

Наркозависимый в поисках качественной терапии



проф. В.Д. Менделевич

Институт исследований проблем
психического здоровья

Казанский государственный

медицинский

университет

**Вторая Конференция по вопросам
ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии
Москва, 3-5 Мая 2008**

Качественная и некачественная терапия (официальная позиция)

«Нецелесообразно использовать метадоновую терапию в лечении наркомании и в борьбе со СПИДом»

Главный государственный санитарный врач России
Геннадий Онищенко

«Существуют убедительные доказательства, что заместительная терапия одна из самых эффективных мер по профилактике СПИДА»

глава Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

Мишель Казачкин



3 мая 2008 г.
РИА «Новости».
<http://www.rosbalt.ru>

Какую терапию наркомании считать качественной?

Каковы критерии качества?

Что означает понятие «целесообразности»?



Какова цель?

Критерии качественной терапии с точки зрения врачей

- **Эффективность (...)**

- **Учет**

- **Охват**

«Погоня за цифрами»

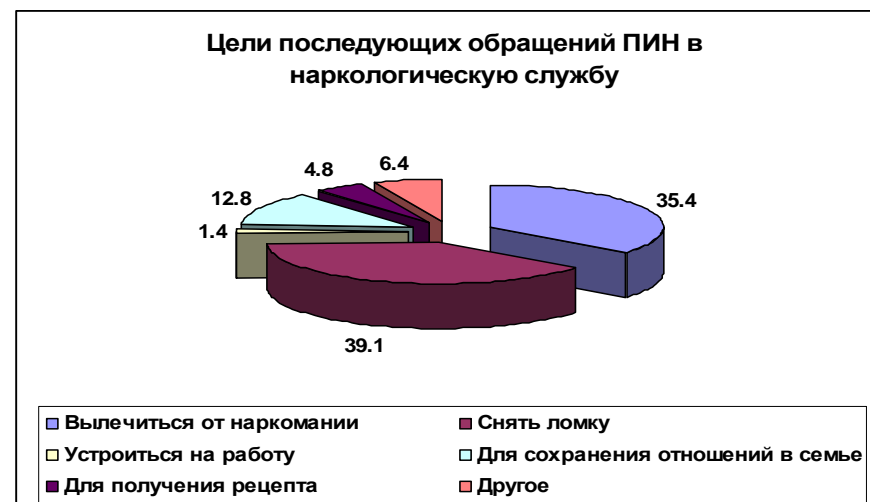
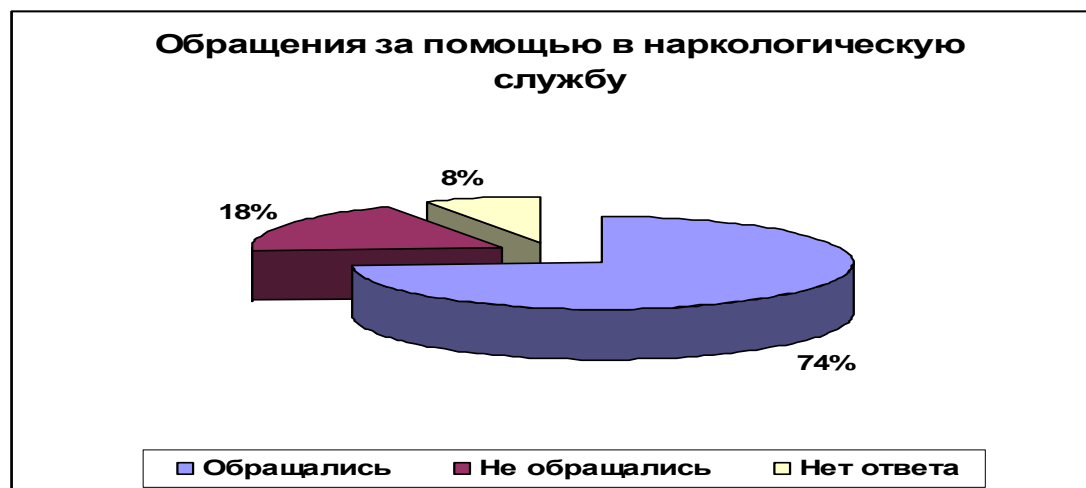
Качественная терапия с позиции пациентов

