

БУДЕМ ЛИ МЫ ЛЕЧИТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ?

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

¹Tampa General Hospital, Florida, USA; ²Клиническая больница №81 ФМБА РФ, Северск, Томская область; ³КГБ №11, отделение «Хоспис», Новокузнецк; ⁴Хоспис Дольношльонского онкологического центра, Вроцлав, Польша; ⁵Хоспис им. Иоанна Павла II, Olsztyn, Польша
E-mail: ousenko.fl@gmail.com

Обсуждается проблема применения наркотических препаратов для лечения больных с хроническим болевым синдромом.

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

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 реализовать, жизненно необходимо провести серьезный анализ сложившейся ситуации и обеспечить честный диалог с обществом.

Ни для кого не секрет, что онкологическая заболеваемость и смертность в России гораздо выше, чем в большинстве стран Европы и Северной Америки [18]. Выявляемость онкологической патологии на ранних стадиях в среднем в РФ составляет всего 12,9% [14], что свидетельствует, в том числе, об отсутствии профилактики онкологических заболеваний и о низком уровне 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 на III–IV стадии процесса [4], а это значит, что прогноз их жизни – неблагоприятный.

Об этом не принято говорить открыто, но большинство таких больных признаются неперспективными, им отказывают в паллиативной химио- и лучевой терапии и выписывают из стационара (часто без их согласия) для проведения на амбулаторно-поликлиническом этапе так называемой симптоматической терапии.

Из письма больного: «Состояние мое ухудшается, боли становятся все сильнее. Обследование никто не проводит. Я сам с большим трудом записался на компьютерную томографию, и то сделали неполную, 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!»[1].

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, понимают адекватную помощь, как минимум, в обезболивании, а доступность этой помощи выражается в том, что все больные независимо от пола, возраста, национальности, социального положения, вероисповедания и места проживания, которые в этой помощи нуждаются, должны ее получить.

Экспертный комитет ВОЗ еще в 1996 г. заявлял, что, как ни трагично, но раковую боль часто оставляют без лечения, а если ее все же лечат, то облегчение часто недостаточное. При этом боль можно было бы снять, если бы действительно применялись имеющиеся медицинские знания и способы лечения. При хронической боли средней или тяжелой степени тяжести у пациента, страдающего неизлечимой формой тяжелого заболевания, необходимы опиоиды, замены которым пока нет [6].

Итак, боль можно успешно лечить, если знаешь как и если есть чем. Иными словами, в наших силах избавить пациента от мучительных страданий и дать ему 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 Group [17] размещаются

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 официальному потреблению морфина на душу населения по медицинским показателям. В 2008 г. у нас было 93-е место (0,4376 мг на душу населения) – это между Тонго и Самоа; даже Уганда и Катар на более высоких позициях.

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. Люди обращаются к тем, кто призван организовать медицинскую помощь. В Минздравсоцразвития РФ должны, наконец, услышать крики о помощи умирающих больных, сделать выводы, исправить ситуацию.

Из письма матери больного: «Леша умер без малого год назад, от ВИЧ-ассоциированной лимфомы. Все последние месяцы 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 – без опиоидных анальгетиков тысячи и тысячи молодых людей живут последние месяцы своей жизни и умирают в условиях, к которым вообще неприменимы такие слова, как человечность, достоинство, забота» [1].

Из письма матери больного: «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, районный онколог из Москвы, 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 загримитовать. 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» [1].

А как обстоит дело в странах Европы и Северной Америки? 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, т.е. практически всего спектра рекомендуемых современных средств лечения хронической боли.

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 (рис. 1).

Элементарный анализ потребления опиоидов на душу населения в России, странах Европы и Северной Америки на протяжении последних 16 лет демонстрирует системный провал в оказании помощи инкурабельным больным в Российской Федерации.

ВОЗ уже давно идентифицировала все препятствия к адекватному использованию опиоидов для лечения хронического болевого синдрома. С точки зрения экспертов ВОЗ, очень серьезное препятствие – чрезмерно строгие законы и указания по законному обороту наркотических препаратов в медицинских целях. Хотелось бы процитировать INCB: «Повышенная озабоченность возможностью злоупотребления опиоидами может привести к принятию чрезмерно ограничивающих указаний, которые практически сократят применение препаратов для законных целей» [6].

