

Opiátové závislosti tvoří jednu z nejzávažnějších sociálních patologií a jejich substituční terapie má obrovský potenciál redukovat kriminalitu a zdravotní rizika závislých. Článek přináší platný přehled právních předpisů a standardy substituční terapie. Shrnuje i historii substituční terapie, farmakologii opiátů a základní vlastnosti metadonu a buprenorfinu a navozuje diskuzi o zneužívání buprenorfinu a možných východiscích.

SUBSTITUCE OPIOIDOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.

Psychiatrická léčebna Bohnice, IPVZ Praha

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(4): 187–190

K nárůstu opioidových závislostí došlo v 60. letech 20. století. Jde o jednu z nejzávažnějších sociálních patologií, která se zmedicinalizovala, a tak ji dnes léčíme jako duševní poruchu.

Opioidy

Termín opioid je používán pro každou látku vykazující synergický účinek s morfinem, zatímco termín opiáty je používán jen pro látky chemicky podobné morfinu. Opioidy známe přírodní (např. opium obsahující 60 alkaloidů, zejm. morfin) a syntetické, jako např. kodein, diacetylmorfin (heroin), metadon, buprenorfin, fentanyl aj.

Účinek opioidů je centrální i periferní. Centrální je např. analgezie, euforie, pocit tepla, tíže v končetinách, somnolence, útlum dechu a kašle (což vyvolá vomitus), amenorea s možností otěhotnět, sexuální dysfunkce, snížení chuti k jídlu aj. Účinky periferně vegetativní jsou např. sucho v ústech a nose, míža, retence moči a zácpa aj.

Opioidy působí prostřednictvím opioidových receptorů v centrální i periferní tkáni, μ -receptory jsou zodpovědné za euforii, κ -receptory za dysforii a sedaci, δ -receptory za chronické obsazení receptorů a vznik tolerance. Rychlá vazba na μ -receptory po i. v. aplikaci vede ke vzniku tzv. rushe (euforie, hyperaktivita, vzrušenost). Pro tuto bezprostřední psychickou reakci mají opioidy vysoký návykový potenciál. Opioidy působí i na histaminové receptory (svědění, pocení, červenání).

Opioidy mohou působit jako agonisté (morfin, heroin, metadon), parciální agonisté (buprenorfin) nebo antagonisté (naloxon, naltrexon). Antagonisté se vážou na receptory, nevykazují žádnou aktivitu a mohou být využity terapeuticky (při intoxikaci). Po jejich podání vznikají u závislých osob abstinenní příznaky. Abstinenní příznaky po odnětí opiátů se projevují jako opak výše popsaných účinků (a charakteristické chřipkové bolesti svalů). Bývají dramatické, nikoli zdraví ohrožující.

Substituční terapie

Tradiční terapie závislosti znamenala abstinenci, popř. tlumení abstinenních příznaků. Současná

koncepte léčby opiátových závislostí zahrnuje nahrazení opiátu neznámé síly a čistoty farmakologicky definovaným opioidem aplikovaným pod lékařským dohledem. Může jít o dlouhodobou substituci nebo léčbu abstinenních příznaků (detoxikace a detoxifikace), kdy je substituční opioid snižován a vysazen.

Očekávaným reálným výsledkem substituce je redukce škody (tzv. *harm-reduction*), očekávané bez substituce. Tedy nikoli abstinence od drog (nanejvýš od těch nelegálních), ale

- snížení kriminality a zlepšení psychosociálního fungování
- snížení zdravotních rizik (hepatitidy C, B, abscesy, předávkování, poškození plodu atd.).

Z historie

Paralela s inzulinovou substitucí není náhodná: vláda USA pověřila Vincenta Doleho, odborníka na výzkum cukrovky a metabolických poruch, aby rozvinul substituční terapii opiátové závislosti. Dole začal spolupracovat s psychiatrickou Mary Nyswanderovou. V roce 1965 vydali první zprávu o substituci metadonem při heroinové závislosti a popsali hypotézu, že závislost na opiátech je metabolickou nemocí vzniklou dlouhodobým užíváním opiátu. Vláda jim poskytla neomezené finanční prostředky. Prezident Nixon pak prohlásil heroin za „nepřítele číslo jedna americké společnosti“ a byly uvolněny velké částky na metadonové programy.