- лечение должно базироваться на принципах информированного согласия и правах пациента
- терапия должна быть своевременной
- сопровождаться доброжелательностью и развивать «терапевтический контакт»
- врачи должны давать шанс и оказывать помощь пациенту, который сразу не может отказаться от употребления ПАВ (продолжает принимать наркотики)

Ass. Professor
**Jimmy
Dorabjee**
(India, 2006)



Мнение пациентов о наркологической службе



Наркология и мотивированность пациентов на выздоровление



**Количество пациентов,
остающихся
мотивированными на
выздоровление после
первичного лечения в
наркологических
учреждениях,
снижается
в 2,2 раза**

Критерии качественной (профессиональной) наркологии



- научно обоснованная (доказательная)
- эффективная
- востребованная
- доступная
- ответственная
- гуманистическая

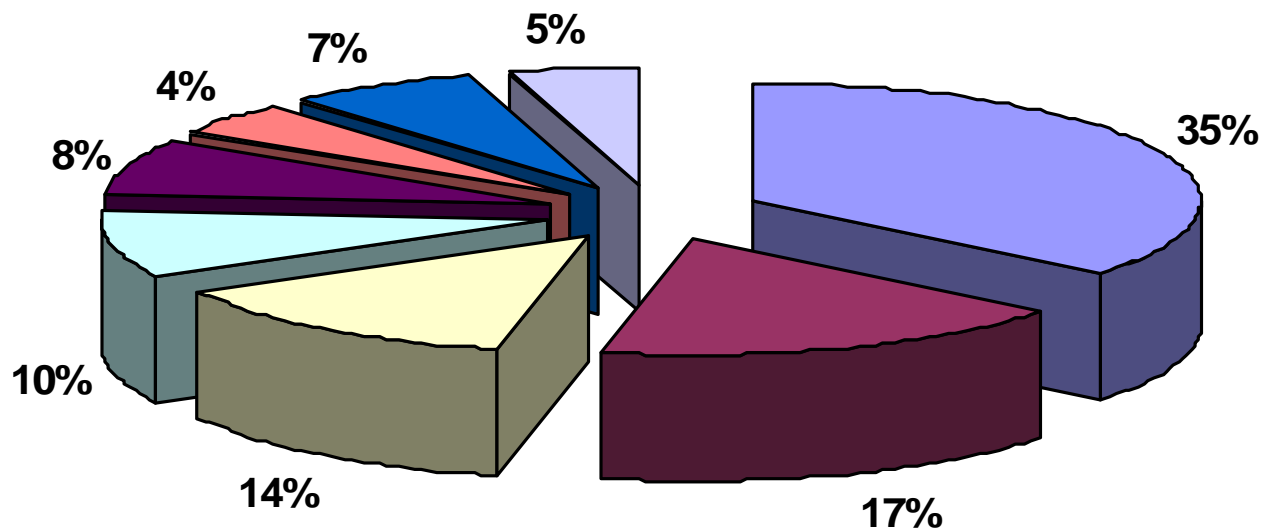


Существует ли кризис профессионализма в российской наркологии?

- **рост заболеваемости наркоманиями**
- **низкая обращаемость больных в наркологические учреждения**
- **увеличение уровня госпитализаций больных наркоманиями (почти в 2 раза по сравнению с 2004 годом) и возвращение его к показателю 2001 года (Е.А.Кошкина с соавт., 2007).**
- **крайне низкая эффективность терапии опиоидной зависимости (8,6% годовых ремиссий) (Е.А.Кошкина с соавт., 2007).**
- **увеличение частоты многократных госпитализаций (почти треть из пролеченных поступает в течение года на терапию повторно). (Е.А.Кошкина с соавт., 2007).**
- **низкая мотивация пациентов к лечению (80-85% из которых при обращении за наркологической помощью преследуют цель получить лишь неотложную терапию) (Е.А.Кошкина с соавт., 2007).**
- **до 36% ПИН ВИЧ-инфицированы. Лишь 15% из них получает АРВТ (С.В.Олейник, 2007)**
- **существенный рост числа смертей от передозировок наркотиками – «наркосмертей» (80-100 тыс. в год). (А.Г.Михайлов, 2007).**

