

## **Buprenorfina i zastosowanie jej w leczeniu pacjentów Poradni MONAR w Krakowie**

Grzegorz Wodowski

*W październiku 2002 roku Food and Drug Administration (FDA) zaaprobowała stosowanie wysokich dawek buprenorfiny do leczenia uzależnień na terenie Stanów Zjednoczonych. W wrześniu 2006 roku Komisja Europejska dopuściła preparat o nazwie Suboxone do obrotu na terytorium Unii Europejskiej. W tej postaci buprenorfina od 2008 roku jest dopuszczona w Polsce do leczenia substytucyjnego. Jednak już wcześniej leki zawierające buprenorfina były wykorzystywane w naszym kraju do leczenia uzależnień od opioidów. W poniższym artykule postaram się scharakteryzować farmakoterapię buprenorfiną, jak również opowiedzieć o doświadczeniach Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR w Krakowie w leczeniu niskimi dawkami buprenorfiny pacjentów uzależnionych od opioidów.*

Na przestrzeni ostatnich lat buprenorfina staje się coraz bardziej dostępnym w Unii Europejskiej lekiem dla uzależnionych. Coraz powszechniej oferuje się ją zamiast metadonu lub udostępnia się kurację buprenorfiną tym, którzy nie źle znoszą działanie metadonu. Buprenorfina występuje na rynku pod kilkoma nazwami: Suboxone, Subutex, Temgesic, Bunondol, w różnym stężeniu i kombinacjach z innymi substancjami.

### **BUPRENORFINA W UE**

Ten bezpieczniejszy niż metadon środek ma niewątpliwie sporo zalet i dlatego już ok. 40% wszystkich uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie w krajach europejskich go przyjmuje. I mimo, że przeważająca większość tych osób leczona jest we Francji i krajach skandynawskich – o coraz głośniejszemu mówi się o buprenorfynie jako szansie na łatwiejszy i znacznie szerszy dostęp uzależnionych do substytucji. Dostęp uzależnionych od heroiny do leczenia buprenorfiną jest szczególnie ważny w krajach, gdzie regulacje prawne lub administracyjne ograniczają lub wręcz uniemożliwiają dostęp do kuracji metadonem.

Buprenorfina jest z powodzeniem stosowana jako środek substytucyjny w leczeniu uzależnionych we wszystkich piętnastu krajach „starej” Unii Europejskiej. Oprócz Francji, jest popularnym substytutem w niektórych krajach skandynawskich, głównie w Finlandii i Szwecji. Spośród 10 „nowych” Państw Członkowskich najszerzej prowadzi się leczenie buprenorfiną w Czechach. Tam zdecydowanie częściej jest stosowana niż metadon

### **BUPRENORFINA W POLSCE**

Jak już wspomniałem, od 2008 roku buprenorfina jest dostępna w Polsce w postaci Suboxone, leku który jest jej kombinacją z naloxonem. Może być wydawana w programach leczenia substytucyjnego finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Każdy kto jest w programie substytucyjnym ma wybór, ponieważ metadon nie jest jedynym lekiem stosowanym w polskiej substytucji. Niestety, mimo że Suboxone, bo o nim mowa, jest dość bezpiecznym środkiem, nie ma – jak na razie – możliwości otrzymania go na receptę. Inna sprawa, że Suboxone nie jest tanim lekiem. Tak więc jedyna droga do leczenia z zastosowaniem Suboxone prowadzi przez udział w programie substytucyjnym. Od wielu

jednak lat prowadzona jest w Polsce farmakoterapia z wykorzystaniem innego środka zawierającego buprenorfinę, Bunondolu. O tym jednak w dalszej części tekstu.

### **CZYM JEST BUPRENORFINA?**

Niektóre opioidy (heroina, morfina, metadon) stymulują i pobudzają receptory opiatowe (opiaty agonistyczne). Inne (jak naloxon) łączą się z receptorem i blokują go (środki antagonistyczne). Jest też trzecia grupa opioidów wykazująca obydwie te działania. Buprenorfina jest właśnie częściowym agonistą i częściowym antagonistą receptorów opiatowych, dokładnie rzecz ujmując – agonistą receptora  $\mu$  ( $\mu$ ) i antagonistą receptora  $\kappa$  (kappa). Receptory opioidowe to wyspecjalizowane cząsteczki na powierzchni komórek, do których przyłączają się opioidy wywołując silne działanie na organizm. Najbardziej poznanym jest receptor  $\mu$  i właśnie on odgrywa największą rolę w nadużywaniu opioidów. Rola pozostałych dwóch rodzajów receptorów  $\delta$  (delta) i  $\kappa$  (kappa) nie jest w procesie uzależnienia dobrze rozpoznana.

