

## За крок до евтаназії: держава не забезпечує належного рівня паліативної допомоги невиліковно хворим

*Щороку в Україні та у світі збільшується кількість хворих, які потребують паліативної та хоспісної допомоги. Тому ідея відзначення Всесвітнього дня хоспісної та паліативної допомоги, який припадає щорічно на другу суботу жовтня, полягає в підвищенні інформованості світової громадськості про коло проблем у сфері паліативної та хоспісної допомоги; комплексного усвідомлення медичних, соціальних, практичних і духовних потреб людей із невиліковними захворюваннями та членів їх родин; у створенні умов для висловлення думок стосовно цієї проблеми; сприянні у заснуванні та розвитку благодійних фондів, які матимуть змогу підтримувати і розвивати рух хоспісної та паліативної допомоги у всьому світі. Хоспісом називають спеціалізований медичний заклад, призначений для догляду за невиліковно хворими в кінці їхнього життя. Філософія хоспісу полягає в тому, що це не «будинок смерті», але «будинок життя».*

Організатором численних заходів з нагоди Всесвітнього дня хоспісної та паліативної допомоги є Світовий альянс паліативної допомоги (Worldwide Palliative Care Alliance), до складу якого входить Громадська організація (ГО) «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги». За їх ініціативи цього року, починаючи з 10 жовтня триватиме місячник розвитку паліативної та хоспісної допомоги у місті Києві та Київській області. Низка заходів, присвячена цій події, почалася з вистави «Подорож Аліси до Швейцарії». Постановка стала можливою завдяки спільному проєкту Національного академічного драматичного театру імені Івана Франка та Гете-Інституту (Goethe-Institut) в Україні. Виставу створено за п'єсою Лукаса Берфуса (народився у 1971 р., Швейцарія), сучасного драматурга, прозаїка, театрального діяча, одного із найвідоміших німецькомовних авторів, лауреата численних міжнародних літературних, культурних та мистецьких премій. Головна тема твору — надзвичайно болюче питання евтаназії невиліковно хворих. Чи має суспільство надавати людині право на свідоме припинення життя, яке сповнилося страждань до нестерпності або просто спорожніло? І чи має право лікар на здійснення процедури евтаназії? Як виникає бажання чи покликання виконувати «супровід до смерті»?

Безпосередньо перед виставою у фойє театру відбулася пресконференція з представниками ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» та Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Присутні мали змогу дізнатися про рівень забезпеченості невиліковно хворих сильнішими засобами знеболення, про кадрові проблеми паліативних відділень та, зокрема, про стан паліативної допомоги в Києві.

Варто зазначити, що впродовж останніх десятиліть в Україні відбулося ще більше постаріння населення, зросла захворюваність і смертність, а разом з цим підвищилася потреба у паліативній та хоспісній допомозі. За даними Держкомітету статистики України і Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, останніми роками смертність (за винятком випадків, пов'язаних із зовнішніми причинами) становить близько 600 тис. осіб на рік. Загальна смертність у нашій державі перевищує відповідні показники у країнах Європи приблизно вдвічі. За розрахунками експертів в Україні щороку близько 500 тис. пацієнтів наприкінці життя потребують паліативної та хоспісної допомоги. Разом із членами їх родин виходить близько 2 млн осіб, яким має бути наданий медичний і психологічний супровід. Окремо слід зазначити, що впродовж 2014–2017 рр. кількість інвалідів та інкурабельних хворих збільшилася за рахунок поранених у зоні проведення антитерористичної операції, а також вимушених переселенців із Донецької та Луганської областей. Але найбільш гострою на сьогодні залишається проблема забезпечення невиліковно хворих наркотичними знеболювальними препаратами, які полегшують страждання на фінальних етапах життя, та кадровий голод у відділеннях, що опікуються невиліковно хворими.

