

## **Шесть ответов на шесть «опровержений» М.Л.ЗОБИНА**

1. Ссылка на Руководство /стандарты/ по фармакологическому лечению опиоидной зависимости ничего не доказывает. Речь идет о том, кто дольше живет: человек, получающий легально наркотики, или тот, кто полностью и навсегда от них отказался. Это совсем иная формулировка, чем в ст. 28 Руководства. Если прием метадона /других агонистов/ лучше, чем жизнь без наркотика, может быть рекомендовать прием опиатов и тем, кто их никогда не принимал?

2. Надежды на государственные мероприятия основываются не на несбыточных надеждах, а на том, что было ранее в России. Я полностью согласен с В.В. Путиным, сказавшем в одном интервью /передавалось по каналом ТВ несколько лет тому назад/, что вся проблема с наркотиками может быть решена, если оборвать поступление наркотиков в Россию. Тогда, по мнению президента, это было невозможно сделать только в связи с нехваткой денег /очень дорого надежно перекрыть границу/. Я надеюсь, что скоро деньги для этого найдутся. У меня нет также сомнений, что бесплатная раздача наркотиков обойдется дешевле, но последствия будут ужасными. Если это морализаторские позиции, то как назвать позицию, способствующую распространению наркомании?

3. Хронологические рамки угасания влечения к опиатам основываются на обследовании лиц, не употребляющих наркотики более года. Они не выдуманы. То, что человек, возвращаясь в среду наркоманов, возобновляет прием опиатов, никак не опровергает реальность предлагаемых сроков реабилитации. Конечно, если считать единственно приемлемым способом «лечения» раздачу наркотиков, то и реабилитация не нужна. Все, что написано о прекращении Канторовичем выдачи больным наркотиков, не соответствует действительности. Никого за это в лагеря не направляли и не осуждали. И в 40-ые, и в 50-ые, и в 60-ые годы, даже в 70-ые в России существовали наркоманы, которым выдавались по рецепту наркотики.

Комитет по контролю наркотиков покончил с этой практикой. Это бесспорная заслуга Э.А. Бабаяна. НКВД здесь ни при чем.

4. Спор о наличии или отсутствии критики у больных опишной наркоманией /по крайней мере, у большинства/ просто не имеет смысла. Достаточно проанализировать поведение больных, их аргументацию, чтобы все стало ясно. Только надо иметь дело с больными, а не с инструкциями о том, что такое зависимость. Хорошо бы также задуматься о том, почему курильщики не становятся лживыми, не воруют, не обнаруживают изменений личности. Как можно отрицать фармакологическое действие опиоидов, если для устранения возникших когнитивных нарушений требуется достаточно длительный срок, а изменения личности и сверхценное отношение к потреблению наркотика держатся в течение очень длительного времени?

5. Формулировка закона об оказании психиатрической помощи такова, что закон может быть использован для недобровольной госпитализации. Наркомания входит в перечень психических расстройств /заболеваний/. Опасность для жизни больного – серьезное основание для недобровольной госпитализации. Человек, не страдающий психозом, но пытающийся покончить с собой, может быть госпитализирован без его согласия. Это же относится к больному наркоманией. Просто закон нуждается в усовершенствовании.

6. Грубостью и оскорблениями дискуссии вряд ли стоит вести. Все эти фразы о морализаторском позерстве и профессиональном высокомерии никакого отношения к дискуссии не имеют. Все, что написано о современных средствах, позволяющих больным осуществлять контроль над употреблением алкоголя, к делу не относится. Не хочет больной прекращать пить, не будет принимать тетурам. Не захочет наркоман принимать блокаторы опиатных рецепторов, будет и дальше наркотизироваться. Что так раздражает в сопоставлении подходов к лечению больных опишной наркоманией и алкоголизмом? Может быть, явная абсурдность подхода,

«гуманно» предлагающего алкоголику продолжать пить, но в меньших дозах и более качественные напитки?

### **Ответ В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧУ**

Стоит ли гордиться оплевыванием отечественной наркологии и приписыванием авторам дискуссии того, что они не говорили?

В.Д. Менделевич упорно продолжает «доказывать» вещи, которые доказать невозможно, попутно искажая общеизвестные факты. Это ложь, что не велось открытых научных дискуссий по вопросам, имеющим существенное значение для наркологической практики. В.Д.Менделевичу неоднократно предоставлялась возможность публично отстаивать точку зрения о необходимости «лечить» больных наркоманией наркотиками. Другое дело, что сторонников такого подхода очень немного, что приводились аргументы в пользу недопустимости такой практики в коррумпированной стране, что бесплатная раздача наркотиков не только никого не вылечит, но будет способствовать росту наркомании и незаконному обогащению ряда лиц. В.Д. Менделевич мог публиковать свои предложения по терапии больных и отстаивать свою точку зрения даже на конференциях с международным участием.