Metadon

Metadon byl vyvinut německými vědci za 1. světové války, když německá armáda trpěla nedostatkem morfinu. Výsledky byly zveřejněny až v roce 1929 a na počtu Adolfu Hitlerovi byl metadon pojmenován Adolphine (později také Dolophine).

Metadon býval nejčastěji používanou substituční látkou. Účinek trvající přes 24 h je jeho hlavní pozitivum oproti heroinu (ten působí 4–6 h). Metadon nezpůsobuje orgánová poškození jako pouliční heroin. Také euforie, ospalost a porucha koordinace jsou menší a abstinenní příznaky mírnější. Hrozí však předávkování, zejm. po detoxifikaci. Letální dávka metadonu u lidí nenavýklých na opiáty je 50 mg den-

ně, zatímco dávkování závislých je mnohem vyšší (35–60 mg/d i více). Při intoxikaci se používá naloxon, živočišné uhlí, popř. řízené dýchání.

V metadonových centrech se metadon vydává klientům denně (u spolehlivých klientů i na víkend apod.) ve formě sirupu, který pacient vypije před zdravotníkem. Soubor pacientů úspěšně léčených metadonem tedy není reprezentativním vzorkem toxikomanů, ale souborem motivovaných pacientů, kteří musí být schopni denně docházet. Obvykle studie referují o 25 % úspěšnosti (definované zejména jako neodpadnutí z programu) po dobu obvykle 1 roku. I to je v léčbě závislostí účtyhodný výsledek. Víme ovšem, že většina klientů nevystačí pouze se substituční látkou a zároveň užívají i heroin, benzo-diazepiny, alkohol.

Buprenorfin

Buprenorfin je polosyntetický opioid podobný chemicky thebainu (složka opia). Vazbou na μ -receptory zprostředkovává analgetický účinek a vyvolává euforii. Jako parciální antagonist brání v navázání plným agonistům – tedy snižuje účinek heroinu. Buprenorfin má antagonistický účinek především na κ -receptory. Díky vysoké afinitě k receptorům a dlouhému poločasu uvolňování z receptoru jsou nízké i abstinenní příznaky a nutkání k opakované sebemedikaci. Analgetický účinek je více než 10x vyšší a 10x delší než účinek morfinu. Účinek buprenorfinu se zvyšuje s dávkou, nikoli však geometricky. Při vysokých dávkách (nad 32 mg) se již účinnost nezvyšuje, a nedochází proto k smrtelným předávkováním. Zvyšující se dávka však prodlužuje dobu účinku: 2 mg účinkují necelých 24 h, zatímco 32 mg účinkuje 50 h. Testovalo se dávkování až 32 mg/96 h bez projevu předávkování a abstinenních příznaků. Dávkování po 120 h již nebylo dostatečné. Buprenorfin tedy nemusí být podáván častěji než 1x denně.

Zatímco heroin je po aplikaci rychle transportován do mozku bez ohledu na způsob podání a vyvolává okamžitou euforii (slangově popisovanou jako *high*), účinek buprenorfinu nastupuje pomaleji, dokonce i při i. v. podání (díky lipofilnosti se vytváří

tukové rezervoáry). To souvisí s nižším potenciálem vzniku závislosti.

Po aplikaci p. o. je biologická dostupnost ze střeva minimální kvůli rychlému enzymatickému rozkladu ve střevě a metabolizaci v játrech. Proto buprenorfin není aplikován p. o., ale sublinguálně (slg.), popř. i. m. Maximální koncentrace je dosaženo za 2 hodiny po slg. podání (resp. za 5 minut po i. m. podání). Slg. podání má totiž fázi rychlou (vstřebávání do mukózy) a fázi pomalou (vstřebávání z mukózy do krve). Biologická dostupnost po sublinguální aplikaci je 35 %, po i. m. aplikaci 70 %. Buprenorfin je distribuován do celého těla, váže se na bílkoviny. Přečází přes hematoencefalickou bariéru, prochází rovněž placentou do zárodku a je vylučován i do mateřského mléka. Metabolizován je konjugací a dealkylací, vylučován je převážně žlučovými cestami do stolice. Není embryotoxický, teratogenní ani mutagenní. Jeho obsah v mateřském mléce nevede k odmítání mléka.

