

Замечание на высказывания С.В. Дворяка - психиатра-нарколога /примерно с 50-летним стажем/, кандидата мед. наук, директора, научного консультанта и просто лауреата премии....

Прежде всего хочется поблагодарить г-на Дворяка за фундаментальный подход к таким понятиям как «кризис» и «российская наркология». Под наркологией до сих пор понимается не только система представлений, принятых в стране, но и организация наркологической помощи. Это касается не только наркологии, но и психиатрии. Всегда существовала французская психиатрия, немецкая психиатрия, русская психиатрия /в какой-то период советская\. Отличия состояли даже в классификации психических заболеваний. К счастью /для некоторых, к сожалению/, своеобразие отечественной психиатрии /частью которой является наркология/ полностью не утрачено. Это же касается и других разделов медицины. Конечно, существует и отечественная кардиохирургия /спасибо А.Н. Бакулеву/ и отечественная офтальмология /известно даже, кто стоял у её истоков/ и отечественная реаниматология. Никто не считает, что отечественная медицина-это что-то оторванное от мирового опыта, но даже только организационные моменты придают своеобразие медицине и различным её отделам в каждой стране. Поэтому отечественная наркология-это наркология в России /а не во Франции, Германии и во всех странах, где успел и не успел побывать г-н Дворяк/. Существенные различия характерны для многих отраслей знания. Поэтому существует понятие западно-европейская философия со всеми её ответвлениями. Но это не индийская философия и не китайская философия.

Теперь о кризисе. Кризис в стране, и в наркологии - разные понятия. Об экономическом кризисе в стране свидетельствует спад производства, безработица, инфляция и многое другое. В наркологии кризисом можно было

бы считать прекращение помощи больным алкоголизмом и наркоманиями. Этого не случилось. Количество врачей, другого медицинского персонала вполне достаточно, чтобы оказывать бесплатную медицинскую помощь. Конечно, хотелось бы, чтобы лечение больных наркоманией осуществлялось в соответствии с представлениями отечественных наркологов: не только купирование абстинентного синдрома, но и длительная реабилитация. К сожалению, это трудно осуществимо, но не в связи с неполноценностью отечественной наркологии как науки, а в связи с отсутствием средств для организации центров реабилитации /социальной адаптации/. Частично это преодолевается многочисленными негосударственными организациями. А в науке кризис не просматривается. Нельзя же считать кризисом в наркологии споры о том, как лечить больных. Большое количество больных наркоманией, в том числе зараженных ВИЧ-инфекцией, это следствие проникновения в Россию азиатских наркотиков /в основном, афганских/. Это не проблема наркологии, это государственная проблема, с которой должны справляться не наркологи, а специально созданные для этого службы.

Конечно, существуют разные способы оценки того, как надо лечить, что эффективно, что неэффективно. Однако, в науке не принято для оценки эффективности /неэффективности/ исходить из рекомендаций, игнорирующих чужой опыт. С точки зрения г-н Дворяка, если что-то противоречит практике западных стран, это недостаток. Такая позиция бездоказательна и ущербна. Если в западных источниках средством «лечения» наркоманов называются наркотики, это не значит, что не может существовать иная точка зрения.

Совершенно надуманным и бездоказательным выглядит утверждение, что главный задачей отечественной наркологии является стремление сохранить себя и контроль над опекаемым контингентом. Хочется спросить: а в

западных странах /и некоторых восточных/ целью наркологии является стремление разрушить себя? То, что г-н Дворяк называет контролем над опекаемым контингентом, давно ушло в прошлое /сказывается отрыв г-н Дворяка от России/, теперь лечится тот, кто хочет. Те, кто считают необходимым следовать советам врача, получают лечение. Вряд ли это можно назвать опекой, а лечащихся «опекаемым контингентом». Что касается отсутствия элементарной этики во взаимоотношениях наркологов и пациентов, то, конечно, встречаются и хамы и дураки /некоторые так и не покинули территорию России/. Однако, распространять это на всех врачей-наркологов нельзя /в западных странах за подобное обвинение пришлось бы отвечать в суде/. Коррупция и вымогательство - повседневная российская действительность, именно поэтому нельзя раздавать наркотики пациентам. Однако, нельзя утверждать, не приводя доказательств, что именно наркология больше всего коррумпирована.

Надо сказать и о науке. Неверно, что в России игнорируются принципы доказательности. Достаточно внимательно ознакомиться с публикациями, чтобы увидеть, что большинство исследований строится с учетом принципа рандомизированности, что все результаты статистически обрабатываются. Нельзя считать что то, что не получило одобрения в западных /и некоторых восточных и юго-восточных/ странах, недостоверно. Откуда доказательства, что «кодирование» неэффективно? Кто доказал и каким образом? Почему оно неэффективно, если это внушение в бодрствующем состоянии /как и при всяком внушении, в определенном проценте случаев бесспорный эффект/. Другое дело, что это не единственный способ психотерапии и не всегда применимый. Что касается краниогипотермии, то есть доказательства /и они опубликованы/ ее эффективности при купировании алкогольного абстинентного синдрома /конечно, не в 100 % случаев, как при даче

алкоголя/. Исследования по применению ксенонового наркоза велись на протяжении многих лет, подверглись принятой статистической обработке, по результатам с блеском защищена докторская диссертации в том учреждении, где работает господин Крупицкий, одного которого цитируют западные источники.

