

Інформаційна кампанія «Знімай рожеві окуляри».

Проблеми надання паліативної допомоги в Україні



13 квітня 2017 р. в Українському кризовому медіа-центрі відбувся прес-брифінг на тему «Знеболення — це право кожного». На ньому доповідачі анонсували початок інформаційної кампанії покращення доступу до адекватного знеболення «Знімай рожеві окуляри». Першою доповідала менеджер програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження» **Ксенія Шаповал**. Вона пояснила суть проблематики надання знеболення в Україні. Радник

коротко розповіла про останні 5 років співпраці з рядом правозахисних організацій з питань забезпечення прав тяжкохворих пацієнтів в Україні. Усі спостерігачі-правозахисники називають першою проблемою, з якою стикається паліативний пацієнт в Україні, — доступ до знеболення. На сьогодні всі правові інструменти для забезпечення тяжкохворих пацієнтів ефективними знеболювальними засобами містить діюча Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 «Про затвердження порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» та прийнятий на її виконання наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 7 серпня 2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я».

Але незважаючи на це, протягом 2016 р. пацієнти ще досі мали доводити своє право на отримання знеболювальної допомоги. Щорічно понад 600 тис. пацієнтів у нашій державі потребують паліативного знеболення, серед яких 17 тис. дітей. У різних областях України різний рівень забезпечення. Найчастіше це залежить не від МОЗ України, а від департаментів обласного і міського рівня та самих практикуючих лікарів. Бо коли є звернення пацієнта про ненадання знеболення, наркотичних анальгетиків, то керівники відомств охорони здоров'я відповідають, що все добре і такої проблеми в регіоні не існує. Доповідач закликала зняти «рожеві окуляри» і визнати наявність проблеми. Вона навила приклад, що у місті Дніпро з одинадцяти закладів первинної медико-санітарної допомоги лише один забезпечує своїх пацієнтів адекватним знеболенням. Лікарі цього центру мають чіткі уявлення про Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений наказом МОЗ України від 25 квітня 2012 р. № 311, про шкалу оцінки болю, про забезпечення права тяжкохворих на паліативне знеболення на пільгових підставах за рахунок місцевого бюджету і використовують правильні схеми знеболення відповідно до дії препарату. Але є випадок, коли пацієнт із хронічним больовим синдромом, аби довести дільничному лікарю право на пільгове знеболення, використав усі правові механізми. Для когорта хворих неонкологічного профілю отримати препарати найважче. На жаль, у місті Києві ситуація з наданням знеболення одна з найгірших в Україні. Чомусь саме тут лікарі все ще керуються застарілими практиками і нормами законодавства. Саме тут найчастіше спостерігається ситуація, коли рішення про призначення сильнодіючих знеболювальних препаратів виноситься на комісію, хоча діючими нормативними документами, за словами доповідача, жодної потреби

у створенні цих комісій не передбачено. Так само у Києві намагаються уникати призначення ін'єкційної форми морфіну, навіть існує думка, що дозволеною є лише таблетована форма. Якраз у Києві пацієнти, які мають право на сильнодіючу форму знеболювальних, можуть зрештою їх не отримати і будуть вимушені купувати ліки за власний рахунок. До речі, вартість препаратів цієї групи в областях України, за словами Олександри Брацюнь, суттєво відрізняється, хоча питання мало би бути врегульоване на державному рівні.



Другий доповідач — директор громадської організації «Інститут правових досліджень та стратегій» **Андрій Роханський** поділився своїми спостереженнями стосовно цього питання. Він зауважив, що якщо спитати будь-якого сімейного лікаря, чи всі ваші пацієнти забезпечені знеболенням, то всі вони відповідатимуть — так, звісно, у нас всі отримують лікування в необхідному обсязі. Звичайно, що ця сама інформація передається в департаменти охорони

