

Зобин М.Л.
Ответ А.Г. Гофману

Развернувшаяся, при активном участии профессора А.Г. Гофмана, дискуссия, похоже, приобретает избыточно эмоциональный характер, и дальнейшее наращивание напряженности вряд ли будет способствовать прояснению истины. Ясно, что отстаиваются две принципиально различные точки зрения относительно оценки достижений отечественной наркологии и выбора пути ее (наркологии) дальнейшего развития.

Позиция А.Г. Гофмана и его сторонников сводится к тому, что российская наркология развивается плодотворно и динамично, избегая недостатков, присущих медицинской науке развитых стран и выгодно отличается от мировой аддиктологии глубиной клинического подхода. При этом, чудовищные показатели медицинских и социальных последствий наркотизации не связываются с качеством работы наркологической службы, а объясняются социально-экономической ситуацией в стране. Высказывается убеждение, что после того как удастся перекрыть границы проблема с наркопотреблением в стране будет решена.

Позиция В.Д. Менделевича и его сторонников, сводится к тому, что российская наркология утратила связь с мировой наукой и клинической практикой и развивается своим собственным путем, не имеющим доказательной базы. Прямыми следствиями этого являются запредельные показатели смертности и иных медицинских осложнений среди наркопотребителей, деградация этических и гуманитарных принципов врачебной деятельности и утрата доверия пациентов к системе государственной наркологической помощи. Особой остротой и напряженностью характеризуется обсуждение вопросов заместительной терапии опиоидной зависимости.

Очевидным является и то, что различия в позициях носят мировоззренческий характер, а поэтому **оппоненты вряд ли достигнут консенсуса. В связи с этим необходимо признать, что обмен аргументами ориентирован на заинтересованного читателя, который еще не сформировал собственной точки зрения по обсуждаемым вопросам.** Изложенное является призывом к избеганию личностных выпадов и максимально корректной оценке качества аргументации противоположной стороны.

Теперь по существу имеющихся разногласий:

1. Эффективность заместительной терапии можно сравнивать только с результатами лечения, ориентированного на полный отказ от наркотиков. Разумеется, полное и окончательное прекращение наркотизации является идеальным результатом лечения и, если бы оно являлось легко достижимым, в заместительной терапии не было бы никакой необходимости. Заместительное лечение метод вовсе не идеальный, но реальной, а не желаемой, альтернативой ему, как правило, является не прекращение наркотизации, а возврат к употреблению нелегальных наркотиков.

Соглашаясь с неудовлетворительными результатами лечения, ориентированными только на детоксикацию, профессор А.Г. Гофман указывает на необходимость длительной (до 6 месяцев) терапии. *Но в том то и проблема, что пациенты не соглашаются на столь длительное лечение.* В этих условиях, удержание «в терапии» может быть осуществлено только принуждением. Может быть в этом и был бы какой-то смысл если бы не было известно, что даже после двухлетней тюремной изоляции более 90% наркозависимых в течение ближайших месяцев возвращаются к употреблению наркотиков. Термин «терапия» в условиях принуждения поставлен в скобки, поскольку никакого реального лечения в таких условиях не существует. Целью лечения является абстиненция и социальная адаптация. Абстиненция, то есть цель лечения, достигается с первого дня изоляции, а навыки адаптации, в условиях заключения, не приобретаются никогда. Но и достигнутая цель лечения – воздержание, заканчивается в день освобождения.

Таким образом, **принуждение к лечению в такой форме лишено всякого смысла.** *Необходимость длительных реабилитационных программ в наркологии никем не оспаривается, но у неосведомленных лиц возникает представление о том, что существующие реабилитационные центры заполнены до отказа и желающие стоят в очереди. Все это не имеет никакого отношения к реальности.* Низкий рейтинг удержания в реабилитационных программах во всем мире является проблемой. Но и длительное (до года) пребывание в закрытых программах не гарантирует последующего воздержания. Отказ от употребления зачастую ограничивается сроком пребывания в самой программе, и рецидив после выхода в реальную жизнь является скорее правилом, чем исключением. В этих условиях заместительная терапия, с рейтингом удержания 50-60%, при всех своих недостатках, намного превосходит результаты других видов лечения. Но это, если речь идет о решении проблемы в целом. Более предпочтительным всегда является полный отказ от употребления ПАВ.