**Przy dawce 16 mg buprenorfiny aż 85-92% receptorów opiatowych zostaje zablokowanych. Dalsze zwiększanie dawki nie zwiększa znacząco wysycenia receptorów.**

### **ZNOSZENIE BÓLU**

Buprenorfina to syntetyczny lek opioidowy o silnym działaniu przeciwbólowym i znieczulającym. Działa przeciwbólowo kilkadziesiąt razy silniej niż morfina. Równoważna dawka buprenorfiny (dawka ekwianalgetyczna) jest 60 – 100 razy niższa niż dawka morfiny. Taki przelicznik stosuje się w przypadku konieczności zamiany jednego środka na drugi w leczeniu bólu.

### **POD JĘZYKIEM**

Buprenorfina występuje zwykle w formie tabletek, które wkładane są pod język. Rozpuszczają się one w ustach w przeciągu 5-8 minut i przez śluzówki jamy ustnej dostają się do krwioobiegu z pominięciem układu pokarmowego. Lek ten nie powinien być połykany, ponieważ zażyta tą drogą nie przyniesie żadnego efektu. Przechodząc przez układ pokarmowy zostaje metabolizowany do związków o innych właściwościach, a metabolity te nie będą działać odpowiednio na receptory opiatowe. Są również produkowane iniekcyjne formy buprenorfiny, ale są one mniej dostępne i rzadziej wykorzystywane w leczeniu uzależnień.

**Przyjęta podjęzykowo dawka buprenorfiny osiąga maksymalne działanie po 2 godzinach, a jej biologiczny okres półtrwania wynosi 37 godzin.**

### **NA POCZĄTEK**

Niezwykle ważnym jest moment zażycia pierwszej dawki buprenorfiny, ponieważ ażeby środek ten zadziałał odpowiednio – w organizmie nie może być zbyt dużego stężenia innych opioidów takich jak heroina czy metadon. Pierwsza dawka nie powinna być przyjęta w czasie krótszym niż 8 godzin od ostatniego zażycia heroiny. W przypadku metadonu – do przyjęcia pierwszej dawki buprenorfiny nie powinno dojść wcześniej niż po 24 godzinach od zażycia metadonu. A najlepiej okres ten wydłużyć nawet do 36 godzin. Jeśli przyjęcie leku odbędzie się zbyt wcześnie – wszystko, czego można się spodziewać ograniczy się do wywołania objawów abstynencyjnych.

## USTALENIE DAWKI

Dawka buprenorfiny (podobnie jak w przypadku metadonu) jest dopasowywana do indywidualnych potrzeb pacjentów, ich tolerancji na opiaty. Jednak ustalenie właściwej dawki jest tu sprawą bardziej skomplikowaną i może potrwać dość długo, nawet kilka tygodni. Przez pierwszy okres pacjenci mogą doznawać niektórych symptomów zespołu abstynencyjnego. Niewątpliwie powinni starać się oni zaakceptować niedogodności pierwszych dni leczenia, ponieważ objawy te ustąpią, gdy dawka zostanie dobrze dobrana, a to wymaga nieco czasu. **Buprenorfinę można stosować rzadziej niż raz dziennie. Może być ona stosowana trzy, a nawet dwa razy w tygodniu. Wtedy jednak dawka dzienna musi być odpowiednio pomnożona przez ilość dni, kiedy lek nie będzie stosowany.**

## PODTRZYMANIE

Leczenie podtrzymujące buprenorfiną powinno być wystarczająco długie w czasie, aby pacjenci mogli pozwolić sobie na abstynencję, bez ryzyka powrotu do używania nielegalnych opiatów. To zwykle zajmuje wiele lat – zatem założenia leczenia podtrzymującego buprenorfiną są zbliżone do tych, które stosuje się w terapii metadonem. Podobnie też wygląda „zerowanie” – powinno odbywać się możliwie jak najmniej gwałtownie, a pacjent mógł w każdej chwili podjąć decyzję o powrocie do wcześniejszej dawki i kontynuowania leczenia substytucyjnego.

Przy odstawieniu buprenorfiny – objawy abstynencyjne będą znacznie łagodniejsze niż w przypadku zażycia metadonu, pojawią się także później. Podczas gdy w przypadku metadonu największe nasilenie objawów abstynencyjnych pojawia się w 3-4 dobie po odstawieniu, to w przypadku buprenorfiny ich nasilenie będzie miało miejsce dopiero po ok. 6 dniach od odstawienia.

