



БУДЕМ ЛИ МЫ ЛЕЧИТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ?

О.Усенко¹, Л. Рябова², С. Святова³, В. Ясницкий⁴, П. Мелешко⁵

¹Tampa General Hospital, Florida, USA; ²ФГУЗ Клиническая больница №81 ФМБА РФ, Северск, Томская область; ³МЛПУ КГБ №11, отделение «Хоспис», Новокузнецк; ⁴Хоспис Дольношльонского Онкологического Центра, Вроцлав, Польша; ⁵Хоспис имени Иоанна Павла II, Olsztyn, Польша

Врачи-соотечественники, обеспокоенные состоянием медицинской помощи инкурабельным больным в России, объединили свои усилия для анализа ситуации на основе данных Международного Совета по контролю над наркотиками (INCB), рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по достижению равновесия в национальной политике контроля опиоидов, официальных руководств о назначении и выписке наркотических препаратов, писем больных и их родственников, присланных на сайт Всемирного Дня хосписной и паллиативной помощи в России, а также персонального опыта.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хронический болевой синдром, опиоиды, достоинство личности, анализ

«Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться ... жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению». Конституция РФ, статья 21

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения до 2020 г. необходимо достичь повышения качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации. Цель, безусловно, достойная, но если государство действительно хочет ее достичь и концепция развития здравоохранения России – не просто декларация, то жизненно необходимо провести серьезный анализ сложившейся ситуации, обеспечить честный диалог с обществом и настойчиво работать над достижением поставленной цели, особенно потому, что все предыдущие реформы здравоохранения, о «достижениях» которых мы постоянно слышали в последние годы с экранов телевизоров, лопаются на наших глазах, как мыльные пузыри. Доказательств тому множество и в том числе - *неприемлемое качество* оказания помощи больным с запущенными формами онкологических заболеваний в Российской Федерации. Давайте же, наконец, перестанем пользоваться эзоповым языком, а обсудим эту тему открыто.

Ни для кого не секрет, что онкологическая заболеваемость и смертность в России гораздо выше, чем в большинстве стран Европы и Северной Америки.¹ В свою очередь, выявляемость онкопатологии на ранних стадиях, в среднем, по РФ составляет всего 12,9%², что говорит, в том числе, и об отсутствии профилактики онкологических заболеваний и о безобразной организации диагностического процесса на ранних стадиях. В результате, лечить высокотехнологичными методами, о которых вдруг разом все заговорили, просто некого: в 2008 г. у 60 % больных злокачественное новообразование было диагностировано в III-IV стадии³, а это значит, что прогноз их жизни - неблагоприятный.

Об этом не принято говорить открыто, но большинство этих больных признается неперспективными, им отказывают в паллиативной химио- и лучевой терапии (со словами: «Зачем на них тратить силы и средства?») и выписывают (часто без их согласия) на амбулаторно-поликлинический этап для проведения так называемой симптоматической терапии.

Из письма: Состояние мое ухудшается, боли становятся все сильнее. Обследование никто не проводит. Я сам с большим трудом записался на КТ и то сделали не полное, никакие уговоры не помогли. Результаты плохие, нашли уплотнения в легком, печени и средостении. При такой картине срочно нужны курсы интенсивной химиотерапии, чтобы остановить процесс. И опять я не могу найти врачей, которые мне помогут. Ни в области, ни в Москве.

Мне сейчас нужно интенсивное лечение. Не просто нужно, жизненно необходимо. Я прекрасно понимаю, что если онкологию не лечить должным образом, человек погибает. Чтобы болезнь не одержала верх, мне нужно пройти курс химиотерапии по международным протоколам. Я ведь никогда не получал химиотерапии по схемам, применяемым при моем заболевании во всем мире.

Я писал письма Тулееву, губернатору Кемеровской области, просил помочь мне в моей ситуации, вывезти на лечение в хорошую клинику, пока еще не поздно. Даже в администрацию Президента России писал. В ответ я получаю только справки от врачей,

*в которых написано что в лечении, в том числе за пределами области, я не нуждаюсь, и что мне показана симптоматическая терапия по месту жительства или в условиях хосписа. Я с этой ситуацией смириться не могу. Пока человек жив, надо бороться с болезнью. А я еще жив! И я должен лечиться. Я не хочу опускать руки и лежать в своей кровати в ожидании конца!*⁶

Безусловно, одной из самых серьезных проблем умирающих от онкологических заболеваний людей является выраженный болевой синдром. Так вот, под качественной помощью больным, которых уже невозможно вылечить, подразумевается адекватная помощь, *как минимум*, в обезболивании; а доступность этой помощи выражается в том, что *все* больные, которые в этой помощи нуждаются, должны ее получить, независимо от пола, возраста, национальности, социального положения, вероисповедания и места проживания.

Экспертный комитет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 1996г. заявлял, что как ни трагично, но раковую боль часто оставляют без лечения, а если ее все же лечат, то облегчение, все-таки, часто недостаточное. При этом боль *можно* было бы снять, если бы действительно применялись *имеющиеся* медицинские знания и способы лечения. Если имеется хроническая боль средней или тяжелой степени тяжести у пациента, страдающего неизлечимой формой тяжелого заболевания, то для лечения этой боли необходимы опиоиды, и замены опиоидам на сегодня нет.⁴

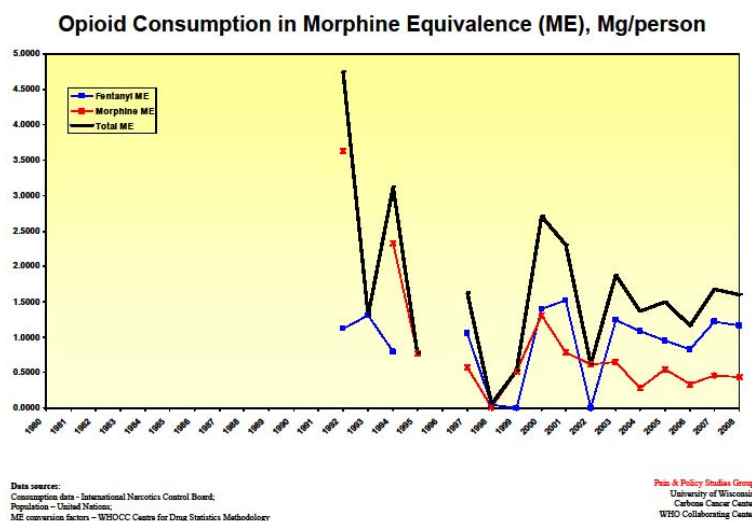
Итак, боль можно успешно лечить, если знаешь - *как* и если есть *чем*. Иными словами, если больной даже умирает, то его, все же, *в наших силах* избавить от мучительных страданий и дать возможность пройти свой последний путь с достоинством... Так и происходит в развитых странах, но не в России...

