

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление.....2

1. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению острой интоксикации, вызванной
употреблением психоактивных веществ..... 5

2. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению синдрома зависимости.....37

3. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению амнестического синдрома, вызванного
употреблением психоактивных веществ..... 125

4. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению пагубного употребления
психоактивных веществ..... 155

5. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению синдрома отмены..... 213

6. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием,
вызванного употреблением психоактивных веществ.....279

7. Клинические рекомендации
по диагностике и лечению психотического расстройства,
вызванного употреблением психоактивных веществ311

ВСТУПЛЕНИЕ

Открытое обсуждение и утверждение профессиональным сообществом Общероссийской общественной организацией «Ассоциация наркологов России» «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, и реабилитации больных наркологического профиля» является существенной вехой в развитии наркологии как отрасли отечественного здравоохранения.

Впервые научные сотрудники, организаторы здравоохранения и профессиональные врачи психиатры-наркологи, психиатры, клинические и общие психологи, специалисты по социальной работе, сотрудники различных профильных кафедр участвовали в разработке, обсуждении, дискуссиях и утверждении Клинических рекомендаций.

Эта возможность появилась в связи с реализацией Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В п. 2 ст. 76 «Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» указано:

«Профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.»

Реализация данной нормы закона накладывает на профессиональное сообщество дополнительную ответственность по принятию решений, в соответствии с которыми наркология и как научная специальность, и как отрасль здравоохранения будут определять вектор своего дальнейшего развития в практическом, научном, организационном и законодательном отношениях. В связи с этим наполнение, уточнение и дополнение Клинических рекомендаций будут осуществляться ежегодно по мере появления новых научных данных, дальнейшего реформирования здравоохранения в целом и установления законодательных норм в частности.

Объем и спецификация настоящих Клинических рекомендаций определялись исторически сложившейся системой оказания медицинской помощи больным наркологического профиля в Российской Федерации.

«Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» входят в V раздел МКБ 10 «Психические расстройства и расстройства поведения», что диктует необходимость включения в круг рассмотрения и терапии врачом психиатром-наркологом всего спектра психических расстройств, наблюдаемых у больных наркологического профиля.

Подготовка врача психиатра-нарколога предполагает базовое психиатрическое и дополнительное наркологическое образование, что позволяет оказывать соот-

ветствующим больным и психиатрическую, и наркологическую помощь в полном объеме.

Поскольку у больных наркологического профиля, попадающих в поле зрения врачей психиатров-наркологов, практически постоянно обнаруживаются соматические и неврологические и иные, например эндокринологические, офтальмологические или ЛОР-расстройства, невозможно игнорировать оказание помощи «на месте», отправляя больного в другие специализированные клиники, что привело бы к срыву наркологической программы лечения и снижению эффективности наркологического лечения.

В организационном отношении в различных странах оказание наркологической помощи существенно различается и зависит от политических, экономических, социальных и религиозных предпочтений. В Российской Федерации, как социально ориентированном государстве, медицинская помощь больным наркологического профиля оказывается в полном объеме, независимо от имущественного и социального статуса, в условиях, не позволяющих использование наркотических средств и психотропных веществ.

Министерством здравоохранения Российской Федерации принята поэтапная преемственная модель лечения и реабилитации больных наркологического профиля, что в целом, с учетом вышесказанного, определяет объем и спецификацию настоящих Клинических рекомендаций.

В процессе обсуждения и дискуссии вокруг принятия Клинических рекомендаций выявилась одна интересная особенность. Если представители практической наркологии, имеющие непосредственное отношение к ежедневной работе с больными наркологического профиля, проявили практически единодушную солидарность с проектом Клинических рекомендаций, то научное сообщество – разнонаправленные представления.