Buprenorfin byl syntetizován roku 1960 a v roce 1978 se začal používat jako Temgesic (tbl., inj.) k léčbě bolesti. Když psychiatři Temgesic začali používat k detoxikaci, byl vyvinut Subutex (tbl. slg. 0,4, 2, 8 mg), který se v současnosti široce využívá k substituční léčbě. Nedoceněný je dosud ve formě náplasti jako Norspan (5, 10, 20 mg) nebo Transtec (35, 52,5, 70 mg), neboť náplast se těžko zneužívá i. v. Nejnovější alternativou předcházející i. v. zneužívání buprenorfinu je Suboxon – tableta s kombinací buprenorfinu s naloxonem v poměru 4:1 (tbl. slg. 2/0,5 mg nebo 8/2 mg). Naloxon se totiž nevstřebává při sublinguálním podávání – neprojeví se vůbec jeho účinek. Pokud by však tableta byla rozpuštěna a použita k i. v. aplikaci, projeví se rychle antagonistický účinek naloxonu – tedy abstinenci. Suboxon byl schválen FDA roku 2002 pro užívání v USA a v EU byl schválen roku 2006.

Studie o substituci buprenorfinem

Reisinger (1985) jako první léčil heroinisty dlouhodobě buprenorfinem (použil jen 1–2 mg): 50 % jedinců odstoupilo na začátku studie (nízké dávkování), ze zbývajících většina program úspěšně dokončila. I pozdější studie ukázaly nutnost vyššího dávkování než 4 mg/d. Účinnost byla prokázána i u polymorfne závislých jedinců. Další studie ukázaly efektivitu substituce i u praktických lékařů, ale též potenciál k i. v. zneužívání. Tomu měly zabránit např. sublinguální tablety s kakaovým máslem.

Placebem kontrolované studie pochopitelně ukázaly delší setrvání v programu u buprenorfinové větve. Zajímavá randomizovaná studie srovnávala účinek buprenorfinu a placebo u heroinistů po detoxifikaci, kterým byla nabídnuta libovolná dávka heroinu: jedinci na placebo spotřebovali 97 % dostupného heroinu, zatímco skupina na 8 mg buprenorfinu

spotřebovala jen 15 % nabídnutého heroinu, což je interpretováno jako průkaz snížení cravingu, ale lze to vysvětlit i soupeřením o receptory.

Studie srovnávající buprenorfin v dávce 8 mg/d s metadonem ukázaly srovnatelný účinek, pokud byl metadon dávkován kolem 60 mg/d. Efekt buprenorfinu v dávce 4–6 mg/d byl srovnatelný s metadonem v dávce 25–30 mg/d. V USA se konaly i zaslepené multicentrické studie při dávkování v rozmezí 1–32 mg! Nejúčinnější byly dávky kolem 8 mg/d. Nejčastější nežádoucí účinky byly nespavost a abstinenci příznaky.

Farmakologické výhody substituce metadonem i buprenorfinem oproti heroinu: bezpečnost, aplikace p. o. nebo slg., dávkování 1x denně, nižší euforie a návykovost, zablokování současně podaných opioidů, menší abstinenci příznaky po vysazení, snížení cravingu.

