

К вопросу о рациональном лечении в наркологии

СИВОЛАП Ю.П.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии

Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Тел.: +7 (985) 2258146, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

Современные подходы к лечению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) основаны на данных рандомизированных контролируемых исследований и включают стандарты лечения алкоголизма, опиоидной зависимости и табакокурения. Стандартов лечения кокаиновой зависимости и зависимости от каннабиноидов, а также других аддиктивных болезней, несмотря на многообещающие данные отдельных исследований, в настоящее время не существует. Российская практика лечения аддиктивных расстройств существенно отличается от мировых лечебных подходов многообразием используемых лекарственных препаратов, необоснованным применением психотропных средств и отсутствием достаточной научной обоснованности принятых методов лечения.

Ключевые слова: алкоголизм, опиоидная зависимость, табакокурение, злоупотребление кокаином, злоупотребление каннабиноидами, рандомизированные контролируемые исследования, детоксикация, предупреждение рецидивов, поддерживающая терапия

Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ и его неблагоприятные медицинские и социальные последствия представляют одну из наиболее серьезных проблем современного общества.

Лечение алкоголизма и других болезней аддиктивного круга служит главной задачей наркологии, и эффективность терапии во многом определяется характером применяемых подходов и степенью их научной обоснованности.

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) нарушения психики и поведения, вызванные употреблением ПАВ, в зависимости от употребляемого вещества или группы веществ представлены 10 рубриками начиная с F10 (расстройства, связанные с употреблением алкоголя) и заканчивая F19 (расстройства, связанные с употреблением разных ПАВ).

В соответствии с международными подходами к лечению аддиктивных болезней, отраженными в стандартах Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), лишь три из них, представленные отдельными рубриками МКБ-10 — алкоголизм (F10), опиоидная зависимость (F11) и табакокурение (F17), — предполагают наличие средств специфической терапии и, следовательно, медикаментозное лечение.

Разработаны также протоколы лечения зависимости от бензодиазепинов (F13), но по сравнению с алкоголизмом и злоупотреблением опиоидами данное расстройство представляет второстепенную проблему клинической наркологии (в связи с малой численностью пациентов и преобладанием неаддиктивных мотивов немедицинского употребления транквилизаторов и снотворных средств) и в контексте настоящей статьи не рассматривается.

Другой важной особенностью международных стандартов лечения зависимости от ПАВ является ограниченный перечень используемых подходов.

Основной причиной ограниченного выбора лечебных средств, применяемых в мировой наркологии, является приверженность надлежащей клинической практики (good clinical practice) принципам доказательной медицины, в соответствии с которыми в лечебные стандарты включаются лишь те методы терапии, которые имеют достоверно подтвержденную клиническую эффективность.

Лекарственные препараты применяются в клинической (в том числе наркологической) практике лишь при одобрении специальными контролирующими органами — Управлением по контролю качества продуктов и лекарств (Food and Drug Administration, FDA) в США и Европейским агентством по контролю лекарств (European Medicines Agency, EMA) в странах Европы — в тех случаях, когда эффективность и безопасность этих препаратов доказаны результатами нескольких двойных слепых рандомизированных исследований с плацебо-контролем.

В настоящее время экспертами FDA и EMA для применения в лечении алкогольной, опиоидной и никотиновой зависимостей одобрены (на основании данных корректных научных исследований) лишь немногие лекарственные средства.

Протоколы лечения синдрома отмены алкоголя включают бензодиазепины и симптоматические (главным образом адренергические) средства [1].

В качестве определенной альтернативы бензодиазепинам в лечении острых алкогольных расстройств рассматриваются противосудорожные препараты, как традиционные (карбамазепин и вальпроаты), так и относительно новые (ламотриджин и топирамат) [8, 12]. По мнению автора данной статьи, недостатком противосудорожных средств в лечении алкоголизма является отсутствие седативного и снотворного эффектов и, следовательно, практическое отсутствие — в отличие от бензодиазепинов — необходимого влияния на бессонницу, часто сопровождающую отмену алкоголя у зависимых лиц.

Предупреждение рецидивов и поддерживающая терапия алкогольной зависимости осуществляются с применением трёх лекарственных средств — налтрексона, акампросата и дисульфирама [1, 2].

Рассматривается роль селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в лечении алкоголизма и других аддиктивных болезней, в том числе опиоидной зависимости [1, 13, 21].