## NAJLEPIEJ NIE MIESZAĆ

Są leki, które mogą wchodzić w interakcje z buprenorfiną. Tak rzecz ma się z niektórymi antydepresantami. Lekarz prowadzący powinien wiedzieć, jaki inne leki stosuje pacjent poddany substytucji buprenorfiną. Wiele innych środków również będzie miało wpływ na działanie buprenorfiny. Tak więc, przyjmowanie bezodiazepin powinno być w zasadzie wykluczone. To samo dotyczy picia alkoholu, a jeśli abstynencja alkoholowa jest mało realna – to oczywiście obowiązuje zasada: im mniej tym lepiej (i bezpieczniej). Stosowanie innych opiatów w trakcie kuracji buprenorfiną jest pozbawione sensu i niebezpieczne. Jeśli dawka heroiny będzie zbyt mała – jej działanie będzie nieodczuwalne lub mało przyjemne. Jeśli mimo wszystko, ktoś będzie chciał odczuć jej działanie i zwiększy dawkę może dojść do przedawkowania i śmierci. Zażyta następnie dawka buprenorfiny spowoduje pojawienie się objawów abstynencyjnych. Gdy buprenorfina jest stosowana jednocześnie z innymi opiatami (szczególnie przy wyższych dawkach) dochodzi do antagonizmu tych środków. Jako, że buprenorfina ma większe powinowactwo do receptora  $\mu$  niż np. morfina, to może ją wypierać z połączenia z receptorami, choć oczywiście aktywność buprenorfiny wewnątrz tych receptorów będzie mniejsza.

***dr Andrzej Kaciuba***

***(lekarz psychiatra prowadzący program substytucyjny w Lublinie:***

*O buprenorfinie dowiedziałem się jakieś dziesięć lat temu, a może nawet dawniej, we Francji. Nie mam zatem lęku przed stosowaniem tego środka, ponieważ znam jego działanie, na przykładzie tego, jak ten lek stosowano we Francji. Do tej pory to mi nie odpowiadało, z tego*

względu, że buprenorfinę podaje się w dawkach podzielonych – dwa, trzy razy dziennie. Natomiast tutaj mamy preparat, który podaje się raz dziennie, nawet raz na dwa dni lub bierze się trzydniową dawkę jednorazowo. Czyli jest małe ryzyko przedawkowania, nie ma też problemu z wydawaniem tego leku do domu - nie tak jak Metadon, którego musimy wydawać kolejne dawki, wprowadzając go tym samym na rynek nielegalny, bo każdy z narkomanów wcześniej czy później sprzedaje mniejsze bądź większe dawki. Natomiast tutaj podajemy dawkę raz na dwa dni, więc ograniczamy konieczność przychodzenia do nas do trzech dni w tygodniu, co pozwala tym ludziom na życie poza tym środowiskiem narkomańskim – bo cały czas do tego dążę, żeby wyrzucić naszych klientów z tego starego środowiska i pchnąć ich w normalne środowisko, między normalnych ludzi, gdzie nie ma narkotyków. I to mi właśnie bardzo odpowiada.

Przeciwwskazania do stosowania buprenorfiny? Żadne. Miałem pacjenta, który mi pasował do profilu buprenorfiny – raz, że chorował na cukrzycę, więc stosowanie „słodkiego” metadonu odpadało (metadon w Polsce zawiera domieszkę cukru – przyp.redakcji), a poza tym miał długie okresy abstynencji przynajmniej opiatowej, bo w międzyczasie wchodził w ciągi alkoholowe i amfetaminowe, tak zamiennie. Trzecia sprawa – są doniesienia w piśmiennictwie światowym o stosowaniu blokerów receptorów opiatowych w leczeniu uzależnień od alkoholu. Tak że miałem w sumie kilka rzeczy: uzależnienie od alkoholu, cukrzyca i długie okresy abstynencji, gdzie człowiek był w miarę aktywny, a nie chciałem dawać pacjentowi tych blokerów, które mają takie przymulające działanie.

Wielu „doktorów” chce to stosować. Z tymże ja cały czas jestem przeciwny temu, żeby środkami typu metadon, buprenorfina czy Suboxon właśnie mógł dysponować każdy lekarz, bo do tego jednak muszą być osoby odpowiednio przygotowane, które wiedzą, co robią. Musi być do tego powód. Poza tym, pamiętajmy, że przy leczeniu uzależnienia to nie chodzi o lek, bo uzależnienia nie da się wyleczyć za pomocą jakiegokolwiek tabletki, nie ma cudownego środka. Do tego potrzebne są różne inne oddziaływania.

## **NA BAJZLU**

Buprenorfina, mimo że jest obecna na czarnym rynku i bywa nadużywana – w porównaniu z takimi środkami jak morfina czy heroina jest stosunkowo mało atrakcyjnym narkotykiem. Regułą jest to, że w krajach gdzie buprenorfina ma szerokie zastosowanie lecznicze – może ona w pewnym stopniu „wyciekać” na ulicę i być sprzedawana nielegalnie. Z drugiej strony relatywnie łatwy dostęp do terapii substytucyjnej skutecznie przeciwdziała obecności substytutu na bajzlu, bo tam trzeba słono za niego płacić. We Francji zaopatrują się w czarnorynkowy Subutex przeważnie ci, którzy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego. Za zrealizowanie recepty w aptece muszą więcej płacić niż na ulicy. Z powodu „wycieków” buprenorfiny na bajzel – ograniczono tam do 7 dni okres na jaki wypisywane są dawki leku. Tak więc uzależnieni powinni zgłaszać się do lekarza po recepty co tydzień, a nie jak wcześniej – raz w miesiącu. Oprócz tego, z uwagi na to, że buprenorfina łatwo rozpuszcza się w wodzie – bywa używana dożylnie.