Некоторые ученые, ориентированные на западную «наркологию» (я поставил кавычки, поскольку наркологии в нашем понимании в Европе и многих других странах не существует; помощь больным с зависимым поведением раздроблена на отдельные составляющие: детоксикация проводится в одном месте, психиатрическое лечение в другом, психотерапия в третьем, реабилитация в четвертом, профилактика еще где-то, в связи с чем стандарты и клинические рекомендации разбросаны по многим текстам и не представлены в едином документе; финансирование помощи также раздроблено, а больные вынуждены обращаться в различные учреждения – все это не согласуется ни с МКБ 10, ни с общими принципами организации медицинской помощи). Полагают, что российская наркология должна двигаться в направлении снижения объема наркологической помощи до лечения синдрома зависимости с использованием трех-четырех препаратов. Если продлить эту мысль до логического конца, то мы придем к ликвидации наркологической помощи. Похожую мысль высказывают и специалисты из Всемирной организации здравоохранения, предлагая ликвидировать наркологические диспансеры, возложить обязанности по оказанию наркологической помощи на врачей общей практики или фельдшеров, а до 50% больных перевести на «заместительную терапию».

Представители данной парадигмы вполне логичны в своих представлениях, поэтому я не вижу предмета для дискуссии, а возникшие разногласия в наркологическом профессиональном сообществе не имеют отношения к «доказательной медицине». Разность парадигм в наркологии порождает и разность методологий и конкретных лечебных методов.

В то же время настоящие Клинические рекомендации имеют отношение исключительно к российской национальной системе организации наркологической помощи с ее полнотой и разнообразием форм и методов работы. Каждая страна развивает свои системы помощи больным наркологического профиля, и мы стараемся выбрать лучшие образцы для нашей наркологической службы.

Клинические рекомендации – это большое руководство для практического врача психиатра-нарколога, дающее возможность выстраивать стратегию и тактику терапии и реабилитации больного в совокупности с психологическим и социальным сопровождением.

Клинические рекомендации – открытая книга для уточнений и дополнений, и я обращаюсь ко всему профессиональному сообществу – не останавливаться в совершенствовании наркологической помощи!

С благодарностью ко всем участникам, разработчикам, критикам первых Клинических рекомендаций!

Е. А. Брюн

**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению острой
интоксикации, вызванной употреблением
психоактивных веществ**

Содержание

Коллектив авторов	7
Профильная группа экспертов	8
1. Методология	9
2. Определение и принципы диагностики	13
3. Этиология и патогенез острой интоксикации	16
4. Диагностика заболевания	17
5. Клиническая диагностика острой интоксикации	20
5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя	20
5.2. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов	21
5.3. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов	22
5.4. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств	23
5.5. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина	23
5.6. Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин	24
5.7. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов	25
5.8. Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина	26
5.9. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей	26
5.10. Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ	27
6. Терапия острой интоксикации	28
6.1. Поддержание жизненно важных функций организма	30
6.2. Детоксикационные мероприятия	30
6.3. Фармакотерапия психических и соматоневрологических нарушений при острой интоксикации ПАВ	32
7. Психотерапия	35
8. Прогноз	36

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупичский Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

***Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)***

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

	устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке клинических рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Клиническая диагностика состояния острой интоксикации психоактивным веществом (далее – ПАВ) проводится с применением клинического метода, который дополняется данными лабораторного и инструментального методов диагностики.

Формализация клинического диагноза производится с использованием Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10).

В адаптированном для Российской Федерации варианте МКБ-10 для формализации клинического диагноза используется 7 знаков. Первым знаком «F» кодируется класс «Психические расстройства и расстройства поведения». Вторым знаком «1» кодируется блок «Психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ». Третьим знаком от 0 до 8 кодируется вид употребляемого ПАВ.

Заключение об употребляемом ПАВ делается по субъективным и/или объективным данным.

При употреблении более чем одного ПАВ клинический диагноз устанавливается по ПАВ (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

В случае хаотичного приема ПАВ, когда последствия их употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Четвертым знаком кодируется актуальное состояние психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ (клиническое состояние). Состояние острой интоксикации ПАВ кодируется четвертым знаком «0» (табл. 3, 4).

