

Еще один ответ М.Л. Зобину

Я согласен, что имеются диаметрально противоположенные взгляды по вопросу лечения больных опиатными наркоманиями. Но никак не могу согласиться с тем, что они носят мировоззренческий характер. Разве можно назвать мировоззрением утверждение, что в коррумпированной стране раздача наркотиков приведет к торговле наркотиками, рецептами на них, росту наркомании и коррупции. По имеющимся у меня сведениям, и в западных странах некоторые врачи /выходцы из стран Африки, Азии, из республик бывшего СССР/ приторговывают рецептами на легальные наркотики. Однако, в западных странах это скорее редкое исключение, а в России это обернется бедой, проконтролировать ничего не удастся.

Я никогда не писал, что российская наркология «развивается плодотворно и динамично». Эти оценки столь неопределенны, что лучше их не использовать. Конечно, есть успехи, есть недостатки, есть нерешенные проблемы. В теоретическом плане ничего потрясающего в области наркологии на западе пока не сделано, в России тоже не найдены способы радикально изменить ситуацию. Все же кое-что сделано и в России, но это не признается, хотя обосновано всеми имеющимися в науке способами. В России доказана эффективность применения ряда препаратов, назначаемых в сверхмалых дозах, доказана эффективность назначения по показаниям антидепрессантов, антипсихотиков, создан оригинальный препарат продетоксон /пролонгированная форма налтрексона/. В России разработана оригинальная концепция проведения реабилитации больных. Можно продолжать и дальше, но проще ознакомиться с регулярно публикуемыми новым данными в журнале «Вопросы наркологии». Мне думается, что работы И.П. Анохиной и ее сотрудников по генетике болезней зависимости - это бесспорное достижение отечественной наркологии. Это же самое относится и к изучению клиники болезней зависимости. Я считаю, что

разработка клиники интоксикации опиатами и абстинентного синдрома – бесспорное достижение М.А. Михайлова /с рядом трактовок выявленных им фактов я не согласен, но это не умоляет его заслуг/. Конечно, если считать достижения только по оценкам западных источников информации, все можно трактовать иначе. Но ведь все, о чем я упомянул, доказано принятыми в науке способами. Если не стоять на позиции голословного отрицания, положение не выглядит столь безнадежным, как это представляется некоторым участникам дискуссии.

Теперь о практической стороне дела. Мне трудно понять, почему вдруг начали интерпретироваться данные о судьбе больных наркоманиями, попавших в места лишения свободы. О какой эффективности можно при этом говорить? Дело ведь не только в изоляции, но и в проведении реабилитации. Находящийся в заключении человек только в знак протеста может начать принимать наркотики сразу после освобождения. «Принуждение» к лечению и нахождение в тюрьме – разные вещи. Кстати, встречаются больные, которые после длительного пребывания в тюрьме прекращают принимать наркотики.

Что касается возможности сделать границу непроницаемой для наркотиков, то М.Л. Зобин исходит из того, что это почти нигде не удавалось сделать. Хочу напомнить, что в СССР наркотики из-за рубежа практически не попадали, и наркомания не была государственной проблемой. Почему этот опыт не может быть использован в России? Нужны для этого две вещи – воля и деньги. Тогда все предложения не покажутся наивными.

Ужасные последствия раздачи легальных наркотиков состоят не в том, что случится нечто катастрофическое с больными наркоманиями, а в том, что к незаконному обороту наркотиков добавится еще торговля легальными наркотиками, т.е. начнется еще более быстрый рост наркомании в стране (со всеми вытекающими отсюда последствиями).

Бездоказательное отрицание эффективности кодирования, равно как и использования антипсихотиков, ничего к сказанному ранее М.Л. Зобиным, не

добавляет. Как не было доказательств, так и нет; в этом видимо, позиция представителя «доказательной медицины».

Я не знаю, что рассказывал Г.В. Зеневич, но в СССР наркоманов лечили, наркотики им перестали выдавать, они начали нормально жить и работать и благодарили за то, что получили возможность вести нормальный образ жизни. Вся проблема была решена за счет успешной борьбы с незаконным оборотом наркотиков.

О работе Э.А. Бабаяна лучше всего судить по оценке его деятельности западными организациями /это ведь главный критерий для М.Л. Зобина/. За эффективное решение проблемы наркомании Э.А. Бабаян неоднократно награждался международными организациями; признавалось, что в СССР достигнуты огромные успехи. Это же отмечали и зарубежные коллеги, приезжавшие в СССР.