За доказательствами далеко ходить не надо. На сайте Pain & Policy Studies Group⁵ размещаются в открытом публичном доступе данные мониторинга глобальной доступности наркотических препаратов, который проводится на протяжении многих лет Международным Советом по контролю над наркотиками (INCB).

Картина, скажем прямо, удручающая: на протяжении многих лет Россия находится где-то в самом конце таблицы по потреблению морфина на душу населения. В 2008 г. у нас 93 место (0,4376 мг/душу населения) – это между Тонго и Самоа, даже Уганда и Катар на более высоких позициях. А если проанализировать график потребления опиоидов на душу населения в России с 1992 по 2008 г., то можно прийти к выводу, что график очень напоминает запись сердечного ритма агонирующего больного. *График 1.*

График 1. Российская Федерация. Потребление опиоидов (морфин-эквивалентные единицы, мг/чел.), 1992-2008⁵

Russian Federation



Это достаточно яркое подтверждение того, что в современной России потребление опиоидов на душу населения намного ниже, чем это было в 1992 г., когда пришел крах советской системе здравоохранения. Причем в последние годы наблюдается явно негативная тенденция. Причина? Одно из двух: либо больные, количество которых, согласно статистике, ежегодно увеличивается, в России – сверхлюди, не чувствующие *своей* боли, либо многие организаторы современного здравоохранения и медицинские работники – нелюди, не чувствующие *чужой* боли!

Жалобы больных – это не просто плач или стон, это обратная связь между теми, кто медицинскую помощь организывает и теми, кто ее получает, это сигнал к действию. В Минздравсохранения РФ должны, наконец, услышать крики о помощи умирающих больных, сделать выводы, исправить ситуацию, а иначе нам никогда не выбраться из того профессионального «болота», в которое российское здравоохранение затянуло «по горлышко». Моральную составляющую профессии Врача еще никто не отменял!

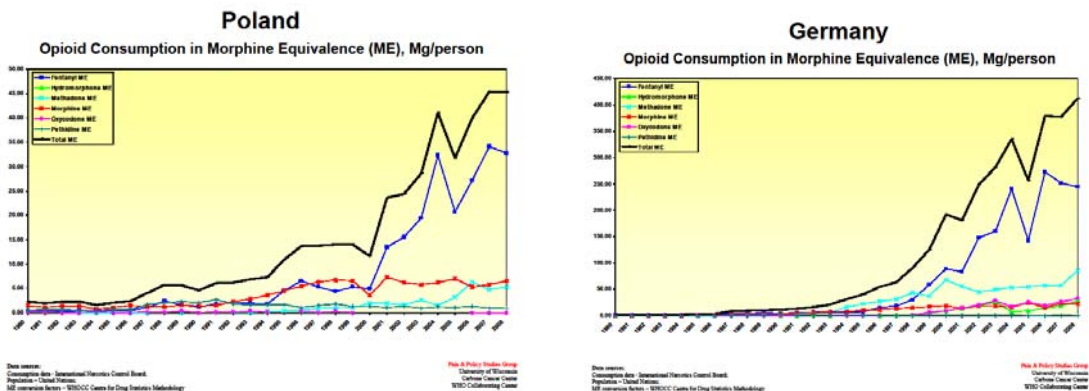
Из письма: Леша умер без малого год назад, от ВИЧ-ассоциированной лимфомы. Все последние месяцы его жизни он провел в страшных условиях второй инфекционной больницы города Калининграда, мучаясь не только от нечеловеческого отношения врачей и медперсонала, отсутствия какого либо желания проводить диагностику и лечение его внезапно развившегося состояния, но и от страшной непереносимой боли, которую врачи лечили анальгином и просроченным альмагелем.В результате такого отношения и отсутствия какой либо системы оказания паллиативной помощи, в том числе, предоставления опиоидных анальгетиков и других ее аспектов - тысячи и тысячи молодых людей живут последние месяцы своей жизни и умирают в условиях, к описанию которых вообще не применимы такие слова как человечность, достоинство, забота.⁶

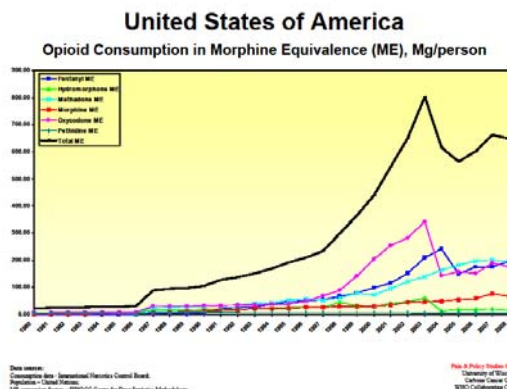
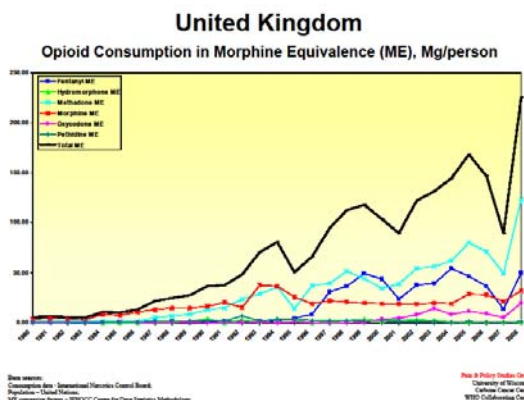
Из письма: Дима очень долго болел, лечение не помогло. Родители Димы понимали, что их сын умирает. Они уехали в Люберцы, домой. Единственное о чем они просили, и в чем мы обещали им помочь - обезболить Диму. Тут-то все и случилось. В г. Люберцы нет детского онколога, а без детского онколога "взрослый" районный онколог не может выдать наркотик. Этому районному онкологу звонили из РДКБ, из Минздрава, ему звонил районный онколог г. Москвы, ему звонила Димина мама, и он слышал, как ребенок орал от боли, но был непреклонен, так как, без соответствующей бумаги, выдача наркотика - это статья. А бумагу должен дать детский районный онколог. Тот самый, которого нет.