Из письма: «Когда тяжело заболела моя бабушка, 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), им выписывали только анальгин в таблетках, либо в ампулах....Так все и закончилось...» [1].

Согласно приказу № 330 МЗ РФ от 1997 г., требования, касающиеся выписки наркотических препаратов, остаются практически без серьезных изменений с советских времен. Вот только местные «реформаторы» добавляют к ним еще дополни-

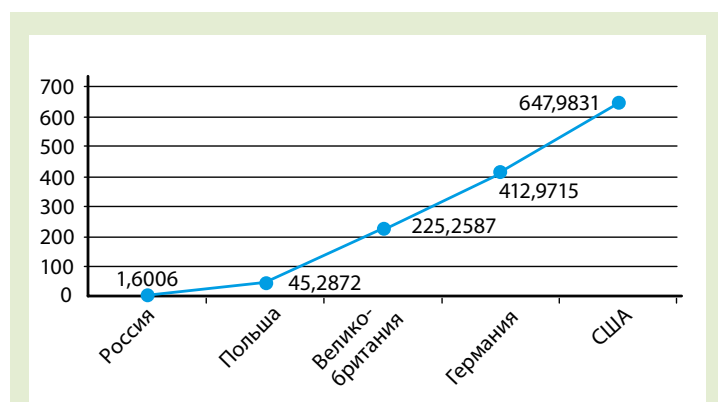


Рис. 1. Потребление опиоидов в России, Польше, Великобритании, Германии, США, данные 2008 г. (в морфин-эквивалентных единицах, в мг на 1 человека)

тельные «инновации»: выписывают только 1 наркотический препарат; «розовые» рецепты выдаются на руки только 1 из родственников, только 1 доверенный врач в поликлинике имеет право выписывать опиоиды на основании записи участкового терапевта, осмотревшего больного. При всем этом – в соответствии с инструкцией, срок действия рецепта – только 5 дней; необходимо поставить вторую подпись на рецепт – главного врача или заведующего 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 занимает очень много времени. Мне с болями приходится иногда часами ждать, когда оформят рецепт в поликлинике, потом еще надо за лекарством ехать в аптеку» [1].

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 был инсульт. Он лежачий больной, не встает. Я должна высидеть очередь, – часа 2, не меньше, чтобы попасть и выписать ему лекарство» [1].

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 отделява-

ются небольшим штрафом. По словам сотрудницы фармацевтической фирмы, «для владельцев аптечных сетей и фармкомпаний медицинские препараты – такой же товар, как для производителей мебели, и основная цель – получение прибыли. А для получения прибыли они не останавливаются ни перед чем» [9].

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 действует 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. Врач, выписывающий наркотические препараты, должен иметь регистрацию в Drug Enforcement Administration – The DEA Certification (Form 223). Тем не менее, согласно законам каждого штата (во Флориде – это закон Title XXXII Regulation of Profession and Occupations – 458.326 Intractable pain; Authorized treatment), врач единолично выписывает рецепт на наркотические препараты больному с хроническим болевым синдромом в зависимости от интенсивности боли и необходимого уровня помощи. Более того, врач защищен законом от бесосновательного привлечения к ответственности за выписку наркотических препаратов. Согласно Florida Statutes 893.03, он не должен бояться привлечения к административной ответственности, если выписывает опиоиды больному, у которого имеется заболевание, обуславливающее потребность в наркотических анальгетиках. В соответствии с требованиями DEA от декабря 2007 г., срок длительности рецепта продлен до 90 (девяноста) дней (!) при многократном его продлении. 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 прежние тенденции потребления и прогнозировать будущий спрос, увеличивая объемы смет в соответствии с рекомендациями INCB, чтобы в достаточной мере покрыть все свои реальные нужды [6].

