

Idealny algorytm postępowania wobec osoby uzależnionej od opiatów powinien zakładać próbę rozpoczęcia leczenia w systemie drug free (tzn. w ośrodku stacjonarnym). W przypadku niepowodzenia – substytucję buprenorfiną, w przypadku niepowodzenia – metadon, dalej – morfinę o przedłużonym uwalnianiu, a dla pacjentów, u których zawiodły wszystkie opcje, program heroinowy.

SUBSTYTUCJA JAKO METODA POMOCY OSOBOM Z PROBLEMEM NARKOTYKOWYM¹

Jacek Gąsiorowski
Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

Metadon

Substytucja lekowa jest jednym z najskuteczniejszych sposobów ograniczania szkód zdrowotnych związanych z dożywym przyjmowaniem opiatów. Lekiem najczęściej w tym celu stosowanym jest metadon. Jest to syntetyczna pochodna heroiny, lek pobudzający receptory opioidowe w mózgu (całkowity agonista receptorów opioidowych). Lek ten przyjmuje się doustnie, a jego stężenie we krwi utrzymuje się od 24 do 36 godzin (w przypadku heroiny 3 do 6 godzin), co pozwala na dawkowanie w postaci pojedynczej dawki dobowej. Średnia indywidualna dawka metadonu wynosi od 60 do 120 mg (choć indywidualne zapotrzebowanie pacjentów może być różne – od 5 do ponad 200 mg na dobę). Jest lekiem bezpiecznym, najczęstsze działania niepożądane to: wzmożona potliwość, zaparcia, nadmierna senność lub zaburzenia snu, zaburzenia życia seksualnego i koncentracji. Określenie „leczenie metadonem” jest mylące. Metadon nie jest lekiem, który leczy z uzależnienia. Określeniem poprawnym jest „substytucja metadonowa”. Podając codziennie pacjentowi indywidualnie dla niego ustaloną dawkę metadonu, zastępuje się heroinę, likwidując objawy abs-

tynencyjne, zmniejszając głód narkotyku i umożliwiając pacjentowi normalne życie bez konieczności dożywego przyjmowania opiatów. Pacjent jest jednak w dalszym ciągu uzależniony od opiatów. Substytucja metadonem utrzymuje go w uzależnieniu, jednak jest to uzależnienie „bezpieczne”, kontrolowane. Zamiast ulicznej nielegalnej heroiny, pacjent otrzymuje czysty, legalny lek,

pod kontrolą lekarską. W przypadku przerwania podawania metadonu pacjent najprawdopodobniej wróci do brania heroiny. Ogromne znaczenie ma fakt doustnego przyjmowania metadonu – pacjent nie ma już objawów abstynencyjnych, nie ma w związku z tym potrzeby kilkukrotnego w ciągu doby wykonywania iniekcji. Cenną cechą metadonu jest również ta, że – w odróżnieniu od heroiny – nie daje on euforii. Pacjent programu metadonowego w odbiorze zewnętrznym jest człowiekiem trzeźwym, który może pracować, prowadzić samochód, normalnie kontaktować się z ludźmi. W re-

Metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym obecnie w Polsce w substytucji u osób uzależnionych od opiatów. Wśród innych najważniejszym środkiem jest buprenorfina – stosowana w postaci tabletek podjęzykowych. W porównaniu z metadonem jest lekiem bezpieczniejszym, rzadziej powoduje senność i depresję układu oddechowego.

dukcji szkód zdrowotnych największe znaczenie mają programy metadonowe polegające na długoterminowej stabilizacji pacjenta uzależnionego (podtrzymanie, *maintenance*) – substytucja stałymi lub zwiększającymi dawkami metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy. W praktyce nie określa się długości trwania substytucji