Нагадаємо, у 2013 р. Кабінет Міністрів України ухвалив постанову 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», яка юридично суттєво полегшила ситуацію зі знеболенням: дозволила застосовувати таблетований морфін, виписувати рецепт зі строком призначення до 10 днів, отримувати ліки через довірених осіб тощо. Здавалося б, це має зробити знеболення доступнішим, однак проблема не знаходиться виключно у правовому полі. Ми часто чуємо про «аптечну недоступність» сильніючих анальгетиків, дефіцит яких досі відчувається досить гостро. У багатьох областях України налічується не більше 4–10 ліцензованих аптек, які мають право на реалізацію наркотичних знеболювальних препаратів. Тому часто люди навіть за наявності відповідного рецепту змушені їхати за 40–50 км у пошуках аптеки.

За матеріалами, наданими ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», на сьогодні Україна має дуже обмежений перелік знеболювальних препаратів на фармацевтичному ринку. Попри те, що до них додано анальгетики в різних формах — таблетовані, рідкі, пластирі для дітей — однак багато з них іноземного походження. Жорсткі норми контролю за наркотичними препаратами до сьогодні були такими, що завозити і продавати їх було вкрай складно.

На думку заступника голови правління ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» **Володимира Тимошенка**, проблема полягає в тому, що обласні управління охорони здоров'я часто керуються так званою минулорічною потребою. Але досі ставлення до паліативних хворих було стигматизоване, і лікарі неохоче призначали наркотичні засоби знеболення, оскільки повинні були доводити необхідність їх застосування та дотримуватися суворої звітності. Мабуть, тому Україна посідає передостаннє місце в Європі за обсягами споживання знеболювальних препаратів. Згідно з розрахунковими даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна потребує 500 кг наркотичних знеболювальних для забезпечення річної потреби невиліковно хворих. У нашій державі ця потреба визначена на рівні 60 кг. Водночас у 2016 р. поставки наркотичних знеболювальних в Україну становили 46 кг. Загалом забезпеченість знеболювальними засобами в країні становить близько 20%, а 90% власників аптек не бажають реалізовувати знеболювальні препарати та вкладати кошти у створення спеціальних умов зберігання наркотичних засобів. Вочевидь, необхідно відійти від нереалістичних цифр щодо потреби у знеболенні, сформувати реальні квоти і дати можливість людям ку-



пувати потрібні препарати принаймні за власний кошт, наголосив В. Тимошенко.



Голова ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» **Василь Князевич** зазначив: «В Україні досі зміни у підходах до теми паліативної допомоги відбуваються вкрай повільно. Суспільство має розглядати питання «завершення життя з гідністю» серед найголовніших завдань. На жаль, не все вдається зробити силами громадської організації, але ми постійно спонукаємо державу до вирішення проблеми невиліковно хворих. Наша мета — привернути увагу суспільства до теми паліативної допомоги. Так — у країні бідність, агресія, ситуація, в якій досить важко розраховувати на співчуття, але ми все ж сподіваємося знайти відгук і розуміння в серцях людей». Наступного року, за словами В. Князевича, планується вирішити проблему доступу до знеболення, навчити всіх, хто бажає кваліфіковано займатися паліативною допомогою, та заснувати волонтерський рух у системі паліативної та хоспісної допомоги, який би суттєво відрізнявся від традиційного волонтерства.



Заступник голови ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» **Анатолій Царенко** підняв питання кадрового голоду в паліативних відділеннях і хоспісах. Він зазначив, що у медиків відсутні фінансові та психологічні мотиви, аби працювати з невиліковно хворими. «Заробітна плата, тривалість відпустки, пенсійні пільги медиків у хоспісних відділеннях майже такі самі, як у звичайних терапевтичних відділеннях, а навантаження і фізичне, і морально-психологічне — у десятки разів більше. От і звільняються кадри, пропрацювавши 2–3 міс в таких умовах. Курси післядипломної освіти по наданню паліативної допомоги невиліковним хворим практично відсутні (є лише цикли тематичного удосконалення на кафедрі паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України та в Івано-Франківському національному медичному університеті). Спеціалізація з паліативної та хоспісної медицини в Україні відсутня. Крім того, бюджетом не передбачено безкоштовне навчання медсестер, які мають бажання працювати у паліативних відділеннях.



