



Україна

# Неконтрольований біль

Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини

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

*Я хотів впасти головою вниз та відразу померти,  
щоби голова більше не боліла.*

Влад Жуковський, онкологічний пацієнт з сильним болем,  
описує невдалу спробу самогубства

# **Неконтрольований Біль**

**Зобов'язання України забезпечити  
надання паліативної допомоги згідно з  
принципами доказової медицини**

Copyright © 2011 Human Rights Watch  
All rights reserved.  
Printed in the United States of America  
ISBN: 1-56432-769-8  
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>



травня 2011

ISBN 1-56432-769-8

## **Неконтрольований Біль**

### **Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини**

<b>Карта України .....</b>	<b>1</b>
<b>Глосарій .....</b>	<b>2</b>
<b>Пролог: Історія Влада Жуковського.....</b>	<b>6</b>
<b>Короткий зміст.....</b>	<b>10</b>
Головні рекомендації .....	21
<b>Методологія .....</b>	<b>24</b>
<b>I. Огляд: паліативна допомога і знеболення .....</b>	<b>26</b>
<b>II. Сільська місцевість: відсутні або важкодоступні сильнодіючі знеболювальні .....</b>	<b>31</b>
Історія Костянтина Зварича.....	31
Відсутність ліцензій на роботу з наркотичними засобами у медичних закладах та аптеках.....	33
Дезорганізована система надання послуг зі знеболення в Україні.....	34
Аптеки та опіоїдні знеболювальні.....	42
<b>III. Забезпечення якості послуг зі знеболення: проблема в усій Україні .....</b>	<b>44</b>
Історія Любові Клочкової .....	44
Порівняння практик знеболення в Україні з Принципами ВООЗ.....	46
Проблеми знеболення неонкологічного болю.....	69

<b>IV. Вивчення причин, чому біль залишається без лікування.....</b>	<b>76</b>
Законодавство та нормативно-правові акти (полісі) .....	77
Освіта медичних працівників .....	78
Наявність наркотичних засобів .....	81
Роль фармацевтичної компанії «Здоров'я народу» .....	104
Роль МККН та Управління ООН з наркотиків і злочинності .....	106
<b>V. Аналіз з точки зору прав людини .....</b>	<b>109</b>
Національне законодавство .....	109
Право на здоров'я .....	110
Заборона жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження.....	113
<b>VI. Шлях уперед: Рекомендації для подальшого виконання .....</b>	<b>116</b>
Уряду України слід негайно: .....	118
У галузі законодавства та нормативно-правових актів .....	119
Для компанії «Здоров'я народу» .....	122
До міжнародної спільноти .....	123
<b>Подяки .....</b>	<b>126</b>

# Карта України



## Глосарій

**Амбулаторія:** лікувально-профілактичний заклад, який разом з фельдшерсько-акушерським пунктом (ФАП) часто є єдиним джерелом надання медичних послуг, доступним для пацієнтів у сільській місцевості.

**Знеболюючий засіб:** препарат, який зменшує біль.

**Хронічний біль:** у цьому звіті: біль, який трапляється протягом тижнів, місяців або років аніж протягом декількох годин або діб. З огляду на тривалість, хронічний біль – від помірного до сильного – слід лікувати за допомогою пероральних опіоїдів ніж постійними ін'єкціями, особливо у випадках, коли пацієнти дуже схудли у наслідок таких хвороб, як рак та ВІЛ/СНІД.

**Центральна районна лікарня:** Головний лікувальний заклад та адміністративний центр державної системи охорони здоров'я. У кожному з 490 районів України є така лікарня.

**Контрольовані препарати:** Препарати, які містять контрольовані речовини.

**Контрольовані речовини:** Речовини, які містяться у переліку однієї з трьох міжнародних конвенцій з контролю обігу наркотичних засобів: Єдиній Конвенції про наркотичні засоби 1961 року зі змінами відповідно до протоколу 1972 року; Конвенції про психотропні речовини 1971 року; Конвенції ООН проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 року.

**Залежність:** Відповідно до визначення Експертного комітету ВООЗ наркотичної залежності як «сукупності фізіологічних, поведінкових та когнітивних явищ змінної інтенсивності, у якій використання психоактивного препарату (або препаратів) стає пріоритетно важливим. Необхідними описовими характеристиками є непереборне бажання отримати та спожити наркотик, а також постійні дії у поведінці, спрямовані на пошук наркотиків. Детермінантами та проблемними наслідками наркотичної залежності можуть бути біологічні, психологічні або соціальні фактори, й вони зазвичай діють разом» (6). Залежність чітко визначається у якості розладу. Для синдрому залежності Міжнародна класифікація хвороб ВООЗ, 10-й перегляд (МКХ-10),

вимагає аби три або більше з шести характерних ознак відчувалися або спостерігалися :

- a) Сильне бажання або відчуття примусу до споживання речовини;
- b) Проблеми з контролюванням початку, закінчення та рівнів споживання речовин протягом часу їхнього використання;
- c) Стан психологічної відміни, коли припиняється або зменшується споживання речовини, що підтверджується: характерним для цієї речовини синдромом відміни; або використанням тієї ж самої (або тісно пов'язаної) речовини із наміром полегшити або запобігти симптомам відміни;
- d) Доказ толерантності, а саме вищі дози психоактивної речовини, які потрібні для досягнення ефекту, який попередньо надавали нижчі дози;
- e) Прогресуюча байдужість до альтернативних задоволень або інтересів, викликана споживанням психоактивних препаратів, більший обсяг часу, необхідний для отримання або споживання речовини або для звільнення з-під її дії;
- f) Зростаючі з часом споживання речовин, не дивлячись на чіткі свідчення відверто шкідливих наслідків, таких як ушкодження печінки при надмірному вживанні алкоголю, стани депресивного настрою після періодів надмірного вживання речовин або зниження когнітивної функції в наслідок використання наркотиків; потрібно вжити заходів аби встановити, чи споживач наркотиків знає чи може дізнатися про сутність та масштаб шкоди.

Експертна комісія з наркотичної залежності зробила висновок, що «не існувало суттєвих розбіжностей між визначенням залежності ЕКНН та визначенням синдрому залежності за МКХ-10».

**Витік (нецільове використання):** Спрямування руху контрольованих препаратів з легальних до нелегальних каналів розповсюдження або до нелегального використання.

**Основні (найнеобхідніші) препарати:** Ті препарати, які знаходяться у Зразковому Переліку Найнеобхідніших Препаратів ВООЗ або у Зразковому Переліку Найнеобхідніших Препаратів ВООЗ для Дітей. Обидва переліки представляють перелік мінімальних потреб у препаратах для найелементарнішої системи охорони здоров'я,



включаючи найбільш ефективні, безпечні та доцільні з огляду співвідношення вартість-ефективність ліки для найкращих умов.

**Фельдшерско-акушерський пункт (ФАП):** місцевий лікувальний заклад, який надає найбільш базові послуги, у тому числі дородову допомогу та першу допомогу. Цими закладами керують фельдшери, помічники лікаря, які отримують освіту у середніх спеціальних медичних навчальних закладах. Вони здійснюють звичайні огляди, вакцинації, надають невідкладну первинну допомогу а також акушерські послуги. У цих закладах немає лікарів.

**Хоспіс:** Спеціалізований заклад з надання паліативної допомоги. В Україні хоспіси є виключно стаціонарними закладами.

**Хвороба, яка загрожує життю:** Велика група розладів, у тому числі рак, ВІЛ/СНІД, деменція, серцеві, ниркові та печінкові хвороби, а також хронічні важкі травми, у випадку яких трапляються больові або виснажливі симптоми; хоча можуть також траплятися при цьому періоди здорової активності, зазвичай принаймні існує можливість передчасної смерті.

**Зловживання (немедичне споживання)** (контрольованої речовини): У цьому звіті визначається як немедичне та необґрунтоване науково споживання речовин, які контролюються міжнародними угодами про обіг наркотиків або державним законодавством.

**Морфін:** Сильнодіючий опіоїдний препарат, який є ключовим для лікування онкологічного болю – від помірного до сильного. ВООЗ вважає морфін необхідним препаратом у його ін'єкційній формі, таблетках, та пероральному розчині (сиропі).

**Наркотичні засоби:** Правовий термін, який стосується усіх цих речовин, які подані у переліку Єдиної Конвенції.

**Опіоїд:** Термін опіоїд буквально значить «опієподібна речовина». Його можна використовувати у різних контекстах з різними але близькими значеннями. У фармакології він стосується хімічних речовин, які мають фармакологічну дію, подібну до морфіну та кодеїну, себто їхні знеболювальні якості. Вони можуть вироблятися з

рослин опійного маку, бути синтетичними або навіть вироблятися в організмі (ендорфіни).

**Ліки, які можна придбати без рецепта:** Неопіодні знеболювальні, які добре використовувати для слабкого болю, у тому числі парацетамол (відомий також як ацетамінофен), аспірин та ібупрофен.

**Паліативна допомога:** Медична допомога, яка прагне покращити якість життя для осіб зі хворобами, які загрожують життю шляхом тамування болю та полегшення симптомів, а також надання психосоціальної підтримки для пацієнтів та їхнім родинам. Паліативну допомогу можна надавати разом із допомогою, спрямованою на одужання, але її мета не вилікування, а піклування.

**Психосоціальна підтримка:** Широке коло послуг для пацієнтів та їх родин, спрямованих на вирішення соціальних та психологічних проблем, з якими вони стикаються з огляду на хворобу, яка загрожує життю. Психологи, радники та соціальні працівники часто надають ці послуги.

**Сильнодіючі опіодні знеболювальні:** Знеболювальні, які містять сильнодіючі опіодиди, такі як морфін, метадон, фентаніл та оксикодон й використовуються для лікування болю, від помірного до сильного.

**Слабкі опіодні знеболювальні:** Знеболювальні, які зазвичай використовуються для лікування болю від слабкого до помірного, у тому числі кодеїн, дігідрокодеїн та трамадол.

## Пролог: Історія Влада Жуковського

Владислав (Влад) народився у 1983 році та у багатьох відношеннях не відрізнявся від інших молодих українців. Він жив разом із матір'ю та сестрою у двокімнатній квартирі у багатоквартирному будинку радянських часів на окраїні Черкас, міста у Центральній Україні. Він любив грати на гітарі та гуляти вздовж річки Дніпро. Разом із невеликою групою друзів він віддано відвідував церкву та захоплювався комп'ютерами, сподіваючись перетворити свій талант на професію.

Звичайне життя Влада докорінно змінилося у 2001 році, коли він був студентом другого курсу, вивчаючи комп'ютерні технології. Одного дня, перебуваючи у навчальній аудиторії, у нього виник головний біль, який був настільки гострим, що, як розповіла його мати, він впав, кричачи від болю. «Ми давали йому анальгін [лікарський засіб, який зазвичай застосовується проти болю Україні] але нічого не допомагало», сказала Надя, мати Влада. «Він просто схопився за голову та кричав».<sup>1</sup> Вона викликала швидку аби перевезти Влада до лікарні, де сканування мозку виявило велику злоякісну пухлину – медуллобластому мозочка.

Розпочалася відчайдушна битва з раком. Променева терапія спочатку подіяла на мозкову пухлину й було досягнуто ремісії. Але рак повертався знову й знову. Протягом наступних дев'яти років пухлини формувалися у нижній частині хребта Влада, потім знову у голові, грудях, та, нарешті, знову у хребті. З кожною новою пухлиною періоди ремісії ставали коротшими й Влад слабшав.

Протягом усього цього випробування Влад та його матір змагалися ще з одним ворогом у битві: з болем. Принаймні, цю битву вони не мали б програвати. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я заявляє, що «існуючі медичні знання та методики

---

<sup>1</sup> Інтерв'ю телефоном із Надією Жуковською, 17 грудня 2010 року. Уся інформація у цьому розділі базується на інтерв'ю, якщо тільки не зазначено інше.

*дозволяють*, як мінімум, у значній частині усунути больовий синдром в онкології»<sup>2</sup>. Але, як дізнався Влад, спосіб, у який ставиться до онкологічного болю українська система охорони здоров'я має мало спільного із сучасними медичними знаннями.

У 2007 році у Влада виникнув постійний сильний біль, який більше не могли вгамувати безрецептурні анальгетики. Як повідомила його мати, яка віддано доглядала сина, біль був таким страшним, що він часто кричав у муках, іноді так гучно, що турбував цим сусідів. Вона повідомила Х'юман Райтс Вотч: «Було просто неможливо знаходитися у тій [самій] кімнаті, й слухати як йому болить, як він бореться, як він виє». Біль позбавляв його сну, робив його похмурим, руйнував нормальне спілкування із сім'єю та друзями, та – що найгірше за все для молодої людини, яка любить бути активною – обмежував його до пасивного лежання у ліжку та розглядання стелі. Насправді, біль позбавляв Влада можливостей більше аніж рак.

У той час, як лікарі таки призначали Владу потужні знеболювальні, вони робили це із невідповідною регулярністю та у недостатніх дозах аби забезпечити повне знеболення. ВООЗ рекомендує, аби морфін або знеболювальне еквівалентної ефективності надавалося кожні чотири години для забезпечення постійного знеболення та, що «правильна» доза – це така, що полегшує біль пацієнта».<sup>3</sup> Однак, лікарі Влада спочатку призначали тільки три дози на добу, залишаючи його без знеболення протягом половини усього часу.

---

<sup>2</sup> ВООЗ, «Досягнення балансу у законах та нормативно-правових актах, що регулюють обіг опіоїдів: настанови для оцінки», 2000, с. 1.

<sup>3</sup> ВООЗ, «Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів», 1996 р., (Женева: Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 1996), р. 16.



Надія Жуковська цілує сина Влада, коли той спить, перед відвіданням місцевої аптеки для отримання ліків© Скотт Енгер та Боб Сача для Інституту Відкритого Суспільства

Одного дня, у червні 2008 року, біль Влада досяг такої сили, що він не міг його більше терпіти, й він вирішив вистрибнути з вікна лікарні. Поки його мати вмовляла медичних сестер дати йому більше знеболювальних, він вибрався на підвіконня відкритого вікна. Більша частина його тіла вже була назовні – його падіння було невідворотнім – коли його колега по палаті, колишній міліціонер, помітив, що відбувається, схопив його за ногу та втягнув назад. Пізніше, він повідомив матері, що хотів впасти «головою донизу та відразу померти, аби йому більше не боліло». Влад, дуже релігійний хлопець, був дуже стурбований власною спробою самогубства. Згодом, він постійно повторював матері, як він занепокоєний тим, що біль може примусити його зробити щось грішне, що не дасть йому змоги побачити її знову у раю.

Не зважаючи на те, наскільки очевидним виглядало, що біль Влада не усунуто, лікарі реагували на наступні прохання Надії про надання більшої кількості знеболювальних з великим небажанням, а інколи й з ворожістю. Коли вона благала про четверту дозу, лікарі з однієї лікарні звинуватили її у нелегальному перепродажу ліків. Роком пізніше, коли вона зробила спробу впевнити лікарів в іншій лікарні, що її син потребує п'ятої дози, лікарі заявили, що збільшення кількості препарату призведе до передозування, та що їх тоді притягнуть до відповідальності, «як лікаря Майкла Джексона».

За підтримки матері та невеличкої місцевої недержавної організації (НДО) під назвою «Обличчям до обличчя», Влад боровся з боєм та з раком. Він намагався зберігати позитивний настрій та отримувати задоволення від тих хвилин, колу йому не боліло. Навіть після того, як рак захопив його хребет та паралізував нижню частину тіла від попереку донизу, його друзі з церкви час від часу вивозили його на колясці до Дніпра на короткі прогулянки.

Влад помер у жовтні 2010 року. За кілька місяців до смерті він казав, що сподівається на те, що його пам'ятатимуть як «звичайну, щасливу людину, як нормального товариського Влада».<sup>4</sup>

Протягом цих дев'яти років випробувань, Влад з матір'ю часто говорили про необхідність змін в українській системі охорони здоров'я, яка спричинила стільки непотрібних страждань для нього. Влад не хотів, аби його муки залишилися марними, або щоби знову страждали десятки тисяч інших українців під час їхньої боротьби з раком.

\*\*\*

Цей звіт присвячено мужності Влада та пам'яті про нього, а також його матері Наді.

---

<sup>4</sup> Знімальна група Інституту Відкритого Суспільства записала відео з Владом у травні 2010 року для створення документального фільму про його випадок.

## Короткий зміст

Пацієнти з хворобами, які загрожують життю, потребують лікування, спрямованого на одужання, але вони також потребують паліативної допомоги – допомоги, спрямованої на знеболення та покращення якості життя, яке погіршується такими симптомами, як задишка, тривожні стани та депресія<sup>5</sup>.

Кожного року майже півмільйону осіб в Україні можуть потребувати послуг паліативної допомоги для полегшення симптомів хвороб, що загрожують життю.<sup>6</sup> До них належать хвороби системи кровообігу, у тому числі хронічні хвороби серця (майже 489 000 смертей на рік), рак (100 000), респіраторні хвороби (28 000), туберкульоз (10 000), неврологічні розлади, у тому числі хвороба Альцгеймера (6 500) та ВІЛ/СНІД (близько 2 500).<sup>7</sup>

Знеболення є критично важливою частиною паліативної допомоги. У близько 80 відсотків пацієнтів на пізніх стадіях раку виникає біль, від помірного до сильного, так само як і у пацієнтів з ВІЛ та іншими хворобами, які загрожують життю. Існуючі медичні знання дозволяють успішно втамувати фізичний біль у більшості випадків. При тому, що ці симптоми піддаються лікуванню, обмеження, що існують в українській державній політиці у галузі охорони здоров'я, медичній освіті, та наявності медичних засобів;

---

<sup>5</sup> У той час, як паліативна допомога часто асоціюється із невиліковною хворобою, вона може принести користь пацієнтам з набагато ширшою групою хвороб або станів здоров'я. Паліативна допомога обстоює використання терміну «Хвороба або стан здоров'я, які загрожують життю» щоби окреслити групу пацієнтів, які могли би скористатися з послуг паліативної допомоги, у тому числі контролювання симптомів, знеболення, психосоціальна та духовна підтримка та ін. Хвороба або стан здоров'я, які загрожують життю є хронічним станом, які обмежує або потенційно може обмежувати здатність людини вести нормальний спосіб життя; серед інших, до таких станів та хвороб відносяться рак, ВІЛ/СНІД, деменція, хвороби серця, нирок, печінки, та хронічні хвороби, спричинені травмами.

<sup>6</sup> За оцінками ВООЗ, у середньому приблизно 60 відсотків людей, які помирають, користають з послуг паліативної допомоги перед смертю. Див. Stjernsward and Clark, "Palliative Medicine: A Global Perspective" in Doyle et al, eds., Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edition. В Україні з населенням 45,4 млн. осіб та смертністю 15,7 на 1,000 осіб (US Central Intelligence Agency, The World Fact Book, 2010, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html> (переглянуто з січня 2011 року)) що дає нам оцінку в 428 тис. осіб які можуть отримати користь від паліативної допомоги щороку.

<sup>7</sup> WHO Regional Office for Europe, European Mortality Database, 2005, [http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1\\_process.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1_process.cfm) (переглянуто 24 лютого 2011 року).

відсутність єдності, оперативності та координації з боку Уряду; невиправдано обтяжливі процедури обігу наркотичних засобів; неналежний рівень навчання та нестача практичного досвіду щодо послуг паліативної допомоги в українських медичних працівників; все це означає, що українська система охорони здоров'я пропонує дуже обмежені можливості щодо знеболення та недостатню підтримку для родин, які мають справу з хворобами, які загрожують життю.

В Україні існують дев'ять хоспісів, із загальною кількістю 650 ліжок, які надають послуги стаціонарним пацієнтам.<sup>8</sup> Уряд також створює паліативні ліжка у деяких інших державних лікарнях, а національна програма боротьби з раком передбачає створення загалом 36 хоспісів до 2016 року, водночас, ця програма не передбачає виділення бюджетного фінансування для цього.<sup>9</sup> Не дивлячись на це, більшість пацієнтів із хворобами, що загрожують життю, в Україні помирають вдома – насправді, не передбачено, що до лікарень можуть поступати пацієнти з онкологічними захворюваннями, які більше не отримують терапію, спрямовану на одужання – проте, не існує повноцінних служб надання паліативної допомоги вдома.<sup>10</sup> Деякі недержавні організації надають допомогу вдома, але вони не можуть запропонувати знеболення за допомогою опіоїдних анальгетиків, у тому числі за допомогою морфіну, який, як підкреслюють протоколи ВООЗ, слід використовувати для лікування больового синдрому – від помірного до сильного. Більшість СНІД центрів не пропонують послуг

---

<sup>8</sup> Прес служба Міністерства Охорони Здоров'я України, "Мінздрав: Создана Всеукраинская общественная организация 'Украинская лига содействия развитию паллиативной и хосписной помощи, 21 грудня 2010 року, [http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/article;jsessionid=CA13DDA8611EF7B8E83F12CEC812FD47?art\\_id=243933605&cat\\_id=33695](http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/article;jsessionid=CA13DDA8611EF7B8E83F12CEC812FD47?art_id=243933605&cat_id=33695) (переглянуто 29 березня 2011 року). Див. також: Institute of Palliative and Hospice Medicine, "Development of Palliative Care in Ukraine in 2008." Див. [http://www.eurochaplains.org/ukraine\\_pal\\_development\\_o8.pdf](http://www.eurochaplains.org/ukraine_pal_development_o8.pdf) (переглянуто 14 березня 2011 року).

<sup>9</sup> Національна програма боротьби проти онкологічних захворювань на 2009 рік, зберігається Х'юман Райтс Вотч.

<sup>10</sup> Європейська Асоціація Паліативної Допомоги повідомляє, що у 2005 році 85 відсотків пацієнтів у Донецькій області померли вдома. Робоча Група ЄАПД щодо розвитку паліативної допомоги у Європі, <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/CountriesRep/Ukraine.pdf> (переглянуто 28 лютого 2011 року). Подібним чином, 82 відсотки смертей від раку та 86 відсотків смертей від серцево-судинних захворювань в Україні трапляються вдома. Mykhalskyu, V, "Palliative Care in Ukraine," <http://www.eapcnet.org/download/forEAPC-East/PCinUkraineReport-2002.pdf> (переглянуто 28 лютого 2011 року).



паліативної допомоги.<sup>11</sup> За інформацією, яка міститься у звіті Міжнародного Комітету по контролю за наркотиками 2011 року, обсяг опіоїдних анальгетиків, який використовується на рік в Україні є «дуже неадекватним».<sup>12</sup>

У 2010 році Х'юман Райтс Вотч, разом із Інститутом Правових Досліджень та Стратегій, м. Харків та відділеннями Всеукраїнської Мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД у м. Рівне та м. Києві провели дослідження щодо наявності знеболення та паліативної допомоги в Україні. Ми з'ясували, що непотрібні страждання Влада не були нещасливим збігом обставин, а радше, у багатьох аспектах відображали долю, яка чекає на пацієнтів, що страждають від болю, викликанного хворобами, які загрожують життю.

У десятках інтерв'ю, пацієнти, родини, лікарі, медичні сестри та державні чиновники змалювали картину систему охорони здоров'я, яка систематично залишає без допомоги пацієнтів, що страждають від сильного болю, тому, що знеболення почасти є недосяжним, найкращі практики паліативної допомоги ігноруються, а процедури, спрямовані на боротьбу із наркозалежністю порушують здатність медичних працівників надавати допомогу відповідно до принципів доказової медицини. Ті медичні працівники, які намагаються надавати максимально можливе ефективне знеболення часто змушені діяти, як зауважив один онколог, «на межі закону».<sup>13</sup> Ці лікарі та медсестри ігнорують правові заборони та надають пацієнтам запас сильнодіючих знеболювальних для використання вдома або залишають добовий запас для самостійного вживання пацієнтами, наражаючи себе на небезпеку притягнення до

---

<sup>11</sup> Звіт Міністерства Охорони Здоров'я до ЮНЕЙДС не виявив ані «допомоги на дому», ані «паліативної допомоги та лікування звичайних інфекцій, пов'язаних з ВІЛ» доступними для більшості осіб, що їх потребують. 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](http://data.unaids.org/pub/Report/2010/ukraine_2010_country_progress_report_en.pdf) (переглянуто 28 лютого 2011 року).

<sup>12</sup> 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](http://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf) (переглянуто 29 березня 2011 року).

<sup>13</sup> Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ, Рівненське відділення, інтерв'ю з головним лікарем у районі 5, 12 травня 2010 року.

адміністративної та кримінальної відповідальності за те, що вони вважають пріоритетом потреби пацієнтів.

Ситуація є особливо небезпечною у сільських регіонах – де мешкає приблизно третина з 46 млн. населення України - де почасти доступність сильних опіоїдних знеболювальних є дуже низькою, або їх взагалі нема<sup>14</sup>. Тільки центральні районні лікарні мають необхідну ліцензію на зберігання та відпуск морфіну та інших сильнодіючих опіоїдних знеболювальних. За словами лікарів у сільських районах, вимоги щодо отримання таких ліцензій є надто обтяжливими та коштовними для багатьох маленьких лікарень та поліклінік<sup>15</sup>. Як наслідок, мешканці маленьких містечок та сіл часто живуть у значному віддаленні від закладів охорони здоров'я, які мають сильнодіючі знеболювальні.

Проблему з віддаленістю можна було б вирішити, якщо б медичні працівники могли видавати пацієнтам та їхнім родинам запас сильних опіоїдних знеболювальних, принаймні, на тиждень або два. Проте, відповідно до процедур обігу наркотичних засобів в Україні, виключно медичні працівники повинні здійснювати введення ін'єкційних форм сильних опіоїдних препаратів – вимога, яка з медичної точки зору, не є необхідною.

Позаяк перорального морфіну в Україні немає в наявності, медична сестра або інший медичний працівник повинен відвідувати домівку пацієнта до шести разів на день для введення знеболювальних (ВООЗ рекомендує використання морфіну що чотири години). Це навантаження є надто великим для медичних працівників, залишаючи пацієнтів з сильним болем у віддалених місцевостях «приреченими», як заявила одна медична сестра.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Державний комітет статистики України, "Загальні результати перепису населення", 2002 р., <http://2001.ukrcensus.gov.ua/eng/results/general> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>15</sup> В Україні застосовуються три сильні опіоїдні препарати для лікування сильного больового синдрому: морфін, омнопон та промедол. Омнопон є сумішшю морфіну, кодеїну, та декількох інших речовин. Промедол є синтетичним опіоїдом. Як омнопон, так й промедол слабкіші за морфін.

<sup>16</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з медсестрою у районі 1 16 квітня 2010 року.

Пацієнти у містах стикаються з іншою проблемою: тут у лікарень, здебільшого, є ліцензії на роботу з сильними опіоїдними знеболювальними, але лікування больового синдрому є все ще часто жалюгідно недостатнім, тому що медичні працівники постійно ігнорують ключові принципи ефективного знеболення, визначені Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я.<sup>17</sup> Це змушує людей страждати від нестерпного болю при недостатньому та непослідовному знеболенні.

Не існує прийнятної причини, чому Україна не може забезпечити надання паліативної допомоги та знеболення на належному рівні пацієнтам із захворюваннями, які загрожують життю. Не дивлячись на нестачу ресурсів, в Україні існує система охорони здоров'я, яка здатна забезпечувати ефективне лікування для різноманітних інших станів здоров'я.

Бездіяльність щодо подолання перешкод на шляху до ефективного знеболення, про які йдеться у даному звіті, ставить Україну у положення країни, що порушує право на здоров'я, гарантоване Міжнародним Пактом про Економічні, Соціальні та Культурні Права, та можливе порушення заборони катувань та жорстокого, нелюдського та таке, що принижує людську гідність, поводження. Така бездіяльність також закріплює ситуацію, коли Україна продовжує відставати від сусідів – у тому числі, Білорусі, Росії та Туреччини – які мають менш суворі процедури обігу наркотичних засобів та європейських країн, які усі (окрім Вірменії та Азербайджану) мають в наявності пероральний морфін для пацієнтів.<sup>18</sup> Відсутність дій, також означає, що Україна

---

<sup>17</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р.

<sup>18</sup> Наявність Формуляру та регуляторних бар'єрів щодо доступності опіоїдів для онкологічного болю у Європі: звіт Європейського Товариства Медичної Онкології/Європейської Асоціації Паліативної Допомоги за програмою Полісі Ініціатива щодо опіоїдів, N. I. Cherny, J. Baselga, F. de Conno and L. Radbruch, *Annals of Oncology* Volume 21, Issue 3 Pp. 615-626. Це дослідження розглядало ситуацію в усіх Європейських країнах за винятком Вірменії, Азербайджану, Мальти та Сан Маріно. Також не розглядалася ситуація у країнах Центральної Азії. Подібно до України, у Вірменії та Азербайджані немає перорального морфіну. Деякі з сусідів України здійснили активні кроки у розвитку послуг паліативної допомоги, у тому числі Румунія, яка у 2005 році замінила власні обмежувальні процедури обігу наркотичних засобів на такі, що забезпечують добру доступність знеболювальних, та Грузія, яка у 2010 році затвердила національну програму з паліативної допомоги, запровадила пероральний морфін та усунула декілька головних перешкод на шляху до наявності сильнодіючих опіоїдних знеболювальних з власних процедур обігу наркотичних засобів. Див.: 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*, June 24, 2006 (Vol. 367, Issue 9528, Pages 2110-2117) DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68482-1, див.: [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) (переглянуто 24 лютого 2011 року).

продовжує фундаментально відходити від рекомендацій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я стосовно стандартних медичних практик зі знеболення, що медичні працівники будуть змушені порушувати закон для надання допомоги на засадах доказової медицини, та що пацієнти продовжуватимуть страждати.

Усім студентам медичних вищих навчальних закладів (ВНЗ) повинні викладатися базові знання з паліативної допомоги та знеболення. Тим, хто спеціалізується у дисциплінах, які часто опікуються людьми із хворобами, що загрожують життю, повинні викладатися детальні знання, й вони повинні проходити клінічну практику. Україна повинна у терміновому порядку внести зміни до обмежувальних та проблематичних вимог ліцензування закладів охорони здоров'я, які мають право зберігати, призначати та відпускати опіюїдні анальгетики, а також повинна спростити процедуру призначення, яка наразі створює бар'єр на шляху до вчасного лікування пацієнтів з болем за допомогою морфіну.

Проблематичні процедури відпуску слід переглянути, а сучасну складну та марнотратну систему ведення обліку вдосконалити. Перевірки закладів охорони здоров'я, які працюють з опіюїдними анальгетиками слід здійснювати таким чином, аби мінімізувати їх вплив на надання та доступ до медичної допомоги, а до кримінального кодексу України внести зміни та доповнення для розрізнення поміж навмисними та ненавмисними порушеннями правил роботи з опіюїдними препаратами.

Наше дослідження встановило, що коли сильнодіючі опіюїдні знеболювальні є в наявності, вони надаються шляхом, який, фундаментальним чином, відрізняється від рекомендацій ВООЗ, при цьому, кожен з п'яти головних принципів послідовно ігноруються в Україні.<sup>19</sup>

**Принцип 1: Якщо це тільки можливо, знеболювальні повинні надаватися перорально. Якщо пацієнт не здатен вживати ліки перорально, слід використовувати або ректальні супозиторії або підшкірні ін'єкції.** В Україні немає перорального морфіну.

---

<sup>19</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіюїдів," 1996 р.,

Для знеболення лікарі використовують ін'єкційні форми сильних опіоїдів. Замість рекомендованого ВООЗ вприскування морфіну під шкіру, ін'єкції робляться внутрішньом'язево. Це призводить до великої кількості непотрібних внутрішньом'язових ін'єкцій, що не тільки неприємно для пацієнтів, але й несе ризик інфекції. Протягом трьох років, коли Влад перебував на сильних знеболювальних, він отримав тисячі необов'язкових ін'єкцій знеболювальних. Його мати порівнювала його сидниці, які використовувалися у більшості випадків для ін'єкцій, з «мінним полем».