Две недели Дима кричал. Он искусал себе губы в лепешку. Его даже не смогли потом заgrimировать. В тот день, когда мы нашли хоспис, готовый принять и обезболить Диму, он умер. Прямо во время телефонного разговора, в котором мы обсуждали с его мамой как его туда везти.⁶

А что же происходит в странах Европы и Северной Америки? А там - совсем другая ситуация! Почему-то «там» правительства прислушиваются к рекомендациям ВОЗ: потребление опиоидов растет, причем не только за счет морфинов, но в результате широкого использования фентанила, гидроморфона, метадона и оксикодона, то есть практически всего спектра рекомендуемых современных средств для лечения хронической боли. *График 2.*

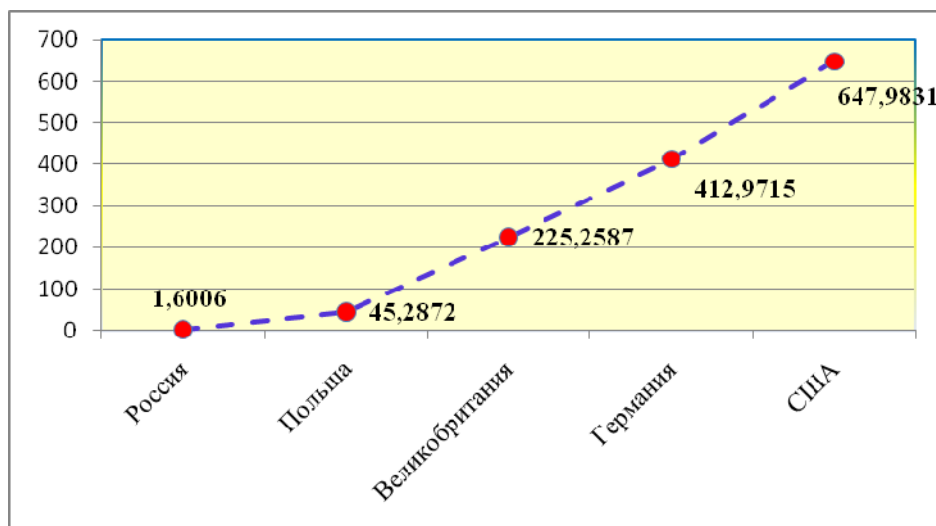
График 2. Польша, Германия, Великобритания, США. Потребление опиоидов (морфин-эквивалентные единицы, мг/чел.)⁵





После элементарных подсчетов становится ясно, что в 2008 г. каждый инкурабельный больной в Польше получил опиоидов в 28 раз больше, чем больной в России, в Великобритании – в 141 раз, в Германии – в 258 раз, а в США- вообще в 405 раз. График 3.

График 3. Потребление опиоидов в России, Польше, Великобритании, Германии, США, 2008 г. (морфин-эквивалентные единицы, мг/чел.)



Иными словами, элементарный сравнительный анализ графиков потребления опиоидов на душу населения в России и странах Европы и Северной Америки на протяжении последних 16 лет доказывают *системный провал* в оказании помощи инкурабельным больным в Российской Федерации.

ВОЗ уже давно идентифицировала все барьеры, связанные с адекватным использованием опиоидов для лечения хронического болевого синдрома. С точки зрения

экспертов ВОЗ очень серьезным барьером в обеспечении доступности опиоидов являются чрезмерно строгие законы и указания по законному обороту наркотических препаратов в медицинских целях. Хотелось бы здесь процитировать INCB: «Повышенная озабоченность возможностью злоупотребления опиоидами может привести к принятию чрезмерно ограничивающих указаний, которые практически сократят применение препаратов для законных целей».⁴

Из письма: Когда тяжело заболела моя бабушка, то ее посетил участковый врач всего один (!) раз. Когда же приходили на прием родственники (бабушка на тот момент уже не могла сама вставать и мучилась от ужасных болей - у нее был рак поджелудочной железы), то выписывали только анальгин в таблетках, либо в ампулах....Так все и закончилось...⁶

Согласно Приказу № 330 МЗ РФ от 1997, требования, касающиеся выписки наркотических препаратов, остаются практически без серьезных изменений с советских времен, но вот только местные «реформаторы» добавляют к ним еще дополнительные «инновации», как то: выписывают только *один* наркотический препарат, «розовые» рецепты выдаются на руки только *одному* из родственников, только *один* доверенный врач в поликлинике имеет право выписки опиоидов на основании записи участкового терапевта, осмотревшего больного, и все это помимо того, что в соответствии с инструкцией срок действия рецепта - только 5 дней, необходимо обязательно поставить вторую подпись на рецепт - главного врача или заведующей отделением, обязательно сдать «под роспись» использованные ампулы и т.д. Вот такое «хождение по мукам» для больных и их родственников в России изначально заложено в саму систему организации помощи: больные просто *обречены* на страдания!

Из письма: «Мне выписали морфин. После укола боль притихла, но только на 3 часа! Если я себя плохо чувствую и вызываю врача на дом, то за рецептом, все равно, приходится обязательно (!) на следующий день идти самой, потому что врач рецепт на дому выписать не может! Вместо меня на прием к врачу за рецептом идти некому, приходится ходить в больницу и в аптеку за рецептом самой. Выписка рецепта на промедол и морфин занимают очень много времени. Мне с болями приходится иногда часами ждать, когда оформят рецепт в поликлинике, потом еще надо за лекарством ехать в аптеку».⁶

Из письма: «Муж – онкобольной. Ему выписывают лекарство, которого хватает на неделю. Я, будучи инвалидом, каждую неделю записываюсь и хожу в поликлинику, чтобы ему выписать лекарство. Он один оставаться не может, у него инсульт был. Он лежащий больной, не встает. Я должна высидеть очередь, - часа два не меньше, чтобы попасть и выписать ему лекарство».⁶

При этом согласно журналистским расследованиям, наркоманам не составляет труда приобрести наркотические препараты, и по данным Госнарконтроля, только в Москве до 40% употребляющих наркотики, покупают их в аптеках. Аптеки, снабжающие наркоманов зельем, чаще всего отделяются небольшим штрафом. Со слов сотрудницы

фармацевтической фирмы: «Для владельцев аптечных сетей и фармкомпаний медицинские препараты – это такой же товар, как для производителей мебели и основное предназначение - получение прибыли. А для получения прибыли они не останавливаются ни перед чем».⁷

Безусловно, проблема с незаконным оборотом наркотических препаратов существует и государство должно с ней бороться, но ведь бороться надо грамотно, а не «с шашкой наголо», и не с несчастными больными и с такими же несчастными врачами, которые поставлены в рамки жесточайших приказов и инструкций!

