

Перспективы внедрения “заместительной терапии” у больных опишной наркоманией в России

НАДЕЖДИН А.В. к.м.н., рук. клинического отделения детской и подростковой наркологии
НИИ наркологии Минздрава России

Кратко описываются основные принципы заместительной терапии, приводятся сравнительные характеристики наиболее распространенных наркотических веществ, применяемых при заместительной терапии, обсуждается эффективность данной методики применительно к мировой практике и к использованию на территории Российской Федерации.

Низкая эффективность лечебных и реабилитационных программ для лиц с зависимостью от психоактивных веществ послужила поводом для внедрения в медицинскую практику так называемой заместительной терапии, подразумевающей выдачу больным того или иного наркотического вещества с целью предотвратить потребление ими наркотиков, приобретенных на нелегальном рынке. Начало заместительной терапии следует отнести к 1964 году, когда V.P. Dole и M.E. Nyswander предложили метадон для больных героиновой наркоманией. (Следует заметить, что идея использовать один наркотический препарат для “лечения” зависимости от другого не является новой: в литературе имеются указания на, естественно, безуспешные попытки применения героина и кокаина для лечения морфинной наркомании в начале XX века [2].

На сегодняшний день в качестве средств заместительной терапии применяются: метадон (оральный раствор с сахаром); медленно высвобождающийся морфин (таблетки/капсулы для применения один или два раза в день); бупренорфин (сублингвальные таблетки); ЛААМ (лево-ацетил-метадил); героин. Аргументы сторонников заместительной терапии следующие:

- стабилизация состояния пациентов;
- сокращение потребления наркотиков вне получаемой терапии, “на стороне”;
- большая возможность для психосоциальной интеграции, трудовой деятельности;
- уменьшение заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами (“В” и “С”) и ВИЧ-инфекцией;
- сокращение преступности/проституции;
- создание базы для последующей отмены наркотика.

Метадоновые программы после периода неоправданных больших ожиданий, надежд и первых успехов стали вызывать все большую и большую критику со стороны как врачей и других специалистов, так и общественности тех стран, где они были внедрены. Причины отказа от широкого их применения: относительно высокая токсичность метадона, приводящая к возникновению достаточно опасных осложнений со стороны внутренних органов; медленная скорость его выведения из организма, что существенно повышает риск передозировки при одновременном употреблении метадона и героина (в том случае, если больной нарушает предписанный правилами участия в метадоновой программе режим воздержания от самостоятельного приема других наркотиков).

Заместительная терапия имеет два варианта. Первый — применение метадона с целью купирования острых проявлений синдрома отмены героина с литическим снижением доз, второй — с целью длительной заместительной терапии, так как считается, что назначение метадона приводит

к прекращению потребления “уличных наркотиков” (что достаточно сомнительно). Однако специфическое эйфоризирующее действие метадона таково, что у ряда пациентов интоксикация метадонем оказывается субъективно более притягательной, чем интоксикация героинем, что в существенной степени затрудняет отмену метадона при многолетней заместительной терапии [1].

На основании “Протокола заседания круглого стола”, проходившего в рамках международной конференции “Медико-биологические основы лечения и диагностики алкоголизма и наркоманий” (Москва, 28—30 сентября 1993 года) с участием ведущих шведских (С. Борг, Н. Эрикссон) и российских наркологов (В.Ф. Егоров, А.В. Шевченко и др.) можно сделать следующие выводы.

Первый и очень важный этап в реализации метадоновой терапии — отбор пациентов на лечение: социальными службами, специалистами-наркологами, врачами других специальностей, которые лечат наркоманов по поводу различных осложнений, вызванных приемом наркотиков.

В Швеции существуют строгие критерии отбора на метадоновую терапию: минимум четырехлетний, подтвержденный медицинской документацией стаж опишной наркомании; указание в анамнезе на безуспешное прохождение многих других форм лечения; наличие медицинских показаний к метадоновой терапии (сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного и др.).