Совершенно бездоказательными выглядят утверждения о наличии кризиса в отечественной наркологии. Приводятся данные, свидетельствующие не о несовершенстве или ошибочности наркологической науки или практики, а о распространенности наркологических заболеваний. Уровень смертности, связанный с употреблением наркотиков, потому так высок, что количество наркоманов превышает во много раз количество наркоманов в других странах. Это же касается и ВИЧ-инфицирования. Называть это кризисом наркологии столь же нелепо как обвинять российскую психиатрию в кризисе в связи с частотой суицидов /в России показатели в 2-3 раза хуже, чем в ряде

стран/. Это чепуха, что коэффициент скрытости наркологических заболеваний отражает снижение обращаемости в наркологические учреждения страны. Никаких цифр и аргументов сторонник «доказательной медицины» не приводит. Между тем, соотношение зарегистрированных и незарегистрированных больных наркоманией, по данным ряда зарубежных специалистов, составляет 1:10. Однако, вне пределов России это не оценивается как кризис наркологии. Невостребованность наркологической службы надо как-то доказывать, а не декларировать. Если служба не востребована, то таким образом в 2010 году впервые в жизни диагноз наркологического расстройства был установлен почти 370 тысячам граждан России? Наркологическая служба организована в разных территориях примерно одинаково, но средний показатель по России составляет 258 на 100.000 населения, в Липецкой области-313, в республике Северная Осетия-105, в Ингушской республике-24, 39 /речь идет о первичной заболеваемости/. Из этих цифр совершенно ясно, что дело не только в организации наркологической помощи и применяемых методах лечения, эффективности их или неэффективности.

Реальная эффективность лечения опиоидной зависимости в РФ действительно невысокая. Однако, что называть лечением? Неужели профессор Менделевич не понимает, что при средней длительности лечения больных наркоманией в стационаре в 12,6 дня /средние данные по РФ/ ни о каком лечении речи не идет. Ясно, что нельзя называть лечением купирование абстинентного синдрома. Если изоляция больного от наркотиков меньше 6 месяцев /т.е. если не проводится реабилитация/, говорить о лечении не приходится. Никто же не станет оценивать эффективность аппендэктомии, если все ограничится удалением воспаленного отростка, а послойно зашивать брюшную стенку не будут. В настоящее время можно говорить только об имитации лечения.

Врачебная тайна в России охраняется законом. Если кто-то ее нарушает, то это не кризис в наркологии, а нарушение законодательства, точно такое же как воровство и коррупция.

Смешно выглядит утверждение, что антипсихотики при лечении наркологических расстройств не должны применяться потому, что они производителями для этих целей не заявлены. А если выяснилось, что они эффективны и заявители это не предполагали? В.Д. Менделевич постоянно спрашивает, кто доказал эффективность применения психотропных препаратов и антипсихотиков для устранения патологического влечения? Достаточно было ознакомиться для начала с публикациями хотя бы Е.Н. Крылова и его докторской диссертацией, чтобы убедиться в эффективности подавления влечения к алкоголю с помощью аминазина, галоперидола, тиаприда, флупентиксола. Эти исследования, равно как и многочисленные публикации сотрудников ННЦ наркологии, были выполнены с соблюдением самых строгих правил доказательной медицины. Правда, они не попали в Кохрейновскую библиотеку, но это не вина авторов.

Из последней публикации В.Д. Менделевича невозможно понять, что понимается под псевдонаучными технологиями с недоказанной эффективностью. Скорее всего речь идет о некоторых психотерапевтических методиках, обозначаемых как аффективно-стрессовая психотерапия, опосредованная психотерапия, т.е. терапия, где используется опора на аффект страха. Количество больных, которые получили эту психотерапию, исчисляется, наверно, миллионами. У огромного количества людей удалось добиться наступления длительной ремиссии. Опровергнуть это невозможно. При грамотном отборе больных, учитывающем их характерологические особенности, внушаемость, отношение к лечению, заинтересованность в отказе от потребления алкоголя, эффективность достаточно высокая /ремиссия длительностью в год и более после первого в жизни «кодирования» достигает 60-70 %/. Эта методика, учитывая ее эффективность, была одобрена Научным советом РАМН, а также

Министерством здравоохранения. Конечно, она не получила оценки в западных странах. Но там она и не применялась. «Ненаучность» ее только в том, что она отличается от других методов психотерапии и расценивается некоторыми отечественными специалистами как обман. Конечно, ограничивать лечение только этим видом психотерапии не следует, но и отвергать методику нет оснований. Стандарты лечения наркологических заболеваний в РФ были созданы для того, чтобы все лечение не ограничивалось назначением витаминов и общеукрепляющих средств. Они не являются совершенными, но отражают сложившуюся практику терапии больных. Вряд ли следует ограничиваться применением при лечении больных алкоголизмом и наркоманиями 2-3 препаратов, как это принято в западных странах. Конечно, главным «недостатком» принятых стандартов является отсутствие упоминания о «лечении» больных наркоманиями наркотиками.