## **PRZEDAWKOWANIA**

Dość rzadko odnotowywane są przypadki śmiertelnych przedawkowań buprenorfiny. Prawdopodobnie związane jest to z faktem, iż środek ten jest tolerowany w nawet bardzo wysokich dawkach (różnica pomiędzy dawką terapeutyczną i dawką śmiertelną jest dość pokaźna). Znaczenie ma tutaj także efekt pułapowy. Wynosi on 8 – 10 mg na dobę i oznacza, że po przekroczeniu tych dawek, działanie środka nie przyniesie zwiększenia oczekiwanego efektu. Nie ma to większego znaczenia przy leczeniu bólu, ponieważ ta dawka i tak

wielokrotnie przekracza te, które w tym celu są stosowane. Bardziej wymowne jest to wtedy, gdy ktoś zechce – zwiększając dawkę buprenorfiny – bardziej odurzyć się tym środkiem. Po osiągnięciu dawki pułapowej nie będzie po prostu czuł zwiększenia efektu działania środka. Będąc jedynie częściowym agonistą charakteryzuje się lepszym profilem bezpieczeństwa: w przypadku przedawkowania środek nie powoduje zaburzeń oddychania. Oczywiście niebezpieczeństwo śmiertelnego zatrucia wzrasta, gdy buprenorfina jest zażywana wraz z innymi środkami depresyjnie działającymi na układ nerwowy takimi, jak alkohol czy środki uspokajające i nasenne.

### **POCZĄTKI STOSOWANIA BUNONDOLU W LECZENIU UZALEŻNIONYCH**

Jako pierwsi leczenie uzależnionych z wykorzystaniem niskich dawek buprenorfiny w postaci Bunondolu rozpoczęli w Krakowie dr Aleksandra Kamenczak i dr Chrostek Maj w 2001 roku w Klinice Toksykologii CM UJ w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Rydygiera. Bunondol to nazwa leku zawierającego buprenorfinę w niskich stężeniach – 0,2 i 0,4 mg (dostępny także w formie ampułek do wstrzyknięć). Środek stosowany najczęściej przy leczeniu przewlekłego bólu, szczególnie przy chorobach układu nerwowego, np. rwa kulszowa. I choć przy leczeniu uzależnionych dawki powinny być wielokrotnie wyższe (od 20 do 40 razy niż w przypadku zastosowania przeciwbólowego), to jednak w przypadku osób, u których nie wytworzyła się duża tolerancja na opiaty zaczęto stosować niskie dawki.

Leczenie niskimi dawkami buprenorfiny nazwano „przedłużoną detoksykacją”, ale w praktyce było ono bardziej zbliżone do leczenia substytucyjnego. Uzależnieni od opioidów, którzy trafiali na tamtejszy oddział detoksykacyjny kontynuowali leczenie w warunkach poza szpitalnych w oparciu wypisywane im co 2-3 tygodnie recepty na Bunondol. Początkowa dawka leku była ustalana podczas hospitalizacji. Potem, czasami ulegała ona modyfikacji, a okres długość okresu leczenia nie był z góry ustalona, co dawało pacjentom podobny komfort psychiczny, jak w przypadku udziału w programie substytucyjnym. Z tą różnicą, że zakupu leku dokonywali w aptece i nie musieli codziennie zjawiać się w klinice, aby go otrzymać. Miało to znaczenie szczególnie dla osób pracujących i mieszkających poza Krakowem. A trzeba wiedzieć, że niektórzy z nich dojeżdżali z miejscowości oddalonych nawet o 500 km. Te pierwsze doświadczenia zostały opisane w książce „Szczypta naszej nadziei”.

### **LECZENIE NISKIMI DAWKAMI BUPRENORFINY W PORADNI MONAR W KRAKOWIE**

W tym czasie Poradnia MONAR w Krakowie zapewniała opiekę psychologiczną nad pacjentami korzystającymi z leczenia w WSS im. Rydygiera prowadzonymi przez doktora Chrostka-Maja i dr Kamenczak. Buprenorfina była sporadycznie ordynowana przez zatrudnionego w Poradni lekarza. Jednak w roku 2009 opracowaliśmy zasad prowadzenia leczenia farmakologicznego niskimi dawkami buprenorfiny już w strukturze Poradni MONAR.