В России расчетные нормативные потребности отделений стационаров в наркотических средствах и психотропных веществах на 1 койку в год определяются согласно приказу № 330 МЗ РФ. Исходя из

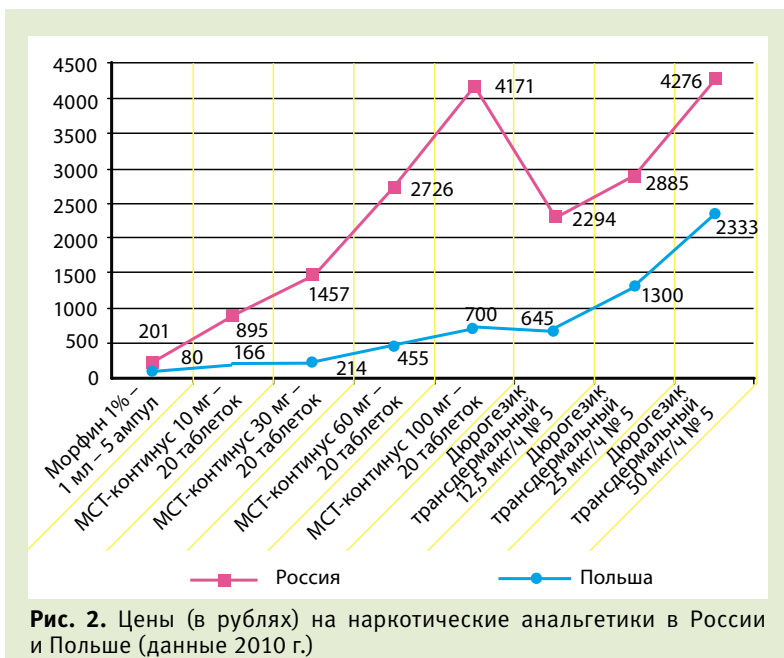


Рис. 2. Цены (в рублях) на наркотические анальгетики в России и Польше (данные 2010 г.)

этих нормативов, 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), 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» [1].

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. 3 года назад мама (свекровь) умерла от рака молочной железы с метастазами, в этом году похоронили и отца (свекра) тоже с диагнозом рака кишечника IV стадии. В обоих случаях столкнулась с проблемой 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, были недоступны» [1].

Экспертный комитет ВОЗ еще в 1990 г. 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, 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 не установлена стандартная лечебная доза. Необходимая для снятия боли доза должна определяться индивидуальными потребностями пациента [6].

В России всегда существовали высшие разовые и суточные дозы опиоидов. В настоящее время высшая разовая доза для 1% раствора морфина гидрохлорида – 20 мг, суточная – 50 мг, высшая разовая доза МСТ-континус (таблетированная форма пролонгированного морфина) – 100 мг, высшая суточная доза – до 200 мг [13]. Казалось бы, дозы современных пролонгированных таблетированных форм морфина достаточно высоки 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 дозах.

Итак, в чем же проблема? Проблем, на самом деле, несколько. Теоретически выписать пролонгированные морфины в таблетках можно, поскольку инкурабельные онкологические больные имеют право на получение государственной социальной помощи и выписку необходимых препаратов в соответствии с утвержденным Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) [12]. При этом в пояснительной записке Правительства РФ говорится о том, что Перечень ЖНВЛС – просчитанное обязательство государства, которое должно быть неукоснительно выполняться в отношении 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 1 гражданина, имеющего право на получение государственной социальной помощи, – 570 руб. в месяц [15]. Минздравсоцразвития РФ требует от лечебных учреждений формирования ежеквартальной заявки для определения потребности в препаратах. Заявка должна пройти многочисленные согласования с аптечными организациями, муниципальным органом управления здравоохранением, 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 незначительна, 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 ниже, чем в России. Цены в России [10] 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 [11]. На дюроегезики (трансдермальная терапевтическая система фентанила) цены выше в 2 и 3,5 раза (рис. 2).

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 лечить 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» [2]. Так и напрашиваются 2 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% [1, 10].