Таким образом, метадон используется как последняя возможность избавления от наркомании. По мнению шведских специалистов, лечение метадонем — сложный и длительный процесс, достигающий в ряде случаев 5—8 лет, требующий участия многих специалистов: врачей-наркологов, социальных работников, психологов и др. В связи с тем, что по ходу лечения бывают срывы, возникает необходимость помещения пациентов в реабилитационные центры. Следует отметить, что в случае применения всего комплекса медико-социальных реабилитационных мер полного излечения от наркомании достигают от 10 до 20 % пациентов, участвующих в программе. Прекращают получать метадон и возвращаются к неконтролируемому приему нелегальных наркотических веществ от 10 до 15 % больных. А.Г. Врублевский указал на высокую эффективность применения заместительной терапии (по данным зарубежных специалистов), однако подчеркнул, что такая эффективность возможна только в случае применения заместительной терапии в сочетании с интенсивными мерами социально-медицинской реабилитации, которые недоступны на сегодняшний день в России.

Имеются данные и о недостаточной или безуспешной заместительной терапии, когда до 90 % пациентов, полу-

чающих ее, возвращаются к применению героина, опиоидных наркотиков, алкоголя, транквилизаторов [4].

Обращает на себя внимание тот факт, что в уже упомянутом “Протоколе круглого стола” указываются причины отказа в 1975 году от применявшихся в Швеции в течение 10 лет метадонных программ: недостаточный организационный и клинический опыт; отрицательное отношение специалистов к выдаче нового наркотика больным наркоманией; “не слишком оптимистический прогноз”, утечка метадона на черный рынок. Возврат к применению метадона в Швеции произошел только в 1985 году и был обусловлен распространением ВИЧ-инфекции среди наркоманов, употребляющих наркотики инъекционным путем.

В целом можно констатировать, что популярность программ заместительной терапии в зарубежных странах существенным образом снизилась; особенно это касается такого вещества, как метадон. Практически все авторитетные специалисты указывают, что заместительная терапия не является “решающим” методом лечения, а может реализовываться только в комплексе интенсивных социотерапевтических мероприятий. Также следует указать, что программы заместительной терапии подразумевают обязательный и постоянный контроль потребления пациентом наркотических веществ, что достигается практически перманентным (1—2 раза в неделю на протяжении всего периода проведения терапии) мониторингом биологических жидкостей на наличие наркотических веществ [3].

Недостатком антиабстинентной терапии с использованием метадона является то, что некоторые пациенты быстро приобретают толерантность к препарату и затем вынуждены принимать заместительную терапию годами. Вышесказанное справедливо и для других фармакологических агентов, применяемых в качестве заместительной терапии. Существовавшее мнение, что метадонные про-

граммы (заместительная терапия) являются универсальным средством, способным решить все социальные проблемы и терапевтические задачи при курении больных, страдающих наркоманией по отношению к дериватам опия, по мере накопления отрицательных результатов лечения практически опровергнут, что в значительной степени уменьшило оптимизм в отношении возможностей метода даже у его сторонников.

Учитывая неблагоприятный психофармакологический профиль действия метадона, многочисленные соматические и психические осложнения его применения, специалисты пришли к тому, что для заместительной терапии стали применяться другие средства, причем некоторые из них являются нелегально потребляемыми наркотиками, в частности “медицинский героин” в Швейцарии и Германии, бупренорфин в ряде европейских стран, а также пролонгированные формы солей морфина. В ряде случаев эти препараты действительно лишены части побочных (токсических) эффектов метадона, но все они являются яркими представителями веществ, традиционно относимых к наркотическим. Вместе с тем, необходимо отметить, что многие препараты из этой группы имеют более благоприятный, по сравнению с метадонем, профиль психофармакологической активности и, следовательно, относительно более благоприятный прогноз формирования ремиссии при прекращении заместительной терапии. С другой стороны, можно констатировать, что, несмотря на ряд положительных по сравнению с метадонем свойств, принципиальных отличий от него у вышеприведенных средств нет.

Сводные характеристики наркотических веществ, применяемых в заместительной терапии, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительные характеристики наиболее распространенных наркотических веществ, применяемых при заместительной терапии

Вещество	Преимущества	Недостатки
Метадон	пролонгированное действие эффективность налоксона гидрохлорида при передозировке отделен при токсикохимическом исследовании от героина и др. дериватов опия возможно оральное применение	относительно высокая гепатотоксичность способность кумуляции в организме более сильная степень химической зависимости, чем от героина психопатологические расстройства при длительном применении
Бупренорфин	малая опасность передозировки отделен при токсикохимическом исследовании от героина и др. дериватов опия более слабая степень химической зависимости, чем от героина и метадона невывраженный синдром отмены	неэффективность налоксона гидрохлорида при передозировке невозможно оральное применение (только сублинвальное или парентеральное введение) синдром отмены при “переходе” с героина и др. дериватов опия субъективная непереносимость психоактивного действия у большей части пациентов
Медленно высвобождающийся морфин	минимальный уровень побочных эффектов высокая степень изученности вещества отсутствие кумуляции меньшая степень психопродуктивных расстройств, чем при применении метадона субъективная притягательность психоактивного действия у большей части пациентов лучший прогноз для социальной и трудовой реабилитации пролонгированное действие возможно оральное применение	неотделен при токсикохимическом исследовании от героина и др. дериватов опия выраженный синдром отмены опасность передозировки необходимость повышения дозировки при беременности и специфическом лечении СПИДа