### **CELE LECZENIA**

Prowadzone przez Poradnię MONAR w Krakowie leczenie niskimi dawkami buprenorfiny jest adresowane do tych uzależnionych od opioidów, których dotychczasowe wysiłki okazały się nieskuteczne, również te związane z leczeniem substytucyjnym metadonem. Ogólnym celem tego leczenia jest zaprzestanie używania nielegalnych narkotyków i stabilizacja ich życia. Nie wykluczamy również, w dalszej perspektywie, uzyskania przez pacjentów pełnej

abstynencji. Inne cele to podejmowanie przez pacjentów i poprawne pełnienie ról społecznych. W wielu przypadkach chodzi o to, aby nie wypadali oni z ról, które przed przystąpieniem do leczenia pełnili, ponieważ duża część zgłaszających się do leczenia już pracuje i uczy się. Ważnym celem leczenia jest także normalizacja relacji w rodzinie pacjenta. Udział w leczeniu ma też być elementem ograniczania szkód zdrowotnych (zakażeń HIV i innych przenoszonych przez krew), jak również zapobiegania dalszej kryminalizacji pacjentów.

Te wszystkie założenia są realizowane w oparciu o doświadczony zespół specjalistów pracujących w poradni z uzależnionymi od wielu lat. Kluczową rolę w zespole odgrywa lekarz psychiatra oraz specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień (psycholodzy i pedagodzy), a także współpracujący z zespołem prawnik (edukacja i porady prawne), pracownik socjalny (delegowany z MOPS).

Nie bez znaczenia, jak się okazuje jest to, że w Poradni działają programy redukcji szkód (DROP-IN i program wymiany strzykawek), istnieje możliwość pracy z członkami rodzin (program terapeutyczno-edukacyjny dla rodzin), a nawet to, że placówka położona w centrum miasta z dogodnym dojazdem (dla pacjentów spoza Krakowa).

## **PRZYJĘCIA DO LECZENIA**

Jedynym z góry wykluczającym z tego leczenia kryterium jest brak uzależnienia od opioidów. Wśród tych, u których stwierdzono uzależnienie od opioidów, o zastosowaniu leku decyduje lekarz psychiatra we współpracy z terapeutą. Pozostałe wskaźniki traktowane są pomocniczo i indywidualnie. Istotnym kryterium, jak się okazało musiała być też sytuacja socjalna pacjenta, a to z uwagi na konieczność opłacenia zakupu leku. Jako, że buprenorfina jest o wiele bezpieczniejszym środkiem niż meta don, nie mamy tu do czynienia z tak dużą listą przeciwwskazań w stosowaniu leku oraz sytuacji zdrowotnych pacjenta, gdzie wymagana byłaby szczególna ostrożność.

Na samym początku leczenia pacjenci otrzymują informacje dotyczące leku, możliwych niepożądanych skutków jego działania, interakcji z innymi środkami i używkami, a także instruowani są także o konieczności i sposobach bezpiecznego przechowywania leku. Podczas farmakoterapii jest jednocześnie prowadzona praca motywacyjna do podjęcia leczenia abstynencyjnego. Nie wiąże się ona jednak z wywieraniem nacisku na pacjenta, a w żadnym wypadku z określaniem okresu leczenia

## **LECZENIE I JEGO OKOLICZNOŚCI**

W przypadku braku jakichkolwiek efektów leczenia, możliwe jest jego zaprzestanie. Dzieje się to jednak przy udziale pacjenta. Nie chcemy decydować o tym „za plecami” pacjenta i ewentualna zmiana metody leczniczej odbywa się przy pełnym udziale pacjenta. Jeśli obserwacje prowadzą do wniosku, że leczenie nie jest w żadnym stopniu skuteczne – rozpoczynają się negocjacje w sprawie podjęcia innych działań (np. detoksykacja) lub zmiany formy leczenia (np. leczenie substytucyjne lub wyjazd do ośrodka). Nie jest prowadzona kontrola abstynencji za pomocą testowania na obecność narkotyków.

Nasze doświadczenia wskazują, że takie podejście sprzyja większej otwartości ze strony pacjentów, którzy nie mają problemu, aby mówić o „wypadkach” z narkotykami. Takie zdarzenia traktowane są przez nas jako objawy choroby, a jedynymi ich konsekwencjami są rozmowy na ten temat, analizowanie przyczyn i poszukiwanie rozwiązań problemu.

Uproszczony schemat udziału w terapii wygląda następująco:

1. kontakt pacjenta z poradnią,
2. diagnoza specjalisty terapii uzależnień,
3. diagnoza lekarza psychiatry,
4. podjęcie decyzji o udziale w leczeniu (pacjent – terapeuta – lekarz),
5. detoksykacja (opcjonalnie),
6. wizyty u lekarza związane głównie z nadzorem przyjmowania leków (2 razy w miesiącu),
7. udział w grupie terapeutycznej lub/i w indywidualnych sesjach psychoterapeutycznych (2-4 razy w miesiącu, w zależności od potrzeb i długości leczenia),
8. rozwiązywanie innych problemów w oparciu o porady pracownika socjalnego lub prawnika.