Что касается особо крупной дозы героина, то какая-то доза должна быть установлена. Больные наркоманией осуждались за торговлю наркотиками, вовлечение в наркоманию других лиц, а также за все правонарушения, предусмотренные законом. Неужели на наркоманов не должно было распространяться действие уголовного кодекса? Бабаян не создавал законы и никого не судил. Он был занят другим, именно ему принадлежит заслуга создания наркологии как отрасли медицины в СССР.

Отставание М.Л. Зобиным своей позиции в отношении табакокурения показывает, что спор ведется ради спора. Понятно, что табак токсичен, что курильщики умирают раньше некурящих, что существует ряд заболеваний, напрямую связанных с курением. Никто этого не отрицает. Однако, странно, что нарколог не замечает разницы между гашишеманией и табакокурением. Приходится напомнить, что табак не вызывает психических нарушений, что интоксикация табаком /никотином/ не ведет ни к острым, ни к хроническим психическим расстройствам, наблюдающимся при гашишемании и других наркоманиях. Дело не в токсических и аддиктивных свойствах табака, а в

том, что при гашишемании возникают острые психические расстройства /интоксикация/ и хронические /при длительном курении/. При гашишемании описывались, начиная с Крепелина, изменения личности, психозы, тяжелый органический психосиндром. Это делалось и на западе и в СССР. Отрицать это невозможно, и игнорировать не следует.

Неверно, что недобровольная госпитализация обязательным условием предполагает наличие психотического расстройства. Если человек в субдепрессивном состоянии пытается покончить с собой, его следует госпитализировать, чтобы предупредить суицид. Врач, который пройдет мимо потому, что отсутствует бред и галлюцинации, может быть привлечен к уголовной ответственности /неоказание помощи/. О нравственной стороне отказа в оказании помощи и говорить не приходится. Надо быть моральным уродом, чтобы спокойно смотреть как человек пытается покончить с собой. Это же относится и к больному наркоманией, для спасения которого в некоторых случаях требуется недобровольная госпитализация. Надеюсь, что скоро это будет закреплено в законе.

Не могу понять, почему М.Л. Зобин приписывает мне убеждение «в злонамеренном нежелании наших больных исцелиться». Ни о какой злонамеренности я не говорил. Речь идет о не критичности наркологических больных. Только этим можно объяснить, что обращаются за помощью не более 10% больных /соотношение зарегистрированных и незарегистрированных и у нас и в западных странах составляет 1:10/. Часть больных наркоманией на определенном этапе обнаруживает наличие критики, но большая часть /90%/ избегает любых контактов с наркологами даже в самых демократических странах.

Заместительная «терапия» - основной метод лечения больных опиатной наркоманией в западных странах. Почему же продолжается в этих странах незаконный ввоз наркотиков? Где же этот «тяжелый удар» по теневому рынку? Где получают наркотики незарегистрированные наркоманы?

В свое время сообщалось, что Сорос предложил обрушить подпольный наркотический рынок, разрешив свободную торговлю наркотиками. Если он это действительно предложил, то это честнее, чем «лечение» наркоманов наркотиками. Хорошо бы, чтобы эти опыты проводились не в России.

Конечно, принимать во внимание нужно только строго доказанные факты, но почему доказанными надо считать только то, что сделано вне России?

Еще раз о дискуссиях и методах ее ведения.

Господин Дворяк, обеспокоенный судьбой наркологии в России, решил продолжить обсуждение актуальной проблемы. Само по себе обсуждение всегда полезно, так как позволяет выяснить позиции разных специалистов. Однако, все, что написано г. Дворяком в заметке «В ответ ответим» к серьезному обсуждению вряд ли имеет какое-либо отношение. Странно слышать, что наркология – это только наука. В России наркология – это еще и научная специальность и вся система оказания наркологической помощи. Допустим, что это только своеобразное понимание термина «наркология». Теперь остановимся на аргументации г.Дворяка. Нельзя приписывать оппоненту того, что он не говорил и опровергать невысказанные положения. Никогда я не писал, что российская наркология – нечто отличное от западной. Я лишь подчеркивал, что существуют различия во взглядах по ряду вопросов. Российские наркологи, как и западные, пользуются единой классификацией наркологических заболеваний /МКБ–10/, а также используют тетурам, налтрексон и некоторые другие препараты, также широко прибегают к использованию психотерапии. Но существуют различия в методиках, во взглядах и подходах к ряду проблем. Мне думается, что полное единство по всем вопросам означает конец науки. Чем же отличается российская наркология? Прежде всего, классификацией наркологических заболеваний, из которой вытекают далеко идущие последствия. Просто