**Принцип 2: Знеболювальні повинні надаватися що чотири години для забезпечення постійного контролю болю.** У той час, як ВООЗ рекомендує, аби пацієнти отримували сильнодіючі знеболювальні що чотири години, більшість пацієнтів в Україні отримують їх лише один раз або двічі на день. Оскільки морфін діє від чотирьох до шести годин, це означає, що такі пацієнти позбавлені належного знеболення протягом більшої частини доби. Коли лікарі призначають слабші знеболювальні та інші препарати у проміжках, вони не є достатньо потужними для забезпечення ефективного полегшення болю та наражають пацієнтів на ризик небажаних побічних ефектів. Наше дослідження висуває думку, що така практика пов'язана, у першу чергу, з вимогою, прописаною в українському законодавстві про необхідність безпосереднього введення ін'єкційних форм сильнодіючих знеболювальних пацієнтам медичними працівниками. Лікарі у різних лікувальних закладах казали нам, що у них немає можливостей для відвідин медсестрою пацієнтів вдома шість разів на добу.

**Принцип 3: Тип знеболювального препарату (базові знеболювальні, слабкі опіоїди або сильнодіючі опіоїди) повинен залежати від ступеню проявів болю. Якщо певне знеболювальне припиняє надавати ефект, слід використовувати більш потужний лікувальний засіб.** Міжнародні дослідження доводять, що близько 80 відсотків пацієнтів з раком на останніх стадіях хвороби потребують прийому сильних опіоїдних знеболювальних протягом середнього періоду у 90 діб перед смертю.<sup>20</sup> Проте, цифри,

---

<sup>20</sup> Kathleen M. Foley, та ін., "Pain Control for People with Cancer and AIDS," у Disease Control Priorities in Developing Countries, друге видання, (New York: Oxford University Press, 2003), сс. 981-994.

які ми отримали від різних лікарень в Україні про відсоток пацієнтів, які отримують морфін або інші сильні опіоїдні знеболювальні, та про середнє число діб, протягом яких вони їх отримують, свідчать, що багато пацієнтів почали приймати сильні опіоїдні знеболювальні пізно – або взагалі не почали. У 6 лікарнях та одному поліклінічному відділенні міської лікарні, з яких ми отримали ці дані, ми з'ясували, що у найкращому разі тільки близько третини пацієнтів з діагнозом «рак у термінальній стадії» - а у більшості випадків набагато менше - отримували сильнодіючий опіоїдний знеболювальний засіб; у деяких випадках це відбувалося протягом набагато коротшого терміну аніж 90 діб.

**Принцип 4: Доза препарату повинна встановлюватися індивідуально. Не існує максимальної дози для сильнодіючих опіоїдних знеболювальних.** У той час, як Протоколи лікування ВООЗ роблять окремий наголос на тому, що не слід встановлювати максимальної добової дози морфіну, Міністерство Охорони Здоров'я України та фармацевтична компанія «Здоров'я народу», єдиний виробник морфіну в Україні, рекомендують у якості максимальної добової дози 50 мг ін'єкційної форми морфіну. Ця доза є набагато нижчою від доз морфіну, які безпечно та ефективно використовуються для лікування сильного болю в інших країнах. Ми встановили, що багато лікарів в Україні, хоча й не всі, дотримуються цієї рекомендації та обмежують дозу, навіть якщо пацієнт продовжує відчувати біль.

**Принцип 5: Лікування больового синдрому повинне здійснюватися залежно від потреб пацієнта.** Оскільки медичні сестри змушені відвідувати домівки пацієнтів для введення ін'єкцій морфіну, саме розклад медичного працівника, а не пацієнта, встановлює, коли пацієнт отримує препарати. У наслідку, пацієнти у муках чекають, поки не приїде медична сестра, або, коли вона приходить, їм не потрібне введення препарату.

Хоча наше дослідження загалом зосереджене на важкому становищі онкологічних пацієнтів, ми також задокументували декілька випадків пацієнтів, які страждали на сильний біль, спричинений іншими хворобами або мали інші стани. Ми з'ясували, що ці пацієнти стикаються навіть ще з більшими проблемами, намагаючись отримати доступ

до знеболення. Терапевти та інші спеціалісти рідко мають специфічні знання щодо ведення болю та часто побоюються призначати сильні опіоїдні препарати пацієнтам без онкологічних діагнозів. Декілька пацієнтів, які страждали від болю, спричиненого не онкологічними хворобами, повідомили нам, що їхні лікарі не звертали уваги на скарги пацієнтів щодо болю або казали їм, що біль минеться сам, як тільки причину буде ліквідовано.

\*\*\*

Проблеми у трьох сферах – закони та нормативно-правові акти у галузі охорони здоров'я, освіта та наявність лікарських засобів – призводять до обмеженої наявності паліативної допомоги та знеболення в Україні. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я вважає усі ці три сфери фундаментальними для розвитку послуг паліативної допомоги та знеболення та заохочує країни вживати заходів у кожній з них, зазначаючи, що ці заходи у кожній зі сфер коштують небагато, але можуть мати значний вплив на наявність паліативної допомоги.<sup>21</sup>

**Закони та нормативно-правові акти у галузі охорони здоров'я.** ВООЗ визнає паліативну допомогу у якості складової та невід'ємної частини комплексної медичної допомоги у випадках раку, ВІЛ та інших станів здоров'я, а також рекомендує прийняття країнами державних документів або програм з паліативної допомоги.<sup>22</sup> Хоча українська влада заснувала Державний інститут паліативної та хоспісної медицини при Міністерстві Охорони Здоров'я та створила низку хоспісів й паліативних ліжок, наразі не існує цілісної державної політики щодо паліативної допомоги, а Уряд не скоординував заходи для подолання перешкод з доступу до паліативної допомоги. Відсутність дій Уряду стосовно критично важливих питань, таких як відсутність перорального морфіну та потреби у розвитку надання послуг з паліативної допомоги вдома у пацієнта, є особливо проблематичним питанням/пунктом.

---

<sup>21</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р. , с. 3.

<sup>22</sup> ВООЗ, "Національні програми боротьби з раком: нормативно-правова база та протоколи, друге видання," сс. 86-87.

**Освіта.** Всесвітня Організація Охорони Здоров'я рекомендує країнам забезпечити належне навчання медичних працівників основам надання паліативної допомоги та знеболення.<sup>23</sup> Проте, в Україні офіційні програми навчання до- та післядипломної медичної освіти не забезпечують надання спеціалізованих знань та навичок щодо паліативної допомоги та знеболення. Протоколи ВООЗ щодо лікування больового синдрому, спричиненого раком, майже не викладаються у медичних ВНЗ та навчальних закладах для середнього медичного персоналу. Багато медичних працівників, які взяли участь в інтерв'ю, не розуміли головних принципів лікування больового синдрому та паліативної допомоги.

**Наявність препаратів.** ВООЗ рекомендує запровадження країнами відповідної законодавчої та нормативно-правової бази по відношенню до лікувальних засобів, яка би забезпечила наявність та доступність найнеобхідніших препаратів, у тому числі морфіну. Відповідно до конвенцій ООН про наркотичні засоби, країни повинні забезпечити відповідну наявність опіоїдів для медичних цілей, одночасно вживаючи заходів у запобіганні зловживання ними.<sup>24</sup> Проте, Україна, головним чином, зосереджує зусилля на запобіганні зловживанню цими препаратами. Х'юман Райтс Вотч визнає, що запобігання зловживанням є надзвичайно важливим заходом у таких країнах, які подібно до України, стикаються зі значними проблемами у сфері нелегального обігу наркотиків – кількість споживачів ін'єкційних наркотиків у країні оцінюється у 230 000 – 360 000 осіб - та корупцією у системі охорони здоров'я.<sup>25</sup> Проте, ці зусилля не повинні перешкоджати належній наявності контрольованих речовин для законного медичного використання.

---

<sup>23</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., с. 3.

<sup>24</sup> Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року, [http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf); Конвенція про психотропні речовини 1971 року, [http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1971\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1971_en.pdf), та Конвенція проти нелегального обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 року, [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf) (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>25</sup> Міжнародний Альянс ВІЛ/СНІД в Україні, "АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ на базі результатів соціологічного дослідження Визначення кількості груп населення, найбільш вразливих до ВІЛ в Україні у 2009 році", Київ, 2010, с. 12. [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd\\_en.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/indd_en.pdf) (переглянуто 30 березня 2011 року).



Процедури обігу наркотичних засобів в Україні є більш суворими, ніж це вимагається відповідно до конвенцій ООН щодо наркотиків; ці процедури містять численні положення, які безпосередньо перешкоджають наданню паліативної допомоги, відохочують лікарів від призначення опіоїдних препаратів з огляду на надто обтяжливі бюрократичні вимоги та створюють побоювання небажаних правових наслідків серед лікарів, які призначають ці препарати.

Треба віддати належне, Уряд України визнає потребу у реформах для забезпечення ефективного знеболення та послуг паліативної допомоги. Засновано Державний інститут паліативної допомоги та хоспісної медицини, створено сотні хоспісних ліжок та вилучено деякі проблемні положення з процедур обігу наркотичних засобів у 2010 році.<sup>26</sup> У жовтні 2010 року на зустрічі з представниками Х'юман Райтс Вотч тодішній керівник Державного Комітету по контролю за наркотиками висловив занепокоєння відсутністю дозволів на роботу з наркотичними засобами в аптеках у сільській місцевості та заявив, що його Комітет вивчає можливі варіанти вирішення проблеми.<sup>27</sup>

\*\*\*

У відповідності до Міжнародного Пакту про Економічні, Соціальні та Культурні Права, український Уряд несе зобов'язання здійснювати кроки, «максимально використовуючи наявні ресурси» для послідовної реалізації права на здоров'я. Відповідно до цього, уряд повинен скласти план розвитку та впровадження послуг паліативної допомоги, забезпечити наявність та доступність морфіну та інших препаратів, які ВООЗ вважає найбільш необхідними, та забезпечити отримання медичними працівниками знань з паліативної допомоги. Невиконання цих кроків українськими урядовими структурами порушуватиме право на здоров'я.

---

<sup>26</sup> Наказ №11 Міністерства охорони здоров'я про порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у лікувальних закладах України, 2010 рік.

<sup>27</sup> Зустріч Х'юман Райтс Вотч з Володимиром Тимошенко, Головою Державного Комітету по контролю за наркотиками, Київ, 22 жовтня 2010 року.

Відповідно до заборони катувань та жорстокого поводження, український Уряд має зобов'язання вжити заходів для захисту осіб в межах його юрисдикції від нелюдського та такого, що принижує людську гідність поводження, такого як непотрібні страждання, спричинені надзвичайно сильним болем. Як відзначив спеціальний доповідач ООН щодо катувань та іншого жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність поводження або покарання, «бездіяльність з боку урядів у здійсненні обґрунтованих заходів для забезпечення доступності знеболення ... піднімає питання, чи вони належним чином виконують це зобов'язання»<sup>28</sup>. Той факт, що державні медичні заклади в Україні пропонують послуги зі знеболення, які значно відрізняються від встановлених міжнародних найкращих практик, та, що Уряд не вживає заходів для зміни ситуації, викликає питання, чи виконує держава Україна свої зобов'язання? Як результат, він може нести відповідальність стосовно заборони катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження.

Цей звіт зосереджує особливу увагу на низькому рівні наявності послуг паліативної допомоги в Україні. Х'юман Райтс Вотч повністю визнає проблеми, які існують з наявністю та доступністю інших послуг охорони здоров'я в Україні. Той факт, що цей звіт розглядає окрему сферу охорони здоров'я не означає, що влада в Україні не має зобов'язань відповідно до міжнародного законодавства у царині прав людини здійснювати належні кроки у вирішенні проблем в інших галузях системи охорони здоров'я.

## Головні рекомендації

### *До Уряду України:*

- Забезпечити наявність перорального морфіну в усіх структурах державної системи охорони здоров'я.

---

<sup>28</sup> Спільний лист Манфред Новака, спеціального доповідача ООН з катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження або покарання, та Ананд Гровер, спеціального доповідача ООН з права кожного на досягнення якомога найвищого рівня фізичного та психічного здоров'я, до Комісії з Наркотичних Засобів, Грудень 2008 року. Копію листа можна оглянути за адресою <http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf> (переглянуто 16 січня 2009 року).

- Внести зміни та доповнення щодо ліцензування у процедури обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів для забезпечення отримання усіма сільським амбулаторіями та лікарнями дозволів на роботу з сильнодіючими опіоїдними знеболювальними.
- Внести зміни та доповнення у порядок обігу наркотичних засобів для забезпечення можливості отримання пацієнтами або членами їх родин запасу сильнодіючих опіоїдних знеболювальних у розумних розмірах для використання вдома, що може реалістично дозволити їм відчувати тривале полегшення болю.
- Розповсюдити протоколи лікування больового синдрому ВООЗ у всіх закладах охорони здоров'я та розгорнути навчання на робочих місцях усіх онкологів та інших медичних працівників, кого це стосується.

Консультуючись з усіма належними залученими сторонами, розробити план дій щодо забезпечення доступу до паліативної допомоги та знеболення у національному масштабі, який передбачатиме:

- Розробку національного протоколу паліативної допомоги та знеболення, який би відповідав найкращим міжнародним практикам.
- Запровадження викладання найкращих, визнаних у міжнародному масштабі методик лікування больового синдрому в усіх медичних вищих навчальних закладах та закладах підготовки середнього медичного персоналу, а також, як елементу програм підвищення кваліфікації.
- Перегляд порядку обігу наркотичних засобів в Україні, спрямований на забезпечення належної наявності та доступності сильнодіючих опіоїдних препаратів для медичного використання, водночас запобігаючи їхньому нецільовому використанню.

*До фармацевтичної компанії «Здоров'я народу»*

- Змінити інформацію про продукт у вкладиші (інструкції) для ін'єкційного морфіну, відповідно до існуючих фактичних (наукових) даних.

- Розпочати виробництво перорального морфіну.

*До міжнародної спільноти*

- Підняти питання перед Урядом України стосовно обмеженої доступності послуг якісної паліативної допомоги та знеболення.
- Запропонувати технічну та фінансову допомогу для виконання рекомендацій, які містяться у цьому звіті.

## Методологія

Цей звіт складено на основі дослідження, яке було проведено у період від березня 2010 до березня 2011 року, у тому числі під час польових візитів до України у квітні та жовтні 2010 року. Польові дослідження були проведені головним чином у Харківській та Рівненській областях, та у Києві. Дослідження у цих областях та у Києві здійснювалися спільно з Інститутом Правових Досліджень та Стратегій у Харкові, а також Рівненським та Київським відділеннями Всеукраїнської Мережі Людей, що живуть з ВІЛ. Ми обрали ці регіони для дослідження з огляду на їх географічну різноманітність. Додатково дослідження проводилося у містах Львів та Черкаси. Ми також здійснили кабінетне дослідження щодо наявності паліативної допомоги у різних інших частинах країни.

Протягом чотирьох тижнів в Україні, дослідник Х'юман Райтс Вотч та представник з кожної партнерської організації провели більше ніж 67 інтерв'ю з багатьма залученими учасниками процесу, у тому числі з 20 пацієнтами з діагнозами рак та ВІЛ/СНІД, а також іншими хворобами з обмеженим прогнозом життя, або членами їх родин; з 35 медичними працівниками, у тому числі онкологами, спеціалістами з ВІЛ/СНІДу, анестезіологами, лікарями паліативної допомоги, а також адміністративним персоналом лікарень, хоспісів та програм паліативної допомоги; окрім того із декількома державними службовцями, які працюють в наркоконтролі та системі охорони здоров'я.

Більшість інтерв'ю з пацієнтами та членами їх родин відбувалася у них вдома. Інтерв'ю проводилися приватно.

Інтерв'ю були напівструктурованими та охоплювали широкий спектр питань, які стосуються паліативної допомоги та знеболення. Перед кожним інтерв'ю ми повідомляли майбутніх учасників про мету, а також про типи питань, які ми хочемо обговорити, а також запитували їх погодження на участь. Ми повідомляли їх, що вони можуть перервати власну участь в інтерв'ю у будь-який момент або відмовитися відповідати на будь-які окремі питання без усіляких наслідків.

Учасникам не пропонувалися й не надавалися жодні заохочування та винагороди.

Ми приховали персональні дані усіх пацієнтів, членів родин та медичних працівників, яких ми опитували, у цьому звіті для збереження приватності, за виключенням тих випадків, коли вони окремо просили про використання їх персональних даних. Подібним чином, ми приховали назви районів, які ми відвідали, аби захистити медичних працівників, які, у якості державних службовців, можуть мати обґрунтовані побоювання можливих офіційних наслідків у відповідь на їх розповідь про проблеми зі знеболенням.

Усі інтерв'ю проводилися дослідником з Х'юман Райтс Вотч російською мовою, який вільно нею розмовляє. Більшість з опитуваних не мали проблем, розмовляючи російською мовою. Дослідники з партнерських організацій допомагали з перекладом, коли це було потрібно.

У жовтні 2010 року Х'юман Райтс Вотч презентував попередні отримані дані дослідження до уваги Міністерства Охорони Здоров'я, Національного Комітету з контролю за наркотиками, Відділу Боротьби з Незаконним Обігом Наркотиків Міністерства Внутрішніх Справ та Фармацевтичного Центру Міністерства Охорони Здоров'я. У березні 2011 року Х'юман Райтс Вотч надіслав детальний лист до фармацевтичної компанії «Здоров'я народу», виклавши короткий опис отриманих даних з цього звіту, й запрошуючи до офіційної реакції на отримані дані, а також пропонуючи представити власні коментарі у даному звіті. Копію цього листа додано до звіту у складі Додатка 1. Коли цей звіт надійшов у друкарню наприкінці, відповіді ще не було отримано.

Усі документи, цитати з яких наводяться у звіті, є або загальнодоступними, або зберігаються Х'юман Райтс Вотч.

## I. Огляд: паліативна допомога і знеболення

Метою паліативної допомоги є покращення якості життя пацієнтів, які мають невиліковні або такі, що загрожують життю, хвороби. Її завдання полягає не в одужанні або продовженні життя пацієнта. Паліативна допомога запобігає або полегшує біль та інші фізичні та психосоціальні проблеми, «додаючи життя до днів, а не днів до життя», як йдеться у часто цитованому вислові Леді Сіселі Сондерс, засновниці першого сучасного хоспісу. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я визнає паліативну допомогу у якості складової частини системи охорони здоров'я, що має бути доступною для всіх, хто її потребує.<sup>29</sup> У той час, як паліативна допомога часто асоціюється з раком, значне ширше коло пацієнтів з відповідними станами здоров'я може скористатися нею, у тому числі пацієнти, які мають неврологічні розлади на пізніх стадіях розвитку хвороби, кардіологічні, печінкові або ниркові хвороби, хронічні та знесилючі травми.

Одне з головних завдань паліативної допомоги полягає у тому, аби запропонувати пацієнтам лікування їх больового синдрому. Хронічний біль є поширеним симптомом при раку та ВІЛ/СНІДі, а також у деяких випадках інших станів здоров'я.<sup>30</sup> Дослідження послідовно вказують на те, що від 60 до 90 відсотків пацієнтів на пізніх стадіях раку відчувають біль – від помірного до сильного.<sup>31</sup> Розповсюдженість та інтенсивність болю, зазвичай, зростають із розвитком хвороби: деякі дослідники повідомляють про те, що до

---

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

<sup>30</sup> Біль є також симптомом у багатьох інших хворобах та хронічних станах, а гострий біль часто є побічним ефектом медичних процедур. Проте, ця робота зосереджується на болю та інших симптомах при хворобах, що загрожують життю.

<sup>31</sup> C.S. Cleeland, J.L. Ladinsky, R.C. Serlin, and 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 and 267-273; R.L. Daut and 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," in K.M. Foley, J.J. Bonica, and 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," in D. Doyle, G.W.C. Hanks, and N. MacDonald, eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 1979), pp. 310-331; J. Stjernsward and D. Clark, "Palliative Medicine: A Global Perspective," in D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Cherny, and K. Calman, eds., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd edition (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 1199-1222.

80 відсотків пацієнтів на пізніх стадіях раку відчувають значний біль.<sup>32</sup> Симптоми болю так само є проблемою для значної частини людей, що живуть з ВІЛ, навіть у той час, як все зростаюча наявність антиретровірусних препаратів у країнах із середнім та низьким доходом збільшує тривалість життя пацієнтів.<sup>33</sup> З появою антиретровірусних препаратів (АРВ), міжнародна спільнота, зрозуміло чому, зосередила зусилля на забезпеченні цією терапією людей, що живуть з ВІЛ. На жаль, це призвело до поширеної, але хибної думки, що ці люди більше не потребують паліативної допомоги. Насправді, багато досліджень демонструють, що значна частка людей на АРТ продовжують відчувати біль та інші симптоми, які полегшуються при одночасному наданні послуг паліативної допомоги та АРТ.<sup>34</sup>

Біль від помірного до середнього має глибокий вплив на якість життя. Персистуючий біль має цілу низку фізичних, психологічних та соціальних наслідків. Він може призвести до зменшення рухомості та відповідного зменшення фізичних сил; зашкодити імунній системі; заважати здатності людини їсти, зосереджувати увагу, спати або взаємодіяти з іншими.<sup>35</sup> Дослідження ВООЗ довело, що люди, які живуть з хронічним болем, у чотири рази більше схильні потерпати від депресії або тривожних станів.<sup>36</sup> Фізичний ефект хронічного болю та психологічна напруга, яку він створює,

---

<sup>32</sup> K.M. Foley, J.L. Wagner, D.E. Joranson, and 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> (accessed April, 2007); J. Schofferman and R. Brody, "Pain in Far Advanced AIDS," in K.M. Foley, J.J. Bonica, and V. Ventafridda, eds., *Advances in Pain Research and Therapy* (New York: Raven Press, 1990), pp. 379-386; E.J. Singer, C. Zorilla, B. Fahy-Chandon, S. Chi, K. Syndulko, and W.W. Tourtellotte, "Painful Symptoms Reported by Ambulatory HIV-Infected Men in a Longitudinal Study," *Pain*, vol. 54 (1993), pp. 1 and 15-19.

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

<sup>34</sup> Див. 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.

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

<sup>36</sup> 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. Див. також 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.



можуть, навіть, вплинути на те, яким чином розвивається хвороба: як відзначає ВООЗ у протоколах щодо боротьби з раком: «Біль може вбити».<sup>37</sup> До соціальних наслідків відносяться неспроможність працювати, піклуватися про себе, дітей або інших членів родини, брати участь у соціальних заходах, а також віднайти емоційний та духовний спокій наприкінці життя.<sup>38</sup>

Як визначає ВООЗ, «Більшість проявів болю, спричинених раком, якщо не всі, *можливо* полегшити, якщо застосувати сучасні медичні знання та методи лікування».<sup>39</sup> Головним препаратом для лікування помірною та сильною болем є морфін, недорогий опіоїд, який виробляється з екстракту маку. Морфін можна вводити ін'єкційним шляхом, приймати перорально, застосовувати внутрішньовенно або епідурально. Ін'єкції робляться, здебільшого, для лікування гострого больового синдрому, зазвичай у стаціонарах. Пероральний морфін є препаратом вибору для хронічного болю у випадках раку, його можна приймати як у стаціонарі, так і вдома. Морфін є контрольованою речовиною, що означає, що його виробництво, розповсюдження та відпуск суворо регулюються на міжнародному та національному рівнях.

Медичні експерти визнають важливість опіоїдних знеболювальних вже протягом декількох десятиріч. Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року, міжнародна угода, яка регулює використання наркотичних засобів, безпосередньо стверджує, що «медичне використання наркотичних засобів продовжує залишатися необхідним для полегшення болю та страждань», а також, що «слід запровадити відповідні положення для забезпечення наявності наркотичних засобів для цих цілей».<sup>40</sup> Всесвітня Організація Охорони Здоров'я включила морфін та кодеїн (слабкий опіоїд) до

---

<sup>37</sup> WHO, "National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines, second edition," с. 83.

<sup>38</sup> R.L. Daut, C.S. Cleeland, and 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.

<sup>39</sup> WHO, "Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment," 2000, с. 1.

<sup>40</sup> Економічна та Соціальна Рада ООН (ECOSOC), "Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 року, із доповненнями Протоколу 1972 року, які доповнюють Єдину Конвенцію про наркотичні засоби 1961 року," преамбула, [http://www.incb.org/incb/convention\\_1961.html](http://www.incb.org/incb/convention_1961.html) (переглянуто 15 січня 2009 року).

Зразкового Переліку життєво необхідних медичних засобів, тобто переліку найнеобхідніших основних препаратів, чия доступність має бути забезпечена для всіх осіб, які їх потребують.<sup>41</sup>

Втім, приблизно 80 відсотків населення планети або взагалі не має, або має недостатній доступ до лікування болю (від помірного до сильного), й десятки мільйонів людей у світі, у тому числі 5,5 млн. пацієнтів, що хворіють на рак та один мільйон пацієнтів з ВІЛ/СНІД у термінальній стадії, страждають від помірного або сильного болю щороку без належного знеболення.<sup>42</sup>

Але паліативна допомога охоплює ширше коло питань, аніж просто полегшення фізичного болю. До головних завдань належить надання допомоги щодо інших фізичних симптомів, психосоціальної та духовної допомоги для пацієнта та членів його/її родини, коли їх хвороби загрожують життю, є невиліковними або погіршують стан пацієнта. Тривожність та депресія є найбільш розповсюдженими симптомами.<sup>43</sup> Було

---

<sup>41</sup> 16 видання Зразкового переліку найнеобхідніших лікарських засобів ВООЗ затверджене у 2010 році, містить наступні опіоїдні знеболювальні (доступне за адресою: [http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated\\_sixteenth\\_adult\\_list\\_en.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf), переглянуто 22 лютого 2011 року).

Кодеїн	Таблетки: 30 мг (фосфат).
Морфін	Ін'єкції: 10 мг (морфіну гідрохлорид або морфіну сульфат) в ампулах по 1 мл.
	Пероральна рідина: 10 мг (морфіну гідрохлорид або морфіну сульфат)/5 мл.
	Таблетки: 10 мг (морфіну сульфат).
	Таблетки (тривалого вивільнення): 10 мг; 30 мг; 60 мг (морфіну сульфат).

<sup>42</sup> WHO Briefing Note, "Access to Controlled Medications Programme," February 2009, [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/ACMP\\_BrNoteGenr1\\_EN\\_Feb09.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNoteGenr1_EN_Feb09.pdf) (переглянуто 17 липня 2009 року).

<sup>43</sup> Огляд літератури у 2006 році, який порівнював поширеність одинадцяти розповсюджених симптомів серед пацієнтів з п'ятьма хворобами, що загрожували життю на пізніх стадіях виявило, що дослідження повідомляли про поширеність депресії від 3 до 77 відсотків у пацієнтів на останніх стадіях раку, від 10 до 82 відсотків у пацієнтів зі СНІДом, від 9 до 36 відсотків у пацієнтів із захворюванням серця, від 37 до 71 відсотків у пацієнтів із хронічними обструктивними легеневиими захворюваннями, та від 5 до 60 відсотків у пацієнтів з нирковими захворюваннями. Щодо тривожних станів оглянуті дослідження повідомляли про поширеність від 13 до 79 відсотків у пацієнтів на пізніх стадіях раку, від 8 до 34 відсотків у пацієнтів зі СНІДом, 49 у пацієнтів із захворюванням серця, від 51 до 75 відсотків у пацієнтів із хронічними обструктивними легеневиими захворюваннями, та від 39 до 70 відсотків у пацієнтів з нирковими захворюваннями. J.P. Solano, B. Gomes, I.J. Higginson, "A Comparison of Symptom Prevalence in Far

доведено, що такі заходи з арсеналу паліативної допомоги, як психосоціальне консультування, значно зменшували поширеність та інтенсивність таких симптомів і покращували якість життя пацієнтів та їх родин.<sup>44</sup>

Паліативна допомога намагається полегшити й інші фізичні симптоми, такі як нудота та задишка, які часто зустрічаються у випадках хвороб, що загрожують життю та мають значний вплив на якість життя пацієнта.

ВООЗ заохочує країни, у тому числі ті, які мають обмежені ресурси, до забезпечення доступності послуг паліативної допомоги. Вона рекомендує країнам робити пріоритетним запровадження паліативних послуг на рівні громад – надання допомоги у медичних закладах, які працюють з великими групами пацієнтів, що потребують послуг паліативної допомоги та вдома у пацієнта аніж у закладах охорони здоров'я – де вона може надаватися з меншими витратами та де можливо охопити допомогою осіб з обмеженими можливостями доступу до медичних закладів.<sup>45</sup>

---

Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease,” *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 31 No 1 (2006).

<sup>44</sup> Див., наприклад, WHO, “National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines, second edition,” с. 83-91.

<sup>45</sup> Ibid., сс. 91-92.

## II. Сільська місцевість: відсутні або важкодоступні сильнодіючі знеболювальні

### Історія Костянтина Зварича

Костянтин, 67-річний пенсіонер, мешканець Полтавської області у Центральній Україні, у багато чому був типовим українцем з сільської місцевості. Народився у 1943 році, зростав серед голоду та руїни після Другої Світової війни. У молоді роки відслужив у радянській армії та став колгоспником, відпрацювавши у колгоспі 46 років. Костянтин був одруженим, мав доньку та онука.

У Костянтина виникли проблеми з сечовиділенням у січні 2009 року. Коли біль став настільки сильним, що він більше не міг мочитися, він пішов до місцевої клініки, де лікар поставив діагноз рак простати. Дві хірургічних операції забезпечили лише тимчасове полегшення болю, але не змогли повністю видалити ракові клітини, які незабаром почали давати метастази.

Раптовий напад інтенсивного болю у зап'ястках та пальцях дав зрозуміти Костянтину, що все було не добре. Він зробив подальші тести, які виявили, що рак розповсюдився у його кістках, фізичний стан, який асоціюється з сильним болем. Костянтин повідомив Х'юман Райтс Вотч:

Біль був таким страшним, що мені здавалося, що усе тіло зараз розломиться. Ми викликали швидку кожні 2 чи 3 години, тому що я вже не міг терпіти це.<sup>46</sup>

Лікарі швидко госпіталізували Костянтина, а потім виписали його додому, призначивши трамадол, слабкий препарат з ряду опіоїдів. Оскільки небагато аптек в Україні мають

---

<sup>46</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Костянтином Зваричем (не є його справжнім ім'ям), 13 квітня 2010 року .

запас трамадолу – як наслідок рішення Уряду у 2008 році про регуляцію обігу трамадолу у той самий спосіб як морфіну – члени родини Костянтина мали значні проблеми, намагаючись отримати препарат. Коли Костянтин нарешті зміг отримати трамадол, виявилось, що він є заслабким аби втамувати його нестерпний біль. Він використав десять ампул трамадолу – максимальна дозволена кількість за одним рецептом відповідно до українського законодавства – протягом одного дня без забезпечення належного контролю болю.

Донька Костянтина, лікар у Харкові, місті у Східній Україні, порадила йому приймати декілька препаратів, які можна отримати в аптеці без рецепта, але жодне з них не забезпечувало відчутного знеболення. Хоча він скаржився лікарям на сильний біль, лікарі Костянтина ніколи не призначали морфін. У місцевої лікарні була відсутня необхідна ліцензія.