здоров'я будь-якого рівня, і створюється рожева, благосна атмосфера, яка усуває проблему з поля зору громадськості. Громадські організації можуть звернутися не лише до головного лікаря клініки, але й до пацієнтів онкодиспансеру, активно відвідувати родини, переконатися на власні очі, що ж в дійсності відбувається? В Україні існує багато пацієнтів із онкологічним захворюванням IV стадії, які до того ж стоять на онкообліку, але районна поліклініка навіть не здогадується про їх існування. Ці люди лікуються, страждають і помирають наодинці з проблемою, навіть не звертаючись до поліклініки, бо вважають: якщо лікарі не можуть забезпечити медичний патронаж, то звичайно ж і не в змозі надати знеболення. Родина хворого вирішує питання самотужки. Наприкінці 2016 р. громадські організації проводили моніторинг стану медичної допомоги і доступу до медичних препаратів безпосередньо на дому у хворих, в обхід медичних закладів. У межах невеликого соціологічного дослідження (близько 100 осіб) охоплено 11 областей України. Яка ж його ціль? За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, навіть пацієнтам із онкологічним захворюванням IV стадії можна майже повністю нівелювати больові симптоми за допомогою ефективного знеболення. У цьому дослідженні від 5 до 14% опитаних констатують, що вони досягли умовного стану життя без болю. Ситуацій, коли взагалі нічого не призначали, було 1–2 серед усіх опитаних, але вони все ж свідчать про невиконання обов'язків медичними працівниками. Препарати потрібно призначити відповідно до клінічних інструкцій, настанов і протоколів, чинних в Україні, але лікарі дуже часто їх не дотримуються, на свій розсуд змінюючи дозування, періодичність використання або застосовують препарати, стосовно яких немає прямих медичних показань, з метою знеболення. Складається враження, що лікарі, які отримали освіту у 80-х роках ХХ ст., діють за принципом «як би чого не вийшло», пропонують призначити знеболення якомога пізніше від моменту появи його реальної потреби. Вирішенням цього та інших питань паліативної допомоги має стати реформа всієї системи охорони здоров'я, коли сімейний лікар буде заінтересований у наданні такої допомоги. Постійне нагадування посадовцям, регіональним департаментам охорони здоров'я і медичній спільноті про необхідність

вирішення питань доступу до паліативної допомоги А. Роханський вважає завданням своєї громадської структури.



Ще один вектор погляду на проблему запропонувала третій доповідач брифінгу, радник в.о. міністра охорони здоров'я України з паліативної допомоги **О. Брацонь**. За її словами, в Україні багато хворих онко- та неонкологічного профілю, які потерпають від хронічного болю і не отримують достатньої допомоги. Лікарі незадовільно супроводжують пацієнтів у такому стані, не розуміючи, що біль необхідно зводити до повної відсутності. Страх у лікарів, які відмовляють пацієнтам у правильному лікуванні у разі наявності болю, є головним мотивом, який виявили за допомогою зв'язків із громадськістю та аналізу скарг в МОЗ України. Страх чи спосіб мислення на свій лад призводить до того, що лікар, побоюючись втратити робоче місце або отримати нехвальну оцінку керівництва, теж не виконує своїх обов'язків щодо призначення знеболення. 86% управлінців галузі надання медичної допомоги первинної ланки послуговуються старими методиками, які не дозволяють пацієнтам отримувати допомогу своєчасно і в повному обсязі. Цьому також сприяв контроль з боку правоохоронних органів. Але завдяки Закону України від 3 листопада 2016 р. № 1728-VIII заклади охорони здоров'я на сьогодні, за словами доповідача, не потерпають від жодних перевірок. Відмова від праці за новими стандартами незрозуміла. Відповідні нормативні акти врегулювали цю сферу як на первинному, так і на вторинному

рівні. МОЗ України продовжує вдосконалення законодавства, за допомогою якого можна покращити ситуацію. Наразі на громадському обговоренні знаходиться протокол про лікування при хронічному болю у дітей — невизнаної проблеми, яку необхідно розкрити і рухатися вперед. Вдосконалення зазнає і Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному болювому синдромі. Дієвим інструментом залишається реагування на скарги пацієнтів щодо неможливості отримання адекватного лікування. МОЗ України покладається на регіональні департаменти охорони здоров'я, які доносять нову нормативну базу до підопічних.

Кампанія «Зніми рожеві окуляри» має привернути увагу широкого кола громадськості. Доповідачі звернулися до лікарів і управлінців із закликком дійсно знімати «рожеві окуляри» нерезальності й дивитись правді у вічі, бо власне з цього починається вирішення проблеми. Кожна людина в Україні має право на знеболення, на лікування, на гідне ставлення і може допомогти «зняти рожеві окуляри» лікарям і тим, хто ними керує. Лікарі зрештою мають отримати від цього власну вигоду. Хворі та члени їх родин можуть діяти за створеним алгоритмом, доступним на сайті фонду «Відродження», або сторінки Facebook «Паліативна допомога», фонду «Соборність», Інституту правових досліджень і стратегій.