Заступник директора Департаменту охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації **Валентина Гінзбург** зазначила, що керівництво столичної міської держадміністрації поінформовано про стан і проблеми невиліковно хворих. «На превеликий жаль, проблеми дійсно існують, але вони не вирішуються протягом 1–2 міс. Разом з тим, вже почалася спільна робота з профільною кафедрою паліативної та хоспісної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України з навчання медичних працівників. Також створено спільну робочу групу медиків і соціальних працівників, яка має створити програму дій на ближчий час».

Також В. Гінзбург поінформувала про заклади, які забезпечують у столиці паліативну допомогу, та наголосила: «Можливості столичних лікарень різні й умови різні, але є переконання всіх керівників у міськадміністрації щодо необхідності проведення ремонтних робіт у кожній з них. Передбачається, що на базі паліативних відділень лікарень також створюватимуться мобільні бригади. Влітку ми відкрили вже одну таку мобільну бригаду для дітей на базі Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні. До кінця року буде відповідний висновок фахівців Державного підприємства «Укрдержбудекспертиза», отримаємо документи і наступного року зможемо відкрити відділення паліативної допомоги для дітей на 10 ліжок з усіма відповідними умовами».

За даними, наданими ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», станом на 01.10.2017 р. рівень надання паліативної та хоспісної допомоги у Києві залишається незадовільним, а часом гіршим, ніж у багатьох областях та обласних центрах України. Система надання доступної та ефективної паліативної та хоспісної допомоги населенню Києва не створена, попри формування у 2017 р. міжвідомчої робочої групи при Київській міській раді. За статистичними даними смертність у Києві сягає 30 тис. на рік, у тому числі від онкологічних захворювань — біля 5 тис. осіб; інфекції ВІЛ-СНІД — 250 осіб; туберкульозу — 200 осіб. Приблизно 20 тис. осіб потребують паліативної допомоги.

На сьогодні у Києві функціонує три відділення паліативної медицини. У Київському міському клінічному онкологічному центрі нині працюють лікар-ординатор, лікар-психолог, 17 середніх медичних сестер, 24 молодші медичні сестри. Відділення має два структурно-функціональні підрозділи — стаціонар і патронажну службу, яка обслуговує переважно населення Святошинського району столиці. Умови перебування пацієнтів у стаціонарі наближені до домашніх та розраховані на сприятливу психологічну атмосферу — в основному одномісні палати, є умови для спільного перебування родичів. Пацієнтам і членам їх родин надають психологічну та духовну підтримку. На території відділення функціонує храм.

У Миській клінічній лікарні № 2 створено паліативне відділення на 30 ліжок. Денний хоспіс почав працювати завдяки підтримці меценатів і благодійників.

Миська клінічна лікарня № 10 має у своїй структурі паліативне відділення на 70 ліжок. Тут планується створення виїзної служби паліативної допомоги вдома.

Нині на етапі створення знаходиться відділення паліативної допомоги для дітей на базі Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні.

Загалом по місту обслуговують 125 ліжок для паліативних хворих за мінімальної потреби 350–400 ліжок (рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я і МОЗ України стандарт — 10 ліжок на 100 тис. населення). Впродовж року стаціонарну паліативну та хоспісну допомогу в Києві надають приблизно 2000 пацієнтів (за потреби 20 тис.). Паліативні відділення 2-ї і 10-ї Миських клінічних лікарень не відповідають вимогам/стандартам щодо закладів паліативної та хоспісної допомоги (побутові умови незадовільні — палати на 3–4 і більше осіб; перебування пацієнтів понад 2–3 роки мають опікуватися установи соціального захисту, а не закладів охорони здоров'я; відсутні умови для спільного перебування родичів або присутності волонтерів).