ZÁKONNÝ RÁMEC SUBSTITUČNÍ LÉČBY A ZNEUŽÍVÁNÍ OPIOIDOVÉ SUBSTITUCE

Zákonný rámec substituční léčby

- Zákon o návykových látkách č. 167/98 Sb., novelizovaný zákonem č. 223/2003 Sb., definuje návykové látky jako psychotropní látky vyjmenované v přílohách 1–7, jejich roztoky, směsi a prekurzory, např. buprenorfin, flunitrazepam a metylfenidát jsou v příloze č. 5. K zacházení s těmito látkami je nutné povolení Ministerstva zdravotnictví. Toto povolení nepotřebují k zacházení s látkami vyjmenovanými v přílohách 1, 2, 5, 6, 7 lékárny, zdravotnická zařízení, zařízení ústavní sociální péče a veterináři. Zákon podrobně stanovuje zacházení s těmito látkami (skladování, kusová evidence, recepty s modrým pruhem, likvidace), odbornou a obecnou způsobilost osob s nimi zacházejících a četné ohlašovací povinnosti všech těchto osob.
- Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami v § 20 písm. j) stanovuje povinnost zdravotnickým zařízením poskytujícím substituční léčbu hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek (www.uzis.cz).
- Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění, specifikuje v § 67d (a v bodu 13 přílohy) údaje povinně hlášené do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek.
- **Standard substituční léčby** vydalo Ministerstvo zdravotnictví (MZ) ve Věstníku v roce 2001

(částka 4/2001). Jedná se o metodický pokyn MZ na návrh odborné společnosti. Z právního hlediska je rozporuplné, zda jsou tyto normy nezávazné, závazné jen pro ministerstvem přímo řízené organizace nebo zda jsou všeobecně závazné na základě Úmluvy o lidských právech a biomedicině, podle jejíhož čl. 4 „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy“. Jmenovaný metodický pokyn uvádí mj.: indikací k substituční léčbě je diagnóza opiatové závislosti, vstupního vyšetření; kontraindikací je „pouhé experimentování s drogou“, jiná závislost než opiatová, zneužívání substitučního programu v anamnéze (např. nelegální prodej substituční látky), blízké uvěznění, věk pod 16 let, jaterní poškození, relativní kontraindikací je astma a epilepsie.

MZ v prosinci roku 2007 uveřejnilo ve Věstníku (částka 8/2007) nejnovější návrh novelizace standardu substituční léčby (nebo MZ zapomnělo odstranit slovo „návrh“?). Podle tohoto standardu:

- k substituci opiatových závislostí se používá výhradně metadon a buprenorfin
- **indikací pro substituční léčbu je i škodlivé užívání (!)**, nejen závislost či odvykací stav (*pak by se tento článek už tedy neměl jmenovat substituce opioidových závislostí, ale substituce poruch vyvolaných užíváním opioidů*)
- před započítím substituce lékař, který ji chce zahájit, zadává údaje o pacientovi do Národního registru lékářsky indikovaných substitučních látek, a tak zároveň ověřuje, zda pacientovi není poskytována substituční terapie v jiném zdravotnickém zařízení (prevence průniku látky na černý trh)
- vstupní vyšetření zahrnuje: anamnézu, současný somatopsychický stav, laboratorní vyšetření (biochemické, sérologické, hematologické, toxikologické), podmínkou substituční léčby je určení HIV statusu a vyšetření na parenterálně přenosné hepatitidy (HBsAg, anti HBsAg, anti HBcAg, IgG/M, anti HCV), podle potřeby konziliární vyšetření, zhodnocení sociální situace, závěry
- přednostní zařazení do substituční léčby: těhotenství, HIV pozitivita, virová hepatitida
- kontraindikace substituční léčby: akutní intoxikace alkoholem, léčba inhibitory MAO
- relativní kontraindikace substituční léčby: závislost jiného než opioidového typu, zneužívání substitučního programu (např. prodej substituční látky na nelegálním trhu, distribuce návykových látek klientům substitučního programu),

neschopnost přestat užívat nelegální opioidy navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky, závažná respirační insuficience, nekompenzovaná porucha jaterních funkcí

Standard dále obsahuje:

- informovaný souhlas
- nastavení optimální dávky substituční látky
- nefarmakologické složky substituční terapie
- průběžné hodnocení pacienta
- algoritmické postupy
- formuláře a dotazníky substituční léčby
- vyjádření o vhodnosti k substituční terapii (vyplní lékař)
- hlášení substituční léčby do Národního registru (žadává poskytlující lékař)
- farmakologické aspekty metadonu a buprenorfinu a doporučená dávkovací schémata pro udržovací léčbu závislosti na opioidech a detoxifikaci, minimální letální dávky, interakce s léky, podání úvodní dávky, základní pravidla pro nastavování dávky, detoxifikace, nastavení adekvátní rychlosti detoxifikace, návrhy detoxifikačních režimů.

