

Możliwość używania przetworów konopi w celach medycznych a leczenie substytucyjne?

Pierwsze wzmianki o medycznym zastosowaniu marihuany pochodzą z 2037 r. p.n.e, ze starożytnych Chin. Ówczesny cesarz i prekursor ziołolecznictwa napisał książkę o medycznym zastosowaniu konopi w leczeniu wielu schorzeń i chorób. Według tych tekstów, marihuana (konopie) była używana na zaparcia, reumatyzm, artretyzm i roztargnienie. Również w Egipcie można znaleźć o niej teksty. Starożytni Egipcjanie wierzyli w medyczne zastosowanie marihuany w onkologii.

Przenieśmy się jednak w nieco mniej odległe czasy, na rodzime tereny. Jeden z bohaterów trylogii Sienkiewicza, Onufry Zagłoba, którego postać ucieleśniała ówczesny wizerunek szlachcica, również mówił o dobroczynnym działaniu konopi i oleju w nim zawartego. Można mnożyć wypowiedzi różnych wielkich tego świata jak i postaci zmyślonych, mówiących głosem swych twórców o medycznych/lecniczych właściwościach całej rośliny konopi jak i jej części: kwiatostanów, liści czy nasion.

Obecne badania naukowe już bez żadnych wątpliwości dowodzą, że marihuana ma bardzo szeroki zakres zastosowań medycznych i jest z powodzeniem stosowana jako lek w wielu krajach. Powszechnie wiadomo, że łagodzi ból, nudności, stany depresyjne, objawy stwardnienia rozsianego, stany zapalne skóry, owrzodzenia, wpływa na zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałki ocznej w przebiegu jaskry, poprawę łaknienia, reguluje problemy ze snem oraz łagodzi objawy wielu innych chorób również podczas zakażenia wirusem HIV oraz AIDS.

Wprowadzenie regulacji prawnych dopuszczających medyczne stosowanie konopi, patrząc globalnie, jest i w naszym kraju realne, choć nadal pokutuje mit „straszego narkotyku”, „drzwi do twardych uzależnień” - mit, który skutecznie blokuje inicjatywę tych regulacji.

A jak to wszystko się ma do pacjentów leczonych substytucyjnie i ich problemów?

Okazuje się, że użytkownicy marihuany piją zdecydowanie mniej alkoholu niż przeciętny człowiek, a ta wiedza z kolei przydałaby się kierownikom tych programów substytucyjnych, gdzie problem alkoholowy wśród pacjentów jest ogromny. Jednakże, za złamanie abstynencji alkoholowej można nie otrzymać dziennej dawki leku substytucyjnego. Za częsty pozytywny wynik na alkometrii zazwyczaj trafia się na detoks, gdzie najpierw odtruwają z alkoholu, a potem na nowo ustawiają dzienną dawkę substytutu. Regulaminy tych programów jasno określają zasady postępowania z osobami łamiącymi abstynencję innymi substancjami

psychoaktywnymi niż podawane w programie, wyłączając alkohol (?). Do tej pory dość często zdarzało się, że pacjenci byli wręcz skreślani z listy programu za palenie marihuany tak samo, jak za heroinę, z której uzależnienia de facto się leczą. Czy stawiając bardziej szkodliwy i niebezpieczny dla zdrowia i nadwątłonej narkotykami wątroby alkohol ponad marihuaną, która (są na to badania naukowe) jest mniej szkodliwa, nie czynimy wbrew założeniom filozofii redukcji szkód?

Bardzo wielu, jak nie większość klientów programów substytucyjnych, dodatkowo cierpi na różnego rodzaju schorzenia towarzyszące uzależnieniu od opioidów: psychiczne - zaburzenia osobowości, psychozy, stany depresyjne; somatyczne - HIV/AIDS, WZW typu B i C, różne choroby przenoszone drogą płciową, zapalenia dróg oddechowych, gruźlica, padaczka, choroby skóry, zaburzenia krzepliwości, owrzodzenia, zaburzenia przewodnictwa nerwowego.

W oparciu o wiedzę, jaką posiadamy na temat leczniczych właściwości marihuany, tym bardziej ta grupa powinna mieć do niej dostęp i zielone światło do jej używania. Obawiam się jednak, że skostniały system regulujący zasady działania programów substytucyjnych nie dopuści do siebie myśli, że pacjent przyjmujący leki substytucyjne, przyjmując jednocześnie medyczną marihuanę, leczy nią również inne poważne choroby, które są powikłaniem uzależnienia i nie łamie tym samym abstynencji w sposób, który jest podstawą do usunięcia go z listy pacjentów.

Z doświadczenia (również własnego) wiem, że groo pacjentów substytucyjnych sięga po marihuanę nie tylko ze względu na „haj” ale równie często używa jej w ramach samoleczenia (świadomie lub nie) wielu wcześniej wymienionych objawów chorób towarzyszących. Dowodem tego są pacjenci leczeni równocześnie lekami substytucyjnym i interferonem + rybawiryną (bardzo ciężkim i długim leczeniem żółtaczki C – HCV), którzy paląc marihuanę łagodzą uboczne skutki działania interferonu + rybawiryny na tyle, że są w stanie przetrwać najgorszy okres leczenia. Mówię tu o takich niepożądanych efektach jak bóle stawowo - mięśniowe, brak apetytu, spadek masy ciała, zaostrzenie chorób autoimmunologicznych, retinopatia (uszkodzenie wzroku), zaburzenia neuropsychiatryczne — depresja (3–44% leczonych), stany lękowe, drażliwość, zmęczenie, łysienie, problemy skórne. Czemu więc odmawiamy im prawa używania skutecznego antidotum na tak poważne dolegliwości?

Osobiście uważam, że powodem nadal może być wszechobecna narkofobia, dyskryminacja i marginalizacja tego środowiska. Już słyszę głosy w stylu: *Nie dość, że mają „darmowe ćpanie” od państwa, darmowe leki na coś (HCV, HIV/AIDS), na co sami sobie zapracowali, to dać im jeszcze trawę i patrzeć jaki mają haj?...Zgroza!*

No cóż...

Mili moi, w nadchodzącym Nowym Roku 2015 wszystkim pacjentom substytucyjnym życzę, by w sytuacji, w której medyczne stosowanie marihuany będzie w Polsce możliwe, nie zostali po raz kolejny dyskryminowani i zmarginalizowani.

Marta Gaszyńska