Decydując się na udział w leczeniu pacjent podpisuje kontrakt. Kontrakt jest indywidualny – nie stosujemy ogólnego formularza, jest to raczej plan leczenia, który – co oczywiste – ulega modyfikacjom. Stosujemy podejście podążające i różne cele terapii – od podtrzymującej do nastawionej na uzyskanie abstynencji. Czas leczenia nie jest z góry planowany, jak również nie jest niczym ograniczany, choć, jak wspominałem, część oddziaływań psychologicznych jest poświęcona perspektywie uzyskania przez pacjentów pełnej abstynencji.

## **SKUTECZNOŚĆ**

Pod koniec 2011 roku dokonaliśmy analizy danych demograficzno-społecznych pacjentów leczonych przy wsparciu farmakologicznym Bunondolem w tutejszej poradni. W ciągu prawie 3 lat prowadzenia leczenia przy wykorzystaniu wsparcia farmakologicznego w postaci Bunondolu (od stycznia 2009) objęte nim zostało 66 osób.

Leczeni w ten sposób stanowili grupę zdecydowanie starszą wiekiem niż w leczeni w innych programach terapeutycznych prowadzonych przez naszą placówkę. Najmłodszy pacjent miał lat 22, najstarszy (kobieta uzależniona od kompotu) – 79. Jeśli chodzi o płeć to mimo, że mieliśmy przewagę mężczyzn, to nie była ona tak wyraźna jak w innych programach leczniczych.

Jeśli chodzi o używanie opioidów przed rozpoczęciem leczenia, to 44 osoby stosowały je w iniekcjach. Jednak wielu z nich nadużywało jednocześnie innych substancji, 20 osób zgłosiło problem nadużywania alkoholu.

Prawie połowa zakwalifikowanych do leczenia (29) była leczona wcześniej w ośrodkach rehabilitacyjnych, a w przypadku 12 osób była to więcej niż jedna próba. Prawie tyle samo osób (26) było leczonych wcześniej metadonem. Leczenie w oddziałach detoksykacji miała za sobą niemalże cała grupa pacjentów.

Jeśli chodzi o długość leczenia Bunondolem (co stanowi ważny wskaźnik skuteczności terapii) największą grupę stanowiły, niestety, osoby leczone nie dłużej niż 3 miesiące. Spośród leczonych 35 osób miało konflikt z prawem – w trakcie leczenia 4 spośród pacjentów miało nowe konflikty z prawem (wszyscy do w okresie pierwszych 6 m-cy leczenia).

W trakcie leczenia nie został odnotowany żaden nowy przypadek infekcji HIV. Tak czy owak, część z osób leczonych do 3 miesiąca nie miała wiarygodnej wiedzy na temat statusu serologicznego.

Powyżej roku w leczeniu uczestniczyły 24 osoby. W tej grupie:

- aż 9 osób pracowało zawodowo, 10 otrzymywało rentę/pomoc socjalną (1 osoba emeryturę),

- 9 miało orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
- 19 osób oceniało swoje relacje z rodziną jako poprawne,
- 15 osób mieszkało z rodziną (lub przy rodzinie).
- 9 mieszkało samodzielnie.
- żadna z osób nie była bezdomna faktycznie.
- 1 osoba brała udział w terapii ARV, pozostałe 2 zakażone HIV nie klasyfikowały się do leczenia ARV.
- były to osoby w wieku od 32 do 61 lat.
- udział kobiet w tej grupie wynosił 46% (dla porównania w całej wynosił 37%).

### ***Przypadek Piotra, pacjenta leczonego w Poradni MONAR w Krakowie niskimi dawkami buprenorfiny:***

*Piotr, lat 39, jest uzależniony od heroiny w formie kompotu. Przyjmował go w iniekcjach przez 15 lat. W tym czasie kilkakrotnie podejmował próby leczenia w kierunku abstynencji – nieskutecznie. W 2009 roku zgłosił się do Poradni MONAR w Krakowie będąc pacjentem programu substytucyjnego, w którym przez 2 lata był leczony metadonem. Przez większość tego czasu otrzymywał 40 ml metadonu, w ostatnich kilku miesiącach leczenia – 5 ml.*

*Wśród powodów, dla których wcześniej zrezygnował z leczenia metadonem Piotr wymienia: zbyt częste wizyty związane z przyjmowaniem leku (musiał zgłaszać się po niego co najmniej go raz w tygodniu, czasem częściej).*

- *poczucie coraz silniejszych związków z pacjentami, substytucyjnymi, którzy działali na niego destrukcyjnie („z czasem stali się moim jedynym towarzystwem – tak, jak oni zacząłem kraść, dobierać narkotyki”.*
- *znaczne obniżenie libido.*
- *bezpośrednim powodem odejścia Piotra z programu było zabranie zaliczek z powodu jednorazowego wykrycia amfetaminy w jego organizmie.*