metadonowej, zakładając, że w przypadku niektórych pacjentów będzie to leczenie dożywotnie. Substytucja metadonem powoduje zaprzestanie lub zmniejszenie nielegalnego brania narkotyków przez uczestniczące w niej osoby. W programie metadonowym we Wrocławiu odsetek dodatnich wyników badania moczu na obecność metabolitów narkotyków w grupie 55 pacjentów nie przekracza średnio 10% miesięcznie. Ważną korzyścią z takiej formy redukcji szkód jest ograniczenie kryminalnych zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków, zmniejszenie liczby zgonów związanych z narkomanią. Ostatecznym celem jest powrót osoby uzależnionej do społeczeństwa. Oczywiście, przypadki używania narkotyków wśród osób poddanych substytucji są częste, jednak należy pamiętać o tym, że jest to wyłącznie okazjonalne „dobieranie” – co kilka dni, tygodni, w mniejszych dawkach, a nie branie na zasadzie ciągu narkotykowego. Ważnym, ale nie najważniejszym elementem substytucji metadonem są działania terapeutyczne prowadzone z uczestniczącymi w niej pacjentami. Często jest to możliwe po raz pierwszy od kilku lat, gdyż substytucja metadonem wytwarza u wielu pacjentów sytuację, w której po raz pierwszy od kilku lat nie są oni przez dłuższy czas pod wpływem narkotyków. Stąd też jest możliwość nawiązania z nimi kontaktu, możliwość oddziaływań terapeutycznych, które w pierwszej kolejności powinny być nakierowane na motywowanie pacjentów do unikania brania nielegalnych narkotyków, na uczenie ich normalnego życia, również – choć jest to cel drugorzędny z medycznego punktu widzenia – na leczenie uzależnienia i zmierzanie w kierunku całkowitej abstynencji, także od metadonu. Najważniejszym celem substytucji metadonem jest redukcja szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem narkotyków. Substytucja metadonem umożliwia poprawę stanu zdrowia osób uzależnionych (zajęcie się problemami zdrowotnymi, np. leczenie ropni, leczenie gruźlicy, leczenie stomatologiczne) oraz zmniejszenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych związanych z nielegalnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (HIV, HBV, HCV). W przypadku osób już zakażonych HIV, program metadonowy umożliwia włączenie terapii antyretrowirusowej, daje możliwość przewlekłego monitorowania naturalnego przebiegu zakażenia oraz możliwość leczenia zakażeń oportunistycznych. Możliwa staje się również profilaktyka zakażeń, np. szczepienia profilaktyczne

(p/HBV, HAV, p/grypie, p/Streptococcus pneumoniae, p/Haemophilus influenzae).

W Polsce programy metadonowe rozwijają się bardzo powoli, z uwagi, przede wszystkim, na niezwykle restrykcyjne i nieprzystosowane do współczesnych standardów europejskich przepisy. Programy są dostępne w kilkunastu miastach w Polsce.

Inne leki i ograniczenia substytucji

Metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym obecnie w Polsce w substytucji u osób uzależnionych od opiatów. Wśród innych najważniejszym środkiem jest buprenorfina – stosowana w postaci tabletek podjęzykowych. Buprenorfina likwiduje objawy abstynencyjne po odstawieniu opiatów, zmniejsza głód heroiny, nie wywołuje euforii. W porównaniu z metadonem jest lekiem bezpieczniejszym, rzadziej powoduje senność i depresję układu oddechowego. Sposób dawkowania, właściwości farmakologiczne i profil bezpieczeństwa buprenorfiny (lek bezpieczniejszy od metadonu w przypadku przedawkowania, z uwagi na swój charakter częściowego antagonisty receptorów opioidowych) powodują, że jest to lek, który pacjentom daje więcej swobody – nie ma konieczności codziennego zgłaszania się w poradni w celu otrzymania leku, jak ma to miejsce w przypadku metadonu. Stąd też jest dobrym substytutem dla pacjentów lepiej funkcjonujących, zarówno w wymiarze indywidualnym (utrzymywanie w czasie leczenia abstynencji od nielegalnych narkotyków), jak i społecznym (praca, rodzina).

Inne leki stosowane w substytucji osób uzależnionych od opiatów to m.in.: kodeina, morfina o przedłużonym uwalnianiu, heroina. Najwięcej kontrowersji budzą programy heroinowe. Są one przeznaczone dla pacjentów, którzy nie byli w stanie utrzymać się w programie substytucji metadonowej (odsetek takich osób ocenia się nawet na 20%) i dla których nie było już żadnej innej opcji terapeutycznej w zakresie redukcji szkód. Pacjenci uczestniczący w programie heroinowym otrzymują w placówce służby zdrowia iniekcje z czystej syntetycznej heroiny 2-4 razy dziennie. Rezultaty są bardzo dobre. Liczba pacjentów, którzy utrzymują się przez długi czas w leczeniu, jest zwykle wysoka, w większości przypadków obserwuje się pełny powrót pacjentów do prawidłowego funkcjonowania tak w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Brak jest łącznych

danych na temat skuteczności substytucji lekowej osób uzależnionych od opiatów w polskich programach substytucyjnych. Problemem jest również brak ustalonej jednolitej definicji skuteczności substytucji. Dla części pacjentów efektem leczenia jest całkowita abstynencja od jakichkolwiek środków odurzających, włącznie z alkoholem, dla innych jedynym efektem, który udaje się osiągnąć, jest zmniejszenie częstotliwości dożylnego przyjmowania heroiny. W obu tych przypadkach można mówić o skutecznym leczeniu. Jeśli skuteczność substytucji mierzyć odsetkiem pacjentów pozostających w leczeniu po roku, to np. w ośrodku wrocławskim osiąga on około 70%, po 10 latach około 50%.

