски, врач паллиативной медицины из Польши; д-р Пати Дзоценидзе из Тбилисского госуниверситета; д-р Эрик Кракауэр из Центра паллиативной помощи при Harvard Medical School; д-р Стивен Пассик из Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Павел Скала из Международного альянса по ВИЧ/СПИД в Украине, а также Виктор Сердюк и Ольга Скорина из Всеукраинской ассоциации по защите прав и безопасности пациентов.

Неконтролируемая боль

Обязательства Украины в области обеспечения паллиативной помощи по стандартам доказательной медицины

Каждый год десятки тысяч человек в Украине страдают от острой хронической боли, вызываемой раком, СПИДом и другими болезнями. Большинство не имеют доступа к достаточно сильным анальгетикам, хотя морфин, который в первую очередь должен назначаться в таких случаях, эффективен, безопасен и недорог. Подобно Владу, многим приходится испытывать непереносимые страдания, порой – годами.

Всемирная организация здравоохранения указывает, что «существующие медицинские знания и методики позволяют, как минимум, в значительной степени купировать болевой синдром в онкологии», однако правительством не предпринимается достаточных шагов для удовлетворения потребности в лечении боли, в том числе с помощью морфина. В условиях избыточно жесткого наркорегулирования и отсутствия перорального морфина сильные анальгетики оказываются недоступными для значительной части населения. Но даже их получение при существующей системе не избавляет от страданий, поскольку большинство медработников не имеют надлежащей подготовки в лечении боли, а нормативно-правовая база препятствует внедрению стандартов доказательной медицины.

Пассивность правительства в этой области приводит к нарушению права на наивысший достижимый уровень здоровья, а иногда и права не подвергаться жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению. Пациенты и их семьи вынуждены страдать без необходимости. Хьюман Райтс Вотч призывает правительство Украины без промедления принять меры по удовлетворению потребности в паллиативной помощи и лечении боли.

*Влад Жуковский. Умер от рака
в октябре 2010 г.*

© 2011 Scott Anger & Bob Sacha/
Open Society Foundations

