

“Никакого кризиса в российской наркологии нет. Есть не критическое отношение В.Д. Менделевича к тому, что принято в западных странах и в теоретическом отношении и в отношении практики лечения больных”
А.Г.Гофман

Для начала позвольте отметить, что г-н Гофман прав. В российской наркологии кризиса в определенном понимании и вправду нет. Потому что «кризис» в ней объявляет главный нарколог. А до тех пор пока он ничего такого не сказал, то и нет предмета для обсуждения. В то же время, считаю, кризис есть, но в том смысле, что далеко не каждому понятно, что это за такая субстанция «российская наркология». И таких «непонятливых» становится все больше, и от этого происходит кризис.

Вот ясно, например, что есть российское автомобилестроение, или российский автопром, но *кто возьмется утверждать, что существует российская теория двигателя внутреннего сгорания.* Есть российские лекарства, но вряд ли есть российская фармакология. Что-то не помню разговоров про российскую кардиохирургию, когда президента Ельцина прилетал оперировать американский ливанский маронит Майкл Дебейки. С трудом себе представляю, что во время операции, стоя рядом с Ренатом Акчуриным, Дебейки настаивал на применении американской, ливанской или маронитской концепции кардиохирургии, в то время как Ренат Сулейманович категорически защищал приоритет татарской. А еще интересно, как обстоят дела на международной космической станции «Союз». Как там космонавты «решают вопросы» по российским астрофизическим законам или американским.

Наука, она и в Африке наука. И если наркология - наука, то как она может быть национальным достоянием? Во времена Сталина-Жданова-Лысенко была советская биология, но вроде бы те времена давно прошли. Однако не в наркологии, судя по всему. Именно здесь по прежнему побеждает вечно живое учение о единстве партии и народа. Именно «западная» наркология (хотя, насколько мне известно на Западе такую

медицинскую специальность не выделяют) становится предметом критики, и как раз наши наркологи склонны заботиться о судьбе «западных» пациентов, которые лечатся безо всякой о них заботы и при полном забвении высоких этических стандартов, о которых так склонны печься наши гуманистически ориентированные ученые.

Г-н Гофман, склонен углубляться в теорию и разъяснять г-ну Менделевичу, что следует считать бредом, что сверхценной идеей, а что влечением. И как можно отличить просто «влечение» от «патологического влечения». Мне хочется принять участие в этой дискуссии и заметить, что наркологией я занимаюсь примерно 50 лет. Начиная осваивать эту дисциплину под руководством светлой памяти проф. Анатолия Александровича Портнова. Руководителем моей диссертации был проф. Н.Н. Иванец. И я довольно неплохо был знаком с основами этой науки, но что-то в ней меня с определенного момента перестало устраивать. Я какое-то время не понимал что именно, пока не получил возможность посмотреть как лечат больных алкоголизмом и наркоманией в других странах. Сегодня я имею представление, как это происходит в США, Канаде, Финляндии, Великобритании, Норвегии, Италии, Франции, Словении, Австралии, а также в Казахстане, Узбекистане, Таджикистане, Азербайджане. Как принято было писать в пропагандистских статьях периода развитого социализма: «Два мира – две системы». Если в странах, которые профессор Гофман называет «западными», лечение определяется прагматическими интересами и соотносится, с приносимой больному пользой, и необходимостью быть готовым ответить за нанесенный ущерб перед судом, в том числе и за нарушение этических принципов. **То в странах, где наркология сформировалась под влиянием постановлений ЦК КПСС, главная ее цель сохранить самое себя и контроль над опекаемым контингентом.** При этом давно забыты все основополагающие принципы медицины. Отсутствует элементарная этика в отношении между наркологами и пациентами, процветает коррупция и вымогательство, игнорируются

принципы доказательности, применяются методы терапии, никогда не получавшие научного подтверждения (кодирование, облучение крови лазером, кранио-гипо-гипертермия, ксеноновый наркоз и т.д. и т.п.). Сведения о пациентах передаются списками в правоохранительные органы. По факту наличия хронического заболевания граждане подвергаются откровенной дискриминации. Профессор Гофман, например, спрашивает у профессора Сиволапа, хотел бы он, чтобы его самолетом управлял пилот-наркоман. И этот аргумент представляется убедительным. Но чтобы «наркоман» не сел за штурвал самолета совсем не обязательно устраивать диспансерный (дискриминационный) учет для всех пациентов. Достаточно направить пилота (кандидата в пилоты) на врачебную комиссию. Да и трудно себе представить, чтобы «наркоман» доучился до пилота. Чаще они максимум становятся таксистами и между прочим вполне с этой работой справляются.

Теперь понадобилось «научное» обоснование дискриминации. Необходимо доказать, что больной зависимостью – «психотик» (прошу прощения за психиатрический жаргон). Тогда легче его лишит обычных гражданских прав. Он не может управлять транспортным средством, он не может работать по многим специальностям и т.д.