Для сравнения, в США также существует Федеральный закон, регламентирующий производство, импорт, владение, использование и распространение препаратов, находящихся под контролем: The Controlled Substances Act (CSA) – Title II of the Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970. Кроме того, Администрация США по контролю за применением законов о наркотиках (U.S. Drug Enforcement Administration -DEA) и медицинские комиссии (Medical Boards) каждого штата постоянно контролируют деятельность, связанную с выпиской препаратов, находящихся под контролем. Также врач, выписывающий наркотические препараты, должен иметь регистрацию в Drug Enforcement Administration – The DEA Certification (Form 223).

Тем не менее, согласно законам каждого штата, а во Флориде это закон: Title XXXII Regulation of Profession and Occupations - 458.326 Intractable pain; Authorized treatment, согласно которому врач *единолично* выписывает рецепт на наркотические препараты больному с хроническим болевым синдромом в зависимости от интенсивности боли и необходимого уровня проводимой помощи. Более того, врач защищен законом от безосновательного привлечения к ответственности за выписку наркотических препаратов. Согласно Florida Statutes 893.03 – врач не должен бояться привлечения к административной ответственности, если он выписывает опиоиды больному, у которого имеется заболевание, обуславливающее потребность в наркотических анальгетиках. В соответствии с требованиями DEA от декабря 2007 года, срок длительности рецепта продлен до 90 (*девяноста*) дней (!) при *многократном* его восполнении. При этом, врач, безусловно, несет ответственность за выписанный рецепт;

Следующая большая проблема: *реалистичная* оценка медицинской потребности в наркотических препаратах. ВОЗ рекомендует правительствам при оценке своих годовых смет на опиоиды учитывать прошлые тенденции потребления и прогнозировать будущий спрос, *увеличивая* объемы смет в соответствии с рекомендациями INCB, чтобы в достаточной мере покрыть все свои реальные нужды.⁴

В России расчетные нормативные потребности отделений стационаров в наркотических средствах и психотропных веществах на 1 койку в год определяются согласно Приказу № 330 МЗ РФ. Согласно этим нормативам, например, в терапевтическом отделении на 50 коек в течение года можно использовать только 150 ампул 1% раствора Морфина гидрохлорида и 25 ампул 1% раствора Промедола. Понятно,

что обезболивание проводится очень выборочно, а значит, что и качество такого «лечения» соответствующее.

*Из письма: «Знакомая лежит в отделении терапии. При обследовании обнаружили больших размеров опухоль. Сказали, что операцию больная не выдержит (возраст 72 года), сам диагноз не подтвержден (биопсию не взяли). У нее еще при поступлении были боли, которые усилились настолько, что в стационаре ей начали ставить промедол. Уколы делали несколько дней, а потом отменили. Сказали, что не могут так много выписывать наркотиков на отделение. Сейчас ее готовят к выписке, а пока ставят в том же отделении кеторол, который нисколько не помогает».*⁶

В поликлиниках врачи ежеквартально подают заявку на наркотические анальгетики, правда, по требованию местных администраций, во многих случаях уменьшая смету, и при этом планируя не те препараты, которые необходимы больному, а только те, которые им *позволят* запланировать.

*Из письма: «Мую семью тоже коснулась эта беда. Три года назад мама (свекровь) умерла от рака молочной железы с метастазами, в этом году похоронили и отца (свекра) тоже с диагнозом рака кишечника 4 ст. В обоих случаях встретила проблему обезболивания, хотя сама работаю врачом. Пользовались нестероидными противовоспалительными препаратами и Трамадолом инъекционно. Как Вы понимаете, раковая кахексия не обошла обоих родителей, и ставить инъекции с каждым разом было все сложнее и сложнее. А такие препараты как наркотические анальгетики в удобных формах применения были недоступны».*⁶

Экспертный комитет ВОЗ еще в 1990 году заявил, что «свобода от боли должна рассматриваться как право каждого ракового больного, а доступность болеутоляющих – как выражение уважения к этому праву». Облегчение сильной боли у онкологических больных зависит от доступности и применения опиоидов группы морфина. У этих опиоидов *нет «потолка анальгетической активности»* (т.е. фармакологического свойства препарата, при котором увеличение дозы не обеспечивает дополнительного анальгетического эффекта). Их можно спокойно назначать в увеличивающихся дозах до тех пор, пока боль не будет устранена, при условии, что пациент нормально переносит побочные действия препарата. Для таких опиоидов *нет стандартной дозы* лечения. Необходимая для снятия боли доза должна определяться индивидуальными потребностями пациента.⁴

В России всегда существовали высшие разовые и суточные дозы для опиоидов. В настоящее время высшая разовая доза для 1% раствора Морфина гидрохлорида составляет 20 мг, суточная – 50 мг; высшая разовая доза МСТ-континус (таблетированная форма пролонгированного морфина) - 100 мг, высшая суточная доза – до 200 мг.⁸ Казалось бы, что дозы современных пролонгированных таблетированных форм морфина достаточно высокие и могли бы облегчить состояние больных. Однако, как свидетельствуют сами больные и их родственники, эти препараты во многих случаях им просто не выписывают, либо назначают в неадекватных дозировках.