Таблица 3. Формализация клинического диагноза по МКБ-10

F10.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя
F11.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов
F12.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов
F13.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных веществ
F14.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина
F15.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин
F16.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов
F17.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина
F18.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей
F19.0	Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких ПАВ

Пятым знаком кодируется наличие осложнений острой интоксикации ПАВ.

Шестым знаком кодируется степень острой интоксикации ПАВ: 1 – легкая степень; 2 – средняя степень; 3 – тяжелая степень.

Таблица 4. Диагностика острой интоксикации ПАВ: F 1x.0

1	Определение	<p>Преходящее состояние, состоящее в причинно-следственной связи и незначительно разделенное во времени с приемом ПАВ, заключающееся в расстройстве сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций</p> <p>Включаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Острые состояния, вызванные употреблением ПАВ <p>Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т36-Т50) - Токсическое действие веществ преимущественно немедицинского назначения (Т51-Т65) - Преднамеренное самоповреждение (Х60-Х84)
2	Диагностические критерии	<ul style="list-style-type: none"> - Наличие специфических признаков интоксикации ПАВ в сочетании с клинически значимыми нарушениями уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения - Наличие достоверных анамнестических данных о факте недавнего употребления ПАВ - Присутствие ПАВ в биологических средах пациента, подтвержденное лабораторным исследованием
3	Кодирование осложненных	<p>F1x.00 Острая интоксикация неосложненная</p> <p>Симптомы различной тяжести, зависящие от дозы</p> <p>F1x.01 Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением</p> <p>Данный код используется в случаях, когда не телесные повреждения, а острая интоксикация ПАВ стала причиной обращения за медицинской помощью</p> <p>F1x.02 Острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями</p> <p>Включаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> Острая интоксикация ПАВ, осложненная рвотой с кровью Острая интоксикация ПАВ, осложненная аспирацией рвотных масс <p>F1x.03 Острая интоксикация с делирием</p> <p>F1x.04 Острая интоксикация с нарушением восприятия</p> <p>Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> Острая интоксикация с делирием (F1x.03x) F1x.05 Острая интоксикация с комой F1x.06 Острая интоксикация с судорогами F1x.07 Патологическое опьянение <p>Применимо только для случая употребления алкоголя (F10.07)</p> <p>F1x.08 Острая интоксикация с другими осложнениями</p> <p>F1x.09 Острая интоксикация с неуточненными осложнениями</p>

4	Кодирование степени тяжести	F10.0x1 Острая интоксикация алкоголем, легкая F10.0x2 Острая интоксикация алкоголем, средняя F10.0x3 Острая интоксикация алкоголем, тяжелая
5	Пример диагноза	<p>F10.012 Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя, осложненная резаной раной правой кисти. Средняя степень</p> <p>F13.05 Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств с комой</p> <p>F16.02 Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей, осложненная аспирацией рвотных масс</p>

3. Этиология и патогенез острой интоксикации

ПАВ проявляют свое действие путем влияния на различные системы и структуры мозга, вызывая изменения концентрации определенных нейромедиаторов, влияя на рецепторный аппарат нейронов, проницаемость мембран клеток головного мозга (табл. 5).

Некоторые ПАВ способны также оказывать прямое действие на органы и системы организма, влияя на процессы энергетического обмена (алкоголь) или рецепторный аппарат (опиоиды).