смешно читать, что у российской наркологии нет никаких приоритетов и заслуг перед мировой наркологией. Хочу напомнить господину Дворяку, что запойное пьянство /дипсомания/ было описано в России, что корсаковский синдром тоже был описан не в Португалии, что первое упоминание об остром алкогольном бреде преследования /не путать с острым галлюцинозом/ было сделано в Корсаковской клинике, что алкогольный абстинентный синдром был описан С.Г. Жислиным в 1929 году /потом пришлось ждать десятилетия прежде чем это было описано в западных странах, да и то без ссылок на Жислина/. Классификация Джеллинека с разделением алкоголизма на альфа, бета, гамма и дельта – алкоголизм оказалась крайне несовершенной /в отличие от описания симптома утраты контроля/, а отечественной классификацией И.В.Стрельчука с последующими дополнениями и уточнениями российские наркологи используют до сих пор. Это оказалось настолько важным для понимания динамики заболевания, что в русскоязычном варианте МКБ-10 сохранилось разделение алкоголизма на стадии /хотя сама МКБ-10 несовершенна и неизбежно будет заменена на другую классификацию/. Трудно понять, какое имеет значение для сегодняшней психиатрии местоположение клиник, лабораторий, где учились в XIX веке российские ученые. Это имеет хоть какое-то отношение к существующей дискуссии о лечении наркоманов? Думаю, что нет. Это отражает только стремление доказать, что у отечественной психиатрии и наркологии нет приоритетов и заслуг, а есть только недостатки.

Всегда в разных странах в различных областях знаний, и в медицине имелись достижения, которые признавались специалистами других стран. Учиться кардиохирургии ездили в США, а учиться лечению переломов конечностей ездили к Илизарову в Россию.

Если говорить о недостатках отечественной наркологии как науки, то надо доказывать несовершенство теоретических положений, а не недостатки обслуживания больных в наркологических диспансерах. Странно, что

представитель доказательной медицины даже не предпринял попытки понять, почему в России в диспансерах так сократился объем оказываемой помощи. Вместо анализа - голословное обвинение в несовершенстве наркологии и несовершенстве законодательства. Между тем надо было бы проанализировать причины редкого посещения больными наркологических диспансеров. Почему в СССР они посещались, да так, что у врачей не хватало времени лечить желающих? Я думаю, что таких факторов много, но главное – не несовершенство законов, а отсутствие социального прессинга, отсутствие мотивов /отсутствие критики/ и отсутствие времени для многократного посещения врача. Ведь больные не хотят находиться больше 2 недель в тех учреждениях, где гарантирована анонимность лечения. Я не знаю какие сертификаты выдаются в диспансерах, а утверждения г. Дворяка о неэффективности используемых методик ничем не доказываются. Парадоксальным образом доказательная медицина в исполнении г. Дворяка оказывается бездоказательной.

Недоумение вызывает утверждение, что наркология в России стала чем-то похожа на философию. Это только в представлении г. Дворяка. Столь же непонятно раздражение, которое вызвало упоминание о возможном решении проблемы наркомании в России со ссылкой на Путина. Ошибочность точки зрения Путина /и моей/ г. Дворяк доказать не в состоянии, поэтому вместо доказательства следует ссылка на использование авторитета. Я думаю, что руководитель государства лучше знает каковы финансовые возможности России, чем г. Дворяк. Поэтому и была сделана ссылка.

Никто из противников г. Дворяка не писал, что может быть достигнуто такое положение, когда в России исчезнут полностью больные наркоманией, а также алкоголики и курильщики. Однако, считать, что ничего не надо делать, кроме раздачи наркотиков, вряд ли выход из тяжелого положения. Все обвинения в адрес представителей выдуманного г. Дворяком эксклюзивного подхода – не аргументированы, это скорее проклятия.

Кто из наркологов отстаивает приковывание наручниками, удержание в зиндане, введение аминазина в четыре точки и так далее? Никто.

Я убежден, что при осознании последствий роста наркомании возможно прекратить транзит наркотиков через Россию и ввоз их в страну. Во всяком случае, красота и гармония в мире состоят не в раздаче наркотиков и в укорочении таким способом жизни больных наркоманией.

Я полностью согласен с г. Дворяком в том, что ученому не должны быть присущи гордость и самовосхваление. Поэтому г. Дворяк мог бы начинать свои заметки и заканчивать их без перечисления своих титулов. Содержательна часть публикации от этого вряд ли бы пострадала.