СИОЗС не демонстрируют убедительной эффективности при широком применении, однако могут быть полезными в лечении отдельных категорий больных алкоголизмом — в основном тех из них, кто обнаруживает коморбидность с пограничными психическими расстройствами [16, 17].

Обсуждается также эффективность g-гидроксibuтирата и баклофена в поддерживающей терапии алкогольной зависимости [6, 11, 15].

Опиоидная детоксикация и предупреждение рецидивов (поддерживающая терапия) опиоидной зависимости, в соответствии с международными стандартами, проводится с использованием различных лигандов — агонистов, частичных (парциальных) агонистов и антагонистов — опиоидных рецепторов [3, 9].

Наряду с лигандами опиоидных рецепторов в лечении синдрома отмены опиоидов находят применение вспомогательные лекарственные средства, в первую очередь, α -2-адреномиметики — клонидин и локсидин [4, 21].

Доказанной эффективностью в отношении табачной зависимости обладают никотинзамещающая терапия, бупропион и варениклин [7, 10, 18].

Эффективные подходы к лечению других видов аддиктивных расстройств, например кокаиновой зависимости (F14), до сих пор являются предметом обсуждений, и соответствующие лечебные стандарты, удовлетворяющие потребностям клинической практики, до сих пор не разработаны и не одобрены, несмотря на некоторые перспективы применения глутаматергических лекарственных препаратов [14, 19].

Отсутствует признанная экспертами FDA и ЕМА специфическая терапия зависимости от каннабиноидов (F12), хотя имеются сообщения об определённой эффективности бупропиона, дронабинола, лития, флуоксетина и локсидина [5, 20].

К сожалению, практика лечения алкоголизма и других аддиктивных болезней в нашей стране резко, и притом не в лучшую сторону, отличается от международных терапевтических подходов.

Применяемые в российской наркологии методы лечения зачастую не только не соответствуют стандартам ВОЗ, но и находятся в грубом противоречии с этими стандартами.

Система лечения алкоголизма и других видов химической зависимости¹ в Российской Федерации характеризуется следующими особенностями:

- необоснованное многообразие используемых лекарственных препаратов без указаний на эффективность и безопасность их применения, доказанные корректными научными исследованиями;
 - приоритетное использование методов клиренс-вой детоксикации в лечении синдромов отмены ПАВ без достаточного научного обоснования;
 - необоснованное применение психотропных средств (в первую очередь, нейролептиков) с целью воздействия на так называемый синдром патологического влечения (данный психопатологический феномен имеет исключительно российское употребление и не рассматривается ни в одном из глоссариев и других официальных документов ВОЗ, а также авторитетных зарубежных руководств);
 - применение методов биологической терапии и других архаичных и небезопасных вмешательств в лечении зависимости от ПАВ;
 - толерантное и даже благосклонное отношение к «непрозрачным» методам лечения, имеющим сугубо коммерческое предназначение и основанным на введении пациентов в заблуждение.
- Перечисленные особенности лечения аддиктивных расстройств в Российской Федерации объясняются следующими причинами:
- изоляция отечественной наркологии от мирового профессионального сообщества;
 - крайне низкий уровень большинства российских наркологических научных исследований и научных публикаций, отсутствие современной национальной научной наркологической доктрины;
 - неудовлетворительное качество образовательных программ в наркологии и недостаточные требования к квалификации специалистов;
 - нередкая подмена научных фактов моралистическими и идеологическими установками;
 - игнорирование принципов доказательной медицины и данных современных фундаментальных и клинических научных исследований.

Отсутствие рациональных подходов к лечению алкогольной зависимости и других аддиктивных расстройств представляет одно из существенных препятствий к решению многих социально-экономических проблем Российской Федерации, в первую очередь, неудовлетворительного состояния здоровья российских граждан, низкой продолжительности жизни и недостаточных для успешного развития страны трудовых ресурсов.

¹ К сожалению, указанные особенности нередко отмечаются и в лечении нехимических зависимостей.

Необходимость приведения лечебных подходов в отечественной наркологии в соответствие с международными стандартами во многом определяется тем, что показатели болезненности и летальности населения нашей страны, связанные с употреблением алкоголя и других ПАВ и представленные Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков, многократно превосходят аналогичные показатели в странах Европейского союза.