Інші форми закладів паліативно-хоспісної допомоги, зокрема хоспіси, лікарні сестринського догляду, медико-соціальні центри, відділення паліативно-хоспісної допомоги в інтернатах та будинках для людей похилого віку, заклади паліативно-хоспісної допомоги для хворих на СНІД, туберкульоз, психічні та інфекційні захворювання тощо в Києві відсутні. Тому на завершення прес-конференції В. Князевич звернувся із закликом до керівництва міста приділити більше уваги стану паліативної та хоспісної допомоги у столиці.

Як зазначено раніше, тема запропонованої вистави — соціальне явище евтаназії. На камерній сцені за допомогою сучасних театральних прийомів глядача ніби помістили поруч із людьми, для яких власне життя стало обтяжливим, і дали змогу вглядітися в тему життя і смерті на чужих, але досить типових прикладах. Головні герої — лікар, який бере на себе роль помічника у безболісному самогубстві, та його пацієнтка — невиліковно хвора жінка — попри сумніви і навіть відчутний спротив їхньої свідомос-

ті, все ж таки здійснюють процедуру евтаназії, залишаючи один одного по різні боки проблеми. Але потім стає зрозумілим, що кожна мить життя не потребує додаткового виправдання в нашому розумінні, а лише є самоцінною. Автор показує, що суспільство чинить різні перепони і засуджує людину, яка пропонує смертедайні послуги клієнтам. Але правда в тому, що лікар сам не може відмовитися від ролі «супровідника до смерті». Його гучні заклики до людей із вимогою визнати необхідність евтаназії і навіть її користь ніби скеровані до німих свідків потойбіччя — його колишніх клієнтів, які мають виправдати власні сумніви лікаря.

Вистава була вибрана організаторами не випадково. Страждання і біль окремих осіб мають знайти розраду без маргінальних рішень, а паліативна допомога — кращий вихід для багатьох невиліковно хворих.

**Олександр Гузія,  
фото Сергія Бека**

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Сердечно-сосудистые заболевания: предложена стратегия профилактики

Сердечно-сосудистые заболевания являются одними из самых распространенных причин смертности людей во всем мире и имеют взаимосвязь со множеством различных патологических состояний организма. В частности, повышенный риск развития инфаркта миокарда эпидемиологически ассоциирован с провоспалительным состоянием, связанным с повышением уровня С-реактивного белка и гомоцистеина. Тем не менее есть веские основания предполагать, что ни С-реактивный белок, ни гомоцистеин не являются медиаторами этого риска, а скорее служат маркерами повышения активности другого агента или агентов, которые являются истинными медиаторами. Поиск таких медиаторов привел к повышенному вниманию в отношении интерлейкина-1 $\beta$ , который в сочетании с интерлейкином-6 усиливает экспрессию С-реактивного белка печенью.

Хотя эффекты интерлейкина-1 $\beta$  в отношении экспрессии белков острой фазы варьируют, он также способствует печеночному синтезу амилоида А в сыворотке крови, еще одного острофазного показателя, который также ассоциирован с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, имеются основания предполагать, что интерлейкин-1 $\beta$  может определенным образом воздействовать на функцию печени, и вследствие этого происходит повышение уровня гомоцистеина. Влияние канакинумаба — иммунодепрессанта, полностью человеческого моноклонального антитела, предотвращающего взаимодействие интерлейкина-1 $\beta$  с его рецепторами, — изучается в аспекте вторичной профилактики развития инфаркта миокарда у пациентов с повышенным уровнем С-реактивного белка во многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании исходов и противовоспалительного эффекта канакинумаба (Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis Outcomes Study — CANTOS).