Jak bylo popsáno v článku Trestní odpovědnost zdravotníků v Psychiatrii pro praxi 1/2008, lékař předepisující Subutex a nedodržující zákonný rámec substituční léčby se může potýkat i s trestním řízením pro obvinění ze závažných trestných činů.

Trestní zákon (TZ) uvádí skutkové podstaty trestných činů:

- § 188a TZ šíření toxikomanie: „Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán...“
- § 187 TZ nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů: „Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán...“
- § 187a TZ držení OPL: „Kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku v množství větším než malém, bude potrestán...“

Nutno dodat, že výše uvedené podstaty trestných činů se mohou vztahovat nejen na opiáty, ale na každou psychotropní látku (např. benzodiazepiny, psychostimulancia, barbituráty).

Kazuistiky

- **Dvaadvacetiletá Marie** je stíhána pro § 187/1 TZ, neboť prodala tabletu Subutexu 8 mg za

400 Kč. Je matkou pětiletého syna. Nedokončila SZŠ, pracovala 4 měsíce jako pokladní. Jako mladistvá absolvovala odvykací léčení, rok abstinovala. Poslední dva roky je jí Subutex předepisován v psychiatrické ambulanci, užívá jej i.v. Znalec neshledal žádnou významnou duševní poruchu mimo závislosti na opiátech a nenavrl žádný typ ochranného léčení.

- **Třiaadvacetiletý Zdenek** je trestně stíhán pro § 187/1 a 187a/1 TZ, neboť na hlavním nádraží prodal za 150 Kč půl 8 mg tablety Subutexu a bylo u něj nalezeno 1,5 tbl. Subutexu. Je nezaměstnaný, nedokončil střední školu, 4x byl ve VTOS za krádeže, od puberty užíval pervitin a poslední 4 roky heroin i.v., 2 měsíce je na subutexové léčbě. Ze spisu se znalec dovídá, že podle chemické expertízy jde skutečně o buprenorfin; podle daktyloskopické zkoušky jde skutečně o Zdenka. Z psychiatrické ambulantní dokumentace se dovídá, že je skutečně v buprenorfinovém substitučním programu. Netrpí žádnou poruchou než polymorfní závislostí, uložení ochranného léčení nenavrženo.
- **Čtyřiaadvacetiletá Ladislava** je stíhána pro § 187/1 TZ za prodej půl tablety Subutexu 8 mg. Je z harmonického rodinného prostředí, netrestaná, od 20 let závislá na heroinu i.v., 2x navštívila ambulantního psychiatra, který inkriminovaný Subutex předepsal.
- **Sedmaadvacetiletý Mikuláš** je stíhán pro § 187/1 TZ, neboť prodal za 150 Kč půl tablety Subutexu 8 mg. Zedník, opakovaně trestán, od 16 let závislý na pervitinu a heroinu, v posledních 3 letech užíval z opiátů pouze Subutex, který kupoval na ulici, v posledním půl roce mu jej předepisoval lékař. Znalec navrhuje žádný typ ochranného léčení.
- **Šestatřicetiletý Alexej** je stíhán pro § 187/1 TZ, neboť v metru prodal jednu tabletu Subutexu 8 mg. Před 8 lety začal užívat heroin, 2 měsíce užíval pouze Subutex, který mu předepisuje ambulantní psychiatr. Uvedl, že Subutex prodává jen občas, aby vyřešil své dluhy.
- **Šestadvacetiletý Tomáš** je stíhán pro § 187/1 TZ, neboť předal policistovi v civilu tabletu Subutexu 8 mg za 500 Kč. Vyučený kuchař, pracuje v oboru, trpí hepatitidou B, C, má postižené ledviny a z toho vyplývající hypertenzi a užívá řadu léků. V 9 letech začal užívat pervitin a heroin denně i.v. Poslední 4 roky užívání pouze Subutex, který kupuje na ulici.