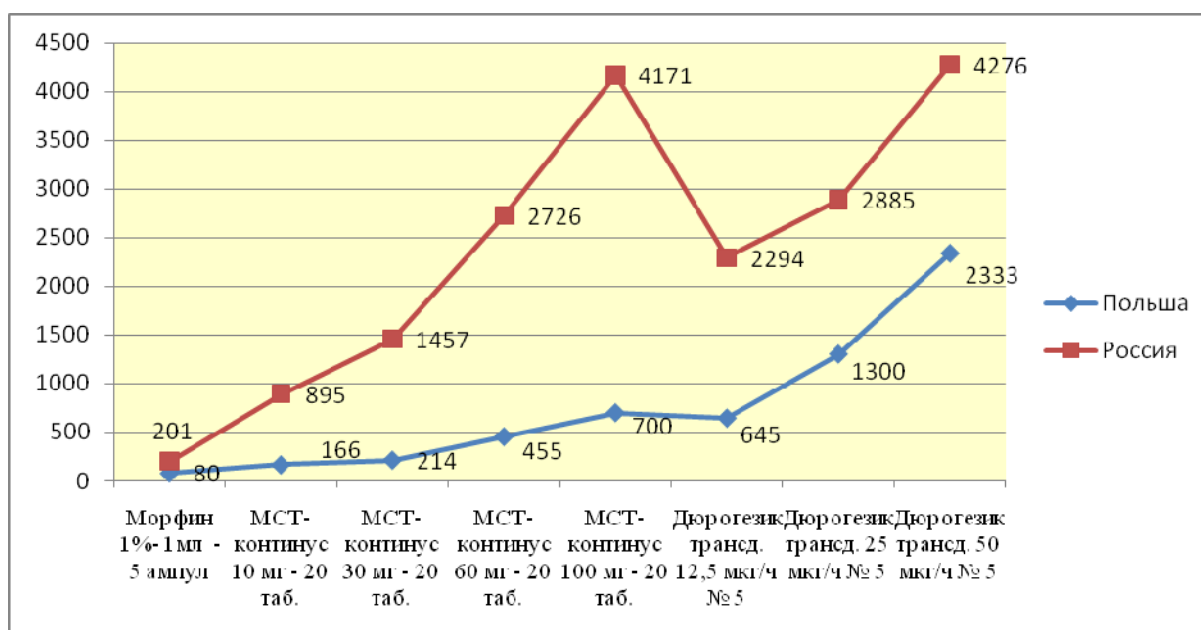
«Здесь стоит упомянуть особый этап в жизни онкобольных: когда, как бы грубо и жестоко ни звучало, они возвращаются домой умирать. Хосписа для таких людей в Саратовской области нет, и вся надежда остается только на близких, родственников и врачей районной поликлиники, которые должны следить за состоянием пациента и своевременно выписывать обезболивающие препараты. С этого момента у многих раковых больных, как правило, и начинаются злключения. Первая проблема, с которой я столкнулась, когда пришла за рецептом на МСТ, – к моему удивлению, замглаврача поликлиники Надежда Китаева не знала о его существовании, – рассказывает Гуля. – Пришлось читать лекцию по этому поводу, но она будто особого впечатления на врача не произвела. После моих же доказательств, что это препарат рекомендован ВОЗ и входит в Перечень лекарственных средств, выяснилось, что его в области нет, а чтобы получить, нужно оформить специальную заявку. После долгих уговоров Китаева согласилась эту заявку оформить, а рецепты были выписаны на обычные обезболивающие – промедол и трамадол, которые, честно говоря, не особо помогли моему брату. У них огромное количество побочных эффектов, и вся надежда была только на то, что скоро нам привезут МСТ по заявке. Но неделя шла за неделей, а результата не было. Как выяснилось, оформление одной заявки – дело еще более хлопотливое, чем ежедневный уход за больным».⁹

Итак, в чем же проблема? Проблем, на самом деле, несколько. Прежде всего, теоретически выписать пролонгированные морфины в таблетках можно, поскольку инкурабельные онкологические больные имеют право на получение государственной социальной помощи и выписку необходимых препаратов соответствии с утвержденным Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС).¹⁰ При этом в пояснительной записке Правительства РФ говорится о том, что Перечень ЖНВЛС - просчитанное обязательство государства, которое должно быть неукоснительно выполнено для каждого гражданина РФ. Пролонгированные морфины в данный Перечень ЖНВЛС входят. Однако здесь в «полный рост» встает другая проблема – несоответствие между ценой препарата и нормативом финансовых затрат на лекарственные средства на одного гражданина, имеющего право на получение государственной социальной помощи, равному 570 рублям в месяц.¹¹ Минздравсоцразвития РФ требует от лечебных учреждений формирования ежеквартальной заявки для определения потребности в препаратах. Заявка должна пройти многочисленные согласования с аптечными организациями, с муниципальным органом управления здравоохранения, затем с органом управления субъекта РФ, с территориальным фондом обязательного медицинского страхования и только потом подается в фармацевтическую организацию, осуществляющую поставку лекарственных средств. Цены на пролонгированные морфины крайне высоки и, несмотря на государственное регулирование, в разы выше, чем в западноевропейских странах. Поскольку государственная социальная поддержка очень незначительная, то, следовательно, никакая заявка, содержащая требования на дорогостоящие пролонгированные морфины через эти инстанции просто не пройдет.

Получается, что адекватность и обоснованность государственных обязательств по оказанию помощи умирающим онкологическим больным на сегодня - просто блеф.