В Польше в начале 90-х годов ситуация с опиоидами была ненамного лучше нашей. Экономическое положение – тоже далеко не из самых блестящих. Но в этой стране признана необходимость 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 1999 г. «паллиативная медицина» была признана врачебной специальностью, а «паллиативная помощь» – специальностью медсестер. Совместно с Польским национальным союзом онкологов и экспертной группой национальных консультантов в области паллиативной медицины 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 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 никоим образом не ограничивают действия врача, т.е. врач назначает такую дозу опиоида, какую считает адекватной для данного больного. Вышеприведенные дозы используются только формально при выписке рецепта, т.е. если суточная доза не превышает указанной в Фармакопее, на рецепте пишут название препарата, форму, дозу, количество единиц (таблеток, пластырей, ампул) и, кроме того, прописью – общее количество опиоида, выписанного в данном рецепте. Если же доза превышает вышеуказанные максимальные дозы, кроме того, необходимо написать прописью суточную дозу, поставить восклицательный знак и еще раз поставить свою же печать. Смысл этого требования в следующем: врач отдает себе отчет в том, что выписывает больному препарат в дозе, превышающей указанную в Фармакопее. Для самого же больного это не имеет никакого значения, а зачастую он об этом даже не догадывается.

В 1 «розовом» рецепте возможна пропись опиоидов сроком до месяца, срок действия рецепта – 14 дней со дня выписки [19]. Опиоиды для онкологиче-

ских больных – бесплатные либо оплата составляет 2–4 доллара США за упаковку (в зависимости от препарата). При ухудшении самочувствия больного врач может сделать инъекцию обезболивающего препарата незамедлительно, даже на дому у больного. Врач самостоятельно принимает решения, касающиеся лечения пациента, и отвечает за них. Никакие соглашения 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 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 и 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 [20]. 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 также 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 состав которых входили 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. Это – более высокая активность (в 30 раз!), более длительная продолжительность обезболивания (6–8 ч), высокая эффективность при умеренных и сильных болях, повышенная безопасность в отношении жизненно важных функций организма (дыхательной, сердечно-сосудистой) и низкий потенциал привыкания. Формы выпуска

препарата – всевозможные: растворы для внутривенного и внутримышечного введения, подъязычные таблетки, трансдермальная терапевтическая система. Правда, у данного препарата существует «потолок»: максимальная суточная доза не должна превышать 3,2 мг/сут [5]. У нас сохранились данные о цене в 2009 г. только на раствор для внутримышечного введения: 0,3 мг/мл – 1 мл № 20 – 240 руб. (!). 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, недорогого, 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 его по скорости всасывания и наступления анальгетического действия. При клиническом применении побочные эффекты минимальны [7]. С 1993 г. просидол был разрешен к медицинскому применению. В 2009 г. цена 20 таблеток просидола составляла 343 руб. (!). Однако в настоящее время выписать этот препарат больным не представляется возможным!

Интересно, что ни порошки по Углову, ни бупранал, ни просидол в Перечень ЖНВЛС не входят. «Поле» неинъекционных наркотических анальгетиков поделено между: Bard Pharmaceuticals Ltd., Великобритания/Московским эндокринным заводом; Janssen Pharmaceutica, Бельгия; ALZA Ireland, Ltd, Ирландия; Nyscomed, Норвегия; LTS Lohmann Therapy Systems Corporation, Германия. А это только МСТ-континус, дюроегезик-матрикс и фендивия [10]. Таким образом, несмотря на заявление (2009 г.) Д.А. Медведева заявил о необходимости развития собственного производства лекарств и требование исключить случаи дискриминации российских производителей при размещении заказов на поставку препаратов и техники для государственных и муниципальных нужд [8], современные, известные, недорогие и хорошо себя зарекомендовавшие отечественные наркотические анальгетики исчезают и заменяются на дорогостоящие импортные лекарственные средства.

Однако мало иметь наркотические препараты. 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 им. 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! Кроме того, в России на сегодня вообще нет таких специальностей, как «Паллиативная медицина», «Паллиативная помощь», нет также и Российской ассоциации паллиативной медицины.