Протягом чотирьох чи п'яти місяців Костянтин страждав від постійного сильного болю. Описуючи один з епізодів, він розплакався, кажучи:

Було так нестерпно боляче! Я прийшов додому, й мене охопив такий сильний біль. Він був такий жахливий, що я не знав, що з собою робити. Так було важко жити.<sup>47</sup>

Одного дня, наприкінці літа, біль у Костянтина був таким сильним, що його онук, який залишався з ним у селі, зателефонував матері, кажучи, що дідусь «б'ється об стіни» від болю. Донька вирішила, що вона більше не залишить батька у селі та влаштувала його госпіталізацію до Харківського хоспісу. Там Костянтин нарешті отримав морфін для знеболення. Коли Х'юман Райтс Вотч провели з ним інтерв'ю у квітні 2010 року, він сказав, що у хоспісі його біль нарешті було взято під контроль.

Костянтин помер у червні 2010 року у хоспісі.

---

<sup>47</sup> Ibid.

## Відсутність ліцензій на роботу з наркотичними засобами у медичних закладах та аптеках

На десятки тисяч пацієнтів, які страждають від болю та мешкають в сільській місцевості, - а це третина з 46 мільйонного населення, - щороку, подібно до Костянтина, чекає така сама доля.

Місцеві медичні заклади – відомі як *амбулаторія* та *фельдшерсько-акушерський пункт* (ФАП)— та навіть багато лікарень, не мають відповідних ліцензій (дозволів) на роботу з наркотичними засобами, необхідних для зберігання та призначення сильнодіючих опіоїдних знеболювальних.<sup>48</sup> Навіть якщо пацієнти отримують рецепт, лише декілька аптек у сільській місцевості мають ліцензію (дозвіл) на відпуск за рецептом призначених опіоїдних препаратів. Хоча більшість з цих закладів могли би подати документи на отримання ліцензії, українські процедури обігу наркотичних засобів вимагають від них наявності окремої кімнати для зберігання цього типу препаратів, спеціально обладнаної для запобігання зломам та крадіжкам. Пов'язані з цим витрати та відсутність вільних приміщень є головними причинами, чому дуже небагато медичних закладів та невеличких лікарень отримують ліцензії на роботу з наркотичними засобами.

Під час дослідження, Х'юман Райтс Вотч та місцеві партнери відвідали головні лікарні у п'яти районах Харківської та Рівненської областей. Ці лікарні, відомі як центральні районні лікарні, є головними адміністративними закладами охорони здоров'я у районах. У той час, як усі центральні районні лікарні з зазначених п'яти районів мали ліцензії на роботу з наркотичними засобами, як повідомляли лікарі, жодна сільська амбулаторія та ФАП з сіл окремо взятого районного центру таких ліцензій не мала. Як показує таблиця 1, це означає, що багато пацієнтів мешкають на відстані десятків

---

<sup>48</sup> Амбулаторія є клінікою для прийому нестационарних пацієнтів. Фельдшерсько-акушерський пункт є первинним осередком охорони здоров'я, який надає найпростіші процедури, у тому числі дородову допомогу та першу допомогу. Цими закладами охорони здоров'я керують фельдшери, помічники лікаря, які навчаються у медичних училищах та проводять звичайні перевірки стану хворого, щеплення, надають першу невідкладну допомогу, а також акушерки. Лікарів у цих закладах немає.

кілометрів від закладів охорони здоров'я, які мають право призначати сильнодіючі знеболювальні засоби, навіть якщо у їх селі або містечку є лікувальний заклад. Співробітник системи охорони здоров'я у Рівненській області повідомив нам, що така сама картина спостерігається в усіх районах області: усі п'ятнадцять центральних районних лікарень мають ліцензії, але жодна з 92 амбулаторій або 613 ФАПів в області їх не мають.

**Таблиця 1**

Район	Площа <sup>49</sup> (КВ. КМ)	Кількість районних лікарень (з ліцензією)	Кількість <i>амбулаторій</i> (з ліцензією)	Кількість ФАПів (з ліцензією)
Район 1 <sup>50</sup>	467	1 (1)	2 (0)	5 (0)
Район 2 <sup>51</sup>	1,149	4 (1)	13 (0)	10 (0)
Район 3 <sup>52</sup>	1,011	1 (1)	6 (0)	8 (0)
Район 4 <sup>53</sup>	693	1 (1)	4 (0)	33 (0)
Район 5 <sup>54</sup>	659	2(1)	6(0)	27(0)
Район 6 <sup>55</sup>	695	1(1)	43(0)	6(0)

## Дезорганізована система надання послуг зі знеболення в Україні

Відсутність лікувальних закладів з ліцензіями у сільській місцевості означає, що пацієнти або їх родичі змушені долати великі відстані для отримання сильнодіючих

<sup>49</sup> Statoids, "Raions of Ukraine", 2005, <http://www.statoids.com/yua.html> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>50</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 1, 16 квітня 2010 року.

<sup>51</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 2, 16 квітня 2010 року.

<sup>52</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>53</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із заступником головного лікаря центральної районної лікарні.

<sup>54</sup> Інтерв'ю Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із головним лікарем центральної районної лікарні у районі 5, 12 травня 2010 року.

<sup>55</sup> Переписка з онкологом у районі 6, 24 лютого 2011 року.

знеболювальних за рецептами, часто по поганим дорогам та за допомогою нерегулярного громадського транспорту. Ця складна ситуація ще більше ускладнюється завдяки українській системі надання допомоги зі знеболення, яка не дозволяє закладам охорони здоров'я забезпечувати пацієнтів та членів їхніх родин запасом ін'єкційного морфіну для використання вдома.

Зазвичай, лікарі не виписують рецептів на отримання сильнодіючих опіоїдних знеболювальних пацієнтами в аптеках. Замість цього, пацієнти отримують морфін із запасу лікарні. Маючи ту перевагу, що пацієнти не змушені платити за препарати, водночас процедури обігу наркотичних засобів в Україні вимагають, аби самі медичні працівники безпосередньо вводили ін'єкційні форми пацієнтам, використовуючи запас знеболювальних лікарні.<sup>56</sup>

Іншими словами, лікувальним закладам не дозволяється видавати препарати пацієнтам або членам їх родин на руки для самостійного застосування вдома. Замість цього, передбачається, що медичні працівники мають відвідувати пацієнтів вдома для введення кожної окремої призначеної дози ін'єкційного морфіну – часто декілька разів на день. Правила ж дозволяють самостійне вживання пероральних форм опіоїдних знеболювальних, але наявності вони відсутні в Україні через відсутність спроб Уряду запровадити їх використання у державній системі охорони здоров'я.

Така система призначення та використання є найбільшим бар'єром у запровадженні лікування болю на основі доказової медицини в українських містах та, почасти, в сільській місцевості вона спричиняє перешкоди, які просто неможливо подолати. У сільських лікувальних закладах в Україні, просто немає коштів для поїздок персоналу до центральних районних лікарень аби отримати там сильнодіючі опіоїдні знеболювальні, та, згодом, відвідувати пацієнтів вдома декілька разів на день. Як наслідок, багато пацієнтів опиняються в ситуації, коли вони не мають можливості отримати знеболювальні препарати, яких вони потребують. Деякі пацієнти можуть

---

<sup>56</sup> Міністерство Охорони Здоров'я, Наказ №11, 2010 рік, параграф 3.11.



отримувати знеболювальні один чи два рази на день. Й тільки дуже невелика частка тих, хто мешкає в районах, де лікарі схильні ігнорувати державні інструкції – мають шанс отримати справді ефективне знеболення.

У кожному з п'яти районів, які ми відвідали протягом проведення дослідження, ми з'ясували, що лікарі намагалися забезпечити пацієнтів сильнодіючими знеболювальними. Їхні підходи (Таблиця 2) були різноманітними: починаючи від ненадання сильних опіоїдних знеболювальних пацієнтам за межами районних центрів до спроб якимось чином допомогти їм. Але навіть за найкращим сценарієм, залишалися суттєві та непотрібні перешкоди на шляху надання знеболення на засадах доказової медицини. У кожному районі лікарі та медичні сестри відкрито визнавали, що багато пацієнтів, особливо ті, які живуть поза межами райцентрів, не отримують допомоги, якої вони потребують.

#### Організаційна схема системи охорони здоров'я України



Таблиця 2

Райони	Підхід до надання послуг зі знеболення
Райони 1, 2, 5, 6	Медсестри з центральної районної лікарні відповідають за здійснення ін'єкцій знеболювальних препаратів протягом дня пацієнтам, які мешкають у райцентрі; швидкі здійснюють ін'єкції у вечірній час. Медсестри та <i>фельдшери</i> з місцевих закладів охорони здоров'я відповідають за надання знеболення для пацієнтів, які мешкають поза межами райцентру. <sup>57</sup> Вони змушені їздити до центральної районної лікарні кожен день аби забрати добовий запас препаратів для власних пацієнтів, а потім відвідувати пацієнтів вдома для кожної окремої ін'єкції. Швидка допомога не надає знеболення за межами районного центру.
Район 3	Бригади швидкої відповідають за надання сильнодіючих знеболювальних усім пацієнтам, незалежно від того, де вони живуть та у будь-який час.
Район 4	Медичні працівники забезпечують пацієнтів або членів їхніх родин триденним запасом морфіну та дозволяють їм вживати ліки самостійно – у порушення українських процедур обігу наркотичних засобів. Кожні три доби в обмін на використані ампули, пацієнти отримують препарати на наступні три доби. Медсестрам та фельдшерам у місцевих амбулаторіях та ФАПх надано вказівки перевіряти пацієнтів на регулярній основі для забезпечення належного порядку використання препаратів та досягнення потрібного рівня знеболення.

У районах 1, 2, а також 5 та 6 пацієнти, які живуть поза межами районного центру часто не мають доступу до сильнодіючих опіоїдних знеболювальних. Онколог у районі 2 висловив власне незадоволення системою наступним чином:

Призначення не є проблемою; проблема у доставці препаратів. Якщо це можливо, ін'єкції робляться щоденно. Якщо це близько, медсестра може приїздити щодня забирати морфін. Вони можуть приїздити автомобілем амбулаторії або ФАПу та повертати порожні ампули наступного дня. Але не у всіх амбулаторій або ФАПів є автомобілі, або у них немає грошей на бензин ... Якщо люди живуть далеко, дійсність є такою, що ми обходимося

<sup>57</sup> Фельдшери є помічниками лікаря, які отримали освіту у медичних училищах та роблять регулярні огляди, вакцинації, та первинну допомоги у надзвичайних випадках. У великих лікарнях фельдшери працюють під керівництвом лікарів, але багато з них працюють у сільській місцевості, де вони керують невеличкими амбулаторіями.

## Доступність знеболення у сільських місцевостях Польщі

У Польщі морфін та інші сильнодіючі опіоїдні знеболювальні є легко доступними у сільській місцевості. Оскільки пероральний морфін включено до переліку найнеобхідніших препаратів Польщі, від аптек та закладів охорони здоров'я вимагається створення його запасів. Хоча аптеки можуть подати заяву про виключення з цього правила – й певна кількість робить це по відношенню до опіоїдних препаратів – існує розгалужена мережа аптек, які мають ліцензії на наркотичні засоби у всій країні. Якщо аптека не має наявності опіоїдів, вона може запросити їх від гуртового постачальника та зазвичай отримає новий запас протягом половини доби. Опіоїдні препарати в аптеках надаються безкоштовно. Лікарі можуть призначити пероральний морфін на 30 діб за одним рецептом. Препарати за рецептом можна отримати у будь-якій аптеці, яка має ліцензію на роботу з наркотичними засобами.

*Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Др. Томашем Дژهжановскім.*

трамаолом [слабкий опіоїд] та дімедролом [антигістамінне]. Ми намагаємося робити все можливе. Це трагедія для наших пацієнтів. Я дивлюся на них, хочу щось для них зробити, але не можу.<sup>58</sup>

Він додав, що у нього в районі було 30 пацієнтів з раком у термінальній стадії, 20 з яких повинні були отримувати сильнодіючі опіоїдні знеболювальні. Але отримували лише трое.

Онколог у районі 5 заявив, що для медсестер та фельдшерів поїздки до центральної районної лікарні складають проблему: «Сільська система охорони здоров'я фінансується погано, тому вони [медсестри та фельдшери] розмовляють з родичами, які оплачують їхні поїздки або привозять фельдшера власними автомобілями».<sup>59</sup> Медсестра у районі 1 повідомила, що персонал закладів охорони здоров'я у її районі не може їздити до центральної районної лікарні аби забрати морфін з огляду на відсутність транспорту та часу.<sup>60</sup> Вона відвела нас до будинку пацієнта з раком, якому було призначено одну ін'єкцію морфіну на добу, яку йому доставляла швидка,

відвідуючи його щовечора. Пацієнт сказав, що він відчував значний біль протягом дня та,

---

<sup>58</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 2, 16 квітня 2010 року.

що «було б дуже добре отримувати другу ін'єкцію. Від них я почуваю себе значно краще».<sup>61</sup> Медсестра сказала, що навряд чи це відбудеться:

Якщо вони призначають ін'єкцію протягом дня, я змушена йти до пацієнта додому особисто. Це означає, що коли я приходжу на роботу о 8-й годині ранку, я забираю ампулу від старшої медсестри та потім йду пішки до домівки пацієнта, оскільки транспорту немає. Це забирає від 30 до 40 хвилин. Я роблю ін'єкцію та мушу йти пішки назад. Відповідно, одна ін'єкція забирає у мене більше години. Ось чому ми намагаємося не призначати ін'єкції протягом дня.<sup>62</sup>

Вона повідомила, що більшість пацієнтів у районі отримують щонайбільше одну ін'єкцію морфіну на добу, що примушує їх відчувати біль протягом більшої частини доби. Медсестра окремо відмітила, що іноді пацієнти отримують другу ін'єкцію. Протягом восьми років роботи у лікарні, вона пригадує тільки одного пацієнта, який отримував три ін'єкції морфіну щодобово.<sup>63</sup> У відповідь на питання, чи вони колись просто давали ампули, невеликі скляні пляшечки, що містять морфін, пацієнтам чи членам їх родин для використання вдома, медичні працівники у районах 1 та 2 відповіли, що вони цього ніколи не робили з огляду на суворий контроль обігу цих препаратів.

Медсестра в районі 1 повідомила: «Старша медсестра [відповідальна за ведення документації] дуже суворо ставиться до питань з наркотичними засобами. Вона змушена захищати себе, тому що у будь-який момент може з'явитися перевірка, й якщо

---

<sup>59</sup> Інтерв'ю Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із головним лікарем центральної районної лікарні у районі 5, 12 травня 2010 року.

<sup>60</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з медсестрою у районі 1, 16 квітня 2010 року.

<sup>61</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з Яковом Коваленком (не є його справжнім ім.'ям), 16 квітня 2010 року.

<sup>62</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з медсестрою у районі 1, 16 квітня 2010 року.

<sup>63</sup> Ibid.

ампули відсутні, у неї будуть проблеми».<sup>64</sup> Онколог у районі 5 сказала, що вона та її колеги інколи забезпечують пацієнтів з сіл запасом на дві-три доби.<sup>65</sup>

У районі 3, де бригади швидкої забезпечують знеболювальними препаратами усіх пацієнтів, доступність знеболювальних є значно вищою. Але все ж таки, бригади швидкої допомоги не можуть відвідувати пацієнтів щочотири години, тому більшість пацієнтів отримує дози морфіну двічі на добу.<sup>66</sup> Головний лікар відзначив, що перешкодою для доставки знеболювальних можуть також стати погані погодні умови – у більшій частині України взимку сильні снігопади. Він пригадав складнощі протягом зими 2010 року, коли сильні снігопади заблокували багато доріг и:

Якщо не було дороги [проїзду] ми їхали до максимально досяжного місця, а потім йшли пішки. Але у деяких випадках дістатися до села – не кажучи вже до будинку – виявлялося неможливим у цю зиму. Зазвичай зв'язувалися з дорожніми службами... У нас там [у селах] було три пацієнти й ми питали, чи вони можуть хоча б розчистити дороги туди. Тому ми не залишали їх без допомоги. Звичайно ми не можемо забезпечити чіткого дотримання графіку ін'єкцій.<sup>67</sup>

У районі 4 медичні працівники порушують українські процедури обігу наркотичних засобів – та наражають себе на потенційну небезпеку дисциплінарних санкцій та притягнення до кримінальної відповідальності — для поліпшення доступності сильнодіючих опіоїдних знеболювальних для пацієнтів. Тут пацієнти та члени їх родин самі відповідають за отримання знеболювальних з центральної районної лікарні. Це надає їм можливість отримати більше доз знеболювальних та гнучкість у використанні препаратів,

---

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> Інтерв'ю Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із головним лікарем центральної районної лікарні у районі 5, 12 травня 2010 року.

<sup>66</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року

<sup>67</sup> Ibid.

саме коли їм найбільш зручно. Але це також завдає значного клопоту сім'ям, які змушені їздити кожні три доби до центральної районної лікарні щоб забрати препарати.

Заступник головного лікаря центральної районної лікарні пригадав жінку похилого віку, яка приїжджала до центральної районної лікарні кожні три доби протягом останніх 18 місяців аби забрати знеболювальні препарати для її чоловіка, хворого на рак. При тому, що найближчий медичний заклад знаходиться на відстані кілометра від її будинку, вона була змушена долати 20 кілометрів кожні три дні до райцентру, оскільки у місцевої амбулаторії не було ліцензії на роботу з наркотичними засобами.<sup>68</sup> Медсестра у центральній районній лікарні пригадала жінку, яка була змушена виїжджати з села о четвертій годині ранку кожні три доби аби встигнути на маршрутку до райцентру та потім повернутися додому того ж дня.<sup>69</sup>

Світлана Буланова розповіла нам про важку ситуацію її сестри, яка піклується про власну доньку, Ірину, молоду жінку з раком шийки матки. Вона сказала, що після того, як рак Ірини метастазував у кістки, вона часто кричала у муках через біль. Її лікарі призначили їй морфін, але у місцевого медичного закладу не було ліцензії на наркотичні засоби. Відповідно, батьки Ірини були змушені їздити за 25 кілометрів до райцентру раз на три доби громадським транспортом. Протягом п'ятигодинної поїздки в обидва кінці вони були змушені йти пішки до головної дороги, потім чекати на маршрутку до районного центру, й нарешті йти пішки до центральної районної лікарні та забирати препарати, повторюючи цей маршрут, повертаючись додому.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із заступником головного лікаря центральної районної лікарні.

<sup>69</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ із медсестрою центральної районної лікарні.

<sup>70</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського Відділення Всеукраїнської Мережі людей, що живуть з ВІЛ зі Світлоною Булановою (не є її справжнім ім'ям), 21 квітня 2011 року.

## Аптеки та опіюїдні знеболувальні

Аптеки відіграють невелику роль у розповсюдженні сильнодіючих опіюїдних знеболувальних засобів для пацієнтів в Україні, тому що більшість лікарів призначають ці препарати із запасу, який зберігається у лікарнях. Але вони таки відіграють значну роль у розповсюдженні трамадолу, слабкого опіюїдного знеболувального засобу, який широко застосовується в Україні. Аптеки повинні мати ліцензію на роботу з наркотичними засобами, перед тим як вони зможуть створювати запаси та відпускати такі препарати, як морфін та трамадол. Проте, небагато аптек у сільській місцевості мають такі ліцензії. Голова Державного комітету України по контролю за наркотиками, державної структури, відповідальної за видачу ліцензій, повідомив Х'юман Райтс Вотч у жовтні 2010 року, що у Кіровоградській області є лише чотири аптеки, які мають таку ліцензію для кількості населення 1,1 млн. осіб.<sup>71</sup> Він заявив, що ситуація в інших областях є дещо менш критичною, але все ще вкрай важкою.<sup>72</sup>

Це означає, що пацієнти або члени їхніх родин змушені часто їздити до районних центрів аби отримати препарати за рецептами, стикаючись із тими самими проблемами, про які йшлося вище. Наприклад, головний лікар центральної районної лікарні у районі з сказав, що у його районі немає жодної аптеки з ліцензією на наркотичні засоби, й відповідно пацієнти змушені їздити до сусіднього району для отримання трамадолу за рецептом. Лікар відзначив, що маршрутка їздить до міста лише два рази на день, роблячи цю подорож надзвичайно обтяжливою для людей без власного транспорту.

Українські процедури обігу наркотичних засобів накладають суворі обмеження на обсяг препарату, який можна призначити за одним рецептом. Таблиця з демонструє максимальні обсяги декількох препаратів, які зазвичай використовуються для знеболення.

---

<sup>71</sup> Населення Кіровоградської області складає 1133052 осіб, див.: Statoids, "Regions of Ukraine", 2005, <http://www.statoids.com/yua.html> (переглянуто 14 березня 2011 року).

<sup>72</sup> Зустріч Х'юман Райтс Вотч та Міжнародного фонду «Відродження» з Володимиром Тимошенком, Головою Державного Комітету по контролю за наркотиками, Київ, 22 жовтня 2010 року. У наступних розмовах п. Тимошенко розповів Міжнародному фонду «Відродження», що в Одеській області є тільки чотири аптеки з ліцензіями на наркотичні засоби, а у Криму лише сім.

Це означає, що пацієнт або його члени родини повинні отримати новий рецепт кожні декілька днів та потім їздити до аптеки, яка має ліцензію, для отримання препаратів.

Таблиця 3

Препарат	Максимальний обсяг за одним рецептом <sup>73</sup>	В окремих випадках «тривалих та хронічних форм хвороби»	Типова добова доза (доби)	Середній час, на який розраховано один рецепт (в особливих випадках)
Трамадол – ін'єкційний (1 мл – 50 мг; 2 мл – 100 мг)	10 ампул	20 ампул	До 600 мг протягом	2 (4) доби
Трамадол таблетки (50 мг)	30 таблеток	60 таблеток	До 400 мг протягом	4 (8) доби
Морфін (8.6 мг)	10 ампул	20 ампул	20-25 мг протягом <sup>74</sup>	4 (8) доби

<sup>73</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №11 від 21 січня 2010 року, п. 3.8; та Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №360 від 19 липня 2005 року.

<sup>74</sup> Типовою добовою дозою є 60-75 мг перорального морфіну. Див.: Kathleen M. Foley, et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS," in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., (New York: Oxford University Press, 2003), pp. 981-994. Еквівалент ін'єкційного морфіну вказано тут.



### **III. Забезпечення якості послуг зі знеболення: проблема в усій Україні**

#### **Історія Любові Клочкової**

Любов, жінка у віці 45 років, була невтомним захисником прав людини у сфері охорони здоров'я. У її рідному місті у Західній Україні вона створила та керувала низкою успішних програм правових та медичних послуг. Але багато часу вона також витрачала на подорожі Україною, Росією та іншими частинами колишнього Радянського Союзу, ділячись власним досвідом із іншими.

У 2008 році, коли вона брала участь у конференції, Любов раптово почала відчувати себе дуже погано. Вдома медичні тести виявили рак шийки матки з метастазами, стосовно якого негайно було розпочато лікування. Декілька місяців пізніше Любов повернулася до роботи; її лікарі вважали, що рак був у ремісії.

Але на початку 2009 року, стало зрозуміло, що не все було добре. Раніше вона хворіла вкрай рідко, але тепер потерпала від застуд, яких не могла позбутися. На початку березня проблеми із сечовиділенням примусили її знову відвідати лікаря. Аналізи показали, що її рак повернувся та що пухлина блокує її нирку.

Приблизно у той самий час у Любові почалися сильні болі, які інтенсивно зростали. Спочатку лікарі намагалися усунути біль безрецептурними препаратами та слабкими опіоїдами, які принесли лише часткове полегшення болю. Хоча лікар рекомендував морфін, Любов вагалася. Вона була занепокоєна тим, що її організм може звикнути до препарату, й він припинить бути ефективним, коли вона потребуватиме його найбільше. Стейка жінка, вона продовжувала працювати, пересуваючись на таксі на зустрічі аби уникнути ходіння пішки. Але до кінця травня її стан погіршився настільки, що вона вже не могла залишати будинку.

Коли біль став надто сильним, щоб його можна було терпіти, вона нарешті погодилася вживати морфін.<sup>75</sup> «Чому я стільки сумнівалася, чи мені розпочинати вживати морфін, чи ні?», сказала вона, коли отримала першу дозу морфіну

Але це полегшення тривало недовго. Її лікар призначив один укол морфіну на добу, який полегшував біль протягом приблизно чотирьох годин. Протягом наступних декількох тижнів, оскільки Любов продовжувала скаржитися на постійний біль, лікарі додавали один укол щотижня, доки вона нарешті не отримувала п'ять ампул морфіну на добу. Кожного ранку до її помешкання приходила медсестра, та, порушуючи українські процедури обігу наркотичних засобів, залишала запас морфіну на добу. Чоловік Любові робив ін'єкції препарату, коли вона їх потребувала.

Але п'яти ампул на добу не вистачало аби вгамувати біль Любові. Її рідні були змушені обмежувати вживання морфіну, економлячи його для використання, коли вона найбільше його потребуватиме. Любов пробувала терпіти біль. Її донька казала Х'юман Райтс Вотч:

Добової дози вистачало щонайбільше на три [дієвих] дози; іншими словами, на дванадцять годин. Оскільки вони приносили нам замало морфіну, ми намагалися зберегти більшість з нього на ніч. Протягом дня ми давали їй препарати з аптеки та мінімальну кількість морфіну. Більшу його частину ми залишали на ніч.<sup>76</sup>

До ранку морфін, зазвичай, закінчувався, й Любов з нетерпінням чекала, коли прийде медсестра. Донька Любові повідомила:

---

<sup>75</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з донькою Любові, Оленою Ключковою (не є її справжнім ім'ям), 25 квітня 2010 року Уся інформація у цьому розділі походить з цього інтерв'ю, якщо не вказано інше.

<sup>76</sup> Ibid.

Медсестра [зазвичай] приходила о 10 або 11 годині ранку, але іноді вона запізнювалася. Вночі мама дрімала. З восьмої ранку вона сиділа нерухомо [через біль] та чекала медсестру [коли та прийде з морфіном].<sup>77</sup>

За кілька тижнів до смерті Любов зробила неприємне відкриття: вона досягла максимальної добової дози морфіну, й лікар не міг призначити їй більше ампул. Але біль Любові продовжував зростати, й п'ять ампул давали їй все слабше й слабше полегшення.

Любов та її донька зробили все можливе, намагаючись отримати більшу дозу морфіну:

Звичайно ми просили про шосту ампулу. Коли нам казали, що п'ять є максимумом, ми намагалися з'ясувати [за допомоги експерта з паліативної допомоги] чи це відповідає істині, яким чином це встановлено та яким чином ми можемо отримати більшу кількість препарату. Нажаль, нічого не допомогло. Лікарі казали, що вони не мають права призначити більше. Ми обговорювали це питання з онкологом, гінекологом, зі всіма ними. Ми намагалися мобілізувати всіх, кого могли.<sup>78</sup>

Але лікарі не поворушили пальцем. Любов була змушена якимось чином справлятися, використовуючи ту саму кількість морфіну, якої вистачало все менше. Декілька тижнів вона дуже сильно страждала, аж поки протягом її останніх днів, коли її нирки не могли вже більше виводити морфін з організму, здавалося, її біль трохи послабшав. Вона померла наприкінці липня 2009 року.

## **Порівняння практик знеболення в Україні з Принципами ВООЗ**

Триступенева Схема (сходи) ВООЗ Знеболення при онкологічних захворюваннях, протокол лікування, який вперше було опубліковано у 1986 році, є авторитетним

---

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> Ibid.

документом, який акумулював найкращий досвід міжнародної практичної діяльності у галузі знеболення.<sup>79</sup> Цю схему побудовано на основі дослідницького доробку у сфері знеболення, який охоплює декілька десятиріч. Вона створила фундамент для лікування больового синдрому у випадках раку в багатьох країнах світу. Вона також успішно використовувалася для лікування інших типів болю.<sup>80</sup> Протокол лікування організовано відповідно до п'яти головних принципів лікування болю (див. таблицю 4). Європейське Товариство Медичної Онкології (ESMO) та Європейська Асоціація Паліативної Допомоги (EAPC) також розробили протоколи лікування больового синдрому у випадках раку, які відповідають тим самим керівним принципам.<sup>81</sup> За умови належного виконання, за оцінками ВООЗ, триступенева схема (сходи) можуть забезпечити гарний контроль болю у 70-90 відсотків онкологічних пацієнтів.<sup>82</sup>

Наше дослідження з'ясувало, що стандартні практики знеболення в Україні фундаментально відрізняються від рекомендацій Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, при цьому усі п'ять головних принципів, заявлених у протоколі лікування, відверто ігноруються.

Відповідно до права на здоров'я, Уряди повинні забезпечити не тільки наявність та доступність знеболення, але також його надання відповідно до належних медичних та

---

<sup>79</sup> WHO, *Cancer Pain Relief – With a guide to opioid availability*, second edition, Geneva 1996. Наразі ВООЗ розробляє декілька нових протоколів лікування— для хронічного не-пухлинного болю у дорослих, онкологічного болю, ВІЛ, та інші прогресуючих хвороб, які загрожують життю у дорослих, а також для болю у дітей — вони міститимуть останні медичні знання про знеболення. Див. [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_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_malignant_pain_adults.pdf); [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/Scoping\\_WHOguide\\_chronic\\_pain\\_children.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHOguide_chronic_pain_children.pdf) (accessed February 24, 2011).

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

<sup>81</sup> Щодо протоколів ESMO, див. [http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/suppl\\_5/v257.full.pdf+html](http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/suppl_5/v257.full.pdf+html) (переглянуто 25 лютого 2011 року). Щодо протоколів EAPC, див. [http://www.eapcnet.org/download/forPublications/BJC\\_English.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forPublications/BJC_English.pdf) (переглянуто 25 лютого 2011 року). Американське Товариство з питань болю також оприлюднило протоколи знеболення, які можна знайти за адресою: <http://www.amrainsoc.org/pub/cancer.htm> (переглянуто 25 лютого 2011 року).

<sup>82</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., р 14.

наукових стандартів та на високому рівні.<sup>83</sup> Це означає, що медичні працівники повинні надавати послуги зі знеболення у спосіб, який відповідає найкращим визнанням міжнародним практикам. Уряди, у свою чергу, повинні створити умови, які дозволяють медичним працівникам це робити.

**Таблиця 4: Порівняння головних принципів лікування больового синдрому у випадках раку з практиками знеболення в Україні**

Рекомендація ВООЗ	Українські реалії
Принцип 1: Знеболювальні слід надавати у пероральній формі (таблетки або сироп), коли це тільки можливо	Пацієнти отримують морфін лише ін'єкційним шляхом
Принцип 2: Знеболювальні слід надавати для вживання щочотири години	Більшість пацієнтів отримують морфін один чи два рази на добу; у виняткових випадках – три чи чотири
Принцип 3: Застосування морфіну слід розпочинати, коли слабкіші знеболювальні виявляються недостатніми аби контролювати больовий синдром	Часто пацієнтам починають надавати морфін, коли лікування, спрямоване на одужання, припиняється, незалежно від рівня інтенсивності болю
Принцип 4: Дозу морфіну слід встановлювати індивідуально. Не існує максимальної добової дози.	Зазвичай пацієнтам одноразово вводять одну ампулу морфіну, незалежно від того, чи її забагато чи замало. Багато українських лікарів дотримуються максимальної добової дози у 50 мг ін'єкційного морфіну, навіть якщо її недостатньо для контролювання болю пацієнта.
Принцип 5: Пацієнти повинні отримувати морфін у той час, коли це зручно для них.	Введення морфіну залежить від робочого розкладу медсестер.

<sup>83</sup> Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав, загальний коментар №14: Право на найвищий досяжний стандарт здоров'я, 8 листопада 2000 року, п. 12. Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав є структурою ООН, відповідальною за моніторинг виконання положень Міжнародного Пакту про економічні, соціальні та культурні права.