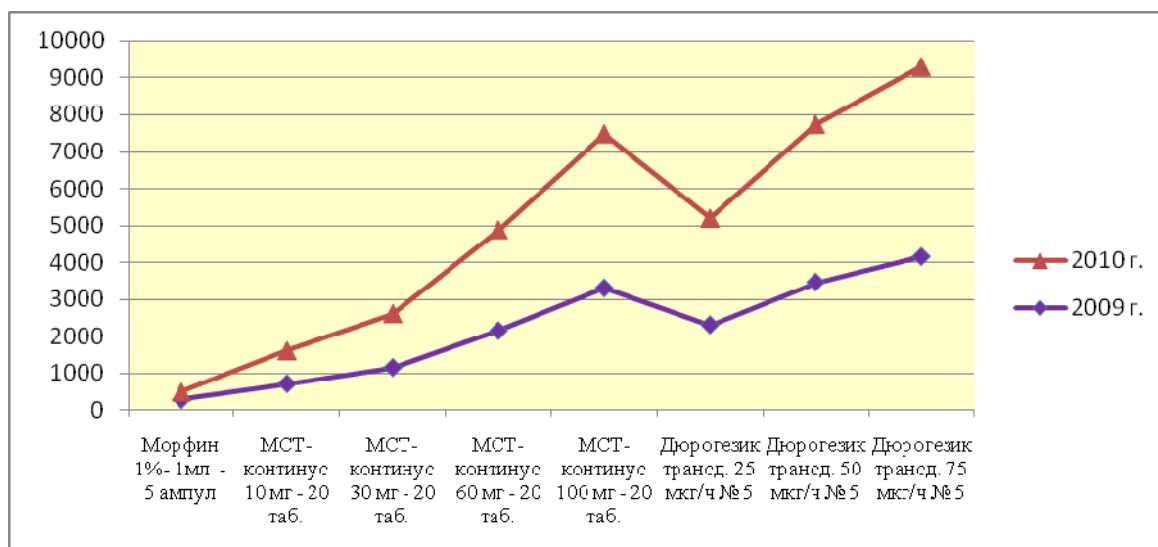
Для примера, цены на все формы наркотических препаратов в Польше значительно меньше, чем в России. Цены в России¹² даже на раствор морфина для инъекций выше в 2,5 раза, не говоря уже о пролонгированных формах таблетированных опиоидов: на МСТ-континус 10 мг - в 5,4 раза, 30 мг – в 7 раз, 60 и 100 мг- в 6 раз.¹³ На Дюрогезики (трансдермальная терапевтическая система фентанила) цены выше в 2 и 3,5 раза. Так каким же образом, все-таки, формируются цены на закупки наркотических препаратов в России, входящие в Перечень ЖНВЛС? График 4.

График 4. Цены (в руб.) на наркотические анальгетики в России и Польше, 2010 г.



Более того, некоторые горе-реформаторы даже предлагают ввести финансовую ответственность каждого врача за выписку льготных рецептов, ибо это, с их точки зрения, позволит оптимизировать расходы на уровне первичного звена: *«Понятно, что можно вылечить пациента, потратив при этом денег в 2-3 раза больше, чем это было необходимо. А вот научиться подбирать препарат так, чтобы уложиться в ограниченные денежные средства без ущерба для качества лечения, непросто»*.¹⁴ Так и напрашиваются два вывода: либо надо лечить больных примочками, наговорами и БАДами, либо господам руководителям здравоохранения необходимо обеспечить больных лекарственными препаратами по ценам, которые бы соответствовали размеру социальной помощи. Однако действительность говорит как раз об обратном: цены на пролонгированные морфины и производные фенилперидина (фентанил) в 2010 г., по сравнению с 2009 г., выросли, в среднем, на 25%.^{6,12} График 5.

График 5. Цены на наркотические анальгетики в России, август 2009- октябрь 2010 гг.



В Польше в начале 90-х годов ситуация с опиоидами была ненамного лучше нашей. Экономическое состояние – тоже далеко не из самых передовых, но для этой страны характерен другой факт: признание необходимости развития паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. В 1993 г. профессор Яцек Лучак возглавил Национальный комитет по развитию хосписной и паллиативной помощи при Министерстве здравоохранения Польши. В 1999г. «паллиативная медицина» была признана врачебной специальностью, а «паллиативная помощь» - специальностью медицинских сестер. Совместно с Польским национальным союзом онкологов и экспертной группой национальных консультантов в области паллиативной медицины ими были разработаны польские Стандарты лечения хронического болевого синдрома. С этого времени, в соответствии с рекомендациями ВОЗ врачи в Польше начали выписывать слабые и сильные опиоиды без чрезмерных ограничений.

В Польше максимальная суточная доза для морфина как короткого, так и пролонгированного действия при пероральном приеме - 100 мг, при внутривенном введении максимальная разовая доза - 20 мг, максимальная суточная доза – 60 мг. Эти дозы определены в Государственной Фармакопее, но никаким образом не ограничивают действия врача, т.е. врач назначает такую дозу опиоида, *какую считает адекватной для данного больного*. Выше приведенные дозы используются только формально при выписке рецепта, т.е. если суточная доза не превышает указанной в Фармакопее, то на рецепте пишется название препарата, форма, доза, количество единиц (таблеток, пластырей, ампул) и, кроме того, прописью общее количество опиоида, выписанного в данном рецепте. Если же доза превышает выше указанные максимальные дозы, то кроме этого необходимо написать прописью суточную дозу, поставить восклицательный знак и еще раз поставить свою же печать. Смысл этого требования в том, что врач отдает себе отчет, что выписывает больному препарат в дозировке, превышающей указанную в Фармакопее.

Для самого же больного это не имеет никакого значения, а зачастую он об этом даже не догадывается.

В одном «розовом» рецепте возможна пропись опиоидов сроком до месяца, срок действия рецепта - 14 дней со дня выписки.¹⁵ Опиоиды для онкобольных бесплатные, либо оплата составляет 2-4 доллара США за упаковку (в зависимости от препарата). При ухудшении самочувствия больного врач может сделать инъекцию обезболивающего препарата больному незамедлительно, даже на дому у больного. Врач *самостоятельно* принимает решения, касающиеся лечения своего пациента, и отвечает за них. Никакие согласования с администрацией не требуются!

В Польше практически нет проблем с реализацией «розовых» рецептов. На практике это выглядит так: в аптеках при стационарах и в крупных городах весь ассортимент опиоидов имеется в наличии постоянно и больной может получить необходимый препарат тут же; в аптеках тех городов, где есть фармацевтический склад, но опиоиды закупаются редко, после заказа препарат поступит в аптеку вечером того же дня, либо на следующий день - это в том случае, если препарат был заказан вечером. В провинциальных аптеках опиоиды поступают в аптеку на следующий день, хотя зачастую эти аптеки имеют небольшие запасы наиболее ходовых препаратов; круглосуточные аптеки, в основном, имеют полный ассортимент опиоидов и больные могут получить необходимые препараты без промедления.