**59% возобновляют потребление в течение
месяца после лечения + 14% в течение
следующих трех + 10% в течение полугода**

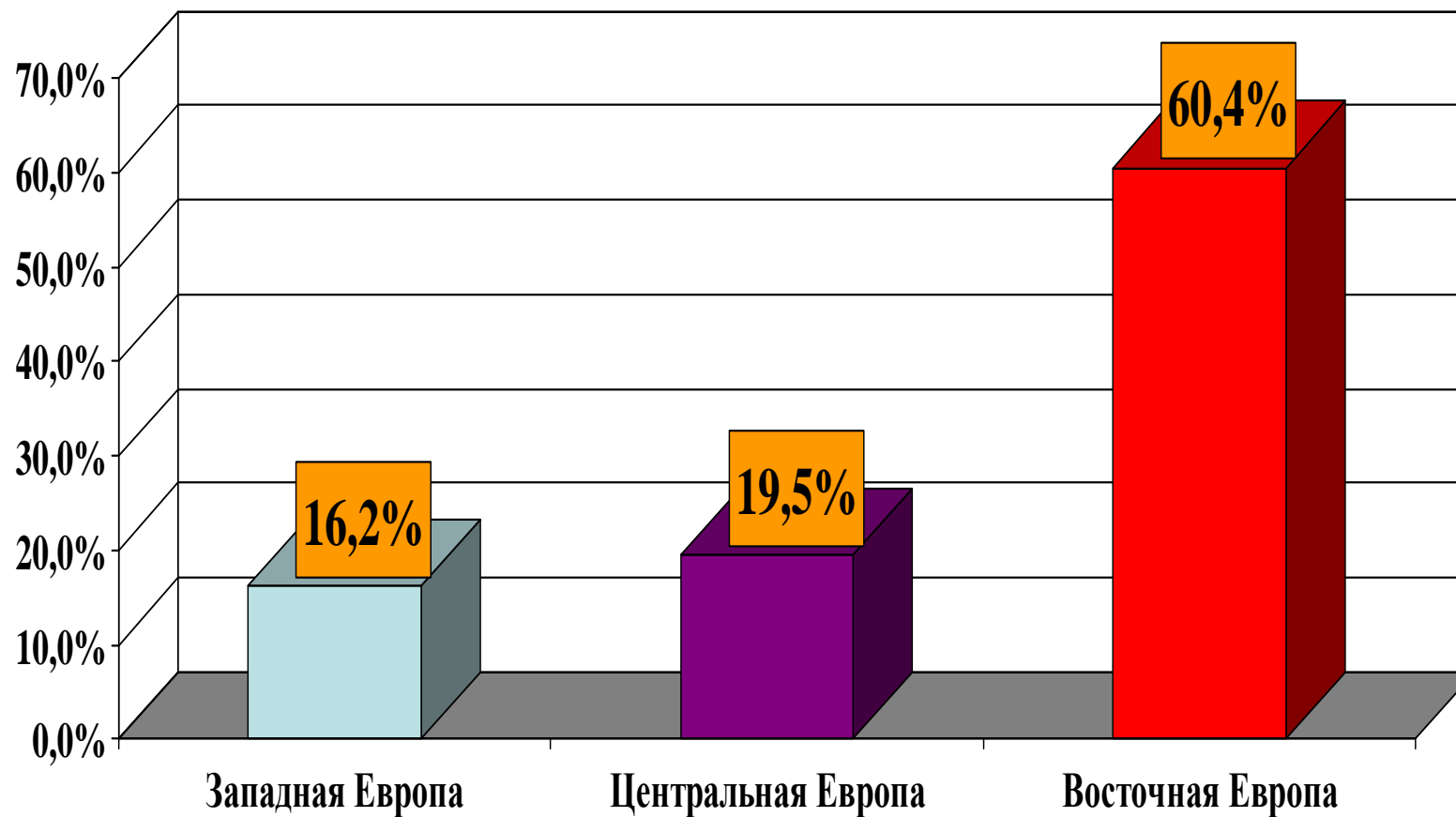
**Время между возобновлением потребления и
окончанием лечения**



■ Неделя ■ 1 месяц ■ 3 мес. ■ 6 мес. ■ 1 год ■ 2 года ■ В больнице ■ Нет ответа

Наркология в эпоху ВИЧ

Частота новых случаев ВИЧ в Европе
(инъекционный путь)



WHO (2004)

**Риторические вопросы
о профессионализме
и качественной
наркологической помощи**

Почему в российской наркологии недостаточно учитываются общеизвестные научные факты?



Почему российские стандарты (протоколы) лечения кардинально отличаются от общемировых?