*Принцип 1: “Перорально” Знеболювальні слід надавати у пероральній формі (таблетки або сироп), коли це тільки можливо*

Якщо це можливо, знеболювальні слід надавати перорально, тобто у пігулках, капсулах etc. У випадках пацієнтів з дисфагією [складнощами при ковтанні], неконтрольованої блювоти або непрохідністю кишківника, корисними є ректальні супозиторії. Тривалі підшкірні вприскування пропонують альтернативний шлях у таких ситуаціях. Також у наявності є певна кількість механічних та електричних (працюють від батарейок) пристроїв-насосів. – Протокол лікування ВООЗ<sup>84</sup>

Перший принцип протоколу лікування болю у випадках раку відображає фундаментальний принцип якісної медичної практики: слід застосовувати при лікуванні пацієнтів найменш інвазивні ефективні медичні втручання. Оскільки ін’єкційні знеболювальні не пропонують жодних переваг порівняно з пероральними знеболювальними, для більшості пацієнтів з хронічним раковим болем, ВООЗ рекомендує використання пероральних медикаментів. Також, використання пероральних лікарських засобів усуває ризик інфекції, який завжди присутній у випадках ін’єкцій, та значно підвищується у пацієнтів із низьким імунітетом, наприклад, у випадках пацієнтів з ВІЛ/СНІД, хіміотерапії або певних гематологічних злоякісних утворень.

У випадках, коли пацієнти не спроможні вживати пероральні препарати й використовуються ін’єкційні лікарські форми знеболювальних, рекомендується підшкірне вприскування аби уникнути зайвих постійних уколів.<sup>85</sup> Відтак, пероральний морфін, який вважається ВООЗ найнеобхіднішим препаратом, тобто таким, що має бути доступним для всіх, хто його потребує, є головним елементом протоколу лікування.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., с. 14.

<sup>85</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., р 14.

<sup>86</sup> 16 видання Зразкового переліку найнеобхідніших лікарських засобів ВООЗ затверджене у 2010 році, містить наступні опіоїдні знеболювальні (доступне за адресою:

Проте, в Україні перорального морфіну взагалі немає. Насправді, він навіть не зареєстрований в Україні. Нещодавнє дослідження у європейських країнах встановило, що Вірменія, Азербайджан та Україна є наразі єдиними країнами в Європі, у яких немає в наявності перорального морфіну. Вірменія наразі шукає постачальника перорального морфіну.<sup>87</sup> Єдиним доступним в Україні сильним опіоїдним неін'єкційним препаратом є трансдермальні пластри з фентанілом, які здійснюють знеболення через шкіру, але за ціною від 267 до 467 гривень (33,75 – 58,38 дол. США) за один пластр (діє протягом трьох діб), більшість населення України не може собі їх дозволити, а у державних клініках та більшості аптек їх немає.<sup>88</sup>

У той час, як ВООЗ рекомендує підшкірні введення препарату при використанні ін'єкційних лікарських форм знеболювальних, в Україні стандартною практикою є введення морфіну за допомогою внутрішньом'язових ін'єкцій. Це означає, що пацієнти, які отримують морфін (відповідно до рекомендацій) кожні чотири години, без потреби отримують ін'єкції шість разів на добу. Середній термін лікування пацієнтів на пізніх стадіях раку з сильним болем складає 90 діб; таким чином типовий пацієнт, який отримує морфін кожні чотири години, повинен отримати 540 ін'єкцій у м'язи протягом цього періоду. В інтерв'ю пацієнти та члени їх родин казали, що отримувати багато ін'єкцій внутрішньом'язово було неприємно, але вони змирилися з цим фактом, тому що альтернатива – раковий біль без полегшення - був набагато гіршою річчю.

Пацієнти, які сильно схудли протягом хвороби, стикаються з особливими труднощами щодо внутрішньом'язових ін'єкцій, оскільки у них залишилося небагато м'язової тканини. У таких пацієнтів проблемна зміна місця для ін'єкцій, а також ризик того, що частина морфіну

---

[http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated\\_sixteenth\\_adult\\_list\\_en.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf), переглянуто 22 лютого 2011 року).

<sup>87</sup> Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative, N. I. Cherny, J. Baselga, F. de Conno and L. Radbruch, *Annals of Oncology* Volume 21, Issue 3 Pp. 615-626. Це дослідження розглядало ситуацію в усіх Європейських країнах за винятком Вірменії, Азербайджану, Мальти та Сан Маріно. Також не розглядалася ситуація у країнах Центральної Азії. Подібно до України, у Вірменії та Азербайджані немає перорального морфіну.

<sup>88</sup> Переписка з Вікторією Тимошевською, Міжнародний фонд «Відродження», 29 березня 2011 року.

опиниться поза межами м'язу, що призведе до поганого всмоктування препарату та недостатнього знеболювального ефекту. У розмовах про ці складнощі говорили як медичні працівники, так й пацієнти. Донька Любові, наприклад, розповіла Х'юман Райтс Вотч:

Останні два тижні ми вже більше не робили ін'єкцій у сідниці. Морфін вже більше не всмоктувався. Тому ми почали робити внутрішньовенні ін'єкції у руку, але це було боляче... Звичайно, якщо ви порівняєте біль від ін'єкцій з раковим болем, це не порівнювальні речі...<sup>89</sup>

Мати Влада Надя сказала, що численні ін'єкції морфіну та інших препаратів протягом декількох років перетворили сідниці її сина у «мінне поле»: «Вже не було місця, куди робити ін'єкції. Препарат вже не всмоктувався. Останні місяці ми робили ін'єкції у ноги, від стегна до коліна та у кисть». – сказала вона. Одне з місць, куди робилися ін'єкції, інфікувалося, й перетворилося на маленьку дірочку у руці. «Ми вилікували її, коли він помер».<sup>90</sup> Світлана Буланова сказала, що наприкінці життя її племінниці Ірини, вони «не мали місця, куди робити ін'єкції».<sup>91</sup>

Медичні працівники визнавали, що трапляються окремі проблеми із виснаженням. Деякі казали, що у таких випадках вони змінювали місце, куди робилися ін'єкції. Наприклад, одна медсестра у районі 4 сказала, що вони зазвичай робили одну ін'єкцію «у плече, іншу у стегно. Ми міняли місце».<sup>92</sup> Деякі інші казали, що у таких випадках вони переходили на підшкірні ін'єкції.<sup>93</sup> Більшість медичних працівників, з якими ми розмовляли, казали, що вони б хотіли мати пероральний морфін у таблетках, кажучи,

---

<sup>89</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Оленою Клочковою (не є її справжнім ім'ям), 25 квітня 2010 року.

<sup>90</sup> Інтерв'ю телефоном з Надією Жуковською, 17 грудня 2010 року.

<sup>91</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД зі Світланою Булановою (не є її справжнім ім'ям), 21 квітня 2010 року.

<sup>92</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з медсестрою центральної районної лікарні.

<sup>93</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД зі старшою медсестрою поліклініки у Рівному 19 квітня 2010 року; інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з лікарем у хоспісі 23 квітня 2010 року.



що це б значно спростило їхню роботу. Онколог у районі 5 сказав: «Пацієнти часто просять сильні знеболювальні у таблетках, але [у нас їх немає]».<sup>94</sup>

### *Принцип 2: «За годинником»*

Знеболювальні слід надавати «за годинником», тобто через фіксовані [чотири години] проміжки часу. Дозу слід титрувати відповідно до рівня болю пацієнта, тобто поступово підвищуючи, аж поки стан пацієнта не нормалізується. Наступну дозу слід давати до моменту, коли ефект попередньої повністю мине. У такий спосіб можливо забезпечити тривале полегшення болю.

Деяким пацієнтам потрібно вживати «рятувальні» дози для раптового та проривного болю. Такі дози, які мають складати 50-100% звичайної чотирьохгодинної дози додаються до розкладу регулярних доз. –  
Протокол лікування ВООЗ.<sup>95</sup>

Другий принцип відображає той факт, що знеболювальний ефект морфіну триває від чотирьох до шести годин. Відтак, для забезпечення тривалого контролю болю пацієнти повинні отримувати дози морфіну через чотирьохгодинні проміжки часу для забезпечення належного контролю болю.

Цей принцип не дотримується у сільській місцевості з огляду на вимоги процедур обігу наркотичних засобів в Україні -, відносно того, що лише медичний працівник повинен вводити морфін пацієнту.<sup>96</sup> Наше дослідження виявило, що це саме стосується й міст. Навіть у місцевостях, де щільність населення є значно більшою, а відстані меншими, система охорони здоров'я України не має ресурсів – або не хоче їх віднайти - на відвідування пацієнтів вдома щочотири години. Таким чином, більшість пацієнтів

---

<sup>94</sup> Інтерв'ю Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 5, 12 травня 2010 року.

<sup>95</sup> ВООЗ, «Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів», 1996 р., р 14

<sup>96</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №11 2010 року, п. 3.11.

отримують лише одну чи дві дози морфіну, залишаючись без належного знеболення протягом шістнадцяти-двадцяти годин на добу. Навіть «щасливі» пацієнти, які отримують від трьох до чотирьох доз сильних знеболювальних на добу, мають справу зі значними проміжками часу між ін'єкціями, коли їх біль не усунуто належним чином.<sup>97</sup>

**Таблиця 5 демонструє частоту, з якою надаються ін'єкції морфіну для нестационарних пацієнтів у закладах охорони здоров'я, які відвідали ми з партнерами.**

Заклад	Максимальна частота	Система надання послуги
Терапевтичні відділення Харківської поліклініки	Не більше ніж дві ін'єкції протягом доби.	Група, яка складається з медсестер та водіїв, доставляє знеболювальні пацієнтам.
Рівненської поліклініки	Загалом, дві ін'єкції, зранку та ввечері. Максимальна кількість - 4	Група, яка складається з медсестер та водіїв, доставляє ін'єкції пацієнтам.
Район 1	Загалом, одна ін'єкція, рідко – дві.	Швидка допомога приїздить робити ін'єкції ввечері. Якщо призначено другу ін'єкцію, її має зробити медсестра.
Район 2	Один раз чи двічі	Швидка допомога приїздить робити ін'єкції ввечері. Якщо призначено другу ін'єкцію, її має зробити медсестра
Район 3	До трьох	Швидка приїздить до пацієнтів у районі.
Район 4	Від трьох до п'яти	Пацієнтам або членам родини ампули надаються для самостійного введення препарату.
Район 5	Один чи два рази (до шести, якщо медсестра надає запас ліків з собою)	Візит медсестер; в окремих випадках, запас препаратів надається для використання вдома.
Район 6	Один раз чи двічі	Група, яка складається з медсестер та водіїв доставляє знеболювальні пацієнтам, але тільки у райцентрі

<sup>97</sup> Деякі пацієнти, з якими ми розмовляли у хоспісах, таки отримували морфін принаймні кожні чотири години.

### **Випадок Тамари Доценко:**

Різниця, яку може створити регулярне вживання препарату

Тамара Доценко, 61-річна жінка з діагнозом «рак груди молочної залози», у неї з'явилися сильні болі, коли рак метастазував у хребетний відділ. У селі, де вона мешкає, у місцевому медичному закладі її больовий синдром лікували, надаючи одну ін'єкцію ввечері – вони казали, що роблять такі ін'єкції лише на ніч.

Тамара розповіла Х'юман Райтс Вотч: «Ввечері вони робили мені укол, я спала добре й не відчувала болю. Але потім протягом дня все було по-іншому: біль, біль, й ще раз біль ... Я постійно хотіла плакати ...»

Дія знеболювальних препаратів, які вони давали їй протягом дня, закінчувалася надто швидко, аби значно полегшити їй біль.

Коли Тамара вже більше не могла піклуватися про себе, її направили до хоспісу у Харкові. Там вона почала отримувати знеболювальні регулярно. Вона сказала:

“Тут я отримую абсолютне інше лікування щодо болю. Кожні шість годин вони роблять мені ін'єкцію. Це не повністю усуває мій біль, але це значно краще, ніж те, що я мала вдома. Це краще ніж терпіти цей біль.

*Співбесіда Х'юман Райтс Вотч з Тамарою Доценко (не її справжнє ім'я), 16 квітня 2010 року.*

У той час, як вимога про введення кожної дози морфіну пацієнту виключно медичним працівником становить найбільшу перешкоду на шляху виконання рекомендації ВООЗ про використання морфіну щочотири години, ще однією значною перешкодою є недостатній рівень підготовки медичного персоналу. Наші інтерв'ю з медичними працівниками дають підстави стверджувати, що більшість з них не знають про рекомендацію ВООЗ щодо застосування морфіну кожні чотири години. Складається враження, що стандартною процедурою вважається розпочати з однієї ін'єкції морфіну ввечері, та потім додавати другу ін'єкцію та більше, якщо пацієнти скаржаться на постійний біль.

Жоден з медичних працівників, з якими ми розмовляли, не зазначив, що така медична практика була неправильною чи низькоякісною. Наприклад, медсестра у поліклініці розповіла нам:

Зазвичай пацієнти отримують дві ампули на добу: зранку та ввечері. Починається з вечірньої дози, о 9 чи 10-ій ввечері. Іноді наступної доби так трапляється, що пацієнт вже просить більше, тому що цього було достатньо на ніч, але [не для] наступного цілого дня ... Близько до 10-ї години, ввечері, знову розвивається сильний больовий синдром. Тоді готується новий рецепт для додаткової дози.<sup>98</sup>

Чоловік, чия мати померла від раку у 2008 році, пояснив як лікарі призначають морфін:

Вони зареєстрували нас. Потім зібрався консилиум лікарів [обговорити випадок моєї матері], та було прийнято рішення про призначення морфіну. Спочатку ...одна ін'єкція на добу. Потім, за тиждень якщо на думку консилиуму цього недостатньо, дозу збільшують. Таким чином з часом доза корегується. Відтак, ми з часом дійшли двох мілілітрів на добу, один мл зранку, другий ввечері.<sup>99</sup>

### **Заповнення проміжків між ін'єкціями морфіну**

Медичні працівники та пацієнти казали Х'юман Райтс Вотч, що вони використовували великий набір препаратів, у тому числі найпростіші знеболювальні, слабкі опіоїди, спазмолітики та седативні засоби, намагаючись приглушити біль у проміжках між дозами морфіну. Наприклад, медсестра у поліклініці у Харкові розповіла Х'юман Райтс Вотч: «Ми ніколи не відвідуємо пацієнтів частіше ніж двічі на добу [для введення морфіну]. Але звичайна медсестра відвідуватиме пацієнтів або робитиме інші ін'єкції, інші знеболювальні або спазмолітики».<sup>100</sup> Вона додала, помилково: «Врешті-решт, морфін... колоти його тричі на добу, це насправді не те, що рекомендується». Онколог у районі з сказав, що якщо трьох

---

<sup>98</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД зі старшою медсестрою поліклініки у Рівному, 19 квітня 2010 року.

<sup>99</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Віктором Безродним, 15 квітня 2010 року.

<sup>100</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з медсестрою у поліклініці у Харкові 13 квітня 2010 року.

ін'єкцій, які швидко може робити кожного дня не вистачає, «ми використовуємо суміші: димедрол разом з анальгіном [антигістамінне зі слабким знеболювальним], баралгін [слабке знеболювальне], сібазон [діазепам, седативний засіб]». <sup>101</sup>

У той час, як стандарт лікування ВООЗ передбачає застосування слабких знеболювальних та інших ад'ювантних препаратів на додаток до сильних опіоїдних анальгетиків для підсилення знеболювального ефекту або лікування специфічних симптомів, їх не рекомендовано використовувати у якості альтернативного засобу, тому що вони не здатні забезпечити належне знеболення. <sup>102</sup> Такі препарати, як антигістамінні та заспокійливі можуть бути корисними для лікування певних станів здоров'я, таких як алергії, нудота або тривожні стани, але в Україні, здається, їх часто використовують головним чином для введення пацієнтів у сонливий стан та приглушити біль. Таке використання не відповідає протоколу лікування ВООЗ.

### *Принцип 3: “За принципом сходів”*

Перша сходинка – неопіоїдний засіб. Якщо він не забезпечує знеболення, треба додати опіоїд для лікування больового синдрому від слабого до помірного. Коли такий опіоїд для лікування слабого та помірного болю у комбінації із неопіоїдами не можуть усунути біль, замість них треба почати використовувати опіоїд для болю від помірного до сильного. Тільки один препарат з кожної із груп слід застосовувати одночасно. Ад'ювантні препарати слід застосовувати за окремими показаннями ...

Якщо препарат втрачає ефективність, не слід випробовувати альтернативний препарат тієї ж ефективності, а призначати препарат, який є напевне сильнішим.. – Протокол лікування ВООЗ <sup>103</sup>

---

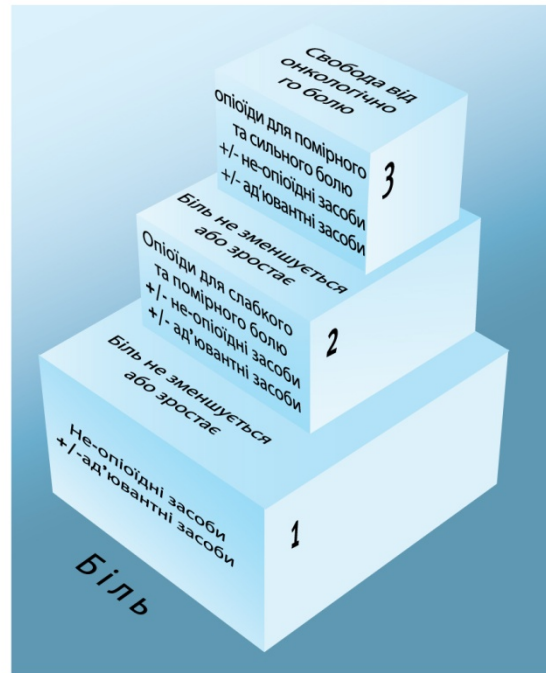
<sup>101</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з з районним онкологом у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>102</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р.,, р 15, 16.

<sup>103</sup> Ibid., р. 22.

Відповідно до протоколу ВООЗ, інтенсивність болю має визначати, який тип препаратів слід призначати пацієнтові. Для слабкого болю пацієнти повинні отримувати безрецептурні препарати на кшталт Ібупрофену або Парацетамолу; для болю від слабкого до помірного - слабкий опіоїдний знеболювальний засіб, на кшталт кодеїну; для помірного-сильного болю сильний опіоїд, на кшталт морфіну. Якщо безрецептурні препарати або слабкі опіоїди стають неефективними, слід забезпечити лікування сильнодіючими опіоїдами. Говорячи словами протоколу, «використання морфіну має бути продиктоване інтенсивністю болю, а не прогнозом життя».<sup>104</sup>

## Драбина Знеболення ВООЗ



Головні експерти з питань болю провели оцінку, відповідно до якої приблизно 80 відсотків пацієнтів на пізній стадії раку протягом середнього періоду у 90 днів перед смертю потребують морфіну.<sup>105</sup> Але дані, які ми зібрали у декількох районах України, у тому числі районах, де у лікарень є ліцензії на роботу з наркотичними засобами, дають підстави вважати, що набагато менше ніж 80 відсотків пацієнтів на пізніх стадіях раку отримують морфін, й що ті, хто таки отримують його- роблять це у середньому протягомнабагато меншого періоду ніж 90 днів. Це наштовхує на висновок, що багато пацієнтів в Україні, які страждають від болю (від помірного до сильного) розпочинають прийом морфіну пізно, або не отримують препарату взагалі, навіть якщо він є доступним. Ці дані відображені у Таблиці 6.

<sup>104</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р..., р 22.

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

Інтерв'ю з медичними працівниками підтверджують цей висновок. Наприклад, лікар у спеціалізованій онкологічній лікарні зауважив:

Ми намагаємося використовувати морфін дуже рідко, як усі наркотики, він пригнічує дихальні центри. Для онкопацієнтів це небажано, тому він є останнім можливим заходом. Не більше ніж 15-20% пацієнтів [на пізніх стадіях раку] отримують його. Зазвичай, ми намагаємося справлятися за допомогою неопіоїдних анальгетиків або синтетичних препаратів...<sup>106</sup>

Небажання лікаря використовувати морфін базується на хибній концепції про вплив препарату на центр дихання. Відповідно до думки ВООЗ, «біль є фізіологічним антагоністом до центральних пригнічувальних ефектів опіоїдів. Клінічно виражене респіраторне пригнічення є рідким у пацієнтів з раком, тому що доза опіоїдів врівноважується супутнім болем»<sup>107</sup>

**Таблиця 6**

Район	Населення <sup>108</sup>	Кількість пацієнтів на онкообліку	Смертність від раку, 2009 рік	Наявна кількість пацієнтів, які отримували морфін	Відсоток онкопацієнтів у термінальній стадії, які отримували морфін (%)	Середній термін вживання морфіну
Терапевтичне відділення поліклініки у Харкові	22,000	109	23	4	17	2-3 місяці
Район 1	11,824	252	19	5	26.3	Немає даних

<sup>106</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з головним лікарем онкологічної лікарні.

<sup>107</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., р. 27.

<sup>108</sup> Кількість населення подана відповідно до повідомлень лікарів або з офіційних даних. Див: Statoids, "Raions of Ukraine", 2005, <http://www.statoids.com/ua.html> (переглянуто 14 березня 2011 року).

Район	Населення <sup>109</sup>	Кількість пацієнтів на онкообліку	Смертність від раку, 2009 рік	Наявна кількість пацієнтів, які отримували морфін	Відсоток онкопацієнтів у термінальній стадії, які отримували морфін (%)	Середній термін вживання морфіну
Район 2	50,945	1,608	100	30	30	Немає даних
Район 3	36,531	670	100	33	33.3	1.5-2 місяці
Район 4	31,235	679	66	7	11	157 діб
Район 5	58,805	1,000	103	3	3	101 діб
Район 6	117,863	1,608	170	19	11	40 діб

Біль впливає на стан не тільки пацієнтів з термінальними стадіями раку: огляд досліджень щодо болю 2007 року встановив, що більше ніж 50 відсотків усіх пацієнтів з раком відчувають больовий синдром.<sup>110</sup> Дані, отримані від медичних працівників, дають підстави вважати, що лікарі рідко призначають морфін пацієнтам, які все ще отримують лікування, спрямоване на одужання. Лікар у поліклініці у Харкові, наприклад, розповів Х'юман Райтс Вотч, що «призначення наркотичного засобу зазвичай резервується для невиліковних пацієнтів».<sup>111</sup> Лікар з Рівного сказав, що «біль [у пацієнтів, які отримують лікування, спрямоване на одужання] здебільшого лікують за допомогою відповідних втручань, таких як хіміотерапія чи опромінення».

Лікар зі стаціонарного онкологічного відділення у тій самій лікарні розповів Х'юман Райтс Вотч, що, на її думку, пацієнти, які потребують сильних опіоїдів «не відносяться до пацієнтів нашого профілю. Ми не є хоспісом. Симптоматичне лікування відбувається

<sup>109</sup> Кількість населення подана відповідно до повідомлень лікарів або з офіційних даних. Див: Statoids, "Raions of Ukraine", 2005, <http://www.statoids.com/yua.html> (переглянуто 14 березня 2011 року).

<sup>110</sup> 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, Mar. 12, 2007, pp. 1437-1449.

<sup>111</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з лікарем у поліклініці у Харкові 13 квітня 2010 року.



вдома [після виписки з лікарні]». <sup>112</sup> Хоча вона визнала, що часто має справу із сильним болем у її пацієнтів, особливо у тих, хто має кісткові метастази, вона рідко призначає морфін. Вона розповіла Х'юман Райтс Вотч: «Ми даємо неопіоїдні препарати, такі як кетанов або дексалгін [слабкі знеболювальні препарати]. Якщо у людини яскраво виражений больовий синдром, ми даємо трамадол. Ми намагаємося уникати використання наркотиків». Лікар зауважила, що за її оцінками, тільки одному пацієнтові протягом останніх шести місяців було призначено морфін або еквівалентний йому опіоїд.

Небажання лікарів призначати сильнодіючі опіоїди пацієнтам, які все ще отримують лікування, спрямоване на одужання, здається, пов'язане із побоюваннями, що у пацієнтів виникне наркозалежність. Проте ці побоювання не мають підґрунтя, й протоколи лікування ВООЗ стверджують, що «широка клінічна практика довела, що психологічна залежність [наркозалежність] не трапляється у пацієнтів, хворих на рак, у наслідок отримання опіоїдів для знеболення». <sup>113</sup> Фізична залежність та толерантність до морфіну таки виникають, але, відповідно до протоколу лікування, вони є «нормальними фармакологічними реакціями» та «не становлять перешкоди для ефективного використання цих препаратів». Якщо лікування, спрямоване на одужання, діє на джерело болю, використання опіоїдів може бути поступово зменшене, та, з часом, припинене. <sup>114</sup>

#### *Принцип 4: “Індивідуальний підхід”*

Не існує стандартних доз для опіоїдів. «Вірною» дозою є та, яка полегшує біль пацієнта. Для перорального морфіну обсяг дози може відрізнятись у діапазоні від 5 мг до більше ніж 1000 мг кожні чотири години. Препарати для болю від слабкого до помірного мають обмеження щодо дози у практичному використанні з огляду на склад (формулу) (наприклад, у

---

<sup>112</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД зі лікарем у лікарні у Рівному, 21 квітня 2010 року.

<sup>113</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., с. 19.

<sup>114</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., рс. 19-20.

сполучі з ацетилсаліциловою кислотою або парацетамолом, які є токсичними у великих дозах) або з огляду на непропорційне зростання побічних ефектів у великих дозах (наприклад, кодеїн). – Протоколи лікування ВООЗ.<sup>115</sup>

Біль є індивідуальним досвідом. Різні люди відчувають біль по-різному; вони засвоюють знеболювальні у різний спосіб; рак теж протікає у кожної окремої особи по-різному, що призводить до дуже великої різноманітності у типах та інтенсивності болю. При існуванні такої великої кількості незалежних змінних, тільки індивідуалізований підхід до знеболення може забезпечити найкраще знеболення для усіх. Відповідно, ВООЗ рекомендує аби лікарі «підбирали найбільш адекватний препарат та застосовували його у дозуванні, яке найбільше відповідає потребам пацієнта».<sup>116</sup>

Наше дослідження дає підстави вважати, що ця рекомендація в Україні систематично ігнорується. Багато лікарів починають лікувати пацієнтів зі стандартної дози морфіну – яка, як це не парадоксально – є необґрунтовано зависокою для багатьох – та деякі безпідставно обмежують добову дозу ін'єкційного морфіну щонайбільше на рівні 50 мг, помилково рекомендованих Міністерством Охорони Здоров'я та виробником, навіть якщо цього недостатньо для контролю болю пацієнта. Обидві підходи становлять погані медичні практиками, які ведуть до непотрібних страждань пацієнта.

#### **Стандартизована початкова доза**

Визначення правильної дози морфіну для кожного окремого пацієнта є критично важливим: якщо доза є надто низькою, больовий синдром пацієнта не буде належним чином усунено. Якщо вона буде надто високою, пацієнт відчуватиме непотрібні серйозні побічні ефекти, у тому числі сонливість, закрепи та нудоту. Якщо доза підібрана правильно, знеболення досягає максимального ефекту, у той час як побічні

---

<sup>115</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р.,, с. 16.

<sup>116</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р.,, с. 20.

ефекти є мінімальними, й будь яка сонливість або сплутаність свідомості зникне протягом періоду від трьох до п'яти діб.

Проте, дослідженнями наше дослідження дає підстави вважати, що в Україні існує загально розповсюджена практика, коли лікарі не визначають індивідуально обумовлену дозу. Замість цього, вони призначають одну ампулу морфіну. Ампула містить 8,6 мг ін'єкційного морфіну, еквівалент 25,6 мг перорального морфіну.<sup>117</sup> Це означає, що деякі пацієнти отримуватимуть надто багато морфіну — та мають справу з непотрібними побічними ефектами, які знесилюють пацієнтів — у той час, як інші отримують дози занадто маленькі для забезпечення повного знеболення.

Віктор Безродний, чоловік, чия мати померла від раку жовчного міхура, розповів Х'юман Райте Вотч, що лікарі ніколи не намагалися встановити вірну дозу морфіну для його матері, натомість призначали стандартну дозу – одну ампулу. Але ін'єкції морфіну робили її сонливою. Він зауважив:

Інколи вона просто відмовлялася від ін'єкції, тому що вона не бажала того стану затьмареної свідомості. Вона притримувала її [ін'єкцію морфіну] до останнього, як останній можливий вихід. Вона казала: “Давай приймемо ось ці краплі ...все болить, але давай зробимо ін'єкцію пізніше.”<sup>118</sup>

Безродний, сам лікар, розповів нам, що він сумнівався, чи зможе якийсь лікар призначити половину ампули: «Якщо я призначаю половину ампули – мені потрібно буде якимось чином відзвітуватися за решту ...».<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> Інформація про продукт від виробника, зберігається Х'юман Райтс Вотч. Щодо коефіцієнтів переведення різних типів та лікарських форм опіоїдних анальгетиків, див: 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, Page M2-17, 2005, <http://www.ipcrc.net/epco/EPES-O%20Mo2%20Pain/EPES-O%20Mo2%20Pain%20PH.pdf> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>118</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Віктором Безродним, 15 квітня 2010 року.

<sup>119</sup> Ibid.

Роман Барановський, чия теща померла від раку легенів з метастазами у 2009 році, розповів нам, що він розділяв ампули сам та робив ін'єкції частинами. Лікарня, де лікувалася його теща, дозволяла пацієнтам забирати додому триденний запас морфіну й вводити його самостійно. Він сказав:

Я не колов дві ампули одразу [як у призначенні]. Я їх розділяв. Якщо я давав велику дозу, людина засинала... [Люди, що страждають від болю] отримуючи знеболення, розслабляються у будь-якому разі та стають сонливими. Але коли людина поступово втрачає свідомість та не може відкрити очі, це непотрібно. Навіть однієї ампули іноді було забагато.<sup>120</sup>

Багато лікарів, з якими ми розмовляли, заявили, що вони ніколи не призначали частину ампули. Вони стверджували, що призначення *омнопона* або *промедола*, менш потужних за морфін опіоїдів, є власне титруванням та підбором необхідної дози.. Лікар-онколог з Рівного, наприклад, заявив, що він не призначає половину ампули з огляду на потребу звітуватися за другу половину. Але він сказав, що він, зазвичай, починає з призначення *омнопону* та *промедолу* й потім призначає морфін, тільки коли ці два препарати більше не діють.<sup>121</sup>

### Максимальна добова доза

У той час як протокол лікування ВООЗ зазначає, що «правильною» є доза, яка полегшує біль пацієнта» та, що деяким пацієнтам потрібно більше ніж 1000 мг [перорального морфіну] кожні чотири години», український виробник морфіну та Міністерство Охорони Здоров'я рекомендують максимальну добову дозу у розмірі 50 мг ін'єкційної

---

<sup>120</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з Романом Барановським (не є його справжнім ім'ям), 21 квітня 2010 року.

<sup>121</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з онкологом у лікарні у Рівному, 21 квітня 2010 року. У той час, як пацієнти, які мають досвід лікування больового синдрому за допомоги промедолу чи омнопону, можуть потребувати збільшених доз морфіну, тому що у них розвилася толерантність до опіоїдів, більшість лікарів призначають повні ампули цих препаратів, не встановлюючи точної дози для кожного окремого пацієнта.

