

М.Л. Зобин

Отечественная наркология: 35 лет самостоятельного пути.

Неутешительные итоги

Социально-экономические процессы, происходившие в советском обществе в 70-ых годах прошлого века были отмечены ростом пьянства и алкоголизма. В связи с этим, возникла необходимость в разработке эффективных государственных мер противодействия, в том числе, дополнительных мер по профилактике и лечению болезней зависимости. Для решения этой задачи, в 1976 году, наркология, в качестве специализированной службы и врачебной специальности, была выделена из психиатрии, обретя самостоятельный статус и приоритетные условия развития. В противовес другим странам, где лечением наркологических больных традиционно занимались психиатры, создание новой специальности представлялось прогрессивным шагом в развитии общественного здравоохранения и наглядным проявлением заботы государства о здоровье граждан. Ключевой территориальной структурой новой специализированной службы становился наркологический диспансер, с функциями лечения, наблюдения и учета. Разработкой новых научных подходов в области профилактики, диагностики и лечения химической зависимости призван был заниматься, образованный в последующем, профильный исследовательский институт, ныне Национальный научный центр наркологии. Дальнейшее развитие официальной отечественной наркологии все меньше отражало потребности самих пациентов [22], а терапевтические подходы все больше расходились с существующими в мировой практике [32]. Несмотря на это, продолжал культивироваться миф о том, что созданная в стране служба, «является предметом нескрываемой зависти преобладающего большинства наших зарубежных коллег» [5], и о том, что «медицинские программы у нас лучше, чем где-то в мире» [7]. Обособленное развитие и собственная не критичность постепенно изолировали наркологию в ряду других

клинических дисциплин и, хотя окончательного разрыва наркологической службы с психиатрией не произошло, болезни зависимости заняли особое положение где, рекомендованные ВОЗ, протоколы ведения больных и стандарты лечения стали попросту игнорироваться.

В основу развития мировой науки и клинической практики были положены принципы доказательности (evidence-based medicine) с ориентацией на потребности пациента (patient-based medicine) [40]. Эти подходы были признаны универсальными для всех клинических дисциплин. Исключением остается лишь российская наркология, не доверяющая мировому опыту и противопоставляющая рациональным и доказательным подходам свой собственный путь развития.

При этом собственный путь российской наркологии отмечен:

- 1) самой высокой распространенностью ВИЧ и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в Европе [10, 26, 28, 29];
- 2) самым высоким уровнем смертности наркопотребителей, на много превышающим среднеевропейские показатели [15, 36, 39];
- 3) отказом от использования программ снижения вреда [21, 25];
- 4) недопустимо низким качеством исследований и научных публикаций [1];
- 5) разочарованием больных в возможностях лечения и снижением их обращаемости за медицинской помощью [17, 27].

Одновременно, в качестве достижений отечественной наркологии выдвигаются:

- 1) существующая в нынешнем виде система наркологического учета [19];
- 2) определение аддиктивной потребности в разряд психотического расстройства [6, 12, 24];
- 3) введенное в стандарты, использование антипсихотиков для лечения синдрома зависимости [4, 14];
- 4) широкое распространение псевдонаучных технологий лечения с недоказанной эффективностью [18, 34].

Очередными этапами «развития» планируются массовые обследования

на предмет употребления наркотиков [11, 16, 20], а также недобровольная госпитализация и введение мер принудительного лечения для лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью [8, 13].

Российская наркология отличается от мировой аддиктологии непримиримостью антинаркотических морализаторских установок и пренебрежением к требованиям научной доказательности в отношении используемых методов профилактики и лечения. При этом Россия остается единственной страной в Европе, и, пожалуй, единственной страной в мире среди развитых стран, где не применяются программы снижения вреда, а преобладающими подходами в противодействии наркотизации являются устрашение, принуждение или наказание. Когда подобная стратегия не приносит результатов, причины усматриваются в недостаточности усилий, и звучат призывы к наращиванию мер давления и контроля. Эта стратегия войны с наркотиками, на практике, превращается в войну с большими наркотической зависимостью. Так, в официальных документах по совершенствованию наркологической помощи указывается, что толерантное отношение к наркопотребителям является пропагандой распространения наркотиков [25]. Как в таком случае должен чувствовать себя врач, обязанный относиться к своему пациенту не просто толерантно, а сочувственно? Должен ли он отворачиваться от него, при отказе пациента от продолжения лечения и возобновлении наркотизации? Ведь часто так и происходит. Легко ли противостоят обывательским настроениям если даже наркологи, занимающие руководящие посты, выступают с моральной поддержкой насильственного лишения свободы наркозависимых, осуществляемой активистами какой-то общественной организации? Что делать если единственной целью объявляется полная и окончательная победа над наркопотреблением? Если призывы к «Победе любой ценой», Победе, невзирая на все ужасы этой «войны» [9] не отличимы от риторики религиозных фундаменталистов? Как быть если действующее федеральное законодательство разрешает диспансерное наблюдение и постановку на