Таблица 5. Этиология и патогенез острой интоксикации ПАВ

Факторы	Описание
Биологические факторы	Причиной острой интоксикации ПАВ является поступление в организм чаще путем самостоятельного приема ПАВ в количестве, достаточном для возникновения симптомов острой интоксикации. Патогенез острой интоксикации зависит от вида ПАВ. Развивающиеся в состоянии острой интоксикации ПАВ расстройства связаны с нарушением обмена нейромедиаторов в ЦНС под действием ПАВ. При интоксикации высокими дозами ПАВ преобладают токсические эффекты, выражающиеся в угнетении сознания, сосудодвигательного и дыхательного центров, миокарда и других жизненно важных органов

4. Диагностика заболевания

Клинический диагноз устанавливается путем:

- сбора анамнеза с выяснением факта приема ПАВ незадолго до того, как изменилось состояние пациента;
- общего осмотра пациента последовательно по системам и органам, имеет значение внешний вид пациента, выявление всех необычных запахов, исходящих от пациента, что может помочь идентифицировать ПАВ, вызвавшее интоксикацию;
- проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.);
- клинико-психопатологического обследования;
- лабораторного исследования.

Степень тяжести острой интоксикации ПАВ, как правило, находится в прямой зависимости от принятой дозы ПАВ. При наличии физической астении (например, вследствие инфекционного заболевания), соматических заболеваний (например, почечной или печеночной недостаточности) малые дозы ПАВ могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект.

Симптомы острой интоксикации ПАВ не всегда отражают первичное действие ПАВ, например, вещества седативного действия могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы – психическую и моторную заторможенность. Действие галлюциногенов и каннабиноидов неоднозначно и потому непредсказуемо. Многие ПАВ оказывают различное действие в зависимости от величины употребленной дозы. Например, алкоголь в малых дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы вызывает возбуждение и гиперактивность, а в больших дозах оказывает седативное действие.

Острая интоксикация ПАВ – преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления ПАВ проявления интоксикации исчезают. Выздоровление после прекращения состояния острой интоксикации ПАВ является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

Медицинские услуги включают (табл. 6):

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике острой интоксикации ПАВ обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. При средней и тяжелой степени интоксикации, тенденции к ухудшению состояния пациента в динамике обязательной является консультация врача анестезиолога-реаниматолога. Остальные специалисты привлекаются при наличии показаний.
- Лабораторные методы исследования для уточнения основного диагноза и своевременной диагностики других заболеваний и состояний, которые могут серьезно влиять на состояние пациента. Для диагностики заболевания необходим минимальный набор лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований).
- Инструментальные методы исследования, среди которых обязательными являются ЭКГ и флюорография легких.

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики острой интоксикации ПАВ в стационарных и амбулаторных условиях (в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при острой интоксикации ПАВ)

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Химико-токсикологическое исследование содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин (CDT) Актуальный анализ проведение реакции Вассермана (RW) Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический Актуальный анализ мочи общий Актуальный анализ определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови

<p>Актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови</p> <p>Актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови</p>	
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<p>Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных</p> <p>Актуальное исследование флюорографии легких</p>	<p>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</p> <p>Эхоэнцефалография</p> <p>Электроэнцефалография</p> <p>Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях</p> <p>Рентгенография легких</p> <p>Описание и интерпретация рентгенографических изображений</p>

При поступлении пациента на лечение в стационарных или амбулаторных условиях результаты обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования могут быть предоставлены как непосредственно самим пациентом при госпитализации или его обследование проведено в медицинской организации.

Обязательные лабораторные и инструментальные методы исследования являются минимально необходимыми для установления клинического диагноза. Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

5. Клиническая диагностика острой интоксикации

5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя

Клиника острой алкогольной интоксикации может отличаться у разных субъектов и у одного субъекта в зависимости от многих факторов: динамика приема алкоголя (время, в течение которого было принято общее количество спиртного), индивидуальные характеристики субъекта (возраст, национальность, пол, психическое и физическое состояние), характеристика употребленного спиртосодержащего напитка (крепость, качество, сочетание различных алкогольных напитков), количество и качество принятой предварительно или во время употребления спиртосодержащего напитка пищи и безалкогольных напитков), температура окружающей среды. Важное значение имеет степень толерантности к алкоголю у лица, употребившего алкоголь.