форми морфіну, яка є еквівалентом 150 мг перорального морфіну.<sup>122</sup> Рекомендація щодо максимальної добової дози є особливо проблемною, тому що вона є дуже низькою. Позаяк більшість пацієнтів потребують 10-30 мг перорального морфіну кожні чотири години або від 60 до 180 мг протягом доби,<sup>123</sup> навіть пацієнти які знаходяться на найнижчому рівні цього типового діапазону, потребують більш ніж максимальну рекомендовану добову дозу кожні чотири години. За оцінками лікарів у хоспісах у Харкові та Івано-Франківську, які дотримуються рекомендацій ВООЗ, близько 10 відсотків їх пацієнтів потребують більше ніж максимальну рекомендовану дозу.<sup>124</sup> Дослідження Х'юман Райтс Вотч 2010 року про перешкоди надання паліативної допомоги встановили, що Україна і Туреччина були єдиними з десяти європейських країн (у яких було проведене дослідження), що встановили максимальну добову дозу морфіну.<sup>125</sup>

У відповідь на запитання, чи вони виконують рекомендацію, відповіді лікарів відрізнялися. Деякі казали, що не виконують, інші наполягали, що повинні це робити. Один лікар, наприклад, повідомив Х'юман Райтс Вотч, що його поліклініка ігнорує рекомендацію щодо максимальної дози, виходячи з того, що він назвав «базовим принципом медицини», що «незалежно від стану здоров'я пацієнта, пацієнт не повинен страждати».<sup>126</sup> Ще один онколог зауважив: «Можливо [призначити більше], якщо пацієнти потребують цього. Головна річ – професійно обґрунтувати призначення в історії хвороби пацієнта, таким чином, аби уникнути проблем з перевітками».<sup>127</sup> Він пригадав пацієнта,

---

<sup>122</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., с. 16.

<sup>123</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., с. 22.

<sup>124</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з лікарем у хоспісі у Харкові 12 квітня 2010 року. Листування електронною поштою з Людмилою Андріїшин, головним лікарем Івано-Франківського хоспісу, 25 лютого 2011 року.

<sup>125</sup> Результати цього дослідження будуть опубліковані у звіті Х'юман Райтс Вотч про глобальний стан паліативної допомоги, який зараз готується. Максимальною дозою у Туреччині є 200 мг перорального морфіну

<sup>126</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з лікарем у поліклініці у Рівному, 19 квітня 2010 року.

<sup>127</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 5, 12 травня 2010 року.

який отримував 12 ампул (103,2 мг) морфіну щоденно протягом п'яти років.<sup>128</sup> Але онколог у районі 3 сказав, у його лікарні неможливо призначити більше ніж рекомендується, навіть якщо хтось з пацієнтів (головним чином з метастазами у кістках) не можуть отримати належний рівень знеболення в межах рекомендованої добової дози. Він сказав:

Часто ці пацієнти знаходяться у лікарні. Там вони отримують наркотичні засоби три чи чотири рази [протягом доби] та [медичні працівники] постійно надають додаткові знеболювальні: слабкі, сильні анальгетики. Вони змішуються. Але ми ніколи не призначаємо більше ніж рекомендовано.<sup>129</sup>

Онколог також висловив помилкову думку про те, що надання дози більшої за рекомендовану добову не буде ефективним та матиме негативний вплив на дихання та органи пацієнта.<sup>130</sup> Як показує випадок Любові, в ситуаціях, коли лікарі суворо виконують рекомендацію, наслідком стають сильні страждання пацієнтів.

Але наше дослідження виявило, що деякі лікарі не схильні призначати навіть 50 мг ін'єкційного морфіну на добу. Мати Влада мала великі проблеми, вмовляючи лікарів призначити її сину більше ніж три ампули морфіну, навіть при тому, що він продовжував відчувати нестерпний біль. Вона описала битви, які вона була змушена витримати:

Я попросила четверту ампулу, тому що він був у поганому стані.  
Консиліум лікарів прийшов до нас додому. Головний лікар зняв його труси – підняв одяг – та перевіряв, чи він не зловживає наркотиками.  
Потім він звинуватив мене у тому, що я продаю наркотики.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з лікарем у поліклініці у Рівному, 19 квітня 2010 року.

<sup>129</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>130</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>131</sup> Інтерв'ю телефоном з Надією Жуковською, 17 грудня 2010 року.

Замість того, щоб визнати, що морфіну не вистачало для його знеболення, лікарі спочатку звинуватили Владу у тому, що він єнаркоманом, а потім його матір у продажі наркотиків. Вона розповіла Х'юман Райтс Вотч, що вона врешті-решт пішла до Міського управління охорони здоров'я та депутата місцевої ради, аби отримати дозвіл на переведення до іншої поліклініки.

Згодом, лікарі призначили Владу четверту ампулу, але навіть цього було недостатньо для купірування його больового синдрому, і його мати продовжувала боротьбу з лікарями, аби вони призначили п'яту:

Я пішла до головного лікаря [поліклініки], до начальника медичної частини. [Був] знову скандал. Лікарі казали: «П'ята ампула - це вже передозування [надто багато]. Майкл Джексон помер від передозування. Тепер невинного лікаря переслідують за законом. Й ніхто не підтримує цього лікаря. Це буде як з Майклом Джексонем». А я відповіла: «Але він кричить від болю, турбує сусідів, ви не знаєте, як він виє, як йому болить. Люди [сусіди] чують як він виє у квартирі. Я не можу знаходитися у квартирі. Я збожеволію від того, як він виє».<sup>132</sup>

Нарешті, поліклініка надіслала групу лікарів до квартири аби встановити, чи справді була потрібна п'ята ампула. Мати Влада розповіла:

Після візиту наступила тиша... Я чекала й чекала, а вони не приносили п'яту ампулу. Я пішла до невролога та сказала: «Ви ж його бачили. Чи не можете ви поговорити із головним лікарем?» Він поговорив, й нам нарешті почали давати п'яту ампулу.<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> Ibid.

<sup>133</sup> Ibid.

### *Принцип 5: “Увага до деталей”*

Підкресліть необхідність регулярного прийому знеболювальних. Пероральний морфін слід застосовувати кожні чотири години. Перша та остання дози мають бути пов’язані із часом, коли пацієнт прокидається, та часом, коли засинає. Найкращі додаткові години для прийому протягом доби є, зазвичай, 10:00, 14:00 та 18:00. Дотримуючись цього розкладу, ви підтримуєте баланс між тривалістю знеболювального ефекту та інтенсивністю побічних ефектів.

– Протоколи лікування ВООЗ<sup>134</sup>

Для забезпечення якості життя пацієнтів є важливим не тільки регулярно приймати препарати, але й робити це у відповідності до розкладу. Наприклад, для максимального поліпшення сну, пацієнтам слід приймати препарати незабаром перед сном.

Проте, декілька медичних працівників та пацієнтів розповідали нам, що остання ін’єкція морфіну зазвичай робиться від 6 до 8 години вечора для зручності змін медсестер. Оскільки морфін діє тільки чотири години, це означає, що дія морфіну припиниться для цих пацієнтів іще до опівночі, залишаючи їх – та членів їх родин – перед перспективою безсонної ночі. Наприклад, коли Влад отримував три ампули морфіну протягом доби, медичні працівники вирішили, що він отримуватиме ін’єкції о 9:00, 14:00 та 18:00. Його мати сказала:

Він часто не спав вночі. Він страшно страждав через свій біль. Потім він довго спав уранці. Отже, вони приходили о 9 ранку, й він ще спав. Я казала: «Залиште ліки. Я візьму шприц. Коли він прокинеться, тоді нам буде важливо зробити ін’єкцію. Він ще спить». [Але вони будили його та] він казав: «Зараз нічого не болить. Я сплю. Мені не треба. Але вони, як зомбі, наполягали: «Ні, це потрібно. Ми не прийдемо іншим разом. Ваш

---

<sup>134</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., с. 16.



призначений час 9:00 ранку». Відтак, вони робили йому укол поки він спав, тому що вони мали зробити укол та йти.

Головний лікар у районі 3 визнав важливість надання знеболювальних у той момент, коли пацієнти потребують їх найбільше. Він сказав, що його лікарня намагається створити найкращі умови для пацієнтів, наскільки це можливо:

На запит членів родини, ми можемо робити ін'єкції до 10 години вечора, але не пізніше... На термінальних стадіях хвороби препарату не вистачає, якщо ви робите ін'єкції о 6 ранку, опівдні та о 6 вечора. Близько до півночі пацієнт почне кричати.<sup>135</sup>

Але він відзначив, що на відміну від бригад швидкої допомоги у звичайних лікарнях працюють прості медсестри та водії та відповідають за доставку знеболювальних – препарати важко доставляти так пізно, , , :

Водій працює за конкретною зміною. [Що буде] якщо морфін призначено на 6 вечора, а зміна водія закінчується о 14:30. Чому він повинен працювати у позаробочий час? Або хтось мусить платити йому додаткові гроші. Але з нашими дефіцитами бюджету...<sup>136</sup>

Деякі лікарі та медсестри розповідали нам, що вони намагалися якомога більше допомогти пацієнтам, залишаючи ампули чи наповнені шприци їм або членам родини, навіть якщо це порушує процедури обігу наркотичних засобів. У таких випадках пацієнти можуть самі обирати найкращий час для прийому ліків. Наприклад, Віктор Безродний розповів Х'юман Райтс Вотч:

---

<sup>135</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>136</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року.

Приходила медсестра. В принципі, вона мала б зробити ін'єкцію, але вона приходила в той час, який був зручним для неї, але коли, наприклад, моя мати могла спати. [Вона дозволяла мені] набирати морфін у шприц та робити її ін'єкцію, коли мати цього справді потребувала.<sup>137</sup>

## Проблеми знеболення неонкологічного болю

У той час, як в Україні лікування болю у пацієнтів з раком може сильно не відповідати стандартам, для інших категорій пацієнтів ситуація є ще гіршою, - з огляду на брак визнання медичними працівниками поширеності серйозного больового синдрому серед неонкологічних пацієнтів та необхідності його лікування.

Наше дослідження з'ясувало, що лікарі часто не бажають лікувати такий біль, схильючись більше до лікування його джерела. Відповідно до міжнародного законодавства у галузі прав людини, усі пацієнти, які відчувають сильний біль, мають ідентичні права на знеболення, незалежно від категорії відповідної хвороби або фізичного стану.<sup>138</sup> Історія Олега ілюструє проблеми, з якими стикаються багато з цих пацієнтів.

### *Історія Олега Малиновського*

Олегу, 35-річному чоловіку з Києва, поставили діагноз хронічного гепатиту та цілої низки інших захворювань. Гострі медичні проблеми Олега почалися на початку 2008 року, після того, як він почав лікування гепатиту С. Коли у нього з'явилося оніміння у декількох пальцях, лікарі госпіталізували його для проведення аналізів та лікування. У лікарні він заразився стафілококом, у нього з'явилися напади зворотної лихоманки та сильний біль, який зростав у його тазостегнових суглобах. Лікування, яке він отримував, виявилось неефективним. Навпаки, проблеми швидко зростали.

---

<sup>137</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Віктором Безродним, 15 квітня 2010 року.

<sup>138</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights," General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358boe2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358boe2c1256915005090be?Opendocument) (переглянуто 11 травня 2006 року), para. 12b.

У його суглобах розпочався дегенеративний процес. Біль Олега розповсюдилася на ділянку тіла у нижній частині хребта та раптово погіршився у липні 2008 року, після декількох тижнів після початку ревматологічного лікування. Оскільки будь-який рух його тазостегнових та колінних суглобів викликав сильний біль, Олег був змушений абсолютно нерухомо лежати у ліжку протягом усієї доби. Його дружина розповіла нам:



Олег Маліновський зі своїм собакою до хвороби.  
Фото надано родиною Маліновських.

Біль був нестерпним у наслідок будь-якого руху та ставав ще сильнішим з кожним днем, з огляду на патологічні процеси у його тазостегнових суглобах. Біль впливав на його сон, апетит, та його психологічний стан. Він став дуже дратівливим, й ніщо його більше не могло звеселити. Звичайне чхання або кашель завдавали йому страшного болю... Можна було постукати у стіну, й якщо б він лежав там, він кричав [від болю]...<sup>139</sup>

У Київському Ревматологічному центрі, де його лікували, лікарі згодом погодилися давати Олегу невеличку дозу морфіну аби дозволити йому поспати вночі. Але він продовжував страждати від болю, який не зменшувався, протягом інших частин доби.

У березні 2009 року лікар здійснив хірургічну операцію, видаливши частини кістки з його суглобів, які не гнулися, зменшивши таким чином біль та, до деякої міри, відновивши його мобільність. Але у вересні 2009 року и Олега знову з'явився постійний та нестерпний біль, - цього разу додатково у його зап'ястях та ліктях. Знову

---

<sup>139</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Всеукраїнської Ради прав та безпеки пацієнтів з Наталією Малиновською, Київ, 20 жовтня 2010 року.

він був змушений лежати абсолютно нерухомо у ліжку. Він не міг поворухнути кінцівками, що унеможливило його залучення до будь-якої діяльності, в тому числі до прийому їжі, миття або читання. Олег постійно скрикував від болю. Час від часу його сусіди стукали в стіни, тому що він турбував їх. Олег часто казав дружині, що хоче померти, тому що не може більше зносити біль.

Протягом наступних семи місяців Олег та його дружина постійно казали лікарям у державній лікарні про біль, від якого він страждав та просили їх призначити знеболювальні. Але замість призначення морфіну, який був ефективним досі, його лікарі зволікали. Вони направляли Олега до психіатра, аби він оцінив, чи його депресія та дратівливість пов'язані із його психічним станом; також вони направляли його до наркологів, тому що вважали, що у нього є залежність від морфіну – навіть при тому, що він не вживав морфіну протягом більше ніж шести місяців. Коли психіатр та нарколог підтвердили, Олег страждає від депресії, яка викликана його симптомами, аніж від розумового розладу та викреслили наркозалежність, головний лікар клініки пообіцяв призначити більш сильні знеболювальні. Нічого не відбулося.

З часом, у березні 2010 року, біль Олега трохи послабшав сам по собі. Він ніколи не приймав сильних знеболювальних, продовжує залишатися прикутим до ліжка та відчуває значний біль підчас рухів. Олег та його дружина надіслали скарги до прокуратури та українських судів щодо відмови у належному лікуванні больового синдрому. Дотепер суди відмовляються розглянути скарги, а прокуратура не почала розслідування.

## Лікування болю у пацієнтів з досвідом вживання нелегальних наркотиків

Пацієнти із сильним болем, які вживають нелегальні наркотики або робили це у минулому, створюють серйозний виклик для медичних працівників. Ці пацієнти мають право на лікування больового синдрому, у тому числі за допомогою сильних опіоїдних анальгетиків за клінічними показаннями, так само як будь-який інший пацієнт. Але лікарі повинні звертати особливу увагу на забезпечення дієвості знеболення та мінімізувати ризик зловживання препаратами.

Наразі не існує міжнародних протоколів лікування болю у осіб з досвідом споживання нелегальних наркотиків, але існує суттєвий клінічний досвід. Др. Стівен Пассік з Центру Рака пам'яті Слоан Кетерінг, Нью-Йорк, США є провідним експертом у галузі лікування больового синдрому у осіб з досвідом споживання нелегальних наркотиків. Він рекомендує проведення лікарями індивідуалізованої оцінки ризику, такої як Інструмент оцінки ризику опіоїдів (Opioid Risk Tool) або or SOAPP (Моніторинг та оцінка опіоїдів у пацієнтів з болем) задля оцінки ризиків початку лікування з використанням сильних опіоїдних знеболювальних у випадках пацієнтів, які, можливо, мали досвід споживання нелегальних наркотиків. Виходячи з оцінки ризиків, лікарю слід розробити план лікування, який мінімізує ризик повернення до споживання наркотиків або зловживання препаратами. Він рекомендує наступні заходи безпеки для пацієнтів з досвідом вживання нелегальних наркотиків:

Призначати таким пацієнтам опіоїди тривалої дії, такі як метадон, морфін повільного вивільнення або пластирі з фентанілом.

Лікарі повинні ретельно оцінювати та відслідковувати вимоги щодо дози пацієнта. Часто особи з досвідом споживання нелегальних наркотиків мають вищий рівень толерантності до опіоїдних лікарських засобів – або ця толерантність розвивається у них швидше – й вони, таким чином, потребують вищих доз для досягнення належного знеболення. Пацієнти, які отримують надто низькі дози, більш вірогідно, будуть підштовхнути до пошуків нелегальних наркотиків для самолікування у такий спосіб, що легко може перетворитися у поновлене споживання нелегальних наркотиків.

Лікарі повинні обмежити кількість пігулок, які пацієнт має при собі. Др. Пассік зауважила: “Давати комусь, хто має досвід споживання нелегальних наркотиків, необґрунтовано великий запас опіоїдів короткої дії – значить шукати собі неприємностей.”

Лікарі повинні часто оглядати таких пацієнтів для спостереження за ефективністю, дотриманням режиму прийом знеболювальних, а також для виявлення споживання нелегальних наркотиків. Потенційні проблеми слід ідентифікувати на ранній стадії та усувати вчасно.

Лікарям слід допомогти пацієнтам, які є активними споживачами наркотиків, стати учасниками програми підтримувальної терапії та/або програми дванадцяти кроків. Лікарі завжди повинні уникати того, аби про них склалося враження щодо упередженого ставлення до споживання нелегальних наркотиків. Стосунки “пацієнт-лікар” є ключовим фактором в утриманні пацієнта з досвідом споживання нелегальних наркотиків від зловживання знеболювальними.

*Basu та ін. описують подібний підхід до лікування болю в осіб, які живуть з ВІЛ та мали досвід зловживання речовинами у “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. Інтерв’ю Х’юман Райтс Вотч з Др. Томашем Джєжановскім.*

## Більш широкий спектр паліативних послуг

Відчуття небезпеки є таким важким. Я не знаю, що буде. Інколи я думаю когось попросити щось принести, прийняти та померти. Спати добре. Забуваєш про думки. Краще спати, аніж думати про всякі речі.

-- Тамара Доценко

У той час, як фізичний біль є найбільш прямим симптомом, з яким стикаються пацієнти на пізніх стадях раку та іншими хворобами, які загрожують життю, багато пацієнтів також страждають від величезного емоційного, психологічного та духовного болю. За допомогою низки простих та недорогих методик, паліативна допомога може значно послабити ці симптоми.

В Україні існують деякі служби психосоціальної та духовної допомоги у хоспісах та лікарнях з паліативними ліжками, але ці послуги цілком відсутні для пацієнтів, які перебувають вдома. Державна система охорони здоров'я зосереджується виключно на фізичному стані пацієнтів. Існує невелика група пацієнтів, яким пощастило отримати підтримку з боку недержавних організацій, які пропонують паліативні послуги вдома у пацієнта, але абсолютна більшість пацієнтів не має цього.

Відсутність психосоціальної допомоги для пацієнтів вдома є, тим більше незрозумілою, з огляду на той факт, що в Україні до складу сучасної системи надання допомоги при больовому синдромі входять служба патронажних сестер, які відвідують таких пацієнтів. Проте, наразі такі медсестри лише роблять ін'єкції морфіну та уходять; вони не надають психосоціальної підтримки пацієнтам та їхнім родинам, незалежно від того на скільки важким є їхній тягар. Наприклад, Віктор Безродний розповів нам: "Медсестра зазвичай заходила до коридору. Я набирив морфін до шприца... Вона забирала порожню ампулу та йшла. Вона не заходила до пацієнта." (Сівбесіда Х'юман Райтс Вотч з Віктором Безродним, 15 квітня 2010 року.)

Подібним чином, Катерина Потапенко, 62-річна дружина Аркадія, 63-річного пацієнта з діагнозом рак апендиксу, розповіла нам, що медсестри приходили до них о 9 вечора, протирали спиртовою серветкою місце для ін'єкції, робили укол та уходили. Але весь тягар піклування діставався їй, літній жінці, яка нещодавно сама перенесла інфаркт. Вона розповіла нам: "Я й лікар й медсестра. Все роблю [навіть хоча] я сама хвора." (Сівбесіда Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей які живуть з ВІЛ/СНІД з Аркадієм та Катериною Потапенко, 20 квітня 2010 року.)

При усіх недоліках при наданні знеболлення, система патронажних сестер України може стати основою для надання всебічного комплексу послуг паліативної допомоги вдома. Після проходження навчання, ці патронажні сестри можуть навчати та допомагати родинам у наданні високоякісної паліативної допомоги вдома, у тому числі лікування больового синдрому та інших фізичних симптомів, а також задоволення психосоціальних та духовних потреб пацієнта.



## IV. Вивчення причин, чому біль залишається без лікування

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я заохочує країни до затвердження державних чи регіональних законів та нормативно-правових документів, які забезпечують надання знеболання та паліативної допомоги; введення в дію освітніх програм для громадськості, медичних працівників, контролюючих органів та інших залучених сторін; а також зміни законів та процедур для покращення доступності та наявності лікарських засобів, особливо опіоїдних знеболювальних.<sup>140</sup> Було відзначено, що подібні заходи, які є фундаментальними для розвитку паліативної допомоги, «кошують дуже небагато, але можуть мати дуже значний ефект».<sup>141</sup>

Рекомендації ВООЗ вимагають декілька ключових зобов'язань – , які країни повинні виконувати незалежно від наявності ресурсів у країні – стосовно забезпечення права на охорону здоров'я. Комітет Економічних, Соціальних та Культурних Прав, структура, яка контролює виконання права на охорону здоров'я, як це артикульоване у Міжнародному Пакті Економічних, Соціальних та Культурних Прав<sup>142</sup>, вважає, що країни повинні затверджувати та впроваджувати державні стратегії у галузі охорони здоров'я та план дій, а також забезпечити доступ до найнеобхідніших лікарських засобів у відповідності до визначення ВООЗ.<sup>143</sup> Він визначив забезпечення належного навчання для медичного персоналу у якості зобов'язання “порівнювальної пріоритетності”.<sup>144</sup>

---

<sup>140</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., с. 3.

<sup>141</sup> ВООЗ, “Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів,” 1996 р., с. 3.

<sup>142</sup> Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, прийнятий 16 грудня 1966 року, G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, набув чинності з січня 1976 року, стаття 11; також у Ковенції Прав Дитини, G.A. res. 44/25, annex, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 167, U.N. Doc. A/44/49 (1989), набула чинності 2 вересня 1990 року, стаття 12.

<sup>143</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights,” General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000/4 (2000), [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument) (переглянуто 11 травня 2006 року), пара. 43.

<sup>144</sup> Ibid., para 44(f).

Бездіяльність Уряду у здійсненні достатніх кроків у цих трьох сферах не тільки порушує право на здоров'я, але є головною причиною проблем з паліативною допомогою та знеболенням, про які йшлося у попередніх розділах. У той час, як держава створила значну кількість паліативних ліжок у державних хоспісах та лікарнях, а також Державний інститут паліативної допомоги та хоспісної медицини, вона не вжила адекватних заходів для забезпечення доступності найнеобхідніших препаратів для паліативної допомоги, таких як пероральний морфін, розробки системи надання паліативної допомоги пацієнтам в домашніх умовах, покращення викладання для медичних працівників, або щодо розгляду та вирішення найголовніших проблем у сфері регулювання обігу наркотичних засобів.

### **Закони та нормативно-правові акти (полісі)**

Для успішного вирішення вищенаведених проблем, необхідні організовані та скоординовані зусилля широкого кола урядових структур та інших зацікавлених сторін: потрібно запровадити використання перорального морфіну, розробити модель впровадження паліативної допомоги у домашніх умовах, вдосконалити освіту медичних працівників та реформувати процедури обігу наркотичних засобів.

У якості підписанта Міжнародного Пакту про Економічні, Соціальні та Культурні Права, Уряд несе відповідальність за забезпечення стану, коли люди з хворобами, які загрожують життю, могли би скористатися власним правом на охорону здоров'я. Відтак, Уряд має очолити процеси подолання перешкод, які. Наразі. ускладнюють доступність якісної паліативної допомоги та знеболення.

Український Уряд повинен відігравати набагато більш проактивну роль, хоча він і почав здійснювати певні кроки у сфері державної політики. У 2008 він заснував Державний Інститут Паліативної та Хоспісної Медицини при Міністерстві Охорони Здоров'я та призначив професора Юрія Губського його керівником. Сфера повноважень Інституту охоплює розробку державних програм та контроль їхнього виконання; координацію зусиль, спрямовану на створення мережі закладів охорони здоров'я, які надають

паліативну допомогу; надання організаційної та методологічної підтримки цим закладам; проведення досліджень, тощо.<sup>145</sup> Маючи завдання розробити державний підхід до паліативної допомоги, Інститут розробив проект Концепції Національної програми з паліативної та хоспісної допомоги, який подано до Кабінету Міністрів у жовтні 2008 року.<sup>146</sup> Проект Концепції було повернуто до Міністерства Охорони Здоров'я через місяць з технічних причин. Дотепер до Кабінету Міністрів не було поданого нового проекту Концепції програми, залишаючи Україну без чіткого плану розвитку паліативної допомоги.

У наслідку, зусиллям України з розвитку паліативної допомоги бракує узгодженості, швидкості та координації. У той час, як Уряд здійснив низку кроків щодо забезпечення надання паліативної допомоги у закладах охорони здоров'я, він нічого не зробив для забезпечення доступності перорального морфіну або розвитку послуг паліативної допомоги у домашніх умовах. Хоча Державний Інститут Паліативної та Хоспісної Медицини розпочав курси з паліативної допомоги в рамках підвищення кваліфікації медичних працівників, не було здійснено жодних централізованих заходів для включення паліативної допомоги до навчальних планів медичних вищих навчальних закладів або розробки клінічного протоколу надання паліативної допомоги. Українські регуляторні органи здійснили низку кроків для покращення наявності контрольованих речовин, але деякі з найбільш проблематичних положень не були ними розглянуті.

## **Освіта медичних працівників**

Брак знань про паліативну допомогу та знеболення серед медичних працівників є однією з найбільших перешкод на шляху запровадження послуг паліативної допомоги та знеболення у багатьох країнах у світі. З огляду на відсутність навчання за цією темою, багато медичних працівників не повністю розуміють суть паліативної допомоги, не володіють навичками її надання та поділяють різноманітні міфи та хибні уявлення про сильнодіючі опіоїдні знеболювальні.

---

<sup>145</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я 159-0 від 24 липня 2008 року.

<sup>146</sup> Зберігається Х'юман Райтс Вотч.

Більшість медичних працівників, з якими ми провели інтерв'ю, або взагалі не володіли інформацією про найкращі світові практики знеболення, або мали часткове уявлення. Багато лікарів та медсестер висловлювали помилкову думку про те, що надання пацієнтам морфіну перетворить їх на «наркоманів»; плутали фізичну залежність та толерантність із синдромом залежності (наркоманією); сприймали прохання пацієнтів про надання більших доз морфіну у якості проявів «наркозалежності», аніж як ознаку того, що доза була занадто низькою; вважали, що одна доза морфіну може забезпечити знеболення протягом набагато довшого терміну аніж протягом 4-6 годин її дії; та, що визначений розмір максимальної добової дози є обґрунтованим.

Складається враження, що недостатні знання медичних працівників про паліативну допомогу та знеболення є прямим наслідком неспроможності медичних навчальних закладів в Україні, усі з яких є державними, забезпечити викладання паліативної допомоги та знеболення для студентів-медиків на достатньому рівні. За інформацією експертів з паліативної допомоги, лише декілька медичних ВНЗ запровадили викладання паліативної допомоги як окремої дисципліни. До програми обов'язкових курсів у рамках медичної переддипломної освіти не включено викладання паліативної допомоги як окремої дисципліни, а заняття щодо знеболення, головним чином, зосереджено на питаннях гострого болю (наприклад, післяопераційного) аніж хронічного або онкологічного болю.<sup>147</sup> Хоча Триступенева схема (сходи) знеболення ВООЗ коротко згадується, вона не вивчається детально та не використовується на практичних заняттях. У курсі фармакології студенти вивчають радше фармакологічні властивості морфіну, аніж його використання у клінічній практиці.

Після закінчення медичного ВНЗ, випускники в Україні проходять дворічне навчання відповідно до первісної спеціалізації та зараховуються до програм інтернатури залежно від їх спеціалізації. Наразі, лише 2 з 19 навчальних інституцій пропонують послуги паліативної допомоги, й, відповідно, більшість лікарів, які спеціалізуються з

---

<sup>147</sup> Листування електронною поштою з Людмилою Андріїшин, 5 січня 2011 року. Листування з Олесею Брацюнь, виконавчим директором Всеукраїнської Ліги розвитку паліативної та hospісної допомоги, 8 квітня 2011 року

онкології чи анестезіології, а також медсестри та інший медичний персонал, не отримують практичних навичок роботи з паліативної допомоги та знеболенні. Навіть лікарі, які спеціалізуються з онкології, зараз не проходять стажування у хоспісах. Відтак, наступне покоління українських лікарів навчається, не отримуючи практичних знань про послуги паліативної допомоги.

Наразі тільки 2 заклади медичної вищої освіти пропонують курси паліативної допомоги в рамках системи підвищення кваліфікації: Національна Медична Академія Післядипломної Освіти ім. Шупіка та факультет післядипломної освіти Національного Івано-Франківського Медичного Університету. Дві кафедри НМАПО пропонують такі курси. У 2010 році кафедра паліативної допомоги НМАПО почала пропонувати тижневі та двотижневі курси з паліативної допомоги протягом року для онкологів, лікарів загальної практики та медичних сестер. До програми цих курсів входить ознайомча практична робота з хворими.<sup>147</sup> Кафедра геронтології організувала курси з паліативної допомоги, починаючи з грудня 2009 року Кафедра терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету організувала викладання паліативної допомоги (сорок годин) на курсах підвищення кваліфікації лікарів (ТУ, ПАЦ) в тому числі з практичними заняттями місцевому хоспісі.<sup>148</sup> Усі лікарі загальної практики повинні проходити навчання на цих курсах підвищення кваліфікації раз на п'ять років.

Наше дослідження також виявило помітну відсутність ресурсних матеріалів, створених на базі доказової медицини, українською мовою. Окрім клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію, Міністерство Охорони Здоров'я та професійні асоціації не розробили клінічних протоколів надання паліативної допомоги або лікування больового синдрому

---

<sup>147</sup> Лист від Юрія Губського, Голови кафедри паліативної та хоспісної допомоги Національної Медичної Академії Післядипломної Освіти до головних лікарів закладів охорони здоров'я, 24 грудня 2010 року. Лист зберігається Х'юман Райтс Вотч.

<sup>148</sup> Листування електронною поштою з Людмилою Андріїшин, головним лікарем Івано-Франківського хоспісу, 24 лютого 2011 року.

у хворих на рак та інші хвороби. Підручники, які використовуються у медичних ВНЗ та училищах містять мало інформації про паліативну допомогу.<sup>149</sup> Підручники з фармакології в українських медичних ВНЗ базуються на книжці радянського періоду, яка містить неточну інформацію щодо дозування морфіну.<sup>150</sup>

Усі медичні навчальні заклади України є державними інституціями, які функціонують під егідою Міністерства Охорони Здоров'я. Таким чином, саме держава має всі важелі, щоби забезпечити викладання паліативної допомоги на належному рівні. Х'юман Райтс Вотч вважає, що усі студенти-медики повинні отримувати базові знання про паліативну допомогу та знеболення. Ті студенти, які спеціалізуються з дисциплін, які мають значну частку контингенту людей з хворобами, які загрожують життю, повинні отримувати більш глибокі знання та пройти клінічну практику. Невиконання цієї умови призведе до порушення права на охорону здоров'я.

## **Наявність наркотичних засобів**

Порядок обігу наркотичних засобів в Україні є головним фактором в низці проблем з паліативною допомогою та знеболенням, про які йшлося у попередніх розділах. Дуже суворі вимоги щодо ліцензування зробили морфін практично недосяжним у сільській місцевості, а вимога введення морфіну пацієнтам безпосередньо медичними працівниками призводить до використання застарілих, не доказових медичних практик у сфері знеболення. Але український порядок обігу наркотичних засобів також створює значне адміністративне навантаження на медичних працівників, які призначають опіоїдні препарати. Цей порядок передбачає дуже суворий режим контролю, який породжує відчуття страху щодо призначення опіоїдних препаратів серед багатьох медичних працівників. Ці два фактори можуть призводити до небажання багатьох медичних працівників призначати ці препарати та, як наслідок, необґрунтовано пізнього початку лікування сильного болю.