«О велосипедах в наркологии»

Приказ Минздрава РФ от 28 апреля 1998 г. N 140
«Об утверждении стандартов (моделей протоколов)
диагностики и лечения наркологических больных»

Лечение опийной наркомании

1. Антидепрессанты: амитриптилин, кломипрамин, мапротилин, тианептин, имипрамин, пирлиндол, пароксетин.
2. Средства, подавляющие влечение к наркотикам, корректоры поведения: хлорпромазин, галоперидол, галоперидола деканоат, флюфеназин, клозапин, тиоридазин, перициазин, левомепромазин, трифлуоперазин, триседил, хлорпротиксен, перфеназин, сульпирид, Антиконвульсанты: карбамазепин, фенитоин.
3. Ноотропы: пикамилон, гопантеновая кислота.
4. Препараты, влияющие на процессы тканевого обмена: эссенциале.
5. Аналептики: никетамид, сульфокамфокаин.
6. Спазмолитические и антиангинальные средства: папаверин, нитроглицерин, пептоксифиллин.
7. Антиаритмические средства: пропранолол.
8. Препараты калия: калия, магния аспарагинат.
9. Витамины: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, тиоктовая кислота, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота.
10. Аминокислоты: гамма-аминомасляная кислота.
11. Немедикаментозная терапия: электротранквилизация, психотерапия, массаж, акупунктура.

Стандарты лечения больных с опиоидной зависимостью

**«Средства подавления патологического
влечения при опиоидной зависимости»**

ВОЗовские и общемировые стандарты	Отечественные стандарты
- агонисты опиоидов	- нейрорептики - антидепрессанты - антиконвульсанты

Nonsense:

Нейролептики в купировании аддиктивного влечения при опиоидной зависимости

Галоперидол и др.

Показания к применению:

- психомоторное возбуждение различного генеза
- бред и галлюцинации
- острый тревожно-депрессивный синдром с возбуждением
- хорея Гентингтона
- возбуждение, агрессивность
- заикание
- неукротимая рвота и икота
- синдром Туретта

Vidal



Стандарты лечения наркологических больных

Психотерапия

ВОЗовские и общемировые стандарты	Отечественные стандарты
КОГНИТИВНО- поведенческая	<ul style="list-style-type: none">- суггестивная (гипнотерапия)- эмоционально- стрессовая- рациональная

Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения»

(утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 5 декабря 2006 г. N 288-ст)

- 4.2 Для обоснования требований протокола разработчики используют результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии с современными принципами клинической эпидемиологии. **Результаты научных исследований должны быть использованы для обоснования включения в протокол методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.**
- 4.3 При включении в протокол конкретной медицинской технологии в нем указывают **уровень убедительности доказательств** целесообразности ее применения согласно унифицированной шкале оценки убедительности доказательств целесообразности применения медицинских технологий

Данными каких научных исследований продиктованы:

- рекомендации применять нейролептики?
- рекомендации использовать методы эмоционально-стрессовой психотерапии («кодирования») ?
- запрет лечения опиоидной зависимости агонистами опиоидов?
(наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II)
- рекомендации внедрить принудительное лечение?



Почему мнение непрофессионалов рассматривается как конструктивное оппонирование и почему научные конференции превращают в идеологические диспуты?