2. Мы не разделяем оптимизма А.Г. Гофмана, даже консолидированного с мнением В.В. Путина, о том, что можно сделать границу непроницаемой для наркотиков. Во всяком случае нигде в мире этого сделать не удалось, разве что в Северной Корее, только не видно желающих ехать туда жить. Пока нам не удастся (и не только нам) перекрыть проникновение наркотиков в места лишения свободы, охраняемых куда тщательнее границы. Поэтому **надежды на эффективность ограничительных государственных мероприятий кажутся вполне наивными.**

Что же касается «ужасных последствий бесплатной раздачи наркотиков» (видимо автор имеет в виду заместительную терапию агонистами, существующую во всех развитых и многих неразвитых странах), то хотелось бы наконец увидеть этот ужас. Может быть Александр Генрихович знает, где на него можно посмотреть? Пятнадцать лет назад, чрезвычайно скептически настроенный по отношению к заместительной терапии, я отправился в Лондон смотреть ее разрушительные последствия. С тех пор мне много раз приходилось знакомиться с организацией этого лечения в десятке стран, качество этих программ было различным, но ужаса не видел нигде. Даже когда часть метадона уходит на черный рынок, преимущества перевешивают изъяны. **А что касается ужасных последствий, так это про нас.** Это у нас смертность и распространенность ВИЧ среди наркопотребителей в десятки раз превышает среднеевропейские показатели. Это у нас наркологические стационары не отличимы от острых психотических отделений, это у нас повсеместно используются клиренсовые методы экстракорпоральной детоксикации опиоидной зависимости, это у нас право на конфиденциальность в наркологических стационарах предлагается в качестве коммерческой услуги, это у нас общество поддерживает приковывание больных наручниками. Не мы изобрели дисульфирам и налтрексон. Нашим достижением является «кодирование» и использование нейролептиков для подавления «патологического влечения».

3. Во времена Канторовича отношение к наркопотребителям было значительно более снисходительным, как сказали бы сейчас - толерантным, поэтому на заместительную терапию смотрели сквозь пальцы. Но те кто уклонялся от общественно полезного труда привлекались к нему принудительно. Как раз среди них и было много наркоманов, и НКВД активно в этом участвовало. Об этом в конце 70-ых рассказывал патриарх ленинградской психиатрии проф. Г.В. Зеневиц. А еще он рассказывал, что после войны, в Ленинграде, назначение наркотиков наркоманам старались связать с последствиями ранений. Заместительные подходы к лечению зависимости, в целом, не приветствовались, данные эти не обобщались, и публиковать их никто не решался.

К деятельности Э.А. Бабаяна можно относиться по разному, но благодаря рекомендациям возглавляемого им комитета, 5 мг героина считалось «особо крупным размером» и, в соответствии с ч. 4 ст. 228 УК РФ, предусматривало от 7 до 15 лет тюрьмы. Поэтому, то что сотни, если не тысячи, наркозависимых провели по несколько лет за решеткой, следует отнести к «бесспорной заслуге» академика Бабаяна.

4. На вопрос А.Г. Гофмана «почему курильщики не становятся лживыми, не воруют, не обнаруживают изменений личности» ответ кажется несложным. Потому что Э.А. Бабаян не внес табак в «Сводную таблицу». Иначе курильщики бы растили «самосад» на приусадебных участках, обманывали бы контролирующие органы и вынуждены были бы воровать из-за резко подскочившей, на черном рынке, цены на табак. Многим подросткам неоднократно приходилось лгать родителям и школьным учителям, скрывая факт курения. Это в то время, когда курение не носило характера настоящей потребности. Нетрудно представить как будут вести себя люди с развернутой зависимостью. Что же касается токсических и аддиктивных свойств табака, то по результатам исследований авторитетной группы экспертов по руководством проф. Д. Натта, они превосходят аналогичные показатели для марихуаны.