Ничего не сказано и о других методиках, разработанных в России, эффективность которых была доказана принятыми в науке способами /например, применение больших дозировок атропина/. Они не применялись в западных странах /в среднеазиатских применялись/.

Необходимо остановиться на «дискриминации» и «дискриминационном учете». В России принято диспансерное обслуживание. На учете состоят не только больные наркологическими заболеваниями, но и больные сифилисом /в кожно-венерологическом диспансере/, туберкулёзом /в противотуберкулёзном диспансере/. Фактически на диспансерном обслуживании находятся больные ревматизмом, диабетом. Неужели все это надо называть дискриминацией. Никакого научного обоснования «дискриминации» никто не предлагал. Сам факт диагностики наркомании /а не ее психопатологическая трактовка/ позволяет лечить больного в диспансере /т.е. учитывать/. Никто не лишает больных наркоманией гражданских прав. Скорее они сами лишают себя этих прав, употребляя наркотики. Все аналогии с теми, кто страдает ожирением, пригодны лишь для ведения спора ради спора. Ограничения необходимы. Конечно, во многом дело вкуса, что предпочесть. Не думаю, что господин Дворяк захочет ехать в машине, за рулем которой накурившийся марихуаны человек или оперироваться у хирурга, который в похмелье с трудом удерживает скальпель. Может быть, чтобы не дискриминировать наркоманов, следует разрешить им владеть огнестрельным оружием, работать на атомных

объектах, обслуживать ракетные установки? Во всех случаях общество будет с помощью законов /и подзаконных актов/ защищаться от лиц, поведение которых плохо предсказуемо, опасно для окружающих. К наркологам это не имеет отношения. Их дело лечить.

Распространенность ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов так высоки в России потому, что в страну ввозится безмерное количество употребляемых внутривенно наркотиков. Почему надо в этом винить наркологов и отечественную наркологию? Незаконный оборот наркотиков наркологами не контролируется. Передозировки от потребления героина также к деятельности наркологов не относятся /многие больные вообще не знакомы с наркологами/. Дезоморфин - изобретение, придуманное для замены героина более дешевым наркотиком. Это тоже не вина наркологов и наркологии.

Нельзя ссылаться на неэффективность того или иного препарата, используя стандартный аргумент - его не применяют в западных странах. Если г-н Дворяк или иной специалист не может доказать неэффективность антипсихотиков при устранении патологического влечения, это не значит, что эффективность отсутствует. Есть целая группа препаратов, которые уменьшают интенсивность патологического влечения. Это разные психофармакологические средства, назначаемые в зависимости от особенностей психического состояния больного наркоманией. Не только галоперидол, но и другие препараты могут быть полезными для смягчения тяжести состояния. В основном, это антипсихотики, но облегчают состояние в зависимости от его особенностей и антидепрессанты и некоторые траквилизаторы /конечно, назначение трицикликов, если не купируется ими абстинентный синдром, осуществляется с известной осторожностью/.

Отличие отечественной наркологии от западной состоит в том, что в России грамотные наркологи не просто используют психофармакологические препараты для лечения больных наркоманией, а делают это с учетом особенностей психического статуса /тревожную депрессию устраняют не так как тоскливую, тоскливую не так, как дисфорическую и т.д./.

Вообще, аргумент типа «Я это не встречал» - не научный аргумент, а деталь биографии того, кто что-то не встречал.

Нет в России ни кризиса наркологии, ни катастрофы наркологии. Реабилитацией в России занимаются многие, но какое бы учреждение этим ни занималось, реабилитацию больных всегда будут осуществлять наркологи, психологи, психотерапевты. Какая разница в каком учреждении они работают? Лишь бы знали свое дело.

Нельзя в дискуссии искажать высказывания оппонентов. Дополнительные койки для больных алкоголизмом будут пустовать не только потому, что больные не хотят лечиться, так как лечение неэффективно. Это извращение высказанной точки зрения и неадекватная трактовка существующих реалий. Больные алкоголизмом потому не обращаются за помощью, что лечение означает отрыв от производства и потерю работы /а в стране пока безработица/. Кроме того, часть больных без критики относится к заболеванию и не считает нужным лечиться. Существует также группа больных, для которых признать себя страдающим алкоголизмом – это полная потеря самоуважения.

Что касается больных наркоманией, то койки может быть и будут заполнены, но сколько их нужно, если в стране несколько миллионов наркоманов? До тех пор пока получение наркотиков осуществляется столь

же легко как покупка буханки хлеба, больные не будут стремиться госпитализироваться /почти каждое стационарирование сейчас вынужденное/.

Выход из тяжелой ситуации не в том чтобы раздавать наркотики под благовидными предложениями, а в том чтобы сделать недоступным получение наркотиков /оборвать незаконный оборот наркотиков/. Для этого надо перекрыть границы для транзита наркотиков. Это очень дорого и трудно, но это единственный реальный выход из непростой ситуации.

А.Г. Гофман