наркологический учет только при условии информированного добровольного согласия, а в реальности эти требования остаются только на бумаге и подобная незаконная практика осуществляется повсеместно [19]? Наркологический учет не только перестал быть добровольным, учетные данные передаются сторонним организациям, а законное право на конфиденциальность больные должны выкупать в государственных учреждениях, используя узаконенную практику платного анонимного лечения. Нравственная деградация системы государственной наркологической помощи превратила врачебную тайну в товар. Из-за опасений наркологического учета, связанного с большим количеством ограничений чем судимость, значительное количество больных не обращаются в диспансер за долгосрочной медико-социальной помощью. Как можно оценивать качество услуг, если те для кого они предназначены любым путем стараются их избегать?

Преодолеть отчуждение и стойкое недоверие больных по отношению к государственным службам наркологической помощи, а также повысить их мотивацию к лечению, парадоксальным образом, должна система «социального прессинга» [11]. По существу предлагается усиление стигматизации лиц с признаками химической зависимости, а также перевод школьников и студентов в ранг потенциально подозреваемых в употреблении. Бесперспективность массового тестирования, на основании анализа полученных результатов, продемонстрирована со всей очевидностью [23]. Вопреки утверждениям приверженцев социального прессинга, лабораторного наркологического скрининга в отношении отдельных возрастных групп нигде в мире не существует, как не существует и социального преследования по факту наркотической зависимости. В цивилизованных странах доминирует прямо противоположная тенденция, программы профилактики, лечения и реабилитации ориентированы на сокращение социального отторжения и отказ от дискриминации лиц злоупотребляющих наркотиками. Нарастающая девальвация принципов

гуманности и милосердия в отечественной наркологии привела к тому, что врачи, пренебрегая своими прямыми обязанностями оказания помощи пациентам, становятся на позиции общественных обвинителей [33]. Несвойственная врачу роль защитника общества, в ущерб интересам больного, создает атмосферу морализаторства и нетерпимости, являясь почвой для различного рода репрессивных подходов, включая поддержку инициатив по возврату уголовного преследования за употребление психоактивных веществ (ПАВ).

Формально признавая, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием, вся система оказания наркологической помощи строится исключительно, на представлениях о зависимости как о преходящем расстройстве. Иначе невозможно понять почему, в качестве необходимого условия восстановления здоровья и улучшения социального функционирования все, существующие в отечественной практике, терапевтические программы ориентированы исключительно на полный отказ от употребления любых ПАВ. Само употребление в любом виде рассматривается как неприемлемое, не совпадающее с целями лечения и несовместимое с возможностью восстановления социального статуса пациента. Абсолютизация подходов, ориентированных исключительно на достижение полной и стабильной ремиссии в большинстве случаев делает их чрезвычайно уязвимыми с точки зрения достижения устойчивых результатов. Современные возможности лечения сами по себе не обеспечивают надежных перспектив полного выздоровления. Лишь небольшая часть наркозависимых пациентов способна прекратить употребление ПАВ в течение короткого времени. Большинство продолжает употребление на протяжении многих лет, а некоторые не могут отказаться от наркотиков до конца жизни. Игнорирование этих известных клинических характеристик заболевания, с нереалистичными максималистскими требованиями поголовного исцеления, приводит к опасным и непредсказуемым результатам. Одним из них является

распространенная практика инъекционного употребления наркотиков, приготовленных кустарным способом из лекарственных средств аптечной сети. Сама эта технология, с использованием токсических прекурсоров, обуславливает чрезвычайно тяжелые, если не ужасающие, медицинские последствия употребления [30].