Nierozwiązanym dotychczas problemem terapii substytucyjnej w Polsce jest stosunkowo niska dostępność. Ośrodki oferujące ten typ leczenia zwykle są zlokalizowane w dużych miastach – aby prowadzenie tego typu działalności było opłacalne, konieczne jest objęcie leczeniem dużej liczby pacjentów, którą można znaleźć wyłącznie w dużych ośrodkach miejskich. Ośrodek, który chce prowadzić substytucję musi spełnić szereg wygórowanych i kosztownych warunków kadrowych i lokalowych, co przy niewystarczającym finansowaniu wyklucza raczej możliwość prowadzenia tego typu działalności przez małe podmioty w małych ośrodkach, np. na wsi. Osoby uzależnione od opioidów mieszkające daleko od dużych miast, właściwie pozbawione są w Polsce możliwości skorzystania z substytucji.

Leki stosowane w substytucji, mogą być wykorzystywane również do prowadzenia detoksykacji osób uzależnionych od opioidów. Leki te stosuje się wówczas w stopniowo zmniejszanych dawkach przez kilka tygodni. Czyni to detoksykację doświadczeniem znacznie mniej bolesnym i przykrym dla pacjenta, zwiększa również szanse na ukończenie detoksykacji i skierowanie pacjenta do innych form leczenia.

Idealny algorytm postępowania wobec osoby uzależnionej od opiatów powinien zakładać próbę rozpoczęcia leczenia w systemie drug free (tzn. w ośrodku stacjonarnym). W przypadku niepowodzenia – substytucję buprenorfiną, w przypadku niepowodzenia – metadon, dalej – morfinę o przedłużonym uwalnianiu, a dla pacjentów, u których zawiodły wszystkie opcje, program heroinowy.

Pewne ograniczone zastosowanie w leczeniu osób uzależnionych od opioidów może mieć również naltrekson, będący antagonistą receptorów opioidowych.

Może on być stosowany w leczeniu podtrzymującym u uzależnionych od heroiny. Lek łączy się z receptorami opioidowymi, prowadząc do zniesienia euforyzującego działania opioidów. Pozwala on na pokonanie głodu psychicznego na wczesnym etapie uzależnienia. Może być skuteczny u osób dobrze przystosowanych do życia, funkcjonujących jeszcze w swych rolach rodzinnych i społecznych. Jego zastosowanie można rozważyć u pacjentów, którzy zakończyli leczenie w ośrodku – jako lek ułatwiający utrzymanie abstynencji, również u pacjentów z podwójną diagnozą.

Wartość substytucji

Wszystkie programy leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów przynoszą ogromne korzyści społeczne. Należy pamiętać o tym, że osoby uzależnione zakażone HIV, HCV, HBV, prątkami gruźlicy stanowią główne źródło transmisji tych zakażeń na populację ogólną. Stąd też zmniejszenie częstości tych zakażeń w grupie osób uzależnionych oraz ich leczenie ma korzystny wpływ również na sytuację zdrowotną populacji ogólnej. Możliwość zapobiegania i wczesnego leczenia różnych schorzeń (np. zakażenia HIV) u pacjentów programów substytucyjnych zmniejsza nakłady na leczenie powikłań i późnych stadiów tych chorób (np. AIDS). Dobrze funkcjonujące programy substytucyjne wpływają na ograniczenie rynku narkotykowego w miejscu swego działania (brak popytu na narkotyki zmniejsza ich podaż), a tym samym na zmniejszenie częstości różnego rodzaju aktywności kryminalnej, która jest nierozzerwalnie związana z narkomanią (handel narkotykami, kradzieże, prostytutka, rozboje, napady, zabójstwa). Według danych National Institute on Drug Abuse, każdy 1 dolar przeznaczony na leczenie metadonem przynosi 7 dolarów oszczędności kosztów związanych z działaniami kryminalnymi. A jeśli doliczy się koszty opieki zdrowotnej, stosunek uzyskanych oszczędności w wydatkach publicznych do poniesionych kosztów wynosi 12:1.

Przypisy

¹ Pierwodruk: „Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii. Podręcznik dla JST”, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.