

О. Р. Айзберг¹, И. А. Хрущ²

СОПРОТИВЛЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²

Проанализированы основные аргументы противников заместительной терапии опиоидной зависимости метадон и бупренорфином.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, метадон, бупренорфин.

O. R. Aizberg, I. A. Chrusch

RESISTANCE TO THE IMPLEMENTATION OF OPIOID SUBSTITUTION THERAPY

The main arguments of opponents of opioid substitution therapy with methadone and buprenorphine are analyzed.

Key words: opioid dependence, methadone, buprenorphine.

Система помощи наркологическим больным в СССР была рассчитана в основном на пациентов с алкогольной зависимостью, и бурный рост употребления опиатов с середины девяностых годов застал наркологические учреждения врасплох. Были сделаны попытки адаптировать уже существующую систему лечения к больным с героиновой зависимостью, которые, по нашему мнению, потерпели неудачу, так как принципиально ничего не меняли в старых подходах к лечению. Для многих специалистов основной целью лечения пациентов с опиоидной зависимостью является полное воздержание их от наркотиков (т. н. абстинентная парадигма), другие же цели являются для них неприемлемыми. По-видимому, в этом случае имеет место автоматический перенос критериев успеха при лечении алкогольной зависимости (полное воздержание) на опиоидную. При этом не учитывается, что основной целью лечения любого заболевания является продление жизни пациента, улучшение его психического и физического состояния. По удачному выражению швейцарского психиатра D. Meili, «полное воздержание может быть одним из побочных продуктов успешного лечения» [14]. Первичная профилактика употребления наркотиков, не всегда проводимая в адекватных формах, невольно способствовала стигматизации наркозависимых, которую можно сравнить со стигматизацией психически больных в средние века. Заместительная терапия в форме назначения наркозависимым пациентам опиатов использовалась еще в начале 20 века. Современная модификация опиоидной заместительной терапии была предложена в начале 60-х годов Винсентом Доулом и Мэри Нисвандер, которые внедрили в практику заместительной терапии метадон (до этого использовались настойка опиума, морфин и героин). Проведено огромное количество научных исследований в разных странах, которые доказали эффективность метадона и бупренорфина в отношении снижения смертности наркозависимых, улучше-

ния их качества жизни, снижения риска инфицирования парентеральными инфекциями, снижения уровня преступности среди наркозависимых [9, 12, 13, 15]. Метадон и бупренорфин включены в список основных лекарственных веществ ВОЗ, а программы заместительной терапии применяются в 77 странах. В настоящее время на заместительной терапии в мире находится более 1 миллиона пациентов с опиоидной зависимостью. Оппозиция по отношению к заместительной терапии наблюдается среди врачей, психологов, религиозных организаций, сотрудников правоохранительных органов, гораздо реже среди самих больных и их родственников. Очевидно, что и при других хронических психических заболеваниях (шизофрения, аффективные расстройства) пациентам требуется длительное лечение психотропными препаратами, которое часто вызывает побочные явления. Необходимость такого лечения не вызывает сомнений у психиатров и не провоцирует сейчас большого сопротивления со стороны общественности (кроме сторонников антипсихиатрического движения). Побочные действия метадона гораздо менее выражены, чем у антипсихотиков, нормотимиков и антидепрессантов. Тем более удивительно, что оппозиция к заместительной терапии имеет такой стойкий характер именно со стороны профессионалов. Эта ситуация напоминает отношение многих западноевропейских и американских психиатров к терапии нейролептиками в пятидесятые годы, когда считалось, что «настоящее» лечение шизофрении – это психотерапия (или инсулиновые комы), а нейролептики только подавляют симптомы. Известный американский эпидемиолог и специалист в области общественного здравоохранения Д. де Жарле выделяет несколько препятствий к внедрению программ ОЗТ [4]. Одним из них является эйфорофобия – страх удовольствия. Во многих культурах субъективно приятные состояния негативно оцениваются с моральной точки зрения. Пуританская традиция американской культуры может служить

ярким примером уравнивания удовольствия с аморальностью. Важным компонентом этого страха является убежденность в том, что удовольствие будет настолько сильным, что человек не сможет устоять перед соблазном повторять его снова и снова, постепенно превращаясь в раба. Эта традиция ставит под сомнение медицинский характер проблем наркозависимых, рассматривая их проблемы как грех. Программы, направленные на защиту здоровья лиц, употребляющих психоактивные вещества, встречают сильное сопротивление, поскольку воспринимаются как «освобождающие от ответственности» за это пагубное занятие. Другим препятствием является ксенофобия – страх всего чужого или иного. Характерным для постсоветских стран является подчеркнута негативное отношение к нелегальным наркотикам, при достаточно терпимом отношении к алкоголю. С момента появления программ опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в странах бывшего СССР их внедрение наталкивается на сопротивление представителей общественности и ряда профессионалов (врачей, психологов, сотрудников правоохранительных органов, священников и др). Мы проанализируем эти аргументы на примере статьи А. Берестова и Н. Каклюгина «Снижение вреда от опиатов методом заместительной терапии» [1]. Их можно разделить на несколько групп. Первая группа аргументов – это обвинения сторонников заместительной терапии в том, что они подкуплены фармацевтическими фирмами и действуют в их интересах. Подобный аргумент можно применить и к противникам ОЗТ, они могут действовать в интересах частных реабилитационных центров и отделений для купирования синдрома отмены. Ведь большинство из этих структур зарабатывает на лечении больных немалые деньги. Вторая группа аргументов касается неэффективности заместительной терапии. Метадон вошел в список основных лекарственных средств ВОЗ, его эффективность подтверждена не только многочисленными рандомизированными клиническими испытаниями, но и отражена в систематических обзорах с метаанализом. Заместительная терапия является составной частью лечения во всех странах Европы (кроме России), США, Австралии, большинстве азиатских стран (включая Китай, Индию, Иран) и входит в протоколы лечения, утвержденные национальными психиатрическими ассоциациями. Третья группа аргументов касается легитимности ссылок на зарубежную научную литературу. Этот довод напоминает о борьбе с космополитизмом в науке в СССР в 40-е и 50-е годы. Типичным примером такого рода аргументации является пассаж из статьи, где авторы пишут, что «единичные ссылки на исследования каких-то зарубежных исследователей здесь абсолютно неуместны». Но ведь в работах А. Берестова с соавторами, а также других противников ОЗТ представлены именно единичные ссылки, причем даже не на результаты исследований, а просто на личные мнения отдельных российских специалистов. Обычно оппоненты используют в своей аргументации статьи российских наркологов, которые в свою очередь