В мировой практике учет клинической реальности привел к расширению подходов основанных на концепции *уменьшения вреда* и определил тенденцию использования более широкого набора критериев эффективности лечения с выходом за рамки полной ремиссии, как единственной цели терапевтических усилий. Целями ставятся: уменьшение тяжести симптомов заболевания, улучшение общего состояния здоровья и социального функционирования, исключение или снижение риска развития рецидива. Комитет экспертов по лекарственной зависимости Всемирной организации здравоохранения определяет лечение как *процесс использования последовательных специальных мер, ориентированных на достижение наиболее высокого уровня здоровья и благополучия*.

Преодоление зависимости с достижением многолетних устойчивых ремиссий остается идеальной конечной целью лечения. Однако, не упуская возможности достижения максимального терапевтического результата, должны существовать промежуточные цели лечения, ориентированные на повышение продолжительности и качества жизни больных. Исходя из этого целевыми задачами надлежащих мер терапевтической помощи следовало бы считать улучшение ситуации во всех сферах жизнедеятельности, связанных с злоупотреблением наркотиков. Однако достижение консенсуса относительно целей и ожидаемых результатов лечения возможно лишь при условии общих концептуальных подходов к проблеме зависимого поведения. Здесь как раз и обнаруживается то, что принципиально отличает представления, существующие в отечественной наркологии от подходов, принятых в мировой практике.

В отечественной наркологии доминирующее положение заняло

представление о том, что стержневым расстройством аддиктивного заболевания является *патологическое влечение*, представляющее собой самостоятельное психопатологическое образование [2, 37]. Именно концепция патологического влечения к интоксикации, как психотического расстройства со всеми присущими ему характеристиками нарушения сознания и мышления [6, 12, 24], предлагается в качестве патогенетической основы аддиктивной болезни. Это «достижение» превратило отечественную наркологию в полигон для испытания сомнительных лечебных инноваций, при полном игнорировании этических норм и законного права больного на максимально эффективное и безопасное лечение [32]. Несмотря на то, что эффективность использования нейролептиков и антидепрессантов для лечения синдрома зависимости, в методически корректных исследованиях, доказана не была, эти препараты были введены в стандарты лечения [4]. Информировать больных о том, что в инструкциях по применению, назначаемых им лекарственных средств, таких показаний как алкогольная и наркотическая зависимость не значится - не принято, зато принято считать, что уклонение от подобного лечения обусловлено отсутствием критики. В арсенале отечественной наркологии, кроме того, имеется более четырехсот запатентованных методик лечения, представляющих собой, в лучшем случае, плацебо-технологии целительства, не имеющих ничего общего с медицинской наукой [34].

Так, игнорирование базовых принципов научного знания приводит к разгулу знахарских технологий, а ничтожность результатов маскируется многообразной активностью, где частные мнения доминируют над научными доказательствами, а идеологические установки над прагматичным скептицизмом. Проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ, существуют во всех развитых странах мира, но нигде не имеют таких трагических последствий как в России. Несмотря на то, что идеальных методов лечения не существует, применение взвешенных и научно обоснованных мер по уменьшению вреда позволяет привлечь пациентов к

терапии, сократить употребление нелегальных наркотиков, снизить негативные медицинские и социальные последствия наркотизации. Попытки выхода из системного кризиса, в котором находится отечественная наркология, путем наращивания законодательных репрессий, социального прессинга и принудительных мер по обследованию и лечению способны лишь загнать проблему в подполье, криминализировать наркопотребителей и утяжелить последствия наркотизации. Решение проблем отечественной наркологии лежит на пути преодоления изоляционизма и возвращения в русло мировой науки и надлежащей клинической практики.

Литература

1. Айзберг О.Р. Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии – идеал, процедуры и реальность. //В кн.: На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи) /Под ред. проф. В.Д. Менделевича, - М.: Издательство «Медиа пресс», 2008. 376 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Москва, 1994. – 216 с.
3. Альтшулер В.Б. Алкоголизм //В кн.: Руководство по психиатрии /Под ред. А. С. Тиганова – М.: Медицина, 1999. –Т. 2. с. 250-299.
4. Альтшулер В.Б., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В., Даренский И.Д., Кравченко С.Л., С.И. Уткин. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приложение к приказу МЗ РФ от 28 апреля 1998 г. № 140.
5. Альтшулер В.Б. Комментарий к конференции «Эффективная и доказательная наркология в эпоху ВИЧ» //Вопросы наркологии. 2008. - №2
6. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. М.: Гениус, 2005. - 316 с.
7. Брюн Е.А. Наша работа сложная //Наркология. 2010. - №8 с. 12-19.
8. Брюн Е.А. Без «недобровольной» госпитализации не обойтись. Медицинская газета, №93, 02.12.2011.