*„Przejście” Piotra z jednego leku na drugi odbyło się płynnie – na początku otrzymywał 1,2 mg buprenorfiny/dziennie, a z czasem ograniczył się do jednej tabletki 0,4 mg. Piotr stwierdził, że ta początkowa dawka buprenorfiny 1,2 mg zablokowała zupełnie jego głód i nie czuł żadnego dyskomfortu przy zmianie leku. O ograniczeniu dawki Bunondolu zdecydowała na początku cena zakupu leku (nie miał stałej pracy i dochodów), potem zmiana środowiska i nastawienia Piotra do stosowania silnych leków – to wpłynęło na ograniczenie jego potrzeb w tym zakresie.*

*Wśród zalet kuracji Bunondolem Piotr wymieniał:*

- *możliwość dzielenia dawki dziennej,*
- *większą jasność umysłu (niż w przypadku metadonu),*
- *rzadsze kontakty ze środowiskiem,*
- *większe poczucie pewności siebie i niezależności, także odpowiedzialności za siebie,*
- *brak poczucia bycia gorszym pacjentem (wcześniej w szpitalu, gdzie otrzymywał metadon miał wrażenie, że należy do tych gorszych pacjentów),*
- *brak upokarzających metod kontroli moczu.*

*Wady, jakie dostrzegał to:*

- *nadal takie leczenie to „kula u nogi”,*
- *nadal ma problemy z obniżonym libido,*
- *problemy finansowe utrudniające czasami zakup leku.*
- *lek jest zdecydowanie słabszy niż metadon i „trudniej oprzeć się pokusie sięgnięcia czasem po heroinę*



*Po ponad 2 latach przyjmowania Bunondolu, przed kilkoma miesiącami zakończył leczenie. Utrzymuje abstynencję, pracuje.*

## **WNIOSKI DOTYCZĄCE PROWADZENIA FARMAKOTERAPII PRZY UŻYCIU NISKICH DAWEK BUPRENORFINY**

Do leczenia z wykorzystaniem niskich dawek buprenorfiny częściej zgłaszają się osoby dorosłe i osoby starsze. Utrzymują się oni także dłużej w leczeniu. Najdłużej w leczeniu pozostają osoby powyżej 30 roku życia. Wśród zgłaszających jest większy odsetek kobiet niż w innych prowadzonych przez nas programach; mało tego – odsetek ten wzrasta wraz z okresem leczenia. Zainteresowanie tym leczeniem oceniamy jako umiarkowane, choć w niektórych okresach bywa wyższe.

Leczenie z wykorzystaniem Bunondolu z całą pewnością jest poważną opcją dla miejscowości, gdzie nie istnieje leczenie substytucyjne. Może być ono realizowane w każdej poradni leczenia uzależnień (w każdej takiej placówce pracuje lekarz i terapeuta – wymogi NFZ). Wydaje się, że leczenie kiedy lek podtrzymujący wydawany jest na receptę wymaga od pacjentów innego rodzaju wysiłku niż mechaniczne zgłaszanie się po lek w programie substytucyjnym. Prawdopodobnie takie leczenie wymaga od pacjentów także więcej odpowiedzialności i planowania, np. w zakresie środków finansowych na zakup leku.

Wśród trudności wymienić można ograniczenia dotyczące liczby pacjentów. Przy zbyt wielu pacjentach prowadzonych w ramach małej placówki – szczególnie w dniach dyżurów lekarskich – atmosfera jest jak żywcem wyjęta z programów substytucyjnych. Czasem dochodzi do handlu lekiem. Bunondol mimo względnie niskiej wartości czarnorynkowej czasem znajduje niepożądanych nabywców.

Podobnie jak w przypadku leczenia metadonem, dają o sobie znać problemy z nadużywaniem innych substancji. Lek nie blokuje potrzeby sięgania po inne środki. Jednak chyba największym utrudnieniem są koszty ponoszone przez pacjentów na zakup leku. Sprawiają one, że wielu z nich utrzymuje się na zbyt niskich dawkach, co może być ryzykowne. Zdecydowanie skuteczność leczenia

## **PODSUMOWANIE**

Nie ulega wątpliwości, że z pewnego punktu widzenia buprenorfina nie jest tam atrakcyjnym substytutem jak metadon. Dlaczego jednak niektórzy uzależnieni preferują przyjmowanie buprenorfiny? Otóż, jak wynika z głosów osób, które były leczone zarówno jednym jak i drugim substytutem – zaletą działania buprenorfiny jest „jasność myślenia” (która ich zdaniem w przypadku metadonu jest osłabiona). Inni podkreślają walor tego, że detoksykacja i „zejście” z buprenorfiny jest nieporównywalnie mniej dramatyczne i łatwiejsze. Skuteczność buprenorfiny bywa porównywana ze skutecznością metadonu, szczególnie gdy leczenie farmakologiczne jest połączone z intensywną terapią psychologiczną.