Некоторые теоретические воззрения российских наркологов действительно отличаются от положений ВОЗ, но разве это свидетельствует о кризисе? Это свидетельствует только в различиях во взглядах. Почему истиной в конечной инстанции надо считать все положения ВОЗ? Наука есть наука и ограничивать представления ученых положениями ВОЗ вряд ли разумно.

В.Д. Менделевич лжет, заявляя, что Гофман и Альтшулер говорят и пишут о том, что российская наркология не должна быть связана с мировой. Конечно, должна быть связана, должна использовать достижения наркологов всего мира, но это не значит, что у российской наркологии нет своих достижений и особенностей. Решение проблемы алкоголизма и наркомании в РФ требует иных подходов, чем те, которые приняты в ряде западных стран. Невероятная распространенность наркоманией, крайне высокий уровень потребления алкоголя в России требуют иных подходов, чем, скажем, в Армении или в Израиле. Конечно, если раздавать наркотики, ничего другого делать не надо. Единственное, чего можно добиться таким

путем, это увеличения распространенности наркомании и коррупции. Если считать успехом западной наркологии раздачу наркотиков, то такая «наука», действительно, России пока не требуется.

Достижения российской наркологии очевидны: это оригинальная классификация алкоголизма с описанием его стадий, это оригинальная классификация опийной наркомании с выделением ее стадий, это действительно «уникальное» по тщательности описание опийной интоксикации и опийного абстинентного синдрома. Ничего подобного в западной наркологии нет. Даже в солидных руководствах интоксикация опиатами описывается как эйфория, а абстинентный синдром - как симптомокомплекс соматовегетативных расстройств /в лучшем случае кое-что говорится о нарушениях настроения/. Тщательнейшее изучение клиники болезней зависимости – бесспорное достижение отечественной наркологии. Я не знаю, откуда В.Д. Менделевич взял термин «уникальность», но если им пользоваться в применении к отечественной наркологии, то прежде всего следует иметь в виду тщательную разработку симптоматологии и динамики болезней зависимости.

Странным выглядит утверждение В.Д. Менделевича, что кто-то против использования принятых в науке принципов доказательной медицины. Во всех публикациях, в журналах и в диссертациях большинство авторов используют научные методы организации исследования, статистическую обработку данных. Трудно понять, почему надо использовать в основном Кохрейновские обзоры. Неужели надо отказаться от проведения собственных исследований потому, что кто-то работает или работал в том же направлении?

Недобровольная госпитализация больных наркоманиями никакого отношения к теоретическим воззрениям Е.А. Брюна, некоторые из которых мне представляются ошибочными, не имеет. Больных наркоманией предлагается госпитализировать не потому, что это бредовые больные, а потому, что их поведение опасно для них самих и для окружающих

/вовлечение в наркотизацию других лиц, продажа наркотиков, криминальная активность/.

Весь пассаж о социальной подоплеке недобровольной госпитализации - это опровержение В.Д. Менделевичем собственных выдумок. Понятно, что никакая недобровольная госпитализация наркоманов не уберет их из общества, с улиц и с глаз начальства. Масштаб проблемы таков, что недобровольная госпитализация сможет лишь предотвратить смертельные исходы только у очень незначительной части больных. Сплошной выдумкой и далеко не безобидной является обвинение в создании теории вялотекущей наркомании. Никто такой теории не разработал и сам термин может вызвать лишь недоумение.

В.Д. Менделевич обнаруживает незнание истории создания концепции о вялотекущей шизофрении. Обвинять в этом надо Блейлера, а не советских психиатров. Под другим названием «шизотипическое расстройство» вялотекущая шизофрения /она же психопатоподобная, неврозоподобная, со стертыми аффективными расстройствами/ фигурирует в МКБ – 10. Диагноз ставился в соответствии с имевшейся симптоматикой, а в тюрьмы и в больницы больные попадали не по решению психиатров, а по решению судов. Если суды признавали деятельность больных уголовно наказуемой (в соответствии с имеющимся советским законодательством), они и принимали соответствующее решение. Не психиатры создавали такие законы и обвинять их не в чем. Что касается «карательной наркологии», то странно слышать, что лечение предлагается рассматривать в качестве кары.

В конечном итоге, чтобы быть цивилизованными, либеральными, гуманными, по мнению В.Д. Менделевича, необходимо начать раздавать наркотики. Именно это, а не какие-то теоретические и практические разногласия породило ведущуюся дискуссию.

Подписавшие письмо ученые, как мне думается, не согласились с представлениями о возникновении бреда у больных наркоманией, а не с введением недобровольной госпитализации больных наркоманией.



Активности В.Д. Менделевича в организации этого письма можно позавидовать, но ведь также легко собрать подписи впятеро большего числа врачей, которые занимают иную позицию. Вряд ли стоит этим заниматься.