В целом, на основании анализа литературных данных, мнения компетентных в проблеме специалистов можно сделать следующие выводы:

1. Заместительная терапия не рассматривается как изолированное мероприятие по выдаче наркотических средств лицам, больным наркоманией, а реализуется только в комплексе энергичных социально-реабилитационных мероприятий; поэтому вывод о реальной эффективности заместительной терапии в плане формирования полных ремиссий по литературным данным сделать довольно затруднительно;

2. Заместительная терапия подразумевает постоянный мониторинг содержания наркотических веществ в биологических средах пациента, в противном случае основные цели заместительной терапии — прекращение потребления нелегальных наркотиков и, следовательно, снижение преступности среди наркоманов и инфицирования их ВИЧ не достигаются;

3. Вопрос об эффективности программ заместительной терапии по отношению к профилактике заражения ВИЧ-инфекцией представляется дискуссионным. Такая терапия метадонотом осуществляется в ряде стран Европы и Северной Америке уже более 30 лет; вместе с тем, в докладе Объединенной комиссии ООН по СПИДу за 1998 год состояние профилактики заражения ВИЧ-инфекцией в упомянутых регионах признано неудовлетворительным по причине стремительного распространения ее эпидемии;

4. Следует принимать во внимание, что значительное количество лиц, страдающих наркоманией, не удерживается в программах заместительной терапии, так как возвращается к систематическому потреблению нелегальных наркотиков.

Таким образом, о положительных и отрицательных сторонах заместительной терапии в плане ее возможного применения на территории Российской Федерации необходимо сказать следующее:

1. Заместительная терапия будет заведомо неэффективной при отсутствии интенсивных социотерапевтических и реабилитационных мероприятий, адекватной профессионально-трудовой реабилитации. Реальных возможностей для разворачивания в необходимых масштабах подобной деятельности как в здравоохранении, так и в других ведомствах в настоящий момент нет;

2. Введение заместительной терапии даже для ограниченных контингентов лиц, зависимых от героина и других веществ опиоидного ряда приведет к существенному снижению эффективности профилактических программ, так как она будет рассматриваться начинающими потребителями наркотиков как способ избежать медицинских и социальных осложнений от их потребления в перспективе;

3. Заместительная терапия подразумевает постоянный и достаточно частый (иногда ежедневный) контроль за приемом наркотических препаратов, что потребует существенных затрат для оборудования токсико-химических лабораторий практически при каждом центре, реализующем упомянутые программы. (До настоящего времени значительная часть субъектов Российской Федерации не имеет таких лабораторий в составе наркологической службы);

4. Принимая во внимание низкую эффективность работы правоохранительных органов по пресечению незаконного оборота наркотиков и высокий уровень преступности в стране, совершенно очевидно, что значительное количество наркотических веществ, применяемых для заместительной терапии, будет попадать в сферу незаконного оборота наркотиков, что, в свою очередь, крайне негативно скажется на структурах, реализующих программы заместительной терапии, и приведет к их стремительной деградации;

5. Представляется целесообразным рассмотреть возможность ограниченного применения наркотических анальгетиков в рамках оказания гинекологической и акушерской помощи беременным женщинам, страдающим героиновой наркоманией, с целью купирования у них абстинентных явлений, если они могут представлять угрозу для жизни матери и плода, а также у героиновых наркоманов с клиническими проявлениями синдрома иммунодефицита человека.

Список литературы

1. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. // Вопросы наркологии. — 1999. — № 4. — С. 57—66.
2. Пятницкая И.П. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
3. Филибек У., Стерниери Е., Е. де Якобс. Методическое руководство по профилактике и фармакологическому лечению героиновой зависимости. — Министерство здравоохранения Италии, 1995.
4. Dole V.P. // JAMA. — 1973. — V. 226. — P. 780—781.