При острой алкогольной интоксикации наблюдаются запах алкоголя изо рта, измененное поведение, а именно: расторможенность, отсутствие дистанции, агрессивность. Наблюдаются лабильность настроения, нарушение внимания. Имеет место дискоординация движений (шаткость походки, затруднения при сохранении равновесия в положении стоя, сложности при выполнении движений, требующих точности). Характерны смазанная речь, нистагм, снижение критики (например, пренебрежение опасностью с рискованными поступками). Могут наблюдаться покраснение или, напротив, бледность кожных покровов, инъекцированность склер.

Если после употребления спиртосодержащего напитка субъект не достиг определенной степени тяжести алкогольной интоксикации, может в какой-то степени себя контролировать и пытаться скрыть факт употребления спиртного, перечисленные признаки могут быть не заметны при осмотре.

Клинические проявления острой алкогольной интоксикации в зависимости от степени тяжести разделяют на три степени (легкую, среднюю, тяжелую).

Степень тяжести острой алкогольной интоксикации находится в прямой корреляции от содержания алкоголя в крови. При концентрации алкоголя в крови 0,1-0,5‰ признаки острой алкогольной интоксикации отсутствуют или незначительны. Легкая степень чаще регистрируется при концентрации алкоголя от 0,5 до 1,5‰; опьянение средней степени – 1,5-2,5‰; сильное опьянение – 2,5-3‰; тяжелая интоксикация (отравление) алкоголем – 3-5‰; смертельный исход вероятен, если концентрация алкоголя в крови достигает 5-6‰.

Легкая степень алкогольной интоксикации характеризуется повышенным настроением, усилением двигательной активности, ощущением психического и физического комфорта. Наблюдается легкое усиление парасимпатической активности в виде снижения ЧСС и АД, гиперемии кожных покровов. Внешние признаки опьянения обычно полностью контролируются и управляются усилием воли.

Средняя степень алкогольной интоксикации. Поведение лица в состоянии алкогольной интоксикации постепенно становится все более вызывающим, перестает контролироваться волевым усилием, наблюдаются раздражительность,

грубость, агрессивность, назойливость. Речевая продукция становится все более неадекватной и неконтролируемой. Утрачивается контроль за мотивационной сферой, совершаются неадекватные ситуации поступки. Наблюдается заострение скрытых в трезвом состоянии индивидуальных черт характера. Движения становятся размашистыми, плохо скоординированными, походка – шаткой, неуверенной. Характерна активизация симпатического отдела нервной системы в виде учащения пульса, частоты дыхательных движений, повышения артериального давления. Сухожильные рефлексы обычно снижены, появляются нистагмические движения глазных яблок.

Тяжелая степень алкогольной интоксикации. Двигательная активность ограничена, опьяневшие с трудом стоят на ногах, часто падают. Нарастает физическая слабость. Речь малоразборчива, произносят обрывки слов и фраз, что-то монотонно бормочут, мимика бедна. Продуктивный речевой контакт затруднен или невозможен. Ориентировка в месте и времени часто утрачивается. Сознание нарушено до степени комы (**F10.05x**). Могут наблюдаться рвота, икота, непроизвольное мочеиспускание. Кожа бледная, холодная, влажная. Тоны сердца глухие, наблюдается сердцебиение, пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление снижается. Дыхание поверхностное, учащенное, может стать патологическим. Выявляются неврологические симптомы: понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют.

Осложненные формы алкогольной интоксикации. Помимо соматических осложнений (**F10.02x**) и судорожных расстройств (**F10.06x**), могут наблюдаться и психопатологические осложнения: делирий (**F10.03x**) (у лиц с сопутствующей соматической патологией – о. панкреатит и пр.); патологическое опьянение (**F10.07x**).

Патологическое опьянение представляет собой острый психоз, возникающий после употребления небольших доз алкоголя, и характеризуется сумеречным помрачением сознания с аффектом витального страха, психомоторным возбуждением, постпсихотическим сном и амнезией периода психоза.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.
- Соматогенный психоз.