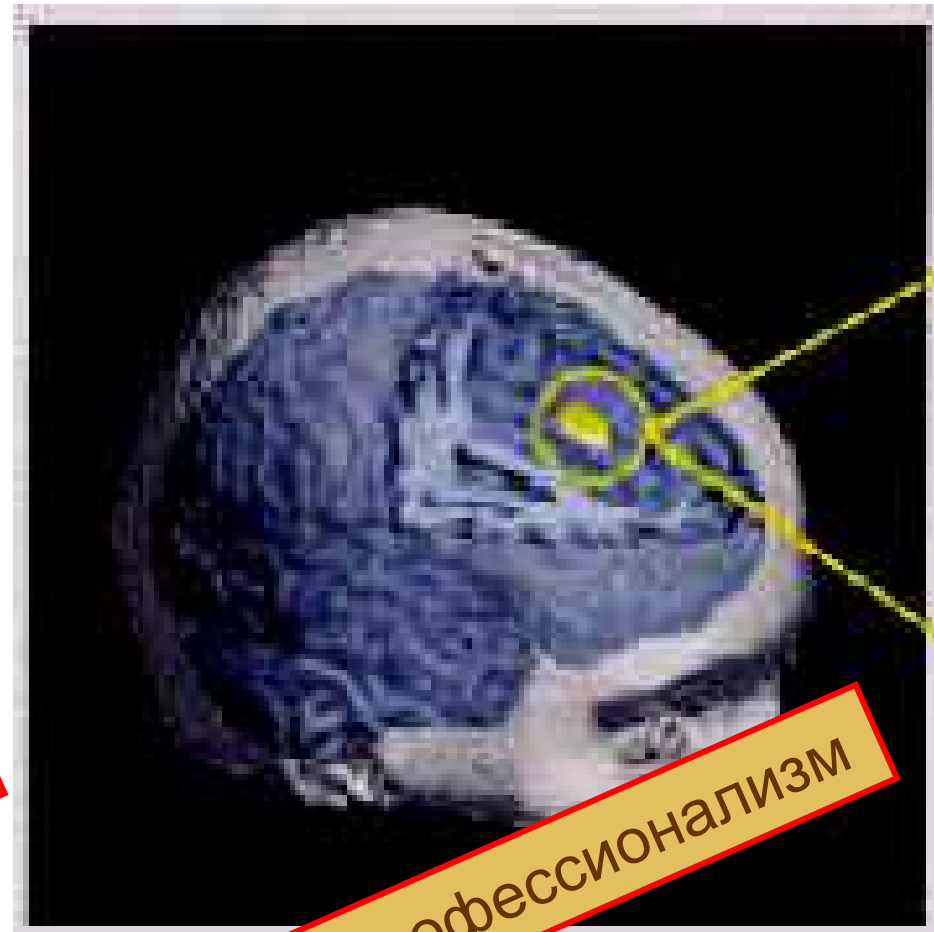


Непрофессионализм

Почему профессионалы нередко дискредитируют научный подход и уподобляются непрофессионалам?



Непрофессионализм



Непрофессионализм

Почему профессионалы нередко ориентированы на общественное мнение (мнение непрофессионалов) при выборе методов лечения?



ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ?
ЛЕЧЕНИЕ ?

Непрофессионализм

Роль программ снижения вреда и поддержка Сообщества

внедрение общественного контроля за
деятельностью наркологической службы
(сообщества защиты прав пациентов)

Роль материнских (родительских) ассоциаций

«МЫ НАСТАИВАЕМ

на принятии безотлагательных мер по созданию и развитию КОМПЛЕКСНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЛЕЧЕНИЯ и помощи наркозависимым, считаем, что она должна включать в себя следующие подсистемы:

- Исключить меру ПОСТАНОВКИ НА НАРКОУЧЕТ наркозависимых, в том числе в ситуации вынужденного обращения за помощью в государственные лечебные учреждения;
- Ввести «альтернативное» наказание как обязательный курс лечения для наркозависимых, в силу своей болезни совершивших небольшие правонарушения;
- Развивать в стране пункты/центры доврачебной низкопороговой помощи и консультирования для наркозависимых;
- Развивать систему ресоциализации наркозависимых и возвращение их в качестве полноценных граждан в социум».

Роль материнских (родительских) ассоциаций



**«Мы настаиваем на создании развитой
ИНФРАСТРУКТУРЫ ЛЕЧЕНИЯ,
включающей следующее:**

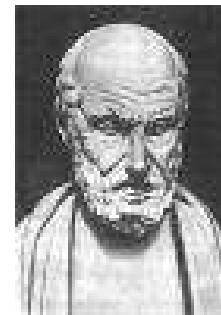
- Доступность лечения – как наличие в стране достаточного количества лечебно-реабилитационных учреждений и мест в них.
- Доступность лечения – как отсутствие множества требований и условий, усложняющих поступление наркозависимых на лечение.
- Доступность лечения - по финансовым условиям (бесплатное или льготное - вне зависимости от постановки на наркоучет или соблюдения условий анонимности);
- Качественное лечение – с использованием научно-обоснованных и доказавших свою эффективность российских и зарубежных методик лечения»

Этический кодекс российского врача

Утвержден 4-й конференцией Ассоциации врачей России,
Москва, ноябрь 1994

ст.4. Врач не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные, и политические взгляды. Личные предубеждения врача и иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать воздействия на диагностику и лечение

ст.8. При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т.п. врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента...



Наркозависимый в поисках качественной терапии



проф. В. Д. Менделевич
Институт исследований проблем
психического здоровья
Казанский государственный
медицинский
университет

**Вторая Конференция по вопросам
ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии
Москва, 3-5 Мая 2008**