У рамках інформаційної кампанії заплановано ряд заходів і презентацій; створено відеоролики, інформаційні плакати для закладів первинної ланки медичної допомоги трьох типів: про права пацієнтів, зразок виписування знеболювальних для сімейного лікаря, що таке паліативна допомога і хто її потребує.

Олександр Гузій,

фото надані Українським кризовим медіа-центром

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Белковая пища может нарушать работу печени



В ходе крупного эпидемиологического исследования ученые из Медицинского центра Эразма Роттердамского (Rotterdam Erasmus Medical Centre), Нидерланды, пришли к выводу, что диета, содержащая большое количество белков животного происхождения, может быть ассоциирована с повышенным риском развития неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) — патологии, при которой в гепатоцитах накапливаются молекулы жира. Результаты данной работы представлены ее авторами на Международном конгрессе по заболеваниям печени (International Liver Congress), который прошел в Амстердаме, Нидерланды. Кроме того, исследователи выяснили, что употребление фруктозы само по себе не представляет столь значимой угрозы для здоровья, как принято полагать.

НАЖБП является серьезной медицинской проблемой, поскольку нарушает работу печени и может привести к развитию цирроза и рака. Данное состояние рассматривается специалистами как жизнеугрожающее, для лечения при данной патологии может потребоваться трансплантация печени. Кроме того, НАЖБП повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, например атеросклероза, и сахарного диабета 2-го типа. Признаки патологии отмечают примерно у 1 млрд жителей планеты, причем 20–30% из них проживают в Северной Америке и странах Западной Европы. НАЖБП — патология, распространенность которой стремительно увеличивается с каждым годом, что делает ее одной из наиболее острых проблем общественного здравоохранения. На ранних стадиях лечение пациентов с этим заболеванием заключается в изменении образа жизни и соблюдении определенной диеты для уменьшения массы тела. Однако в настоящее время специалисты не могут с уверенностью сказать, что данные меры могут способствовать полному восстановлению ткани печени, кроме того, возможно, ключевую роль играет не калорийность рациона, а его состав.

Участниками представленной работы стали 3440 человек (средний возраст — 71 год), у 2400 из которых отмечена избыточная масса тела (индекс массы тела ≥ 25 кг/м²). Их пищевые привычки оценивали с помощью специально разработанного опрос-

ника. По данным ультразвукового исследования ученые определили наличие признаков НАЖБП у 1191 (35%) участника. Они отметили, что наиболее выраженная взаимосвязь между характером питания и риском развития НАЖБП существовала у пациентов с избыточной массой тела. Наибольший вклад в показатель риска вносила доля общего белка и белка животного происхождения. После учета различных метаболических факторов исследователи определили, что значение имеет только количество белков животного происхождения в рационе питания. Кроме того, они отметили, что диета с большим содержанием моно- и дисахаридов снижает вероятность развития НАЖБП. Данная ассоциация не изменяется при учете различных факторов метаболического риска.

Автор работы доктор Луис Альферинк (Louise Alferink) подчеркнул, что здоровый образ жизни является краеугольным камнем лечения при НАЖБП, однако специфические диетологические рекомендации на сегодня отсутствуют. Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о том, что у людей пожилого возраста с избыточной массой тела чрезмерное употребление животных белков может обусловить развитие НАЖБП. Это согласуется с гипотезой, что стиль питания, распространенный в развитых странах, который отличается высокой долей животных протеинов и рафинированных продуктов, может привести к нарушению гомеостаза и изменению метаболизма глюкозы. Не менее интересным, по мнению доктора Л. Альферинка, является вывод о том, что употребление продуктов, содержащих фруктозу, не ассоциировано с развитием НАЖБП, несмотря на существующие рекомендации о необходимости полного исключения этого моносахарида из рациона питания при лечении больных данного профиля. Эти результаты следует интерпретировать с осторожностью, однако, возможно, поступление в организм фруктозы с фруктами и овощами не имеет негативного влияния на состояние здоровья вследствие большого количества антиоксидантов в указанных продуктах.

Birerdinc A., Younossi Z. (2015) Can NASH lipidome provide insight into the pathogenesis of obesity-related non-alcoholic fatty liver disease? *J. Hepatol.*, 62(4): 761.

European Association for the Study of the Liver (2017) Diet high in animal protein is associated with NAFLD in overweight people: Significant associations between macronutrients and non-alcoholic fatty liver disease were found predominantly in overweight individuals. *ScienceDaily*, Apr. 21 (www.sciencedaily.com/releases/2017/04/170421084920.htm).

Юлія Котиківч