Это исследование должно предоставить важную информацию о предполагаемой роли интерлейкина-1 $\beta$  в развитии коронарных событий. Экспериментальное исследование уже подтвердило, что канакинумаб может заметно снизить повышенный уровень С-реактивного белка, однако его влияние на уровень гомоцистеина до сих пор не оценивалось. Эффективность высокоинтенсивной терапии статинами в отношении снижения риска развития коронарных событий у пациентов с повышенным уровнем С-реактивного белка, но низким или нормальным уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности, может отражать супрессивное воздействие статинов на активацию интерлейкина-1 $\beta$  через инфламмасомы. Хотя канакинумаб может оказаться важным фармакологическим агентом для пациентов с установленной коронарной патологией, доступность интерлейкин-1 $\beta$ -антагонистических мер, которые являются менее дорогостоящими и более практичными для использования в рамках первичной профилактики атеросклеротических заболеваний, может стать важной частью комплексного терапевтического подхода.

В связи с этим ученые Соединенных Штатов Америки провели изучение методов воздействия на интерлейкин-1 $\beta$  с целью разработ-

ки потенциальной стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты этой работы опубликованы 28 июля 2017 г. в журнале «Open Heart» «Британского медицинского журнала» («BMJ»).

Отмечается, что глутатион, присутствующий в низких миллимолярных концентрациях в большинстве клеток, представляет собой один из главных факторов влияния на процесс окисления, оказывающий протекторный эффект на мембраны клеток, ДНК и белки подверженных окислительному стрессу тканей. N-ацетилцистеин при пероральном применении выступает посредником доставки цистеина и опосредованно повышает уровень глутатиона в тканях, как показано в результатах клинических исследований и в испытаниях на животных моделях. Добавление N-ацетилцистеина в рацион питания может продемонстрировать особую пользу у лиц пожилого возраста, поскольку снижение уровня глутатиона в тканях является характерной чертой старения организма. В исследованиях также показано, что применение N-ацетилцистеина снижает интенсивность интерлейкин-1 $\beta$ -сигнализации в гепатоцитах у крыс.

Как отмечают авторы, если применение N-ацетилцистеина в клинических условиях действительно может антагонизировать сигнализацию интерлейкина-1 $\beta$ , и если С-реактивный белок действительно является маркером активности интерлейкина-1 $\beta$  в печени, то можно ожидать, что применение N-ацетилцистеина будет снижать повышенный уровень С-реактивного белка, и именно об этом свидетельствуют результаты проведенных ранее нескольких исследований, оценивающих пероральное или внутривенное введение N-ацетилцистеина при различных провоспалительных состояниях. Сообщается, что на животных моделях показано, что пероральное введение N-липоевой кислоты повышает уровень глутатиона в миокарде, демонстрируя при этом вышеописанный положительный эффект, а *in vitro* выявлено, что липоевая кислота снижает уровень провоспалительных маркеров и в эндотелиальных клетках.

В заключение ученые акцентируют внимание на том, что в случае подтверждения предположения, что интерлейкин-1 $\beta$  является важным медиатором сердечно-сосудистых заболеваний, следует оценить возможные меры в дополнение к применению канакинумаба для снижения сигнализации и продуцирования интерлейкина-1 $\beta$ . Благоприятное влияние статинов в высоких дозах на состояние здоровья пациентов с повышенным уровнем С-реактивного белка позволяет предположить, что они могут снижать продукцию интерлейкина-1 $\beta$ , и, соответственно, есть основания подозревать, что N-ацетилцистеин, липоевая кислота и некоторые другие фармакологические агенты могут иметь практический потенциал в качестве пероральных средств для контроля активности интерлейкина-1 $\beta$ .

Отметим, что препарат для лечения пациентов с сахарным диабетом снижает риск развития инфаркта миокарда и инсульта (<http://www.umj.com.ua/article/114656>).

**DiNicolantonio J.J., O'Keefe J.H., McCarty M.F.** (2017) Supplemental N-acetylcysteine and other measures that boost intracellular glutathione can down-regulate interleukin-1 $\beta$  signalling: a potential strategy for preventing cardiovascular events? *Open Heart*, 4(2): e000599.

**Олег Мартышин**