5.2. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Легкая степень опийной интоксикации клинически может не проявляться.

При средней степени интоксикации наблюдаются заторможенность, малоподвижность, благодушие. Речь тихая, ответы следуют после пауз. Характерны соматовегетативные и неврологические нарушения: сужение зрачка, вплоть до «точечного», бледность и характерный зуд кожных покровов, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления, гипотермия, уменьшение частоты

сердечных сокращений, снижение защитных и сухожильных рефлексов, повышенная устойчивость к болевым раздражителям.

При тяжелой степени опийной интоксикации быстро нарастает угнетение сознания: оглушенность сменяется сопором, поверхностной, а затем глубокой комой. Наблюдается резкое сужение зрачков («точечные зрачки»), цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, патологическое дыхание по типу Чейна – Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.

5.3. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов

Характерны различные аффективные нарушения от эйфории до депрессии или дисфории, а также расстройства сознания от легкой растерянности до полной дезориентировки. Аффект неустойчив, характерна смена полярных состояний. Характерны возбуждение, дурашливое поведение, сопровождающееся неудержимым смехом. Нередко возникает сексуальное возбуждение.

Отмечаются разнообразные расстройства восприятия: цвет окружающих предметов может становиться более насыщенным; звуки могут приобретать особый тембр и окраску. Характерны явления дереализации и деперсонализации: окружающая обстановка воспринимается необычной и чуждой, окружающие предметы и собственное тело меняют размеры и форму. Также наблюдаются иллюзии, псевдо- или истинные галлюцинации.

Мышление нелогичное, непоследовательное, бессвязное. Темп мышления ускорен, реже замедлен, иногда «мысли застывают». Нарушено восприятие времени: оно то ускоряется, то замедляется. Осмысление происходящего нарушено.

Типичен характерный резкий запах конопли, исходящий от субъекта.

При легкой степени интоксикации отмечают гиперемия лица и склер. При нарастании степени тяжести интоксикации кожные покровы становятся бледными, холодными, наблюдаются сухость во рту, повышенный блеск глаз, мидриаз, тахипноэ, артериальная гипертензия, тахикардия. При неврологическом обследовании отмечают нарушения координации, тремор, нистагм. К концу опьянения появляется резко повышенный аппетит.

При тяжелой интоксикации или повышенной индивидуальной чувствительности к каннабиноидам наблюдается потеря кожной чувствительности, парестезии. Могут развиваться психотические формы опьянения с преобладанием делириозной, онейроидной или параноидной симптоматики.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Эндогенные психозы.

5.4. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств

Характерны нарастающие заторможенность, сонливость, дискоординация движений, эмоциональная лабильность, склонность к «недержанию аффектов».

В начальной стадии легкой степени привычной интоксикации повышается настроение, при этом веселье, чувство симпатии к собеседнику могут легко переходить в гнев, агрессию по отношению к окружающим. Повышается двигательная активность с беспорядочными и некоординированными движениями, усиливаются сексуальное влечение и аппетит.

При средней степени острой интоксикации на фоне нарастающей сонливости и последующего глубокого сна развиваются разнообразные соматические и неврологические расстройства интоксикационного генеза: гиперсаливация, гиперемия склер, сальность кожных покровов, брадикардия, гипотония, расширение зрачков с вялой реакцией на свет, нистагм, диплопия, дизартрия, снижение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, атаксия, непроизвольные дефекация и мочеиспускание.

При тяжелой степени интоксикации нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому, резко снижается артериальное давление, пульс частый и поверхностный, дыхание частое и поверхностное. По мере углубления коматозного состояния дыхание становится редким, еще более поверхностным, приобретает периодичность по типу дыхания Чейна – Стокса, кожные покровы резко бледнеют, температура тела падает, исчезает рефлекторная активность.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.