Список литературы

1. Amato L., Minozzi S., Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the alcohol withdrawal syndrome // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — (6). — CD008537.
2. Anton R.F., Swift R.M. Current pharmacotherapies of alcoholism: a U.S. perspective // *Am. J. Addict.* — 2003. — 12 (Suppl. 1). — S53—S68.
3. Benich J.J. 3rd. Opioid dependence // *Prim. Care.* — 2011. — Vol. 38 (1). — P. 59—70.
4. Bouchard G.J., Faistl K.W., Monaco J.L. Current options in the management of opioid dependence: a review // *JAAPA.* — 2011. — Vol. 24 (5). — P. 41—50.
5. Budney A.J., Hughes J.R. The cannabis withdrawal syndrome // *Curr. Opin. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 19 (3). — P. 233—238.
6. Caputo F., Vignoli T., Maremmani I. et al. Gamma hydroxybutyric acid (GHB) for the treatment of alcohol dependence: a review // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* — 2009. — Vol. 6 (6). — P. 1917—1929.
7. Daggrell S.A. Which is the best primary medication for long-term smoking cessation — nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? // *Expert Opin. Pharmacother.* — 2007. — Vol. 8 (17). — P. 2903—2915.
8. Eyer F., Schreckenber M., Hecht D. et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study // *Alcohol Alcohol.* — 2011. — Vol. 46 (2). — P. 177—184.
9. Fareed A., Vayalapalli S., Casarella J. et al. Heroin craving medications: a systematic review // *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* — 2010. — Vol. 36(6). — P. 332—341.
10. Fiore M.C., Baker T.B. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting // *N. Engl. J. Med.* — 2011. — Vol. 365 (13). — P. 1222—1231.
11. Gache P. [Baclofen: the new miracle cure for alcoholism?] // *Rev. Med. Suisse.* — 2011. — Vol. 7 (302). — P. 1458—1461.
12. Gardner E.L. Addiction and brain reward and antireward pathways // *Adv. Psychosom. Med.* — 2011. — Vol. 30. — P. 22—60.
13. Johnson B.A. Medical treatment of different types of alcoholism // *Am. J. Psychiatry.* — 2010. — Vol. 167 (6). — P. 630—639.
14. Kalivas P.W. Neurobiology of cocaine addiction: implications for new pharmacotherapy // *Am. J. Addict.* — 2007. — Vol. 16 (2). — P. 71—78.
15. Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G. et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010. — (2). — CD006266.
16. Naranjo C.A., Knoke D.M. The role of selective serotonin reuptake inhibitors in reducing alcohol consumption // *J. Clin. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 62 (Suppl. 20). — P. 18—25.
17. Pettinati H.M. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in treating alcoholic subtypes // *J. Clin. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 62 (Suppl. 20). — P. 26—31.
18. Raupach T., van Schayck C.P. Pharmacotherapy for smoking cessation: current advances and research topics // *CNS Drugs.* — 2011. — Vol. 25 (5). — P. 371—382.
19. Schmidt H.D., Pierce R.C. Cocaine-induced neuroadaptations in glutamate transmission: potential therapeutic targets for craving and addiction // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 2010. — Vol. 1187. — P. 35—75.
20. Vandrey R., Haney M. Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? // *CNS Drugs.* — 2009. — Vol. 23 (7). — P. 543—553.
21. Wu L.T., Blazer D.G., Li T.K., Woody G.E. Treatment use and barriers among adolescents with prescription opioid use disorders // *Addict. Behav.* — 2011. — Vol. 36 (12). — P. 1233—1239.

RATIONAL TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

SIVOLAP Y.P. E-mail: yura-sivolap@yandex.ru

The current approaches to the treatment of substance dependence are based on randomized controlled trials, and include standards for the treatment of alcoholism, opioid addiction and tobacco abuse. Standards of treatment cocaine addiction and dependence on cannabis, and other addictive diseases, despite promising data from individual studies, still do not exist. The Russian practice of treatment of addictive disorders is significantly different from the world approaches in a variety of medicines, unwarranted use of psychotropic drugs and the lack of sufficient scientific validity of accepted methods of therapy.

Key words: alcoholism, opioid dependence, smoking, cocaine abuse, cannabis abuse, randomized controlled trials, detoxification, relapse prevention, maintenance therapy