В начале 90-х годов польскому здравоохранению удалось выйти из трудного положения не только посредством облегчения правил выписки опиоидов, но также в результате широкого использования очень дешевого и удобного водного раствора Морфина для перорального применения. Водный раствор готовится в аптеке из субстанции и остается стабильным в течение 50 дней при хранении при комнатной температуре.¹⁶ Таким образом, принятие очень простых мер позволило даже на начальном этапе развития паллиативной помощи значительно облегчить страдания больных. Потребление наркотических препаратов для медицинских целей в Польше постоянно растет, что в том числе доказывает и эффективность стратегического планирования в здравоохранении этой страны.

В России ситуация с точностью до наоборот. То, что имели - не сохранили, а нового – не создали. Советские врачи хорошо помнят, как пользовались порошками по Углову, в составе которых были Кодеин, Промедол и Фенобарбитал. Сейчас порошков нет!

Отдельно просто необходимо упомянуть Бупранал. Бупранал – отечественный высокоэффективный наркотический анальгетик, промышленный выпуск которого был начат при поддержке Министерства обороны РФ и Российской медицинской ассоциации. Препарат обладает преимуществами перед морфином: у него более высокая активность (в 30 раз!), более длительная продолжительность обезболивания (6-8 часов), высокая эффективность при умеренных и сильных болях, повышенная безопасность в отношении жизненно важных функций организма (дыхательной, сердечно-сосудистой) и низкий

потенциал привыкания к препарату. Формы выпуска препарата всевозможные: растворы для внутривенного и внутримышечного введения, подъязычные таблетки, трандермальная терапевтическая система. Правда у данного препарата существует «потолок» - максимальная суточная доза не должна превышать 3,2 мг/сут.¹⁷ У нас сохранились данные о цене в 2009 г. только на раствор для внутримышечного введения: 0,3мг/мл- 1мл № 20 - 240 рублей (!). В начале 2000 г. Бупранал был разрешен для медицинского применения. Промышленный выпуск был налажен на Московском эндокринном заводе. Сейчас этот завод выпускает дорогостоящий МСТ- Континус, а вот отечественного, недорого, но очень эффективного Бупранала для больных в России больше нет!

Просидол был синтезирован в Новокузнецком научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте. Для лечения хронического болевого синдрома особенно удобны защечные таблетки в дозе 0,025г. По эффективности буккальная форма близка или несколько уступает бупраналу, но превосходит по скорости всасывания и наступления анальгетического действия. При клиническом применении побочные эффекты минимальны.¹⁸ С 1993 г. Просидол был разрешен к медицинскому применению. В 2009 г. цена 20 таблеток Просидола составляла 343 рубля (!). Однако в настоящее время выписать этот препарат больным не представляется возможным!

Интересен факт, что ни порошки по Углову, ни Бупранал, ни Просидол в Перечень ЖНВЛС не входят. «Поле» инъекционных наркотических анальгетиков поделено между Bard Pharmaceuticals Ltd., Великобритания/Московским эндокринным заводом; Janssen Pharmaceutica, Бельгия; ALZA Ireland, Ltd, Ирландия; Nycomed, Норвегия; LTS Lohmann Therapy Systems Corporation, Германия – а это только МСТ-Континус, Дюрогезик-Матрикс и Фендивия.¹² Таким образом, несмотря на то, что во время подведения итогов 2009 г. в своем интервью на 1 канале Д.А. Медведев заявил о необходимости развития собственного производства лекарств и потребовал исключить случаи дискриминации российских производителей при размещении заказов на поставку препаратов и техники для государственных и муниципальных нужд,¹⁹ современные, известные, недорогие и хорошо себя зарекомендовавшие отечественные наркотические анальгетики исчезают и заменяются на дорогостоящие импортные лекарственные средства.

Однако нужно не только наличие наркотических препаратов, крайне важно, чтобы все участковые врачи и онкологи страны знали о них и умели грамотно их подбирать для каждого конкретного больного. Может быть, многие из них и не невежды, да вот только почерпнуть знания неоткуда. Стандартов лечения хронического болевого синдрома в России просто нет! Литература – устаревшая и содержит крайне скудные сведения! В медицинских ВУЗах современным методикам лечения хронического болевого синдрома вообще не учат, а обучение отдельных врачей на кафедре последипломного образования в Московском НИИ онкологии имени П.А. Герцена проблему большой страны, конечно же, не решит. Да и о какой эффективности обновления знаний можно говорить: сидя за партой в течение месяца 1 раз в 5 лет сложно многому научиться! Кроме того, в России на

сегодня вообще нет ни специальности «паллиативная медицина», ни «паллиативная помощь», как нет и Российской Ассоциации паллиативной медицины.

Для сравнения, в США паллиативная медицина является врачебной специальностью с 1996 года. Возможно проведение научно-исследовательских работ, защита диссертаций в этой области. Преддипломное образование включено в расписание всех медицинских школ, 50 кафедр медицинских школ проводят 1-2-годичное последипломное обучение для получения специализации в паллиативной медицине (ПМ). Существует также профессиональная организация врачей ПМ: American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Кроме того, American Academy of Pain Medicine (AAPM) также обучает врачей современным методам лечения болевого синдрома.

Некоммерческая профессиональная ассоциация National Hospice and Palliative Care Organization готовит образовательные программы для профессионалов и широкой публики, организует конференции и симпозиумы, обеспечивает информационными ресурсами своих членов, мониторирует деятельность конгрессменов, связанную с паллиативной помощью (ПП), разрабатывает стратегические планы развития ПП в стране, касающиеся клинического качества, исследований в данной области, общественной политики и пропаганды знаний, финансовой обеспеченности программ ПП и т.д.