Shromáždil jsem již stovku podobných kazuistik, z nichž vyplývají i negativní stránky substituční léčby, pokud je opiat vydáván na recept. Několikrát

byla „substituční léčba“ pravděpodobně prvním kontaktem s opiátem.

Zneužívání možnosti dostat substituci v lůžkových zdravotnických zařízeních ilustruje další kazuistika: V léčebně se setkáváme denně s klienty přijatými k dlouhodobé odvykací léčbě, ale po několika dnech, když je jim snížena dávka Subutexu, odcházejí na reverz. De facto si chodí „lehnout, aby dostali Subutex.“

- **Armén a Gruzín** byli ve večerních hodinách 6 policisty přivezeni do léčebny s žádostí o přijetí. Tři měsíce čekají na nabytí právní moci vyhoštění z ČR ve sběrném táboře (s nímž léčebna nemá žádný smluvní vztah). Neměli příznaky odvykacího stavu, ani to netvrdili, toužili po Subutexu a toho se dožadovali („tak jako vy potřebujete vzduch k dýchání, doktore, tak já potřebuju k životu Subutex“). Ze zdravotnické dokumentace z posledních 3 měsíců bylo zřejmé, že jde o manipulativní asociály dožadující se vytrvalé Subutexu a vyhrožující násilím (konkrétně zabitím personálu tábora a sebeпоškozením), když jim nebude vyhověno. Byli již přivezeni do mnoha zdravotnických zařízení se stejným závěrem (disociální porucha osobnosti, závislost bez abstinčního stavu). Jeden byl dokonce přijat do jiné léčebny, ale když mu nebyl ordinován Subutex, ale jen Atarax, podal za několik hodin reverz. Za daných okolností by nebylo indikováno přijetí ani u českých pojištěnců, natož u těchto nepojištěných cizinců. Z pohovorů s policisty utečeneckého tábora vyplynulo, že jde o nejobtížnější chovance, vyhrožují zabitím personálu, nedostanou-li Subutex; civilní zaměstnanci mají tendence je „zachraňovat“, navíc je tu problém účelového procesního zdržování, protože u koho po 6 měsících nenabude vyhoštění právní moci, musí být propuštěn.

Tržní mechanismy zneužívání buprenorfinu

Subutex se v letech 2001–2003 stal jednou z nejpopulárnějších drog na českém trhu. Vytlačil i heroin, neboť jeho kvalita u nás klesá: kupovaný „heroin“ obsahuje jen malé procento (kolem 10%) heroinu. Nedostatek účinné látky je „kompenzován“ nebezpečnými přísadami jako např. strychnin. Nejen kvalita, ale i „přísun“ heroinu je nedostatečný a nepravdivý, zatímco Subutex je dobře dostupný. Buprenorfin se nezískává od dealerů jako heroin. Je třeba zajít pro recept k lékaři. Málokterý toxikoman odolá pokušení prodat Subutex za mnohonásobek (1 tbl. Subutexu 8 mg stojí v lékárně kolem 150 Kč, na ulici se prodává

asi za trojnásobek – viz kazuistiky). Firma vyrábějící Subutex a Suboxon se pochopitelně snaží, aby byl hrazen pojišťovnou, a četní odborníci referují o tom, jaké to bude mít výhody. Je ale zjevné, že za současné legislativy by to výrazně posílilo černý prodej Subutexu zvětšením potenciálního výdělku na 1 tbl. (ta by v lékárně nestála 150 Kč, ale 0 Kč). V posledním odstavci demonstruji, že nejsem ani proti substituci buprenorfinem, ani proti hrazení pojišťovnou, avšak proti kriminalizaci „nepředepsaných“ opioidů.

Jsou tu i další tržní mechanismy: Subutex je levnější než heroin, četná protidrogová centra potřebují dotace, protidrogové složky potřebují práci. Příslušníci Policie ČR jsou nyní hodnoceni podle počtu uzavřených případů, proto obviňují drobné prodejce Subutexu ze spáchání činu. Uzavření takového spisu je snadné.