---

<sup>149</sup> Ibid.

<sup>150</sup> М. Д. Машковський. Лікарські засоби, (Москва, Медицина, 1984)

Відповідно до Єдиної Конвенції про наркотичні засоби, Уряди країн повинні регулювати виробництво, розповсюдження та призначення контрольованих речовин для запобігання їхньому використанню не за призначенням. Але Конвенція також визнає, що ці речовини є «конче необхідними для полегшення болю та страждань» та що держави повинні вживати «належних заходів щодо забезпечення [їхньої] наявності... для таких потреб».<sup>151</sup> За висловом Міжнародного Комітету по Контролю за Наркотиками, органа, який слідкує за виконанням конвенцій ООН щодо наркотиків, Конвенція 1961 року,

...встановлює подвійні зобов'язання щодо контролю наркотичних засобів: забезпечити належну наявність наркотичних засобів, у тому числі опіатів для медичних та наукових цілей, одночасно запобігаючи нелегальному виробництву, торгівлі та використанню таких засобів.<sup>152</sup>

Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року виокремлює три мінімальних критерії, яких мають дотримуватися країни, розробляючи національний порядок обігу контрольованих речовин:

- Для відпуску опіоїдів особи повинні мати дозвіл відповідно до професійної ліцензії, або отримувати окрему ліцензію на цей вид діяльності;
- Рух опіоїдів може здійснюватися між інституціями або особами, які мають на це право відповідно до законодавства країни;
- Перед відпуском препаратів пацієнтові потрібен медичний рецепт.

Додатково, країни також повинні документувати використання контрольованих речовин.<sup>153</sup>

---

<sup>151</sup> Преамбула до Єдиної Конвенції про Наркотичні Засоби 1961 року, [https://www.incb.org/convention\\_1961.html](https://www.incb.org/convention_1961.html); та МККН, "Availability of Opiates for Medical Needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995," р. 14, <http://www.incb.org/pdf/e/ar/1995/suppl1en.pdf> (переглянуто 25 жовтня 2009 року).

<sup>152</sup> INCB. Availability of Opiates for Medical Needs: Report of the International Narcotics Control Board for 1995. Vienna: INCB. 1995, р. 1. Див.: <http://www.incb.org/pdf/e/ar/1995/suppl1en.pdf> (переглянуто 15 січня 2009 року).

<sup>153</sup> Єдина Конвенція про Наркотичні Засоби 1961 року, стаття 34(b).

Конвенція дозволяє Урядам накладати додаткові вимоги, якщо Уряд вважатиме їх за потрібні.<sup>154</sup> Проте, як застерігає ВООЗ «це право має постійно врівноважуватися зобов'язанням забезпечити наявність опіоїдів для медичних потреб».<sup>155</sup> Іншими словами, процедури не обов'язково повинні ускладнювати доступ до контрольованих речовин. ВООЗ розробила протоколи, які Уряди можуть використати для того, що вона називає «практичною системою» регулювання роботи медичних працівників з контрольованими речовинами, а також настанови щодо забезпечення належного балансу у законах та нормативно-правових актах щодо наркотичних засобів.<sup>156</sup>

---

<sup>154</sup> Єдина Конвенція про Наркотичні Засоби 1961 року, стаття 30(2bii).

<sup>155</sup> ВООЗ, «Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів», 1996 р., 1996, с. 9.

<sup>156</sup> ВООЗ, «Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів», 1996 р., с. 10. Див. також: WHO, 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](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html) (переглянуто 29 березня 2011 року).



## **Вплив наркоконтролю на наявність ліків: приклад трамадолу**

Трамадол є слабким опіоїдним препаратом, призначеним для лікування больового синдрому від помірного до сильного. В Україні він був звичайним рецептурним препаратом, подібно до більшості інших країн. Його широко використовували для знеболення. Порівняно зі складною бюрократичною процедурою призначення морфіну, трамадол був безпроблемним знеболювальним препаратом, який був помітно потужніше за безрецептурні знеболювальні засоби. Лікарі мали змогу виписати простий рецепт, а пацієнти придбати препарат у будь-якій аптеці. Насправді, більшість аптечних працівників продавали трамадол без рецепта.

Легка доступність препарату, однак, мала негативні наслідки. Хоча у трамадолу неприємні побічні ефекти, багато споживачів наркотиків почали вживати його для зменшення ефектів синдрому відміни, коли вони не могли дістати інших наркотиків. Підлітки почали експериментувати з трамадолом у школах; для багатьох трамадол був їхнім першим досвідом використання наркотиків.

Українські правоохоронні органи почали все більше знепокоюватися тим, яким чином трамадол використовується для немедичних цілей. Замість втілення на практиці вже існуючої процедури для рецептурних препаратів – припинити практику продажу аптечними працівниками таких препаратів без рецепту – Уряд використовував все більш обмежувальні заходи щодо процедури його призначення, поки, нарешті, у червні 2008 року, його не внесли до переліку наркотичних засобів.

Наслідки цього рішення для наявності трамадолу для законних медичних цілей були дуже значними. Як повідомив Державний експертний центр Міністерства Охорони Здоров'я, 4 виробники трамадолу припинили його виробництво. Багато аптек більше вже не могли створювати запаси препарату, оскільки не мали ліцензій на роботу з наркотиками. Для медичних працівників призначення трамадолу стало таким самим складним як морфіну, й багато з них припинили його призначати. Один онколог повідомив Х'юман Райтс Вотч: «Призначити трамадол є такою самою проблемою, що аналогічним чином ви можете призначити морфін». Головний лікар у центральній районній лікарні сказав, що у всьому його районі немає жодної аптеки, яка б мала запас трамадолу.

Оціночні дані уряду про виробництво трамадолу всередині країни демонструють різке зменшення у 2008 –2010 роках. У 2008 році, за оцінками Уряду, виробництво складало 19,5 та 6,5 млн. грамів відповідно перорального та ін'єкційного трамадолу на рік. У 2010 році ця оцінка склала 1,88 млн. грамів трамадолу, або майже у 14 разів менше.

Українські процедури обігу наркотичних засобів мають відчутний наголос на запобіганні нелегальному використанню контрольованих препаратів, багато з положень при цьому заходять набагато більш далеко, ніж це вимагається конвенціями ООН про наркотики. Х'юман Райтс Вотч визнає, що запобігання нелегальному використанню є надзвичайно важливим у країнах, які, подібно до України, мають справи з великими проблемами у сфері споживання нелегальних наркотиків, а також значною корупцією у галузі охорони здоров'я.<sup>157</sup> Проте, наше дослідження чітко демонструє, що деякі положення українського порядку обігу наркотичних засобів є настільки обтяжливими та мають значний обмежувальний вплив на доступність контрольованих речовин для законного використання для медичних цілей, що вони призводять до порушення права на здоров'я.

Багато медичних працівників, з якими ми проводили інтерв'ю для цього звіту, також були стурбовані негативним впливом порядку обігу наркотичних засобів на законну медичну практику. У той час як усі підтримували суворий контроль опіоїдних знеболювальних засобів, багато осіб відчувало, що сучасний режим контролю є надмірним та необґрунтовано обтяжливим. Вони казали, що деякі аспекти порядку суттєво заважають наданню якісних послуг при знеболенні й при цьому не обов'язково унеможливають зловживання.

Український Уряд розпочав перегляд деяких з найбільш проблематичних положень у національному порядку обігу наркотичних засобів. Він створив робочу групу щодо покращення доступу до знеболення, яка відповідає за перегляд порядку обігу наркотичних засобів. У 2010 році в Україні було затверджено Наказ №11, який дещо послабив вимоги щодо безпосереднього застосування сильнодіючих опіоїдних препаратів самими медичними працівниками, дозволивши самостійне вживання

---

<sup>157</sup> USAID, "Corruption Assessment: Ukraine Final Report," February 10, 2006, <http://ukraine.usaid.gov/lib/evaluations/AntiCorruption.pdf> (переглянуто 14 березня 2011 року); Markovska, Anna, Isaeva, Anna, "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> (переглянуто 14 березня 2011 року); та Gorodnichenko, Yuriy, Sabirianova Peter, Klara, "Public Sector Pay and Corruption: measuring Bribery from Micro Data," *Journal of Public Economics*, June 2007, vol. 91(5-6), pages 963-991.

пероральних препаратів. Ця зміна означає, що якщо в Україні запровадить пероральний морфін, медичним працівникам буде дозволено забезпечувати пацієнтів запасом ліків для використання вдома. У жовтні 2010 року на зустрічі з Х'юман Райтс Вотч та Міжнародним фондом "Відродження" п. Володимир Тимошенко, голова Державного Комітету по контролю за наркотиками та п. Олена Коваль, з Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків Міністерства Внутрішніх Справ України засвідчили, що вони глибоко стурбовані відсутністю ліцензій на роботу з наркотичними засобами серед сільських аптек та закладів охорони здоров'я.<sup>158</sup> П. Тимошенко заявив, що піднімав ці питання у розмовах з обласними чиновниками та заохочував їх забезпечити отримання ліцензій більшою кількістю аптек.<sup>159</sup>

### *Вимоги щодо ліцензування*

Відповідно до вимог конвенцій ООН, працювати з контрольованими препаратами можуть тільки ті особи та інституції, які мають ліцензії (дозволи) на таку діяльність. Це означає, що заклади охорони здоров'я та працівники повинні отримати ліцензії перед тим, як вони зможуть зберігати, призначати або відпускати опіоїдні анальгетики. Країни можуть встановлювати особливу процедуру для ліцензування закладів охорони здоров'я та працівників, або дозвіл на роботу з опіоїдними препаратами може бути частиною загальної ліцензії, відповідно до якої працює заклад охорони здоров'я або професійна ліцензія. Країни, які вимагають наявності окремої ліцензії для закладів чи працівників системи охорони здоров'я повинні забезпечити прозорість вимог та процедур ліцензування та не створювати перешкод для наявності та доступності цих найнеобхідніших препаратів.

В Україні заклади охорони здоров'я та аптеки повинні отримати особливу ліцензію від Державного Комітету по контролю за наркотиками, аби їм було дозволено працювати з

---

<sup>158</sup> Зустріч Х'юман Райтс Вотч з Володимиром Тимошенко, Головою Державного Комітету по контролю за Наркотиками, Київ, 22 жовтня 2010 року. Зустріч Х'юман Райтс Вотч з Оленою Коваль Відділ боротьби з нелегальним обігом наркотиків Міністерства Внутрішніх Справ, 22 жовтня 2010 року.

<sup>159</sup> Зустріч Х'юман Райтс Вотч з Володимиром Тимошенко, Головою Державного Комітету по контролю за Наркотиками, Київ, 22 жовтня 2010 року.

контрольованими препаратами, такими як морфін. Ця ліцензія також деталізує, які співробітники закладу мають право працювати з препаратами. В інтерв'ю з Х'юман Райтс Вотч чиновники системи охорони здоров'я загалом описували процедуру отримання ліцензії як нескладну та безпроблемну, але при цьому казали, що деякі з вимог, які має задовольнити медичний заклад чи аптека задля отримання ліцензії, складають для багатьох проблему.<sup>160</sup> Складається враження, що заклади охорони здоров'я, відомі як фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), не задовольняють вимогам отримання ліцензії для роботи з наркотичними засобами.<sup>161</sup>

Українські процедури висувають низку критеріїв, яким має відповідати заклад охорони здоров'я перед тим, як ліцензію може бути видано (підсумок у Таблиці 7).<sup>162</sup>

Багато з цих вимог є значно суворішими ніж це вимагається конвенціями ООН про наркотики або ніж практикується у сусідніх країнах, таких як Польща або Румунія, але більшість з них не складають враження безпідставних. Допоки вони не мають необґрунтовано обмежувальний вплив на доступність контрольованих препаратів для медичних цілей, вони відповідають праву на здоров'я.

---

<sup>160</sup> Ліцензії видаються протягом п'яти дні з дня подання заяви з усіма супутніми документами на період п'яти років. Стаття 11 Закону про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори від 15 лютого 1999 року (зі змінами та доповненнями від 22 грудня 2006 року), Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку документів, які мають бути додані до заяви на отримання ліцензії для певних типів господарської діяльності №. 756 від 4 липня 2001 року.

<sup>161</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №356, попередник Наказу №11 чітко стверджував, що ФАПи можуть отримувати опіодні препарати. Це положення не було включено до Наказу №11, й таким чином ФАПи більше не визнаються закладами охорони здоров'я, які можуть отримати ліцензію на роботу з наркотичними засобами.

<sup>162</sup> Стаття 11 Закону про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори від 15 лютого 1999 року (зі змінами та доповненнями від 22 грудня 2006 року), Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку документів, які мають бути додані до заяви на отримання ліцензії для певних типів господарської діяльності №. 756 від 4 липня 2001 року.

Таблиця 7

Вимога	Деталі	Документи, які вимагаються
Кваліфікований персонал	У складі керівництва закладу повинен бути спеціаліст, який отримав відповідні професійні знання. Співробітники з доступом до контрольованих препаратів повинні мати відповідні професійні знання. Ця вимога відрізняється залежно від різних типів закладів охорони здоров'я та аптек, при цьому чим нижче рівень закладу, тим менше вимог.	Затверджені копії документів, що свідчать про кваліфікацію керівництва та співробітників, які будуть допущені до роботи з наркотичними препаратами.
Відсутність протипоказань для персоналу	Персонал, який має доступ до контрольованих препаратів не повинен мати психічних захворювань, пов'язаних зі зловживанням наркотиками або алкоголем; не може бути визнаним таким, що не може працювати з наркотиками; не повинен бути притягнутим у минулому до відповідальності у справах, пов'язаних з нелегальним обігом наркотиків та певними типами інших кримінальних злочинів.	Співробітники повинні щороку отримувати відповідні довідки від державних наркологічних закладів та міліції.
Належні матеріальні умови	Заклади повинні бути обладнаними для надійного та безпечного зберігання та обліку наркотичних засобів.	Міністерство Внутрішніх Справ повинно провести перевірку на місці та видати дозвіл, який засвідчує, що приміщення задовольняють вимогам.
Належні санітарні умови	Приміщення повинні задовольняти вимогам санітарних норм та процедур України щодо зберігання наркотичних засобів.	Висновок санітарно-епідемічної служби.
Юридична особа	Заклад охорони здоров'я повинен бути юридичною особою	

Але вимоги щодо приміщень для зберігання (див. таблицю 8) є надзвичайно проблематичними.<sup>163</sup> Найбільш помітними у практичному розрізі для сільських закладів охорони здоров'я та аптек є вимоги щодо окремої кімнати для зберігання цих препаратів — багато з цих закладів не мають зайвих приміщень — та потреба в обладнанні сигналізацією. В той час, як не існує легальної вимоги про приєднання цієї сигналізації до місцевого відділення міліції, лікарі у декількох сільських лікарнях казали, що ця вимога використовується на практиці, та що щомісячні платежі за таку систему, які один лікар визначив як 1400 грн. (175 дол. США), є завищеними для багатьох закладів.

**Таблиця 8**

Вимоги до приміщень, які використовуються для роботи з наркотичними засобами		
	Лікарні, аптеки	Амбулаторії
Розташування місця зберігання		Повинна бути окрема кімната, розташована у «капітальній будівлі»
Стіни	Стіни повинні бути еквівалентними за міцністю цегляним стінам товщиною не менше 500 мм	Немає окремих вимог для стін кімнати
Підлога та стеля	підлога і стеля мають бути еквівалентні за міцністю залізобетонній плиті товщиною не менше 180 мм; стіни, стельове покриття, підлога, які не відповідають указаним вимогам, з внутрішнього боку по всій площі повинні бути укріплені сталевими ґратами з діаметром прутів не менше 10 мм та розмірами вічок не більше 150x150 мм. Ґрати приварюються до випущених з кладки стіни чи плит, покритих анкерами діаметром не менше 12 мм, кроком 500x500 мм. Якщо неможливо вмонтувати анкери, то допускається пристрілювати до залізобетонних поверхонь чотирма дюбелями закладні деталі із сталеві штаби розміром 100x50x6 мм;	Немає окремих вимог для стелі/підлоги кімнати

<sup>163</sup> Наказ Міністерства Внутрішніх Справ №216 від 15 травня 2009 року щодо «Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин»; Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №11 від 21 січня 2010 року.

Вхідні двері	Вхідні двері сховищ повинні бути справні, добре підігнані під дверну коробку, металеві або дерев'яні повнотілі, товщиною не менше 40 мм, мати не менше двох врізаних несамозамикальних замків.	Вхідні двері сховищ повинні бути справні, добре підігнані під дверну коробку, металеві або дерев'яні повнотілі, товщиною не менше 40 мм, мати не менше двох врізаних не самозамикальних замків.
Вікна	Віконні отвори приміщень з внутрішнього боку чи між рамами повинні бути обладнані металевими ґратами. Допускається використання декоративних ґрат чи жалюзі, які за міцністю не повинні поступатися зазначеним вище ґратам.	Віконні отвори приміщень з внутрішнього боку чи між рамами повинні бути обладнані металевими ґратами. Допускається використання декоративних ґрат чи жалюзі, які за міцністю не повинні поступатися зазначеним вище ґратам.
Шафа для зберігання	Немає окремих вимог.	Окрема кімната в капітальній будівлі має бути обладнана сейфами або металевими шафами, прикріпленими до підлоги (стіни)
Сигналізація	Приміщення повинне бути обладнане охоронною сигналізацією, яка захищає периметр потенційні шляхи проникнення: вікна, двері, люки, вентиляційні канали, теплові вводи, та інші елементи будівель, доступні для проникнення із зовні; Двері блокуються на відкривання і пролом. Вікна захищаються сигналізацією на відкривання і руйнування скла Некапітальні стіни, стелі, місця вводу комунікацій - на пролом. Капітальні стіни, вентиляційні коробки - на руйнування та ударну дію з виведенням сигналу "тривога" в чергове відділення органів внутрішніх справ.	Приміщення повинно бути обладнано засобами автономної сигналізації, що захищають внутрішні об'єми і площі приміщень, сейфи (металеві шафи), що використовуються для зберігання, з виведенням сигналу "тривога" на пульти централізованого спостереження або місцеві звукові та світлові сигналізатори.
Інші вимоги	Приміщення, сейфи та металеві шафи: - повинні замикатися після закінчення операцій з наркотичними засобами; - наприкінці робочого дня опечатуватися та здаватися під охорону.	Приміщення, сейфи та металеві шафи: - повинні замикатися після закінчення операцій з наркотичними засобами; - наприкінці робочого дня опечатуватися та здаватися під охорону.

Ці вимоги є головною причиною обмеженої наявності опіоїдних знеболювальних засобів у сільських закладах охорони здоров'я, про яку йдеться у розділі II. Медичні працівники в усіх центральних районних лікарнях, які ми відвідали, казали нам наскільки складними є ці вимоги для сільських закладів та аптек. Головний лікар у районі 3, наприклад, сказав:

Зараз ми платимо 1400 гривень [близько 175 дол. США] на місяць за [охоронну сигналізацію] один заклад. [У цьому районі у нас] 12 *амбулаторій*, а також центральна районна лікарня. Можете порахувати [вартість, якщо б усі заклади мали би ліцензії на роботу з наркотичними засобами]... це просто нераціонально.<sup>164</sup>

Для обладнання кімнати, стіни мають бути певного розміру, всі ці типи ґрат, сейф прилаштований [до підлоги], двері укріплені, та охоронна сигналізація. Знаєте, ми могли би побудувати додаткові стіни належної товщини, змінити ґрати, якщо огорожа є невідповідною. Але встановлювати охоронну сигналізацію заради трьох ампул та під'єднувати її до [міліцейського] відділку...

Ми маємо процедури, які не роблять відмінностей, чи це ФАП, які обсяги будуть зберігатися ... Ось якими товстими повинні бути стіни. Ось якими товстими повинні бути ґрати. Але це нісенітниця вважати, що хтось намагатиметься залізти до амбулаторії, розпиляти ґрати, відкрити сейф, дістати три ампули.... Але у нас один закон на все. Незалежно від того, чи це є центральна районна лікарня чи ФАП.<sup>165</sup>

---

<sup>164</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>165</sup> Ibid.



Вимоги до приміщень для зберігання препаратів переслідують легітимну мету – запобігання крадіжці контрольованих речовин за медичними каналами. Але вони мають такий обмежувальний вплив на наявність цих препаратів, що не врівноважують потребу у наявності з боротьбою проти нелегального обігу наркотиків. У цьому сенсі вони не відповідають праву на здоров'я та принципу рівноваги, задекларованого у конвенціях ООН щодо наркотичних засобів. Україні слід негайно внести зміни та доповнення до цих вимог.

### *Процедури призначення*

Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року містить дві прості вимоги щодо відпуску опіоїдних анальгетиків пацієнтам: вони повинні відпускатися за медичним призначенням (рецептом), й відпуск має документуватися. Конвенція дозволяє Урядам накладати додаткові вимоги «якщо вважатиме за потрібне або необхідне», наприклад, вимагати оформлення рецептів на офіційних бланках, наданих державою або уповноваженими професійними асоціаціями.<sup>166</sup> Проте, як зауважує ВООЗ, «потрібно аби це право постійно знаходилося у рівновазі з обов'язком забезпечувати наявність опіоїдів для медичних цілей».<sup>167</sup> При цьому Експертний Комітет ВООЗ з питань полегшення онкологічного болю та допомоги, спрямованої на активну підтримку, зауважив, що особливі вимоги виписування рецепту в декількох примірниках «зазвичай зменшують призначення відповідних препаратів на 50 відсотків або більше».<sup>168</sup>

Порядок обігу наркотичних засобів в Україні передбачає одну з найбільш складних та обтяжливих процедур призначення опіоїдних анальгетиків у світі. (Див. Діаграму X) У той час, як у більшості країн лікар із відповідною кваліфікацією може незалежно призначати морфін на період, який він/вона вважають за потрібне, лікарі в Україні можуть робити це на строк до трьох діб. Будь-яке призначення, яке перевищує цей термін, вимагає рішення «Комісії по доцільності призначення наркотичних засобів», яка складається з трьох

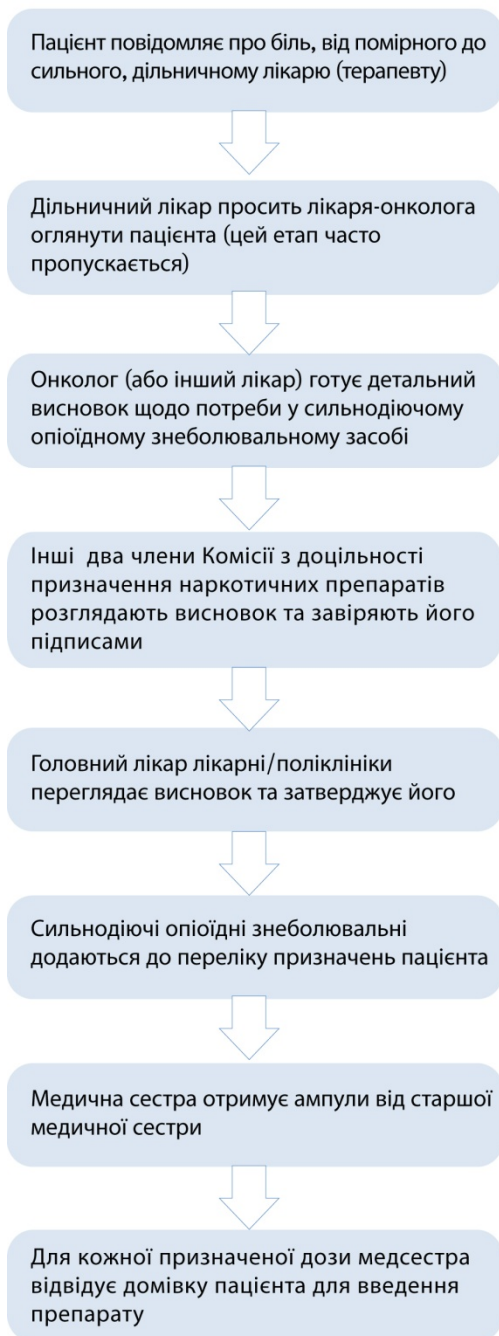
---

<sup>166</sup> Єдина Конвенція про Наркотичні Засоби 1961 року, стаття 30(2bii).

<sup>167</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., с. 9.

<sup>168</sup> Ibid.

## Призначення сильнодіючих опіоїдних знеболювальних засобів



лікарів закладу. Лікар, який веде пацієнта, повинен підготувати письмовий висновок стосовно потреби в опіоїдних анальгетиках, на підставі якого комісія приймає рішення. Якщо комісія вирішує, що опіоїди призначені вірно, керівник або заступник керівника закладу охорони здоров'я повинен затвердити рішення комісії перед тим, як препарати можуть бути надані пацієнтові.<sup>169</sup> Для будь-яких змін у дозуванні препарату, комісію слід збирати знову.

Медичні працівники, з якими ми розмовляли, послідовно розповідали нам, що підготовка документів для призначення морфіну в стаціонарі та строк, більше ніж три доби є тривалим процесом, який забирає у будь-якому разі від 30 хвилин до двох годин. Хоча більшість казали, що це не відохочує їх від призначення препарату, лікар у поліклініці у Харкові заявив, що у той час, як він дотримувався суворих правил, «до певної міри, пацієнти таки страждають від цієї суворості».<sup>170</sup> Виходячи з даних цього дослідження, Х'юман Райтс Вотч вважає, що складність процедури призначення створює перешкоду до вчасного початку лікування пацієнтів, що мають больовий синдром за допомогою морфіну.

<sup>169</sup> Міністерство Охорони Здоров'я, Наказ №11 від 21 січня 2010 року п. 3.8; та Наказ №360 Міністерства Охорони Здоров'я від 19 липня 2005 року.

<sup>170</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем поліклініки у Харкові, 13 квітня 2010 року.

Процедури призначення препаратів в Україні можуть переслідувати легітимну мету – запобігання крадіжці та нелегальному використанню контрольованих препаратів – але вони є надмірно обтяжливими та призводять до непрактичного використання обмежених медичних ресурсів. З медичної точки зору, залучення чотирьох лікарів до процесу призначення опіоїдних анальгетиків є недоцільним. У більшості пацієнтів лікування больового синдрому, спричиненого раком не є надзвичайно складним – не більше ніж у випадках багатьох інших проблем зі здоров'ям у пацієнтів з діагнозом рак, стосовно яких онкологи в Україні мають право приймати рішення особисто. Насправді, у більшості країн є стандартною практикою, коли лікар самостійно приймає рішення стосовно призначення опіоїдних анальгетиків. Дослідження Х'юман Райтс Вотч про перешкоди на шляху паліативної допомоги у сорока країнах у світі виявило, що тільки у двох країнах, з тих, де було проведено дослідження, Росії та Україні, існує вимога стосовно залучення декількох лікарів аби призначити морфін.<sup>171</sup> З точки зору наркоконтролю, процедура призначення також є надзвичайно обтяжливою. Звичайно, Х'юман Райтс Вотч відомо про заяви щодо корупції у галузі охорони здоров'я в Україні, але корупції можна запобігати й з використанням менш обтяжливих процедур.

Коли лікарі виписують рецепти, за якими аптеки надають ліки, лікарі повинні заповнити особливий бланк рецепту, відомий під назвою «рожевої форми».<sup>172</sup> Ці форми мають бути підписані та містити відбиток особистої печатки лікаря, який призначив препарат, а також печатку закладу охорони здоров'я, їх також мають підписати головний лікар медичного закладу або його заступник – начальник медичної частини. Рецепт є дійсним протягом п'яти діб з дня виписки (звичайні рецепти дійсні протягом 30 діб). За одним рецептом може бути призначено максимум 20 ампул морфіну. (див. також Аптеки та опіоїдні знеболювальні).

---

<sup>171</sup> Результати цього дослідження буде опубліковано у звіті Х'юман Райтс Вотч про стан паліативної допомоги у світі незабаром

<sup>172</sup> Міністерство Охорони Здоров'я, Наказ №11 від 21 січня 2010 року п. 2.11.2.

## *Процедури відпуску*

Процедури обігу наркотичних засобів в Україні вимагають введення пацієнту ін'єкційних форм опіоїдних знеболювальних із лікарняного запасу безпосередньо медичним працівником, навіть якщо пацієнт знаходиться вдома.<sup>173</sup> Ця вимога є найбільш проблематичним положенням у Порядку обігу наркотичних засобів України.

Використання медсестер для безпосереднього введення морфіну може дозволити системі охорони здоров'я дуже ретельно відслідковувати використання препарату та запобігати його використанню не за призначенням, але жодне положення у конвенціях ООН про наркотичні засоби не вимагає такого рівня контролю. Ця система заважає надавати якісну медичну допомогу, призводить до суттєвих страждань пацієнтів й, відтак, не відповідає вимогам конвенцій про наркотичні засоби та праву на здоров'я.

Такий рівень контролю є також і непотрібним. Усі країни Євросоюзу, а також сусіди України дозволяють пацієнтам забирати додому запаси морфіну та інших сильнодіючих опіоїдів.<sup>174</sup> Для обмеженої кількості випадків, коли дійсно існує небезпека зловживання, лікарі, які роблять призначення та медсестри, які застосовують препарати несуть відповідальність за здійснення заходів, покликаних мінімізувати цю небезпеку; вони повинні ретельно відслідковувати стан пацієнта та швидко діяти у випадку, якщо з'являється підозра у використанні препаратів не за призначенням (наприклад, див. вкладку "Лікування пацієнтів з болем, які мають досвід споживання нелегальних наркотиків", с. 54).<sup>175</sup>

---

<sup>173</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я № 11, 2010 рік, п. 3.11.

<sup>174</sup> Наявність Формуляру та регуляторних бар'єрів щодо доступності опіоїдів для онкологічного болю у Європі: звіт Європейського Товариства Медичної Онкології/Європейської Асоціації Паліативної Допомоги за програмою Полісі Ініціатива щодо опіоїдів, N. I. Cherny, J. Baselga, F. de Conno and L. Radbruch, *Annals of Oncology* Volume 21, Issue 3 Pp. 615-626.; Дослідження Х'юман Райтс Вотч щодо бар'єрів на шляху паліативної допомоги, незабаром буде опубліковано.

<sup>175</sup> У Сполучених Штатах, Федерація Медичних Рад Штатів розробила Настанови щодо лікування болю, які окреслюють сфери відповідальності лікарів стосовно надання знеболення та запобігання нецільовому використанню опіоїдних препаратів. До них, зокрема, належать ретельна оцінка пацієнтів, періодичні перегляди плану лікування, ведення точних та повних записів та виконання процедур обігу контрольованих речовин. Див: <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/domestic/model.htm> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

Деякі лікарі, з якими ми розмовляли, заявили, що, на їх думку, контролюючи заходи є надмірними. Онколог у районі 3, наприклад, заявив:

[Рівень] контролю є необґрунтованим. Він є чисто теоретичним [що люди почнуть продавати морфін]. Він є далеким від практики. Пацієнти, яких ми маємо, справді його потребують. Вся родина це бачить. Вони роблять все [що можуть] для полегшення стану пацієнта. Відтак, чому вони мають його продавати? Ті, хто мав справу з цим серед власних рідних, не буде його продавати. Коли бачиш, як страждає ваш родич – не будеш його сам вживати [або продавати його].<sup>176</sup>

Медичні працівники з центральної районної лікарні у районі 4, яка дотримується вимог про безпосереднє введення препарату медичними працівниками та надає пацієнтам триденний запас морфіну для самостійного використання вдома, розповіли нам, що протягом численних років, коли ін'єкційний морфін надавався пацієнтам або їхнім рідним для використання вдома, не було жодних ознак нецільового використання препарату. Вони повідомили, що члени родини пацієнтів сумлінно повертали порожні ампули морфіну до лікарні, коли вони забирали свою наступну дозу запас. У тих рідких випадках, коли родичі розбивали ампулу, медичні працівники казали, що вони мають повернути уламки.<sup>177</sup>

З медичної точки зору, ця вимога є також непотрібною. Пацієнти в Україні та усюди за кордоном у звичайному порядку самі вводять собі інші ін'єкційні препарати, такі як, наприклад, інсулін. Не існує підстав, чому, за умови належного навчання з боку медичних працівників, рідні не можуть робити те ж саме з морфіном, особливо, якщо він водиться підшкірно. Насправді, українські процедури дозволяють пацієнтам застосовувати ін'єкційний морфін самостійно, якщо вони придбають його у аптеці за рецептом. Але, як зазначалося вище, дуже мало лікарів в Україні виписують такі рецепти.