Для сравнения: в США паллиативная медицина является врачебной специальностью с 1996 г. Возможны 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 по паллиативной медицине. Существует также профессиональная организация таких врачей: American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Кроме того, American Academy of Pain Medicine (AAPM) 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, разрабатывает стратегические планы ее развития, касающиеся клинического качества, исследований в данной области, общественной политики и пропаганды знаний, финансовой обеспеченности программ паллиативной помощи 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. Все равно, что отнять у любого из нас воздух и предложить 2–3 месяца пожить без кислорода, а дальше – как получится. Потому что серьезно больному человеку хорошее обезболивающее средство столь же необходимо, как воздух, вода, солнце» [1].

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 более активно заниматься реализацией прав пожилых людей» [11]. Прямо скажем, давно пора. Как известно, в России гораздо больше больничных коек на 100 тыс. населения, чем в странах 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 непобедимого русского полководца графа А.В. Суворова: «Воевать надо не числом, а умением!».

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, дать врачам возможность с ними работать, чтобы лечить несчастных больных, тем самым давая им возможность прожить последние дни достойно и умереть без боли.

Литература

1. Всемирный День хосписной и паллиативной помощи в России. <http://www.hospiceday.ru>
2. Деловой Кузбасс http://delkuz.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=2538&Itemid=179.
3. Журнал «Общественное мнение», Саратов http://www.om-saratov.ru/article/detail.php?SECTION_ID=200&ID=7492.
4. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (Заболеваемость и смертность) /Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОН им. П.А. Герцена, 2009.
5. Институт элементоорганических соединений Российской академии наук (ИНЭОС) <http://www.ineos.ac.ru/rus/>.
6. Наркотические и психотропные препараты. Достижение равновесия в национальной политике контроля опиоидов. Рекомендации по оценке. – Всемирная организация здравоохранения, 2000.

7. Описание изобретения к патенту Российской Федерации. Новокузнецкий научно-исследовательский химико-фармацевтический институт.

8. Первый канал, официальный сайт <http://www.1tv.ru/news/polit/145664>.

9. Первый канал, официальный сайт <http://www.1tv.ru.news/health/152873>.

10. Перечень жизненно необходимых и важных лекарственных средств в Кемеровской области на 15 октября 2010 г. <http://www.minzdravsoc.ru/medicine/>.

11. Президент России, официальный сайт <http://news.kremlin.ru/news/8958>.

12. Приказ № 110 Минздравсоцразвития РФ от 12 февраля 2007 г. «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

13. Словарь-справочник лекарственных препаратов. М. Машковский, С. Южаков. – М.: Рипол Классик, 2007.

14. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году /Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОН им. П.А. Герцена, 2009.

15. Федеральный закон N 178-ФЗ от 17 июля 1999 г. «О государственной социальной помощи» (в ред. от 25.12.2009 N 341-ФЗ).

16. Internetowy Portal Medyczny <http://leku.pl/>

17. Pain & Policy Studies Group <http://www.painpolicy.wisc.edu/>

18. Responding to the challenge of cancer in Europe. – Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008.

19. 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>).

Plotkowiak Z., Popielarz-Brzezinska M., Luchak J., Kluziak M. Quality Assessment of Morphine Hydrochloride Solutions. Acta Poloniae Pharmaceutica–Drug Research//–2004– Vol. 61, № 2 – P. 105

MUST CHRONIC PAIN SYNDROME BE TREATED?

O. Usenko, L. Ryabova, S. Svyatova, V. Yasnitsky, P. Meleshko

Tampa General Hospital, Florida, USA; Clinical Hospital Eighty-One, Federal Biomedical Agency of the Russian Federation, Seversk, Tomsk Region; Hospice Department, Clinical City Hospital Eleven, Novokuznetsk; Hospice, Dolnoslaski Cancer Center, Wroclaw, Poland; John Pavel II Hospice, Olsztyn, Poland

The paper gives the letters of patients and their relatives, sent to the web site of the World Hospice and Palliative Care Day in Russia.

Key words: the palliative help, chronic painful syndrome, advantage of the person.