5. Утверждение А.Г. Гофмана о том, что: «Человек, не страдающий психозом, но пытающийся покончить с собой, может быть госпитализирован без его согласия», является ошибочным. Это *рудименты общинного сознания с убежденностью в том, что можно вмешиваться в личную жизнь человека без его согласия*. К закону это никакого отношения не имеет. Недобровольная госпитализация **обязательным условием предполагает наличие психотического расстройства**. Добровольный отказ от жизни может быть продиктован причинами никак не связанными с психическим расстройством. В любом случае, так легко и однозначно, как утверждает А.Г. Гофман эта проблема не решается.

6. Намерения оскорблять оппонента у нас не было, а морализаторской и высокомерной мы называем позицию, игнорирующую доказательства того, что существуют возможности уменьшить негативные медицинские и социальные последствия наркотизации. Заместительная терапия не избавляет от зависимости, но помогает на 1/3 уменьшить смертность, наполовину снизить криминальную активность и в 6 раз уменьшить риск заражения ВИЧ. А еще она позволяет привлечь значительное число пациентов к лечению, особенно из числа тех, кто никогда не обратится за помощью. Вот среди них и надо будет вести работу по третичной профилактике и вовлечению их в реабилитационные программы.

Однако причины неразрешимости нашего спора, похоже, заключены в следующем пассаже автора: «Не хочет больной прекращать пить, не будет принимать тетурам. Не захочет наркоман принимать блокаторы опиатных рецепторов, будет и дальше наркотизироваться». Трудно поверить, что такие высказывания принадлежат одному из самых авторитетных представителей отечественной наркологии. Видимо, профессор А.Г. Гофман убежден в злонамеренном нежелании наших больных исцелиться. Но здесь возникает очевидный парадокс, с одной стороны он указывает на сверхценное отношение, не критичность и личностные изменения больных, с другой стороны, возлагает на них ответственность за тяжесть заболевания и результаты лечения. При этом, профессору представляется абсурдным и «гуманным» (с обратным знаком), если больной будет «продолжать пить, но в меньших дозах». Мы видим в этом максималистский морализаторский подход, не имеющий никакого отношения к клинической реальности. Понятно, что подход по принципу «все или ничего» не позволяет А.Г. Гофману принять программы снижения вреда. Надо сказать, что мнение комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости прямо противоположно бескомпромиссной позиции А.Г. Гофмана. Заместительная терапия, по их утверждению, приводит к улучшению качеств и увеличению ожидаемой продолжительности жизни, и является научно обоснованным и этически оправданным методом оказания помощи больным с опиатной зависимостью.

Для нас остается загадкой, почему, по какой логике, А.Г. Гофман считает, что «невероятная распространенность наркоманий, крайне высокий уровень потребления алкоголя в России требуют иных подходов, чем те, которые приняты в ряде западных стран»? Единственным аргументом против заместительной терапии автор выдвигает свою

убежденность о «недопустимости такой практики в коррумпированной стране». В этом смысле, любопытным примером является 7-летний опыт заместительного лечения опишной наркомании в Украине. Самое яростное сопротивление эти программы встретили у представителей МВД в Харькове. И именно там вскоре была выявлена преступная сеть полицейских, участвующих в схемах распространения героина. Является доказанным, что широкое внедрение программ заместительного лечения наносит тяжелый удар по теневому рынку нелегальных наркотиков, лишая его потребителей. Поэтому, именно наркомафия является наиболее стойким и последовательным противником этих программ.

В чем принципиальная разница между отечественной наркологией, претендующей на право называться наукой и подходами, принятыми в мировой научно-клинической практике? В отечественной наркологии, в качестве аргументов, могут фигурировать мнения, убеждения, догадки или представления, облеченные в форму утверждений. Как это демонстрирует профессор А.Г. Гофман. **В мировой науке в качестве аргументов принимаются только факты, полученные в результате целенаправленных исследований, выполненных в соответствии со строгими принципами научной доказательности. И в этом все дело.**