---

<sup>176</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з районним онкологом у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>177</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД зі старшою медсестрою центральної районної лікарні у районі 4, 21 квітня 2010 року

## Облік

Відповідно до Єдиної Конвенції про наркотичні засоби 1961 року, Уряди повинні вимагати від лікарень та інших закладів, які працюють з опіюїдними препаратами вести «записи, які демонструватимуть обсяги...кожного окремого придбання та використання наркотиків».<sup>178</sup> Ці записи повинні зберігатися протягом не менше двох років. Конвенція не уточнює, якими саме повинні бути ці записи, але авторитетний коментар стверджує, що «дозволяється будь-яка звичайна форма фіксування ділової інформації у впорядкований спосіб, не тільки у журналах, але також у картотеках».<sup>179</sup>

В Україні медичні працівники документують майже дослівно кожен окремий рух кожної окремої ампули морфіну. Медичні сестри показували нам стоси журналів, у яких вони мають робити записи для вражаючої кількості операцій: той факт, що морфін було призначено, не просто зазначається в історії хвороби пацієнта, але також вноситься до особливого журналу реєстрації опіюїдних препаратів; старша сестра ставить підпис у журналі в аптеці, коли вона забирає добовий запас ампул морфіну для власного відділення; медсестра, яка безпосередньо вводить морфін, ставить підпис у журналі, коли забирає ампули, ставить підпис у другому журналі – показати, що вона ввела вміст ампули, а потім ставить підпис у третьому журналі, коли повертає порожні ампули старшій медсестрі.<sup>180</sup> Нарешті, раз на десять днів Комісія зі знищення порожніх ампул, яка складається з трьох представників персоналу лікарні, у тому числі головного лікаря, або його заступника, перераховують та знищують порожні ампули, а також підписують акт, який підтверджує скільки ампул було знищено.<sup>181</sup>

---

<sup>178</sup> Єдина Конвенція про Наркотичні Засоби 1961 року, стаття 34(2).

<sup>179</sup> Див: <http://www.drugtext.org/library/legal/treat/commentary/default.htm> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>180</sup> Стаття 34 Закону про Наркотичні Засоби, психотропні Речовини та Прекурсори; Розділ 16 та Додаток 5 до Постанови № 589 від 3 червня 2009 року Кабінету Міністрів стосовно «Порядку здійснення діяльності, яка стосується обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів»; та параграфи 3.13 та 3.14 Наказу Міністерства Охорони Здоров'я №11 від 21 січня 2010 року.

<sup>181</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я №11 від 21 січня 2010 року, параграфи 1.10 and 1.11.

Медичні працівники, особливо медичні сестри, відповідальні за ведення різноманітних журналів, розповіли нам, що вони сприймають всі ці процедури ведення записів дуже серйозно. Для багатьох вони виявилися джерелом тривоги. Декілька медсестер розповіли нам, що вони регулярно перераховують усі ампули, боячись що можуть бути розбіжності. Інші розповіли нам, що будь-які незначні помилки у записах можуть призвести до значних проблем у випадку перевірки. Декілька медичних працівників у різних регіонах згадали проблеми, які вони матимуть, якщо серійний номер на ампулі буде випадково витерто. Як вони повідомили, у цьому випадку неможливо документально засвідчити, що порожня ампула була тією є самою, як й та, яку списали. Онколог у районі 4 зауважив:

Перед тим, як медична сестра набере морфін до шприца, вона повинна її продезінфікувати. Але алкоголь знищує блакитний серійний номер ... Ті хто не знає, мають великі проблеми. Як тільки люди узнають про це, вони знають що робити [аби уникнути видалення номеру].<sup>182</sup>

Співробітники центральної районної лікарні, яка видає пацієнтам триденний запас на дім, розповіли Х'юман Райтс Вотч, що вони окремо дають вказівки рідним пацієнта бути обережними аби не стерти серійний номер на ампулах: «Ми попереджаємо пацієнтів бути обережними».

У той час, як Єдина Конвенція дозволяє країнам вирішувати, яку систему ведення записів використовувати, українська система виглядає такою, що марнує й без того мізерні ресурси системи охорони здоров'я (див. Вкладку, с. 72) та, вірогідно, сприяє небажанню призначати опіодні знеболювальні, з огляду на великі витрати часу, медичних працівників та страх того, що можливі помилки у лабіринті вимог до ведення обліку можуть призвести до розслідування та можливої адміністративної або навіть кримінальної відповідальності. Питання, наскільки ця складна система обліку

---

<sup>182</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Рівненського відділення Всеукраїнської Мережі Людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з заступником головного лікаря центральної районної лікарні у районі 4, 21 квітня 2010 року.

насправді сприяє досягненню своєї мети – запобіганню нецільовому використанню – залишається спірним. Українському Урядові слід вивчити перспективу запровадження простішої системи ведення записів, яка не заважає якісній медичній практиці та не витрачає марно ресурси.

### *Перевірки*

Відповідно до законодавства України, величезна група державних структур має право влаштовувати перевірки у закладах охорони здоров'я, які використовують опіоїдні препарати. Державний Комітет по контролю за наркотиками, структура, яка видає ліцензії, проводить як регулярні, так й позапланові перевірки.<sup>183</sup> Прокуратура та управління МВС можуть проводити перевірки, якщо вони отримують інформацію про можливе нецільове використання контрольованих препаратів. Міністерство Охорони Здоров'я, фармацевтичний комітет та інші різноманітні структури також проводять перевірки закладів охорони здоров'я стосовно використання опіоїдних знеболювальних.

---

<sup>183</sup> Наказ Державного Комітету по контролю за наркотиками, затверджений Постановою Кабінету Міністрів №676 від 28 липня 2010 року; Розділ 45 Наказу про Здійснення діяльності, яка стосується обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів та контролю їхнього обігу затверджена Постановою Кабінету Міністрів №589 від 3 липня 2009 року



## Марнування ресурсів у бідній на ресурси системі охорони здоров'я

Відсутність належного фінансування є головною проблемою української системи охорони здоров'я. Заробітні платні медичних працівників є низькими; будівлі лікарень та поліклінік часто потребують ремонту; а пацієнти змушені платити за ліки та інші медичні послуги, які мали б бути безкоштовними. Але при цьому, як демонструє звіт, Україна витрачає значні ресурси, як грошові так і людські, на виконання процедур роботи з опіоїдними знеболювальними, деякі з яких є непотрібними, з медичної точки зору, а інші сумнівно корисними у якості заходів, спрямованих на контроль обігу наркотичних засобів.

Як відзначалося раніше, безпосереднє введення морфіну пацієнтам медичними працівниками вдома не є необхідним з медичної точки зору та перешкоджає якісній медичній практиці. Але воно вимагає залучення значних ресурсів. Головний лікар у міській поліклініці розповів нам, що його клініка тримає у штаті чотирьох медсестер та чотирьох водіїв, а також утримує два автомобілі з єдиним призначенням – доставляти знеболювальні пацієнтам. Медсестра того ж закладу розповіла:

У нас є спеціальне авто, яке не робить нічого окрім того, що доставляє наркотики. У нас є окрема кімната для медсестер, кімната відпочинку. Там є крісло та сейф. Вони не можуть залишати клініку протягом усього дня, оскільки може виникнути потреба у доставці. У восьмій, заступає нова зміна, ключі та документи передаються від однієї медсестри до наступної.

У день наших відвідин медсестра повідомила, що сімом пацієнтам, що отримують опіоїдні знеболювальні, потрібні уколи о 6:00, 7:00, 9:00, 12:00, 18:00, 20:00, 22:00, 23:00 та опівночі. Ця робота забирає у медсестер увесь день. Якщо сім пацієнтів отримували по два уколи щодня, загальний результат роботи двох медсестер та двох водіїв був би чотирнадцять ін'єкцій.

У багатьох місцях, до процесу введення ін'єкцій морфіну у пацієнта, який знаходиться вдома, залучені бригади швидкої допомоги, що відбирає у них час від обслуговування термінових викликів, у чому полягає їх головна діяльність. Наприклад, у районі з, бригади швидкої обслуговують весь район, доставляючи та роблячи ін'єкції морфіну. Є багато днів, коли потрібно здійснити від шести до дванадцяти поїздок, часто у віддалені місцевості, тільки для того аби ввести морфін.

Але ця система також відбирає час у лікарів, які призначають опіоїдні препарати та у медсестер, відповідальних за ведення обліку. Як вже згадувалося, за оцінками лікарів, оформлення документів для одного призначення морфіну забирає від 30 хвилин до 2 годин. Головна медсестра в одній центральній районній лікарні розповіла нам, що у неї кожного дня забирає приблизно дві години роздати ампули з морфіном, отримати порожні, внести записи та отримати новий запас в аптеці.

Деякі медичні працівники, з якими ми проводили інтерв'ю, заявили, що у них не було перевірок вже декілька років, але інші скаржилися, що регулярність таких перевірок створювала значене навантаження на співробітників. Вони також висловлювали суттєві побоювання стосовно цих перевірок. Наприклад, головний лікар у районі 3 сказав, що у його лікарні відбулися декілька перевірок різними державними структурами стосовно використання опіюїдних знеболювальних протягом останнього року, у тому числі Державним Комітетом по контролю за наркотиками, обласним управлінням охорони здоров'я, фармакологічною інспекцією, прокуратурою, Службою Безпеки України та Міністерством Внутрішніх Справ. Він поскаржився на видиму відсутність будь-якої координації між цими різними службами:

Вони приходять та кажуть: «Ваша черга. Ми давно вже у вас не були». [Я кажу:] «Але всі інші щойно були». [Вони кажуть:] «Були? Добре, покажіть нам документи».<sup>184</sup>

Онколог у поліклініці у Харкові, у якій відбулися численні перевірки протягом останнього року, повідомив Х'юман Райтс Вотч:

Ми боїмося. Якщо десь не туди поставимо кому, у нас буде море проблем. Дякувати Богові, у нашій лікарні не було таких ситуацій, коли хтось продавав наркотики [нелегально] або не призначав належним чином. Ми дуже суворі стосовно цього. Можуть бути механічні помилки, адміністративні помилки; у таких випадках існує адміністративна відповідальність. Але ми обережні. Ми знаємо систему. Ми вчимо молодих лікарів.<sup>185</sup>

---

<sup>184</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч та Інституту Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем центральної районної лікарні у районі 3, 14 квітня 2010 року.

<sup>185</sup> Інтерв'ю, проведене Х'юман Райтс Вотч та Інститутом Правових Досліджень та Стратегій з головним лікарем у поліклініці у Харкові 13 квітня 2010 року.

Перевірки закладів охорони здоров'я, які працюють з опіоїдними знеболювальними, є нормальною функцією контролю з боку держави. Проте, державні структури повинні забезпечити проведення цих перевірок на розумній основі таким чином, аби мінімізувати їхній вплив на процес надання медичної допомоги та доступ до неї. Будь-які можливі покарання за порушення процедур повинні бути пропорційними та не впливати на доступ до знеболювальних з боку пацієнтів.

### *Кримінальні покарання за порушення у роботі з опіоїдним лікарськими засобами*

Відповідно до Єдиної Конвенції 1961 року від країн вимагається визнати навмисне розповсюдження контрольованих речовин у порушення Конвенції злочином, який передбачає покарання.<sup>186</sup> Іншими словами, медичний працівник, який навмисно забезпечив іншу особу морфіном для немедичного використання, повинен бути притягнутий до кримінальної відповідальності. Конвенції, однак, не вимагають кримінальної відповідальності для ненавмисних порушень правил обігу опіоїдних засобів. Х'юман Райтс Вотч вважає, що ненавмисні помилки в обігу таких препаратів не повинні становити кримінальний злочин, та, що ті діяння, які не становлять кримінальної халатності, повинні розглядатися в рамках адміністративної чи дисциплінарної відповідальності.

Проте, стаття стосовно порушень правил обігу контрольованих речовин у Кримінальному Кодексі України не робить відмінностей поміж навмисними та ненавмисними порушеннями та не бере до уваги детальний розгляд обставин порушення. Вона передбачає покарання у вигляді позбавлення волі на термін до трьох років, обмеження волі на термін до чотирьох років або штраф у розмірі п'ятдесяти мінімальних доходів громадян за порушення «правил зберігання, обліку, відпуску, розподілу, торгівлі, використання наркотичних засобів, психотропних речовин».<sup>187</sup> Це

---

<sup>186</sup> Єдина Конвенція про Наркотичні Засоби 1961 року, стаття 36(1а).

<sup>187</sup> Стаття 320(1) Кримінального Кодексу України. Вона також накладає заборону займатися певними видами діяльності на період до трьох років. і самі дії, якщо вони спричинили нестачу наркотичних засобів, психотропних

означає, що медичні сестри, які здійснюють ненавмисні помилки у записах та лікарі або медсестри, які надають пацієнтам певну кількість морфіну для використання вдома або залишають заповнені шприци з морфіном у домішках пацієнтів xxx можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності.

Пошук у реєстрі судових рішень України виявив декілька кримінальних справ за відносно незначні порушення правил обігу наркотичних засобів, які не призвели до нецільового використання або зловживання опіоїдними анальгетиками. Наприклад, у січні 2007 року у Доброводах Збараського району на Західній Україні суд визнав винним головного лікаря амбулаторії за неналежний облік використання наркотичних засобів та зберігання без наявності ліцензії двох ампул Трамадолу. Йому було призначено покарання у вигляді штрафу у розмірі 680 гривень (приблизно 85 дол. США).<sup>188</sup> У 2007 році суд в Одеській області, у південній Україні, визнав хірурга винним у неналежному веденні історій хвороби та призначень опіоїдів для п'яти пацієнтів, наклав штраф у розмірі 510 гривень (64 дол. США) та усунув його з посади на рік.<sup>189</sup>

У квітні 2010 року Великобелозерський районний суд у Запорізькій області у Східній Україні визнав акушерку винною відносно порушення правил зберігання та перевезення наркотичних засобів. Акушерка загубила сумку, у якій вона перевозила запас омнопону на 7 діб (21 ампулу), який перевищував триденний ліміт. Суд наклав штраф у розмірі 510 гривень (64 дол. США).<sup>190</sup> Х'юман Райтс Вотч вважає, що застосування кримінального права у подібних випадках може вважатися непропорційним до тієї шкоди, яка була завдана через будь-які порушення правил, навіть якщо накладені покарання є відносно

---

речовин, їх аналогів чи прекурсорів у великих розмірах, або призвели до викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів чи прекурсорів або заволодіння ними шляхом шахрайства чи зловживання службовою особою своїм службовим становищем, - караються штрафом до сімдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або позбавленням волі на строк від трьох до п'яти років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років (Кримінальний Кодекс України, стаття 320, частина 2).

<sup>188</sup> Див: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/4003114> (переглянуто 18 березня 2011 року).

<sup>189</sup> Див: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/444550> (переглянуто 18 березня 2011 року).

<sup>190</sup> Див: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/11466588> (переглянуто 18 березня 2011 року).

легкими, й таке застосування може сприяти утворенню атмосфери страху навколо призначення опіодних лікарських засобів. Український Уряд повинен переглянути ці правила, таким чином, аби ненавмисні порушення правил не становили кримінального злочину.

Справа у грудні 2007 року проти заступника головного лікаря Кам'янсько-Дніпровської центральної районної лікарні у східній Україні ілюструє потребу у регуляторній реформі в Україні. У цій справі лікар замовляла наркотичні препарати з районної аптеки, не дивлячись на те, що у лікарні не було ліцензії на роботу з наркотичними засобами та приміщень, які задовольняли вимогам зберігання наркотичних засобів. Сторона обвинувачення звинуватила її у тому, що лікарня та її підрозділи нелегально закуповували та зберігали морфін, омнопон та фентаніл період між 2001 та 2004 роками, але не використання будь-якого з цих препаратів не за медичним призначенням. У свій захист лікар висловила думку, що спочатку вона не знала про вимогу придбання окремої ліцензії на роботу з наркотичними засобами та що, коли вона дізналася про ці правила, вона почала здійснювати кроки для виконання вимог для ліцензування. Вона заявила, що продовжувала замовляти лікарські засоби, оскільки «відмова у [наркотичних] препаратах пацієнтам уявляла собою загрозу життю та здоров'ю пацієнтів», що в свою чергу порушує б статтю Конституції України. Суд відкинув аргументи захисту, та оголосив приговор, наклавши штраф в обсязі 850 гривень (106 дол. США) та усунувши її з посади терміном на рік.<sup>191</sup>

### **Роль фармацевтичної компанії «Здоров'я народу»**

Фармацевтична компанія «Здоров'я народу» є єдиною компанією в Україні, яка постачає морфін. Відтак, вона відіграє ключову роль у забезпеченні пацієнтів з больовим синдромом доступом до належного лікування. На жаль, вона включила цілу низку сумнівних положень до інформаційного вкладишу про продукт, який компанія розповсюджує разом з ампулами морфіну, які вона виробляє, у тому числі рекомендацію

---

<sup>191</sup> Див: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/5166603> (переглянуто 18 березня 2011 року).

про дуже низьку максимальну добову дозу, про що йдеться у Розділі III. Х'юман Райтс Вотч безуспішно намагався зустрітися з представниками компанії для обговорення цих питань. Письмовий запит із проханням про пояснення залишився без відповіді.

Подібно до інших ліків, ампули морфіну надходять разом із вкладишем, який пояснює показання, протипоказання та побічні ефекти. На жаль, вкладиш до ампул морфіну містить цілу низку фактично невірних застережень, які сприяють поганій якості медичної допомоги для пацієнтів, у тому числі:

- **Рекомендація щодо максимальної дози морфіну.** Інформаційний листок-вкладиш стверджує: «Максимальна доза для дорослих шляхом підшкірної ін'єкції: одноразово – 2 мл (20 мг морфіну), на 24 години – 5 мл (50 мг морфіну).» Настанови ВООЗ стверджують, що не існує максимальної добової дози для морфіну.
- **Попередження про наркозалежність.** Вкладиш стверджує, що «у випадку повторюваного використання морфіну швидко виникає психологічна та фізична залежність (протягом 2-14 діб з початку лікування)». Насправді, у пацієнтів не розвивається психологічна залежність від морфіну, коли вони приймають його відповідно до призначення лікаря. У них, справді, з часом розвивається толерантність та фізична залежність, яку ВООЗ називає «нормальною фармакологічною реакцією».<sup>192</sup> Це означає, що лікування за допомогою морфіну не слід різко переривати, навіть якщо пацієнт більше не відчуває болі; замість цього, слід поступово зменшувати дозу морфіну для мінімізації ризику виникнення синдрому абстиненції (відміни), допоки лікування не буде закінчено.

Ця неточна інформація ще більше укорінює хибні уявлення про можливий ризик виникнення залежності від морфіну.

---

<sup>192</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., р. 16.

Збільшуючи вплив помилкової інформації у вкладиші, Міністерство Охорони Здоров'я включило текст зі вкладишу до авторитетного довідника щодо фармацевтичних засобів, таким чином схвалюючи його зміст.<sup>193</sup>

## **Роль МККН та Управління ООН з наркотиків і злочинності**

Міжнародний Комітет по контролю за наркотиками (МККН), незалежний та квазі-судовий міжнародний орган, має повноваження відслідковувати виконання Єдиної Конвенції про наркотичні засоби 1961 року та інших конвенцій ООН, що стосуються наркотиків. Ці повноваження вимагають проведення моніторингу зусиль Урядів у виконанні положень конвенцій, які стосуються запобіганню нелегальному використанню контрольованих речовин, а також зусиль, спрямованих на забезпечення належної наявності цих речовин для медичних та наукових цілей. Проте, складається враження, що протягом останніх 10 років МККН відслідковував зусилля України, присвячені боротьбі проти незаконного обігу наркотиків значно пильніше ніж діяльність, спрямовану на забезпечення наявності контрольованих препаратів.

МККН відвідав Україну у 2008 році для вивчення виконання нею конвенцій ООН щодо наркотичних засобів. В той час, як представники МККН казали, що для них є стандартною практикою піднімати питання наявності сильнодіючих опіоїдних знеболювальних під час візитів до країн, у матеріалі для преси, опублікованому після візиту йдеться, що було обговорено низку питань стосовно нелегальних наркотиків, але нічого не згадується про дискусії стосовно наявності контрольованих препаратів.<sup>194</sup>

Пошук, здійснений в останніх десяти річних звітах МККН віднайшов загалом 46 згадок про Україну. Сорок три стосувалися нелегальних наркотиків та боротьби з наркотиками, й тільки дві стосувалися контрольованих наркотичних засобів. (Остання згадка про Україну не стосувалася жодних із цих тем). У власному річному звіті за 2008 рік МККН

---

<sup>193</sup> Міністерство Охорони Здоров'я, Державний Формуляр Фармацевтичних Речовин та забезпечення їхньої доступності, 28 січня 2010 року. Доступно на: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100128\\_59.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100128_59.html) (переглянуто 26 лютого 2011 року).

<sup>194</sup> Див: <http://www.incb.org/incb/activities.html> (переглянуто 23 лютого 2011 року).

схвалив новий Закон України про боротьбу з наркозалежністю, який підсилив контроль легальних наркотичних засобів, але не відзначив низький рівень споживання морфіну Україною, проблеми, спричиненої надто суворими процедурами наркоконтролю, та не зробив жодного посилання на зобов'язання за угодами про те, що заходи щодо контролю за наркотиками повинні бути збалансовані та забезпечувати належну наявність легальних наркотичних засобів для медичних та наукових цілей.<sup>195</sup>

У березні 2011 року у листі до Х'юман Райтс Вотч МККН стверджував, що він піднімав питання стосовно медичної наявності наркотичних засобів під час візиту до України у 2008 році. МККН заявив, що вважає рівень споживання опіоїдних знеболювальних неадекватним ситуації, та що «питання адекватної наявності продовжує залишатися важливою темою у діалозі між Комітетом та Урядом України».<sup>196</sup>

Управління ООН з наркотиків і злочинності (УООНЗ) має сферу повноважень «допомагати Країнам-Членам в їхній боротьбі проти нелегальних наркотиків, злочинності та тероризму».<sup>197</sup> Його діяльність містить наступні компоненти: надання допомоги у розбудові потенціалу країн-членів у боротьбі з нелегальним обігом наркотиків, злочинністю та тероризмом; проведення досліджень та аналітичної роботи для збільшення доказової бази для законодавства та оперативних рішень; а також допомога у розробці відповідних законів та процедур. Хоча Управління ООН з наркотиків і злочинності виконує значну кількість програм спрямованих на профілактику ВІЛ серед споживачів наркотиків, у тому числі в Україні, воно робить небагато у сприянні розробки процедур та законів про обіг наркотичних засобів, які запроваджують розумний баланс між забезпеченням наявності медичних засобів та запобіганням їхнього нецільового використання.<sup>198</sup> Останнім часом ця ситуація почала

---

<sup>195</sup> МККН, Звіт МККН за 2008 рік, ID number, <http://www.incb.org/incb/annual-report-2008.html> (переглянуто 24 лютого 2011 року), параграф 702.

<sup>196</sup> Лист від Джонатана Лукаса, секретаря Міжнародного комітету по контролю за наркотиками до Джозефа Амона, Х'юман Райтс Вотч, 16 березня 2011 року.

<sup>197</sup> Див.: <http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html?ref=menutop> (переглянуто 24 лютого 2011 року).

<sup>198</sup> Насправді, власні модельні закони про обіг наркотичних засобів УООНЗ не мають у якості основи принципу балансу. Див.: the 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; the Model Regulation Establishing an



змінюватися. У березні 2011 року Управління ООН з наркотиків і злочинності презентувало звіт для Комісії з Наркотичних Засобів щодо наявності опіюїдних знеболювальних. Воно також детально висвітлило це питання у Всесвітньому Звіті з Наркотиків за 2009 рік. Але дотепер у власній діяльності УООНЗ в Україні не звертала окремої уваги на сприяння тому, аби процедури обігу наркотичних засобів забезпечували належну наявність контрольованих препаратів для медичного використання.

---

Interministerial Commission for the Coordination of Drug Control; and the Model Drug Abuse Bill, <http://www.unodc.org/unodc/en/legaltools/Model.html> (переглянуто 24 січня 2009 року); детальний аналіз положень про контрольовані препарати у модельних законах та процедурах можна знайти у звіті Групи з вивчення Політики та Болю (січень 2009 року), під назвою “Do International Model Drug Control Laws Provide for Drug Availability?” УООНЗ визнав цю проблему та планує внести необхідні зміни до власних модельних законів.

## V. Аналіз з точки зору прав людини

### Національне законодавство

Конституція України гарантує безкоштовну медичну допомогу у державних інституціях.<sup>199</sup> Економічні негаразди України після отримання незалежності у 1991 році та, як наслідок, скорочення державних прибутків призвели до значного падіння державних витрат на охорону здоров'я. Скорочення бюджету, у свою чергу, змусило державні заклади охорони здоров'я стягувати офіційну платню за послуги системи охорони громадського здоров'я, іноді під виглядом «благодійних пожертв» або «добровільних відшкодувань витрат». Не є чимось незвичайним, коли заклади охорони здоров'я вимагають також «неформальні внески від користувачів» у якості умови отримання послуг.<sup>200</sup>

У 2002 році Конституційний Суд України виніс рішення про те, що медична допомога у державних та комунальних закладах повинна надаватися «без попереднього, поточного чи наступного розрахунку», але передбачив, що платня може стягуватися за деякі види медичних послуг, які знаходяться поза межами охорони здоров'я. Деякі категорії населення, які вважаються соціально вразливими (такі як інваліди, діти до шести років та пенсіонери, як отримують мінімальну пенсію) виключені з числа тих, хто має платити внески або вони можуть отримувати ліки за зниженими цінами або безкоштовно або інші послуги.<sup>201</sup>

---

<sup>199</sup> Конституція України, стаття 49 ("Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.").

<sup>200</sup> Valeria Lekhan et al., *Health Care Systems in Transition. Ukraine*, p. 41. Див. також: USAID, "Corruption Assessment: Ukraine Final Report," 10 лютого 2006 року, <http://ukraine.usaid.gov/lib/evaluations/AntiCorruption.pdf> (переглянуто 14 березня 2011 року); Markovska, Anna, Isaeva, Anna, "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> (переглянуто 14 березня 2011 року); та Gorodnichenko, Yuriy, Sabirianova Peter, Klara, "Public Sector Pay and Corruption: measuring Bribery from Micro Data," *Journal of Public Economics*, June 2007, vol. 91(5-6), pages 963-991.

<sup>201</sup> Valeria Lekhan et al., *Health Care Systems in Transition. Ukraine*, p. 34-40.

## Право на здоров'я

Право на здоров'я закріплено у якості одного з фундаментальних прав у цілій низці міжнародних стандартів прав людини. Міжнародний Пакт про Економічні, Соціальні та Культурні Права (МПЕСКП) визначає, що кожен має право на «найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я».<sup>202</sup> Комітет з Економічних, Соціальних та Культурних Прав (КЕСКП), структура уповноважена відслідковувати дотримання Пакту, відзначає, що держави повинні забезпечити наявність у достатній кількості «функціонуючих закладів громадського здоров'я та медичних закладів, товарів та послуг, програм, тощо», а також доступність цих послуг.

Оскільки держави володіють відмінними по кількості ресурсами, міжнародне законодавство не встановлює обов'язкового рівня надання медичної допомоги. Право на здоров'я вважається правом «прогресивної реалізації». Приєднуючись до міжнародних угод, держава погоджується «здійснювати кроки... у використанні максимально можливого обсягу ресурсів» для досягнення повної реалізації права на здоров'я. Іншими словами, країни з високим рівнем доходів загалом повинні надавати послуги на вищому рівні аніж ті, які мають обмежені ресурси. Але від кожної країни очікується, що вона здійснюватиме конкретні та зважені кроки у напрямку збільшення рівня послуг, а регресивні кроки, у багатьох випадках, становитимуть порушення права на здоров'я.

Проте, Комітет з Економічних, Соціальних та Культурних Прав (КЕСКП) відзначає, що існують певні ключові зобов'язання, які є настільки фундаментальними, що країни повинні виконувати їх у будь-якому разі. Стосовно ключових зобов'язань комітет зауважує, що навіть якщо обмеженість ресурсів може виправдовувати тільки часткове виконання деяких аспектів права на здоров'я, «за жодних обставин країна-учасник не може виправдати власне невиконання ключових зобов'язань, які є незворотними».

---

<sup>202</sup> ICESCR, стаття 12.

Комітет визначив, серед інших, наступні ключові зобов'язання:

- Забезпечити право доступу до закладів охорони здоров'я, товарів, послуг на недискримінаційній основі, особливо для вразливих або маргіналізованих груп;
- Забезпечення найнеобхіднішими препаратами, відповідно до переліку ВООЗ;
- Забезпечити справедливий розподіл усіх закладів, товарів та послуг охорони здоров'я; та
- На основі епідеміологічних даних, затвердити загальнонаціональну стратегію та план дій, спрямовані на вирішення проблем зі здоров'ям усього населення.<sup>203</sup>

Комітет включає до переліку зобов'язання забезпечити належне навчання медичних працівників у якості «зобов'язання порівняної пріоритетності».

### *Паліативна допомога та право на здоров'я*

Беручи до уваги, що паліативна допомога є невід'ємною частиною охорони здоров'я, право на здоров'я вимагає від країн здійснення кроків для забезпечення наявності паліативної допомоги, з використанням максимально можливого обсягу наявних ресурсів. Дійсно, Комітет з Економічних, Соціальних та Культурних Прав (КЕСКП) закликає до «уваги та допомоги для осіб з хронічними та невиліковними хворобами, позбавляючи їх від болю, якому можна запобігти та надаючи їм можливість померти з гідністю.»<sup>204</sup> Ціла низка різноманітних державних зобов'язань впливає з цього положення:

- Негативне зобов'язання утриматися від введення в дію законів та нормативно-правових актів або здійснення заходів, які свавільно перешкоджають наданню або розвитку паліативної допомоги;
- Позитивне зобов'язання здійснити необхідні кроки у сприянні розвитку паліативної допомоги; та
- Позитивне зобов'язання здійснити необхідні кроки у забезпеченні інтеграції паліативної допомоги в існуючі послуги охорони здоров'я, як державні так й

---

<sup>203</sup> Комітет ООН з економічних, Соціальних та Культурних Прав, Загальний Коментар №14.

<sup>204</sup> Ibid., параграф 25. Хоча комітет долучив це посилання в абзац стосовно права на здоров'я для літніх людей, його формулювання чітко вказує, що воно стосується усіх осіб з хронічними та невиліковними хворобами.

приватні, шляхом використання регуляторних та інших повноважень, а також грошових потоків.