Из письма: «Обезболивающие препараты - при всей своей значимости и необходимости - становятся дефицитным продуктом, и этот непростой вопрос нашему обществу нужно решать одним из первых, если не в самую первую очередь. Лишать больных людей лекарств, которые способны без отрицательных последствий блокировать боль и обеспечивать полноценную качественную жизнь, – это с врачебной и человеческой точки зрения несправедливо. Это фактически насильственное, сознательное и почти пыточное причинение дополнительной, совершенно излишней боли и без того страдающему человеку. Всё равно, что отнять у любого из нас воздух и предложить два-три месяца пожить без кислорода, а дальше – как получится. Потому что серьезно больному человеку хорошее обезболивающее средство столь же необходимо. Как воздух, как вода, как солнце. Как естественное, природой заложенное отсутствие физической боли. Недаром уже давным-давно существует простое устойчивое правило, которое сложилось и окрепло едва ли не до состояния народного афоризма: «Счастье – это когда у тебя ничего не болит».⁶

Президент РФ Д.А. Медведев во время рабочей встречи с Министром здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой говорил о том, что «сейчас пришла пора для того, чтобы более активно заниматься реализацией прав пожилых людей».²⁰ Прямо скажем, давно пора. Как известно, в России гораздо больше больничных коек на 100 тыс. населения по сравнению со странами Евросоюза: 980 против 570; врачей на 100 тыс. населения тоже больше: 431 против 322, а вот эффективность и качество их работы - значительно ниже. Хотелось бы напомнить слова величайшего и непобедимого русского полководца графа А.В. Суворова из «Науки побеждать»: «Воевать надо не числом, а умением!»

Из письма: *«В жизни каждого человека рано или поздно наступает пограничный момент, пороговая ситуация, когда достаточно сделать один-единственный шаг, чтобы переступить черту жизни и смерти. В какую сторону будет сделан этот шаг – зачастую зависит уже не столько от самого человека, сколько от людей, окружающих его. О больных людях почти не говорят, но они живут, они болеют, они нуждаются в помощи. Тотальное молчание о болезни и боли не отменяет тревожного факта существования болезни и боли, а лишь усугубляет ситуацию. Игнорировать проблему – это значит, увеличивать количество прочно связанных, абсолютно неразрывных проблем».*⁶

В странах Европы и Северной Америки качество помощи, оказываемой больным, оценивается самими больными. Проведение опросов больных и их родственников - рутинная процедура, которая используется для выявления проблем и поиска приемлемых решений. Мы думаем, что нам удалось наглядно продемонстрировать с помощью больных, многих из которых уже нет в живых, и их родственников неэффективность современной политики РФ в области оказания помощи терминальным онкологическим больным. Игнорировать проблему больше нельзя - она есть и сотни тысяч больных ждут ее решения! Понятно, что существует и другая проблема – наркомания, когда молодые люди гибнут на наших глазах, и с ней также нужно неустанно бороться. Возможно ли достижение *баланса*, когда больные будут иметь необходимые препараты в адекватных количествах и в то же время общество будет ограждено от нелегального использования опиоидов? Вопрос, конечно, сложный, но ведь решаемый, и опыт многих стран тому пример. Совершенно очевидно, что решить проблему удастся только в том случае, если Министерство здравоохранения и социального развития РФ овладеет *искусством* достижения поставленных целей. А для этого, как минимум, необходимо *честно* проанализировать сложившуюся ситуацию; изучить зарубежный опыт; пересмотреть все правила и инструкции по выписке наркотических препаратов; обеспечить больных доступными, современными анальгетиками; научить врачей с ними работать, чтобы *лечить* несчастных больных, тем самым давая им возможность прожить последние дни достойно и умереть... без боли.

Литература:

1. Responding to the challenge of cancer in Europe. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году . Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: ФГУ «МНИОН им. П.А.Герцена Росмедтехнологий», 2009
3. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (Заболеваемость и смертность). Под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: ФГУ «МНИОН им. П.А.Герцена Росмедтехнологий», 2009

4. Наркотические и психотропные препараты. Достижение равновесия в национальной политике контроля опиоидов. Рекомендации по оценке. Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
5. Pain & Policy Studies Group <http://www.painpolicy.wisc.edu/>
6. Всемирный День хосписной и паллиативной помощи в России.
<http://www.hospiceday.ru>
7. Первый канал, официальный сайт <http://www.1tv.ru.news/health/152873>
8. Словарь-справочник лекарственных препаратов. М. Машковский, С. Южаков. Изд-во Рипол Классик, 2007 г.
9. Журнал «Общественное мнение», г.Саратов http://www.om-saratov.ru/article/detail.php?SECTION_ID=200&ID=7492
10. Приказ № 110 МЗ и СР РФ от 12 февраля 2007г. О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания.
11. Федеральный закон N 178-ФЗ от 17 июля 1999 года «О государственной социальной помощи» (в ред. от 25.12.2009 N 341-ФЗ)
12. Перечень жизненно необходимых и важных лекарственных средств в Кемеровской области на 15 октября 2010 г. <http://www.minzdravsoc.ru/medicine/>
13. Internetowy Portal Medyczny <http://leku.pl/>
14. Деловой Кузбасс
http://delkuz.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=2538&Itemid=179
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.
(<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20061691216>)
16. Z. Plotkowiak, M. Popielarz-Brzezinska, J. Luchak, M. Kluziak. Quality Assessment of Morphine Hydrochloride Solutions. Acta Poloniae Pharmaceutica- Drug Research. Vol. 61, No. 2, p.105, 2004
17. Институт элементоорганических соединений Российской Академии Наук (ИНЭОС) <http://www.ineos.ac.ru/rus/>
18. Описание изобретения к патенту Российской Федерации. Новокузнецкий научно-исследовательский химико-фармацевтический институт.
19. Первый канал, официальный сайт <http://www.1tv.ru/news/polit/145664>
20. Президент России, официальный сайт <http://news.kremlin.ru/news/8958>

O.Usenko¹, L.Ryabova², S. Svyatova³, V. Yasnitsky⁴, P. Mielezsko⁵

¹Tampa General Hospital, Florida, USA; ²Clinical Hospital Eighty-One, Federal Biomedical Agency of the Russian Federation, Seversk, Tomsk Region; ³Hospice Department, Clinical City Hospital Eleven, Novokuznetsk; ⁴Hospicjum Domowe, Dolnolskie Centrum Onkologii, Wroclaw, Poland, ⁵Pope John Paul II Hospice, Olsztyn, Poland

A group of physicians from the former Soviet Union worried about the level of care for terminally-ill cancer patients in the Russian Federation have teamed up to implement an analysis

of this service utilizing data from the International Narcotics Control Board (INCB), recommendations from the World Health Organization to achieve a balance in national opioids control policy, official guidelines governing prescriptions of narcotics, letters from patients and their relatives, and from personal professional experiences.

Key words: palliative care, chronic pain syndrome, opioids, dignity, analysis