базируются на зарубежной литературе 60-х и 70-х годов. Типичным признаком такого рода статей является полное отсутствие ссылок на современную зарубежную литературу по лечению опиоидной зависимости. Четвертый аргумент против заместительной терапии – это наличие альтернативных терапевтических программ, ориентированных на полное воздержание. А. Берестов и Н. Каклюгин совершенно справедливо указывают в своей статье. *«Но даже метод групповой психотерапии не может внести каких-либо кардинальных изменений в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым навыкам и занятиям. Это относится в особенности к молодым больным наркоманиями с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться. Для достижения указанных целей необходимо длительное, в течение 1–2 лет, пребывание пациента в иной социальной среде, по сравнению с той, в которой он существовал до этого. При этом на человека должно оказываться глубокое влияние со стороны нового сообщества в целом и позитивных лидеров в частности. Очень полезным является привлечение к работе “бывших” больных алкоголизмом и наркоманиями. Необходимы жесткий распорядок дня и интенсивная трудовая деятельность, приносящая, однако, творческое удовлетворение. Наркологи называют такого рода учреждения реабилитационными центрами».* Реабилитационные центры, где действительно с пациентами занимаются психотерапией, являются редкостью на постсоветском пространстве. В Беларуси успешно работают 4 государственных реабилитационных центра, однако общее количество коек в них недостаточно, если учитывать общее количество нуждающихся в лечении. К сожалению, в условиях дефицита средств и подготовленных специалистов для работы в реабилитационных учреждениях, идея реабилитации в реальности превращается в свою противоположность. Типичным примером псевдореабилитации является деятельность организации «Город без наркотиков». Пятый аргумент авторов – это внедрение в умы читателей аналогии опиоидной зависимости с алкогольной. А. Берестов и Н. Каклюгин утверждают: *«Если провести аналогию с тем же алкоголизмом, то после массивного вечернего возлияния при приеме утром сравнительно небольшого количества, допустим, водки, мысли о продолжении алкоголизации на некоторое время угаснут. Однако вскоре возникнут вновь, что потребует обязательного принятия очередной дозы спиртного. Сколько же можно называть данный подход лечением?!»* Аналогия приема метадона с приемом спиртных напитков не очень корректна. В медицинской литературе мы не найдем указаний на то, что метадон вызывает хронические и тяжелые поражения ЦНС или внутренних органов. Его побочные действия встречаются не чаще, чем побочные действия современных препаратов и значительно реже, чем у большинства антипсихотиков и антидепрессантов. Сведения об этом любой читатель может найти в системе Pubmed, где индексируются статьи почти всех ре-

☆ Краткие сообщения

цензурируемых научных журналов по медицине. Тяжелые соматоневрологические последствия алкогольной зависимости известны даже неспециалистам. На общественное мнение влияют в основном СМИ, в которых предоставляется трибуна только противникам заместительной терапии, а не ее сторонникам. Используя самую разнообразную аргументацию, противники ОЗТ подводят аудиторию к одной мысли – по отношению к больным с опиоидной зависимостью следует применять какие-то другие критерии (научные, этические, медицинские) нежели ко всем остальным пациентам. Таким образом, они выражают не врачебную и научную, а обывательскую точку зрения. Тем самым они «выносят» больных опиоидной зависимостью за рамки действия медицинской этики. Есть противники заместительной терапии и в тех странах, где она применяется давно. В своей речи перед конгрессом США в 1999 году известный политик Джон Маккейн заявил: «Лечение метадонорм кормит наркозависимых долларам налогопла-

тельщиков, это в высшей степени аморально». Другую группу противников ОЗТ представляют адепты антипсихиатрии. Метадон расценивается ими как средство контроля за наркозависимыми со стороны общества, которое при этом не приносит пользу пациентам [10]. Результатом является то, что в глазах общественности поддерживающая терапия смешивается с легализацией наркотиков. В России, несмотря на обращения в органы власти большого количества психиатров с просьбой разрешить применение заместительной терапии, ситуация остается прежней. На наш взгляд, ситуацию могла бы улучшить публикация на русском языке руководства по наркологии, где бы подробно описывались современные методы лечения наркотической зависимости, основанные на научных доказательствах.

С перечнем использованной литературы можно ознакомиться в редакции.

Поступила 14.06.2018 г.