### *Відсутність перешкод для розвитку паліативної допомоги*

Комітет з Економічних, Соціальних та Культурних Прав обумовлює, що право на здоров'я вимагає від держав утриматися від перешкоджання безпосередньому та опосередкованому користуванню громадянами власного права на здоров'я». <sup>205</sup> Держави не можуть відмовляти або обмежувати у рівному доступі усім особам, вводити в дію дискримінаційні закони та нормативно-правові акти у галузі охорони здоров'я, довільно перешкоджати існуючим службам охорони здоров'я або обмежувати доступ до інформації про здоров'я. <sup>206</sup> Стосовно паліативної допомоги це зобов'язання означає, що держави повинні забезпечити умови, коли, процедури обігу наркотичних засобів не обмежують, без зайвої потреби, а відтак, свавільно, наявності та доступності найнеобхідніших для паліативної допомоги препаратів, таких як морфін та інші опіоїдні знеболювальні. Має бути досягнуто баланс між запобіганням нецільовому використанню та забезпеченням доступності та наявності цих препаратів для легальних медичних цілей.

### *Сприяння розвитку паліативної допомоги*

Право на здоров'я також містить зобов'язання здійснити позитивні заходи, які «надаватимуть можливість та допоможуть окремим особам та громадам використовувати право на здоров'я». <sup>207</sup> Стосовно паліативної допомоги це означає, що держави повинні здійснити необхідні кроки у кожній з трьох сфер, окреслених ВООЗ у якості найбільш необхідних для розвитку паліативної допомоги. <sup>208</sup> Як зазначено у Розділі V, три частини рекомендації ВООЗ щодо розвитку паліативної допомоги чітко відповідають декільком з ключових зобов'язань відповідно до права на здоров'я. Це

---

<sup>205</sup> Ibid., параграф. 33.

<sup>206</sup> Ibid., para. 33.

<sup>207</sup> Ibid., para. 37.

<sup>208</sup> ВООЗ, "Лікування больового синдрому при раку, друге видання, з настановами щодо доступності опіоїдів," 1996 р., (Женева: Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, 1996), с. 3.

означає, що держави не можуть наводити нестачу ресурсів у якості виправдання відсутності заходів у кожній з цих трьох сфер.<sup>209</sup>

### *Забезпечення інтеграції паліативної допомоги до системи послуг охорони здоров'я*

Право на здоров'я вимагає від держав здійснення кроків необхідних для «створення умов, які забезпечать доступ до усіх медичних послуг та медичної уваги у випадку хвороби».<sup>210</sup> Комітет з Економічних, Соціальних та Культурних Прав визначає, що люди мають право користувати «систему охорони здоров'я, яка забезпечує рівність можливостей для осіб у реалізації максимально досяжного рівня здоров'я.»<sup>211</sup> Іншими словами, охорона здоров'я повинна бути досяжною для усіх станів здоров'я, у тому числі у випадках хронічних чи невиліковних захворювань, на рівних підставах. Комітет закликав до інтегрованого підходу у наданні різноманітних видів послуг охорони здоров'я, який містить «профілактичне, спрямоване на одужання, та реабілітаційне лікування».<sup>212</sup>

### **Заборона жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження**

Право на свободу від жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження є фундаментальним правом людини, яке визнається у численних міжнародних та регіональних правозахисних документах.<sup>213</sup> Окрім заборони

---

<sup>209</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para 47.

<sup>210</sup> ICESCR, art. 12 (2).

<sup>211</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para 8.

<sup>212</sup> Ibid., para. 25.

<sup>213</sup> Міжнародний Пакт про Громадянські та Політичні Права, затверджений 16 грудня 1966 року, G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, набув чинності 23 березня 1976 року. Стаття 7 твердить, «Ніхто не може бути підданим катуванням або жорстокому, нелюдському або такому, що принижує людську гідність поводженню або покаранню.» Див. також Загальну Декларацію Прав Людини (UDHR), затверджену 10 грудня 1948 року, G.A. Res. 217A(III), U.N. Doc. A/810 at 71 (1948); Конвенцію проти катувань, та іншого жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження (конвенція проти катувань), затверджена 10 грудня 1984 року, G.A. res. 39/46, annex, 39 U.N. GAOR Supp. (No. 51) at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984), набула чинності 26 червня 1987 року; Міжамериканська конвенція запобігання та покарання за катування, O.A.S. Treaty Series No. 67,

застосування катувань або іншого жорстокого, нелюдського або такого, що принижує людську гідність, поводження або покарання, це право також створює позитивне зобов'язання для держав захищати осіб, які знаходяться під їхньою юрисдикцією, від такого поводження.<sup>214</sup>

У якості частини позитивного зобов'язання, держави повинні здійснити кроки для захисту людей від непотрібного болю, викликаного станом здоров'я. Як відзначив Манфред Новак, спеціальний доповідач ООН з катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження або покарання, у спільному з Ананд Гровером, Спеціальним доповідачем ООН з права на здоров'я, у листі до Комісії з Наркотичних Засобів у грудні 2008 року:

Уряди також несуть зобов'язання щодо захисту людей під їхньою юрисдикцією від нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження. Бездіяльність Урядів щодо здійснення необхідних заходів для забезпечення доступності знеболення, яка залишає мільйони людей страждати без потреби від сильного та, часто, тривалого болю, піднімає питання, чи вони належним чином виконують це зобов'язання.<sup>215</sup>

У звіті до Ради з Прав Людини, Новак пізніше уточнює, що на його думку, як експерта, «відмова де факто у доступі до знеболення, якщо вона спричиняє суворий біль та

---

набула чинності 28 лютого 1987 року; Європейська Конвенція запобігання Катуванням та нелюдському та такому, що принижує людську гідність поводженню (ЄСРТ), підписана 26 листопада 1987 року, E.T.S. 126, набула чинності 1 лютого 1989 року; Африканська [Банжувльська] Хартія з прав людини та народів, затверджена 27 червня 1981 року, OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), набула чинності 21 жовтня 1986 року.

<sup>214</sup> UN Human Rights Committee, General Comment 20, para. 8,

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/6924291970754969c12563edo04c8ae5?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/6924291970754969c12563edo04c8ae5?Opendocument) (переглянуто 29 серпня 2009 року). Див. також рішення Європейського Суду з Прав Людини у справі Z v United Kingdom (2001) 34 EHHR 97.

<sup>215</sup> Спільний лист Манфред Новака, спеціального доповідача ООН з катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження або покарання, та Ананд Гровер, спеціального доповідача ООН з права кожного на досягнення якомога найвищого рівня фізичного та психічного здоров'я, до Комісії з Наркотичних Засобів, Грудень 2008 року. Копію листа можна оглянути за адресою <http://www.ihra.net/Assets/1384/1/SpecialRapporteursLettertoCND012009.pdf> (переглянуто 16 січня 2009 року).

страждання, становить жорстоке, нелюдське та таке, що принижує людську гідність, поводження або покарання.»<sup>216</sup>

Не кожен випадок, коли особа страждає від суворого болю, але не має доступу до належного знеболення, становитиме жорстоке, нелюдське, або таке, що принижує людську гідність, поводження. Х'юман Райтс Вотч вважає, що можна говорити про це за наступних умов:

- Страждання є сильними та досягають мінімального рівня, відповідно до заборони катувань, жорстокого, нелюдського та таке, що принижує людську гідність, поводження або покарання;
- Державі відомо або повинно бути відомо про рівень та обсяг страждань;
- Є в наявності лікування для усунення або зменшення страждань, але при цьому це лікування не було запропоновано ; та
- Держава не має обґрунтованих пояснень неналежній наявності та доступності знеболення на підставі доказової медицини.

У таких випадках, держави можуть бути притягнені до відповідальності за неспроможність забезпечити захист особі від жорстокого, нелюдського або такого, що принижує людську гідність, поводження.

Неспроможність українського уряду здійснити кроки у забезпеченні надання системою охорони здоров'я такого знеболення на підставі доказової медицини, задовольняє вищенаведеним критеріям.

---

<sup>216</sup> Рада з Прав Людини, Звіт Манфред Новака, спеціального доповідача ООН з катувань, жорстокого, нелюдського та такого, що принижує людську гідність, поводження або покарання, A/HRC/10/44, 14 січня 2009 року, <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/103/12/PDF/G0910312.pdf?OpenElement> (переглянуто 4 серпня 2009 року), параграф 72.



## VI. Шлях уперед: Рекомендації для подальшого виконання

### Приклад Грузії

Маючи спільну історію, у якості колишньої частини Радянського Союзу, Грузія мала справу з багатьма перешкодами, про які йдеться у цьому звіті. Подібно до України, у Грузії не було перорального морфіну, лікарі були змушені виписувати рецепти на морфін, який можна було призначати тільки на підставі діагнозу раку, після біопсії. Пацієнти вдома мали змогу отримувати запас морфіну на строк від трьох (міста та районні центри) до п'яти (сільські місцевості) діб. Законодавство у сфері охорони здоров'я мало допомагало у підтримці розробки паліативної допомоги та знеболення.

В останні декілька років грузинська влада активно розпочала процес подолання цих перешкод. У звіті за 2010 рік Міжнародний Комітет по Контролю за Наркотиками схвально оцінив прогрес Грузії (параграф 103, Звіт МККН щодо наявності наркотичних засобів, контрольованих на міжнародному рівні: забезпечення належного доступу для медичних та наукових цілей (E/INCB/2010/1/Supp.1), див: [http://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10\\_Supp\\_E.pdf](http://incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf) (переглянуто 14 березня 2011 року).)

У 2008 році Грузія внесла зміни та доповнення до законів про охорону здоров'я з метою включення паліативної допомоги, забезпечуючи пацієнтів паліативною допомогою на рівних підставах з профілактичною, спрямованою на одужання та реабілітаційною допомогою. Парламент Грузії затвердив національний план дій щодо паліативної допомоги. У 2009 році уряд запровадив для використання пероральний морфін у державній системі охорони здоров'я, який тепер є доступним для амбулаторних хворих, та все більше для стаціонарних хворих.

У 2008 році Грузія внесла зміни та доповнення до процедур обігу наркотичних засобів, видаливши вимогу про виписування сильнодіючих опіоїдних знеболювальних декількома спеціальностями лікарів. У 2010 році процедури обігу наркотичних засобів були ще раз змінені аби дозволити усім лікарям, які отримали відповідні знання (на противагу виключно онкологам), призначати сильнодіючі опіоїдні знеболювальні та видалити вимогу про діагноз, підтверджений біопсією, для таких призначень. Пацієнти та члени їх родин можуть отримувати запас морфіну на сім діб до додому та приймати препарати самостійно.

Грузія також запровадила викладання сучасних методів знеболення в складі навчальних програм для студентів державних медичних ВНЗ. У Тбіліському державному університеті, знеболення є обов'язковою дисципліною у складі навчальної програми; у трьох інших університетах ця дисципліна є факультативною. Викладання знеболення здійснюється в рамках післядипломної медичної освіти в країні. Протягом останніх п'яти років викладання паліативної допомоги стало доступним у якості частини післядипломної медичної освіти.

Не зважаючи на такий прогрес, залишаються значні перешкоди. Недорогий морфін швидкого вивільнення все ще залишається недоступним в Грузії; багатьом лікарям ще потрібно пройти курси з паліативної допомоги; пацієнтам необхідно отримувати морфін за рецептом в спеціалізованих аптеках, які розташовані при поліцейських відділках та відкриті в обмежені часи.

*Листування з Паті Дзоценідзе, медичний факультет Тбіліського Державного Університету, Інститут профілактики раку, відділ проблем болю*

Україна швидко відстає від сусідів у сфері розвитку паліативної допомоги. На її західних кордонах такі країни, як Польща, Угорщина та Румунія, - усі реформували власні процедури обігу наркотичних засобів, запровадили навчання для медичних працівників та розробили системи надання паліативної допомоги, що постійно удосконалюються, добре функціонуючи як у форматі допомоги на дому, так і у спеціалізованих закладах.

На східних кордонах, Грузія та Вірменія також значно просуваються уперед. Грузія, яка нещодавно запровадила пероральний морфін, частково реформувала процедури обігу наркотичних засобів, які мали багато тих самих проблем, що й в Україні. в Грузії затвердили нову загальнонаціональну стратегію паліативної допомоги та розгортають масштабне навчання для медичних працівників з паліативної допомоги. У Вірменії незабаром теж відбудеться запровадження перорального морфіну .

Україні потрібно наслідувати приклад цих сусідів та рухати паліативну допомогу вперед. Потрібно у невідкладному порядку розробити та почати впровадження комплексної

стратегії розвитку паліативної допомоги, яка міститиме конкретні кроки для подолання різноманітних перешкод у законодавчій, нормативній, регуляторній та освітній сферах, які описані у цьому звіті. Уряд повинен використати досвід сусідів та накопичені знання Програми ВООЗ «Доступ до Контрольованих Препаратів», Європейської Асоціації Паліативної Допомоги та інших експертів у галузі паліативної допомоги. Україні слід уважно вивчити досвід Румунії та Грузії стосовно регуляторної реформи; його можна використати у якості потенційних моделей для власних реформ.

Нижче, Х'юман Райтс Вотч наводить дві групи рекомендацій. Перша група розглядає питання, які треба вирішити негайно з огляду на їх, глибоко негативний, вплив на якість надання допомоги. Друга група містить рекомендації, які вимагають певний обсяг часу та не можуть бути виконані миттєво. Разом з тим, ми закликаємо Уряд рухатися далі відповідно до цих рекомендацій, оскільки вони є критично важливими для забезпечення належної наявності паліативної допомоги.

### **Уряду України слід негайно:**

- **Забезпечити наявність перорального морфіну.** Уряд повинен активно залучати компанію «Здоров'я народу» та інші фармацевтичні компанії до розробки та виготовлення перорального морфіну. Державна система охорони здоров'я повинна забезпечити наявність морфіну на всіх рівнях надання медичної допомоги.
- **Скасувати вимогу, за якою ін'єкційний морфін та інші сильнодіючі знеболювальні повинні вводитися пацієнтам вдома медичними працівниками.** У співпраці з лікарями ВООЗ та іншими відповідними експертами передбачити нові стандарти для препаратів, які пацієнти забирають додому для забезпечення постійного запасу знеболювальних. Наприклад, у місцевостях, де функціонує служба, яка доставляє ліки, закладам охорони здоров'я слід дозволити надавати пацієнтам запас препаратів на 7 діб для забезпечення безперервної наявності знеболювальних препаратів, а сільських місцевостях, де доступ до закладів охорони здоров'я, які мають ліцензії на роботу з наркотичними засобами є

складним, закладам слід дозволити забезпечувати пацієнтів запасом принаймні на 14 діб.

- **Змінити вимоги ліцензування для сільських закладів охорони здоров'я.** Вимоги щодо ліцензій на роботу з наркотичними засобами повинні бути такими, аби усі сільські клініки могли би отримати таку ліцензію, у тому числі ФАПі. Зокрема, Уряд повинен розглянути питання, чи є необхідною вимога про окрему кімнату для зберігання наркотичних засобів у сільських закладах, та чи є це відповідним заходом для захисту від нецільового використання, а також чи не можна за допомогою сейфу з відповідними параметрами досягнути подібних результатів. Уряду слід запровадити порядок, коли заклади охорони здоров'я можуть отримати ліцензію, маючи просту світлозвукову сигналізацію, аніж систему із підключенням до міліцейського відділку. Якщо урядове рішення буде залишити існуючі дорого вартісні вимоги до обладнання приміщень, тоді держава повинна надати відповідне бюджетне фінансування для закладів охорони здоров'я.
- **Розповсюдити Протокол знеболення ВООЗ в усіх закладах охорони здоров'я.** Міністерство Охорони Здоров'я повинно заохочувати усіх лікарів виконувати рекомендації Протоколу для оцінки рівня болю та лікування на основі точних фармакологічних принципів.
- **Здійснювати навчання з використання протоколів знеболення без відриву від роботи для лікарів** у всій системі охорони здоров'я.

У співпраці зі всіма дотичними учасниками процесу, у тому числі організаціями громадянського суспільства, Уряду слід здійснити наступні кроки:

### **У галузі законодавства та нормативно-правових актів**

- **Розвивати систему надання паліативної допомоги вдома у пацієнта.** Переглянути структуру штату закладів охорони здоров'я, таким чином, аби хоспіси та інші заклади могли би надавати паліативну допомогу вдома у пацієнтів; надавати кошти хоспісам на розвиток таких послуг; реформувати сучасну систему доставки

сильнодіючих препаратів - відвідування медсестрами пацієнтів на дому, , перетворивши її на систему надання паліативної допомоги.

- **Розробити протоколи надання паліативної допомоги та знеболення.** Міністерство Охорони Здоров'я, медичні вищі навчальні заклади, організації, що надають паліативну допомогу та відповідні громадські організації повинні розробити протокол надання паліативної допомоги та знеболення на базі найкращих міжнародних фармакологічних та практичних даних. Цей клінічний протокол слід широко розповсюджувати серед усіх медичних працівників, й він формуватиме основу навчання медичних працівників у сфері паліативної допомоги та знеболення.
- **Забезпечити інтеграцію паліативної допомоги до стратегій боротьби з різноманітними хворобами.** Загальнонаціональні програми боротьби з ВІЛ/СНІДом та раком, також відповідні стратегії боротьби з іншими хворобами повинні мати потужний паліативний компонент, мати перелік кроків, які треба здійснити для інтеграції паліативної допомоги у ці стратегії, а також забезпечити цільове та, відповідне за обсягами, виділення ресурсів для розвитку паліативної допомоги.

### *У галузі освіти*

- **Запровадити викладання паліативної допомоги у складі навчальних програм для лікарів та середнього медичного персоналу.** Встановити чіткий стандарт освіти у галузі паліативної допомоги та знеболення для забезпечення отримання, принаймні, базових знань у цій дисципліні усіма медичними працівниками. Медичні працівники, які працюють з великими групами пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, повинні отримувати поглиблені знання та закріплювати їх у клінічній практиці.
- **Ввести питання з надання паліативної допомоги у державні іспити при отриманні диплома про вищу освіту лікарів та диплома про освіту медичних сестер.**

- **Запровадити стажування з паліативної допомоги.** Міністерство Охорони Здоров'я повинно запровадити стажування у відділеннях паліативної допомоги для студентів деяких програм післядипломної підготовки, у тому числі з онкології, геріатрії, інфекційних хвороб для забезпечення отримання клінічної практики з паліативної допомоги.
- **Розвивати експертні тренінгові центри.** Міністерство Охорони Здоров'я повинно розвивати тренінгові центри з паліативної допомоги за географічним принципом в Україні, можливо на базі існуючих хоспісів.
- **Розробити навчальні модулі.** Міністерство Охорони Здоров'я повинно перекласти ключові документи з паліативної допомоги на українську мову та розробити навчальні модулі для лікарів, медсестер, соціальних працівників, консультантів та волонтерів у співробітництві з хоспісами, організаціями громадянського суспільства та міжнародними експертами з паліативної медицини.
- **Запровадити післядипломну медичну освіту.** Паліативна допомога та знеболення повинні стати частиною обов'язкових програм післядипломної освіти для усіх лікарів загальної практики, онкологів, спеціалістів з інфекційних хвороб, анестезіологів, геронтологів тощо. Питання про паліативну допомогу та знеболення повинні бути включені до переліку питань іспитів, які складаються лікарями та медсестрами по закінченню цих програм.

### *У сфері наявності наркотичних лікарських засобів*

Використовуючи підручник ВООЗ «Забезпечення балансу у документах, що регулюють обіг контрольованих речовин» у якості механізму для оцінки, Україна повинна здійснити ретельний перегляд власних процедур обігу наркотичних засобів та внести до них зміни та доповнення таким чином, аби вони забезпечували належну наявність сильнодіючих опіодних знеболювальних, водночас мінімізуючи ризики зловживань. Особливу увагу слід звернути на наступні питання:

- **Вимоги щодо ліцензування.** Ці вимоги повинні бути якомога менш обтяжливими, водночас забезпечуючи захист від можливих зловживань та крадіжок. Уряду слід розглянути можливість використання надійного сейфу,

який, може цілком надійно захистити невеликі обсяги опіоїдних препаратів, які вони, ймовірно, зберігатимуть у сільських лікарнях.

- **Ліки для використання вдома.** У багатьох країнах у світі є стандартною практикою надавати пацієнтам запас морфіну для використання вдома на строк від двох тижнів до одного місяця.
- **Процедури обліку** повинні бути спрощені для мінімізації марного витрачання обмежених ресурсів.
- **Кількість підписів для одного рецепту має бути скорочена.** Лікарі у більшості країнах можуть приймати самостійні рішення щодо призначень опіоїдних препаратів.

### Для компанії «Здоров'я народу»

- **Змінити інформацію у вкладиші для ін'єкційного морфіну** для узгодження її з існуючими фактичними даними. Рекомендацію про максимальну добову дозу та неточну інформацію про ризик виникнення психологічної залежності слід усунути, оскільки вони суперечать міжнародним стандартам.
- **Розпочати виробництво перорального морфіну.** Пероральний морфін можна запровадити в обіг шляхом процедури так званого біовейверу, коли для введення в обіг не потрібні клінічні випробування або інші коштовні процедури.<sup>217</sup> Морфін є у переліку життєво-необхідних препаратів України та переліку препаратів, які можуть закуповуватися за бюджетні кошти – без уточнення його лікарської форми — відтак, пероральний морфін можна розповсюджувати у державній системі охорони здоров'я.<sup>218</sup>

---

<sup>217</sup> Інтерв'ю Х'юман Райтс Вотч з Ольгою Баулею, фармацевтичний комітет Міністерства Охорони Здоров'я, 21 жовтня 2010 року.

<sup>218</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів №333 від 25 березня 2009 року.

## До міжнародної спільноти

### *До Міжнародного Комітету з контролю за наркотиками*

- Постійно повідомляти інформацію у власному річному звіті про наявність контрольованих речовин для медичних та наукових цілей у країнах, у тому числі про конкретні перешкоди, які заважають належній наявності.
- Висловити стурбованість щодо проблем з наявністю опіоїдних знеболювальних, про які йдеться у даному звіті, у якості наступних кроків після візиту МККН до України у 2008 році. Зокрема, МККН слід зробити інформаційний запит до Уряду, які кроки він здійснив для забезпечення належної наявності контрольованих речовин для медичних та наукових цілей та про перешкоди, які ще залишаються. Інформацію з цієї переписки слід включити до наступних річних звітів.
- Встановити постійний контакт з провідними діячами у сфері паліативної допомоги аби забезпечити отримання МККН інформації про перешкоди на шляху до доступності опіоїдів безпосередньо від медичних установ та працівників.
- Запропонувати технічну підтримку Україні щодо перегляду та внесення доповнень та змін до сучасного порядку обігу наркотичних речовин.

### *До Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я та Управління ООН з наркотиків та злочинності*

- Поставити перед Україною питання стосовно проблем з наявністю та доступністю контрольованих медичних засобів, про які йдеться у даному звіті.
- Заохочувати Уряд використовувати методіку ВООЗ для оцінювання законів та нормативно-правових актів, які регулюють обіг наркотичних засобів для подальшого перегляду процедур та запропонувати для цього технічну підтримку.
- Програмі ВООЗ «Доступ до контрольованих медичних засобів» слід запропонувати технічну допомогу уряду України стосовно реформування регуляторної системи по відношенню до наркотичних засобів та освітніх перешкод.
- Заохочувати Уряд виконати резолюцію 53/4 Комісії з наркотичних засобів.



### *До Європейського Союзу*

- Підняти питання стосовно обмеженої наявності паліативної допомоги та знеболення в Україні у якості частини структурованого правозахисного діалогу та інших відповідних двосторонніх та багатосторонніх діалогів з урядом України, у тому числі у контексті процесу підготовки Угоди про Асоціацію, який триває наразі. Забезпечення належної наявності паліативної допомоги та знеболення мають бути присутніми серед орієнтирів, окреслених для України.
- Запропонувати фінансову та технічну підтримку Уряду України, спрямовану на перегляд та внесення змін і доповнень до порядку обігу наркотичних лікарських засобів, розробку законів та нормативно-правових документів у галузі паліативної допомоги, а також запровадження викладання паліативної допомоги для медичних працівників. Розглянути можливість залучення партнерів програми АТОМЕ (Доступ до опіоїдних медичних засобів у Європі), яку фінансує ЄС до цієї допомоги.<sup>219</sup>
- Запропонувати фінансову та технічну допомогу для розробки українських клінічних протоколів з паліативної допомоги та знеболення.

### *До Ради Європи*

Рада Європи рекомендує власним країнам-членам забезпечити наявність паліативної допомоги.<sup>220</sup> Проте, її рекомендації дотепер достатнім чином не стосувалися тих значних проблем, які існують у країнах-членах Ради Європи стосовно наявності опіоїдних медичних засобів. Для виправлення цього недоліку:

---

<sup>219</sup> Для перегляду опису проекту АТОМЕ, див: <http://www.atome-project.eu/project.php> (переглянуто 25 лютого 2011 року).

<sup>220</sup> Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Adopted 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) (переглянуто 25 лютого 2011 року); Рекомендація 1418 (1999) про захист прав людини, гідності невиліковно хворих та помираючих осіб, схвалено 25 червня 1999 року, <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/errec1418.htm> (переглянуто 24 лютого 2011 року); та Парламентська Асамблея Ради Європи, Комітет з соціальних, медичних та сімейних питань, "Palliative care: a model for innovative health and social policies", Doc. 11758, 4 листопада 2008 року, <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doco8/EDOC11758.pdf> (переглянуто 25 лютого 2011 року).

- Комісару з прав людини слід включити до обсягу власної роботи питання доступу до препаратів для знеболення та паліативної допомоги загалом, у тому числі саме в Україні.
- Парламентській Асамблеї Ради Європи слід призначити доповідача, який би розглянув ситуацію з наявністю препаратів для знеболення та відповідних законів у регіоні країн Ради Європи, у тому числі в Україні.
- Комітету Міністрів слід заохочувати усі країни-члени Ради Європи до перегляду процедур обігу медичних наркотичних засобів, використовуючи механізм, розроблений ВООЗ для цієї мети.<sup>221</sup>

*До міжнародних донорів, зокрема Глобального Фонду Боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією, урядів США та ЄС*

- Забезпечити включення паліативної допомоги та знеболення у якості невід'ємної частини будь-яких програм, які фінансуються для надання послуг допомоги та лікування людям, які живуть з ВІЛ/СНІД.
- Вимагати щоб заклади охорони здоров'я, які отримують підтримку, мали ліцензію на роботу з наркотичними засобами, а також підтримували належний запас таких препаратів.
- Надавати фінансову підтримку навчанню медичних працівників у СНІД центрах та громадських центрах здоров'я з основ паліативної допомоги та знеболення.

---

<sup>221</sup> WHO, 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](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html) (переглянуто 29 березня 2011 року).

## Подяки

Дослідницьку роботу у рамках цього звіту здійснив Дідерік Ломан, старший науковий співробітник Відділу охорони здоров'я та прав людини Х'юман Райтс Вотч у співробітництві з: Андрієм Раханським з Інституту правових досліджень та стратегій, м. Харків; Ганною Котенко, Рівненське відділення Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ та Оленою Дружиніною, Київське відділення Мережі. Дідерік Ломан написав звіт. Його переглянули: Джозеф Амон, Директор Відділу охорони здоров'я та прав людини Х'юман Райтс Вотч; Вероніка Сенте Голдстон, Директор з питань правозахисту Відділення Х'юман Райтс Вотч у Європі та Центральній Азії; Айслінг Рейді, старший консультант з правових питань Х'юман Райтс Вотч; а також Даніель Хаас, старший редактор програмного офісу Х'юман Райтс Вотч. Звіт також переглянули Кетлін Фоулі з Центру Раку пам'яті Слоан Кетерінг, доктор Френк Феріс, директор міжнародних програм Інституту Паліативної Медицини хоспісу Сан-Дієго, Ксенія Шаповал та Вікторія Тимошевська, Міжнародний фонд «Відродження», Людмила Андріїшин, керівник хоспісу у м. Івано-Франківськ та Андрій Раханський з Інституту правових досліджень та стратегій.

Алекс Гертнер, колега по роботі у Відділі охорони здоров'я та прав людини Х'юман Райтс Вотч, надав неоціниму підтримку, так само як Марі Мілорава-Келман, Алла Халітова, Олена Баєва, Брукс Боно, Клаудія Stoicescu, усі стажери з Відділу охорони здоров'я та прав людини Х'юман Райтс Вотч. Допомогу при виробництві надали Міньон Ламія, Грейс Чой, Анна Лопріор, Вероніка Матушай та Фіцрой Гепкінс. Сергій Дьома переклав цей звіт на українську, а Ігор Гербіч на російську мову.

Ми глибоко вдячні усім пацієнтам паліативної допомоги та їхнім членам родин в Україні за те, що вони, не дивлячись на боротьбу із важкою хворобою, погодилися взяти участь в інтерв'ю для цього звіту. Ми використаємо ці свідчення та цей звіт для боротьби за кращу якість паліативної допомоги в Україні, таким чином, аби інші особи, у яких виникають хвороби, що загрожують життю – а також біль, асоційований із ними – не

будуть змушені терпіти ті страждання, з якими стикнулися наші пацієнти. Подібну ж подяку ми висловлюємо багатьом лікарям та медичним сестрам, а також урядовим працівникам, які відверто розмовляли з нами про те, що відбувається на практиці у сфері знеболення в Україні. Без них, цей звіт ніколи не був би написаний.

Ми також дякуємо д-ру Томасу Джежановскі, лікарю з паліативної допомоги з Польщі, д-ру Паті Дзоценідзе з Тбіліського Державного Університету, факультет медицини та Інституту профілактики раку та паліативної медицини, кафедра державної політики щодо болю, д-ру Еріку Кракауеру, директору міжнародних програм у Гарвардському Медичному Навчальному Центрі з паліативної допомоги, д-ру Стівену Пассіку з Центру Раку пам'яті Слоан Кетерінг, Павлу Скалі з Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, а також Віктору Сердюку та Ользі Скориній зі Всеукраїнської Ради Прав та Безпеки Пацієнтів за їхню допомогу у підготовці розділів даного звіту.

## Неконтрольований біль

Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини

Кожен рік, у десятків тисяч людей в Україні розвивається сильний хронічний біль, спричинений раком, ВІЛ/СНІД та іншими станами здоров'я. Більшість з них не мають доступу до сильнодіючих знеболюючих засобів, навіть при тому, що морфін – препарат вибору у випадках сильного болю – є ефективним, безпечним та недорогим. Подібно до Влада Жуковського, багато з цих пацієнтів страждають у страшних муках, часто протягом тривалого часу.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я вважає, що «[б]ільшість, якщо не весь цей біль можливо усунути, якщо ми застосуємо існуючі медичні знання та практики». Проте, український уряд робить дуже мало для забезпечення пацієнтів, які страждають від сильного болю, доступом до належного лікування, у тому числі, морфіну. Непотрібні обтяжливі правила та нестача перорального морфіну роблять сильнодіючі знеболювальні недоступними для широких кіл населення. Навіть пацієнти, які можуть отримати доступ до них, страждають, оскільки більшість лікарів не мають достатніх знань у галузі знеболення, а правила обігу наркотичних засобів не дають змоги надавати допомогу на засадах доказової медицини.

Відсутність дій уряду з розв'язання проблем у цій ситуації порушує право на здоров'я та, у деяких випадках, заборону жорстокого, нелюдського або такого, що принижує людську гідність, поводження. Це може завдавати величезних страждань пацієнтам з болем та їх родинам. *Неконтрольований біль: зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги* закликає уряд України здійснити негайні кроки для забезпечення усіх пацієнтів, які страждають від болю, належними медичними послугами.

*Влад Жуковський, хворий на рак, у ліжку.*

© Скотт Енгер та Боб Сача для Інституту Відкритого Суспільства, 2011 рік.