Buprenorfina ma coraz większe znaczenie w farmakologicznej kuracji osób uzależnionych od opiatów. Leczenie substytucyjne tabletkami zawierającymi wysokie dawki buprenorfiny jest prowadzone obecnie już w ponad 44 krajach na świecie. W wielu z nich opiera się ono o wizyty pacjenta u lekarza, a preparat bądź wypisywany jest na receptę, bądź wydawany do domu. Ryzyko z tym związane to używanie środka iniekcyjnie i „wyciekanie” buprenorfiny na czarny rynek. W sukurs przychodzi tutaj kombinacja buprenorfiny z naloksonem, jako

środek o mało przydatny do wstrzyknięć, a tym samym pozbawiony w dużej mierze wartości czarnorynkowej.

### **LECZENIE BUPRENORFINĄ – BADANIA W SZWECJI**

*Markus Heilig i jego współpracownicy z Karolinska Institutet w Sztokholmie badali skuteczność podawania buprenorfiny w połączeniu z intensywną terapią psychologiczną w celu zwalczania uzależnienia. W testach wzięło udział 40 dorosłych osób, które w ciągu ostatniego roku były uzależnione od różnych środków narkotycznych zawierających pochodne opium, ale nie spełniały warunków wymaganych przy leczeniu typowym środkiem wspomagającym – metadonem.*

*Losowo podzielono pacjentów na dwie grupy i w pierwszej podawano wyłącznie buprenorfinę, a w drugiej buprenorfinę tylko przez 6 dni, a po niej placebo. Dodatkowo wszyscy uczestnicy terapii, w celu zapobieżenia nawrotowi uzależnienia, odbywali raz w tygodniu indywidualną sesję z psychologiem. Regularnie pobierano im próbki moczu do analizy w celu wykrycia ewentualnego zażywania narkotyków, co było w czasie terapii zabronione.*

*Rezultaty badań były uderzające: trzy czwarte osób zażywających buprenorfinę pozostało w tym programie leczenia. Analiza moczu wykazała w 75 proc. brak środków narkotycznych w organizmie. Natomiast nie udało się wytrwać bez narkotyków żadnej osobie, która otrzymywała placebo.*

*Osoby biorące buprenorfinę rzadziej niż przyjmujące placebo wchodziły w konflikt z prawem. Wynik ten sugeruje, że buprenorfina może być skutecznym środkiem w leczeniu uzależnienia od heroiny. (PAP)*

### **Piotr Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii:**

*Uważam, że o dostępności do terapii buprenorfiną winny decydować potrzeby pacjenta i interes zdrowia publicznego. Wychodząc z powyższych przesłanek jestem w pełni przekonany, że terapia substytucyjna przy użyciu buprenorfiny powinna być dostępna dla osób jej potrzebujących i że może ona istotnie wpływać na poprawę stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych. Choć Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii nie jest instytucją bezpośrednio zaangażowaną w organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych, to jednakże jest zainteresowane rozwojem form terapii korzystnych dla poprawy zdrowia osób uzależnionych i chętnie udzieli wsparcia instytucjom, które potencjalnie mogą wprowadzić tę formę substytucji. Z punktu widzenia ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nie istnieją, w mojej opinii, żadne istotne bariery do rozwoju tej formy leczenia, poza koniecznością uzyskania formalnej zgody na prowadzenie programu, tak jak to ma miejsce w przypadku terapii metadonowych.*

### **Artykuł napisany na podstawie:**

Rocznego sprawozdania EMCDDA: 2005

Helge Waal (Uniwersytet w Oslo): „Redukcja ryzyka jako element całościowego i multidyscyplinarnego podejścia do problemu narkomanii” (Narkomania, serwis informacyjny nr 1-15-2001)

Jerzy Vetulani (Instytut Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie): „Uzależnienia lekowe: mechanizmy neurobiologiczne i podstawy farmakoterapii”  
oraz informacji z portalu medycznego Eskulap.pl

Alho H. et al., *Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users* w Drug and Alcohol Dependence (2006),  
Carrieri M.P., et al, *Buprenorphine use: the international experience* w Clinical Infectious Diseases (2006),  
Fatseas M, Auriacombe M., *Why buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France* w Current Psychiatry Reports (2007),  
Rapeli P., et al, *Methadone vs. buprenorphine/naloxone during early opioid substitution treatment: a naturalistic comparison of cognitive performance relative to healthy controls* w BMC Clinical Pharmacology (2007),  
*Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction*, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Services, [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)  
*Europejskie publiczne sprawozdanie oceniające (EPAR) Suboxone*, European Medicines Agency, [www.emea.europa.eu](http://www.emea.europa.eu)

Grzegorz Wodowski,

socjolog i specjalista terapii uzależnień. Kieruje Poradnią MONAR w Krakowie, prowadzi zarówno programy redukcji szkód, jak i działania związane z leczeniem uzależnień. Redaktor pisma o tematyce narkotykowej MNB.