Ze strany ambulantních poskytovatelů Subutexu se setkáváme s nekriticky kladnými referencemi a racionalizacemi zneužívání: např. nelegální prodej je hodnocen kladně, neboť zabráňuje krádežím; výhoda černého trhu se Subutexem je prý ta, že se s ním seznamují další a další uživatelé heroinu apod. Nekontrolované ambulantní předepisování kvant Subutexu je nazýváno substituční léčbou, což diskredituje myšlenku substituce.

Po zavedení Subutexu v substituční léčbě byl zaznamenán snížený počet předávkování heroinem (asi na polovinu), zatímco po administrativních zákazech Subutexu se tato předávkování zvyšují. V ČR byl buprenorfin zařazen do přílohy zákona o návyko-

vých látkách až v létě 2003, což zavedlo povinnost kusové evidence, uchování v trezoru, předpis na recept s modrým pruhem. (Předpis buprenorfinu není vázán odborností.) Tehdy se zvýšila cena Subutexu na černém trhu a nastal návrat k heroinu, jehož cena se tím pádem také zvýšila.

Patří substituce do výkonu vazby a trestu?

Česká republika zachytila „světový trend“ zavedení substituční buprenorfinové léčby ve výkonu vazby a trestu. To pokládám za škodlivé, neboť výkon vazby a trestu byl schopen zajistit relativně bezdrogové prostředí. De facto bude buprenorfin přinášén do cel všem, kteří o to požádají (a uvedou abúzus opiátů v anamnéze). Ze stávajícího metodického pokynu totiž mizí, že indikací k substituční léčbě je opiátová závislost a kontraindikací je pouhé experimentování s drogou, v novém návrhu je indikací i škodlivé užívání! Nezávislý čtenář nechť si sám provede myšlenkový experiment, zda by při delším výkonu trestu odnětí svobody takto nabízený buprenorfin odmítl.

Většina lékařů snad předepisuje opioidy in bona fide. Často jde o volbu menšího zla. Jaké zlo však snižuje substituce ve výkonu trestu?

Diskuze: další zákazy nebo široká dostupnost?

Substituční terapie opiátových závislostí má jistě velký potenciál redukovat kriminalitu a zdravotní

rizika. Odborníci polemizují, zda černému trhu se Subutexem zabránit zpřísněním pravidel či ještě vyšší dostupností. Osobně jsem zastáncem dekriminálníce drog a substituční terapie. Ta však buď musí probíhat kontrolovaně (požitím předepsané dávky pod kontrolou a nikoli předepisováním libovolného množství balení opiátů zájemcům), nebo širokým zpřístupněním opioidů, aby byl eliminován jeho prodej mimo lékárnu (trestný čin). Kolegové se při zpřístupnění opiátů obávají nárůstu opiátových závislostí. K tomu by podle mne nedošlo, stejně jako po zrušení prohibice alkoholu v USA či skandinávských zemích nedošlo k nárůstu závislostí na alkoholu. Efektem široce dostupných opioidů by jistě byla i eliminace drobné (ale pravidelné) trestné činnosti (zejm. vykrádání vozidel) a redukce zdravotních rizik. Navíc co je oficiálně dostupné, přestává být atraktivní. Největší efekt zpřístupnění čistých opioidů byla eliminace (nebo dokonce likvidace) černého trhu s heroinem. Obávám se ovšem, že o to naši zákonodárci nemají zájem. Vždyť co by dělaly tisíce zaměstnanců bojujících proti černému trhu, kdyby ten přestal existovat?

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.
Psychiatrická léčebna Bohnice IPVZ
Ústavní 91, Praha
e-mail: svarc@plbohnice.cz

PŘIPRAVUJEME:

- *Místo psychoterapie v péči a sexuologické pacienty*
- *Spánek a paměť ve vztahu k medikaci*
- *Schizofrenie v dětství a adolescenci*
- *Individualizace deprese ve světle současných doporučených postupů*
- *Jak určit příčinu dezorientace pacienta v somatickém oddělení nemocnice a jak ji léčit*
- *Časový systém lidského organismu a role melatoninu*
- *Metylfenidát – 10 let ambulantních zkušeností*
- *Etická úskalí v psychoterapii*