9. Галузин К. <http://www.id-narkonet.ru/narkotik.html>
10. Гепатит С среди потребителей инъекционных наркотиков в новых странах-членах Европейского Союза и соседних государствах: ситуация, руководства и рекомендации. 2007. <http://www.harm-reduction.org/files/pdf/3-advo/32ru.pdf>
11. Главный нарколог Минздрава: Необходим социальный прессинг наркозависимых. <http://www.aif.ru/pc/news/86550>
12. Даренский И.Д. Наркологические заболевания как вариант периодически текущего психоза. //Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. с. 54.
13. Иванец Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. http://www.narkotiki.ru/expert_272.html
14. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психофармакология наркологических заболеваний. //В кн. Наркология: национальное руководство /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. с. 481-527.
15. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. Москва, 2007.
16. Клименко Т.В., Козлов А.А. Правовые и процедурные аспекты организации государственной системы тестирования учащихся образовательных учреждений на потребление наркотиков. //Наркология. - 2011. - №5. - с. 77-84.
17. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007 – 2008 годах. /Статистический сборник. – М., 2009. – 139 с.
18. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. //Неврологический вестник. 2010, № 3 - с. 25-27.
19. Левинсон Л., Торбан М. Наркологический учет: по закону или по инструкции? Регулирование регистрации потребителей наркотиков в РФ. <http://www.hivpolicy.ru/publications/index.php?id=571>
20. Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Швецова Ю.Б., Баранова О.В. Тестирование учащихся на наркотики как один из аспектов объективной оценки и мониторинга наркоситуации. //Наркология. – 2011, №5. - с. 68-76.

21. Международные организации раскритиковали Россию за отказ от лечения наркоманов метадоним.
http://www.dagmarket.ru/lenta/mejdunarodnyie_organizatsii_raskritikovali_rossiyu_za_otkaz_ot_lecheniya_narkomanov_metadonom/
22. Менделевич В.Д. Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа /В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2006. – с. 154-178.
23. Менделевич В.Д. Нецелесообразность тестирования учащихся на наркотики: научные аргументы против антинаркологических утопий, благих намерений и псевдогражданственности. //Наркология. – 2011, №9 - с. 79-82.
24. Михайлов М.А. Влечение как бред //Вопросы наркологии. - 2010, №4 с. 15-26.
25. «О концепции комплексной городской целевой программы совершенствования наркологической помощи и противодействия наркомании в городе Москве». Постановление правительство Москвы от 27 октября 2009 г.
http://www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_158945.html
26. «О мерах по противодействию распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и повышению их эффективности». Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, N 01/3240-1-32 от 23 марта 2011 г.
27. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2010 году. <http://datadepot.10gb.ru/dd51/020310.pdf>
28. Погорелая Н.Б., Шамота А.З. Изучение распространенности ВИЧ и поведение риска в группе ПИН, оценка численности ПИН в г. Москве. М., 2010.
29. Покровский В.В. и др. “ВИЧ-инфекция”. Информационный бюллетень №33 //Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. М., 2009.
30. Последствия зависимости от дезоморфина пугают даже опытных врачей <http://www.ria.ru/tvsociety/20100422/225603578.htm>
31. Принципы доказательной медицины и использование программ

- снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп. Экспертная рабочая группа для проведения комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда, при Межфракционной депутатской рабочей группе по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями. (Под ред. М.И. Гришанкова), 2010.
32. Сиволап Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии. //Наркология. - 2011. - №12. - с. 79-81.
33. Смирнов О. Г. Здоровье нации: права и ответственность личности – задачи и возможности общества. //Наркология. – 2006. – № 10. – с. 68–69.
34. Сошников С.С. и др. Инновационная деятельность в российской наркологии. <http://www.narcom.ru/publ/info/924>
35. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной □ медицины. М.: Медиасфера, 2004.
36. ФСКН РФ, 2006. http://www.narkotiki.ru/news_22179.html.; <http://www.medinfo.ru/mednews/6874.html>.
37. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) – М.: Медпрактика - М, 2002. – 240 с.
38. EMCDDA, 2007. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44705_EN_TDAC07001ENC.pdf
39. EMCDDA, 2010. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_EN_EMCDNA_AR2010_EN.pdf
40. Patient-centered care improvement guide (Frampton S., Guastello S., Brady C., Hale M., Horowitz S., Smith S. B., Stone S.), 2008 by Planetree and Picker Institute.