Кто следующий в списке на исключение из гражданской жизни? Давайте так же поступим с теми, кто сегодня страдает от ожирения. Они сами виноваты в своих проблемах. Ели бы поменьше, ничего бы с ними не случилось. Пора разобраться с MSM (мужчинами, имеющими секс с мужчинами). Думаю, что г-н Гофман как и я помнит времена, когда таких субъектов уволить из рядов Советской Армии можно было только по статье «шизофрения». Вот пример того, как **психиатрии поручалось справляться с деликатными проблемами.**

Для того чтобы декорировать отсутствие реального успеха в лечении очень бывает полезно произносить много слов, сочинять все новые и новые термины и изобретать психопатологические феномены, вроде «Влечения как

бред». Если уж говорить о «достижениях» российской наркологии, то к ним нужно отнести один из самых высоких показателей в мире заболеваемости ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами в среде потребителей инъекционных наркотиков. Удивительный факт: по данным UNAIDS на всей планете заболеваемость ВИЧ-инфекцией снижается и только в странах СНГ (там где продолжается советская наркология) она продолжает расти. Также к успехам причислим огромное количество смертей от передозировок героином, появление новых и пока в других странах не известных видов зависимости, в частности, от дезоморфина и эффективность применяемой терапии, которая колеблется в диапазоне спонтанных ремиссий (8-12%).

И если галоперидол оказывает позитивное влияние на синдром зависимости, как считает проф. Гофман, то почему нигде, кроме как в России его для этих целей не применяют? Нельзя же сослаться на то, что это, мол, отечественный препарат и о его действии зарубежным коллегам ничего неизвестно. Психофармакология все таки была изобретена не в Москве и те же бутирофеноны компания Янссен изготовила и поставляет не только для нужд российской наркологии.

Все современные руководства, говоря о фармакологических методах лечения опиоидной зависимости, указывают на 3 препарата: метадон, бупренорфин (агонисты опиоидов) и налтрексон или его пролонг - вивитрол (антагонисты опиоидов). Нигде в англоязычной литературе я не встречал указаний на эффективность галоперидола при синдроме зависимости от опиатов. Но, к сожалению, я не встречал в российской наркологической литературе и описаний корректных рандомизированных исследований, которые бы доказывали эффективность галоперидола. **То, что печатается в российских журналах на эту тему, никогда не могло быть опубликовано в peer-review журналах.** (Подробнее на эту тему высказался наш коллега из Белоруссии О.Айзберг в своей статье Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии – идеал, процедуры и реальность). Поэтому такой индекс цитирования российских наркологов, стремящийся к

нулю. По вопросам терапии зависимости встречаются в зарубежных статьях ссылки только на работы проф. Е. Крупицкого. Но это не про галоперидол.

Российская наркология сегодня дошла до такого уровня, когда правомерным считается вопрос: кто же будет заниматься реабилитацией больных наркоманией в России – медики или ФСКН? **Если это не кризис, то тогда это следует назвать катастрофой.**

И еще несколько слов по существу дискуссии. Считать влечение к наркотику просто *влечением* или называть его *патологическим* с точки зрения практического врача не так уж существенно. Важно, что он (врач) может предложить своему пациенту. Да, диагностика имеет значение. Исходя из диагноза назначается лечение, строится стратегия помощи, социальной поддержки. Но разве с диагностикой синдрома зависимости существуют проблемы? МКБ-10 исчерпывающе описывает симптомы, которые должны быть положены в основу диагноза. Толерантность, синдром отмены, снижение контроля, попытки самостоятельно прекратить употребление и т.д. Всё описано понятно и прекрасно работает на практике. Какая нужда открывать дискуссию? Вопрос должен быть поставлен совсем в иной плоскости. Что может сегодня врач, или шире – медицинская наука, сделать, чтобы облегчить бремя проблем для пациента и для общества, и чтобы повысить качество жизни больного. Российская наркология дает на это один ответ. Врач должен добиться того, чтобы больной стал абстинентом. Но каковы последствия претворения в жизнь этой концепции? И какова научная обоснованность данной задачи? Здесь открывается огромное поле для спекуляций и философских дискуссий. Но если подойти в проблеме с прагматических позиций, то оказывается, что больной может продолжать прием опиоидов, но при этом значительно улучшить свое состояние и снизить степень негативных последствий своего заболевания для общества в целом. Так почему же не использовать эти доказавшие свою жизнеспособность методы, а вместо этого изощряться в схоластических спорах, каким словом называть какое явление. Г-н Гофман справедливо

замечает, что сколько не построй стационаров, они будут пустыми, потому что пациенты не хотят лечиться. Так они потому и не хотят, что лечение не эффективно, не гуманно и влечет за собой поражение в правах. Пора подумать, как его сделать привлекательным, причем не только для пациентов, но и для врачей.

С.В.Дворяк, психиатр-нарколог, канд.мед.наук,
директор Украинского института исследований политики общественного здоровья, научный консультант UNODC, член Правления EUROPAD (European Association for Treatment of Opiate Addiction), лауреат премии им. Винсента Доул и Мари Нисвандер.