5.5. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

Острая интоксикация легкой и средней степени проявляется гипоманиакальными расстройствами с подъемом настроения и повышением двигательной активности. Субъективно ощущаются повышение творческих способностей, появление небывалой сообразительности, особой глубины собственных мыслей, улучшение самочувствия, чувство легкости во всем теле, ощущение вседозволенности. Усиливается сексуальное влечение. В соматической сфере отмечаются учащение сердцебиения, повышение артериального давления, кожные покровы бледные, наблюдается характерный блеск глаз, расширение зрачков.

При тяжелой степени интоксикации развивается острый параноидный психоз с типичными для него тактильными галлюцинациями: опьяневшие ощущают ползающих по телу насекомых, пытаются их ловить и давить, расчесывают кожу. Одновременно отмечаются необъяснимые странности поведения, например склонность складывать в кучи различные вещи. При нарастании степени интоксикации повышается артериальное давление, усиливается тахикардия, развиваются нарушения сердечного ритма в виде тахиаритмий, мерцания пред-

сердий, фибрилляции желудочков. Возможны спазмы сосудов, транзиторные ишемические атаки, судорожные припадки.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Травмы головы.
- Эпилепсия.
- Эндогенные психозы.

5.6. Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин

Острая интоксикация стимуляторами легкой и средней степени характеризуется приподнятым настроением с оттенком эйфории или, наоборот, чувством повышенной бодрости или «взвинченности», повышением самооценки, улучшением способности к запоминанию, повышенной общительностью и двигательным возбуждением, усилением интереса к окружающему при одновременной неустойчивости внимания и повышенной отвлекаемости. Возможна быстрая смена эмоциональных переживаний с появлением раздражительности, настороженности, конфликтности, агрессивности. Возникает ощущение ускоренного течения времени. Обостряется слуховое и зрительное восприятие.

В зависимости от вида употребленного стимулятора развивающиеся в состоянии острой интоксикации психические расстройства имеют особенности. Для острой интоксикации кустарно приготовленным эфедром специфично возникновение чувства легкости в теле и ощущение потери собственного веса. Для острой интоксикации кустарно приготовленным первитином характерны сужение сознания, лабильность аффекта, кратковременность периода эйфории, которая уже на начальных этапах интоксикации сменяется подозрительностью, тревогой, несистематизированными бредовыми идеями преследования, бредоподобными расстройствами с ощущением способности предугадывать события, читать мысли и управлять людьми на расстоянии.

В соматоневрологической сфере в состоянии острой интоксикации стимуляторами наблюдаются бледность кожных покровов, сухость слизистых, тахикардия, повышение артериального давления, расширение зрачков с ослабленной реакцией на свет, мышечный тремор, стереотипные движения губ и языка, повышение сексуального влечения при одновременном подавлении аппетита и снижении потребности во сне.

При тяжелой степени интоксикации стимуляторами развиваются острые психозы различной структуры: параноидной, делириозной, онейроидной, маниакальной, маниакально-бредовой. Реже наблюдаются острый вербальный галлюциноз и бред ревности. В соматоневрологической сфере нарастает тахикардия, отмечаются повышение артериального давления, нарушения ритма сердца. Одновременно появляются тошнота, рвота, головная боль, возможны судорожные припадки.

Острая кофеиновая интоксикация проявляется гипоманиакальными расстройствами с подъемом настроения, повышением яркости восприятия, образным и ускоренным мышлением, повышенной речевой активностью, общительностью и сексуальностью. При тяжелой интоксикации возможно развитие делирия, сумеречных состояний сознания, острого галлюциноза.

Соматоневрологические нарушения появляются только при тяжелой степени интоксикации и представлены головокружением, тахикардией, экстрасистолией, небольшим повышением артериального давления, увеличением диуреза, головными болями. При осмотре наблюдается тремор пальцев рук, оживление сухожильных рефлексов, повышение болевой чувствительности.

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.

- Травмы головы.
- Эпилепсия.
- Эндогенные психозы.

5.7. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

Известно множество природных и синтетических веществ, способных изменять психическое состояние человека, вызывая помрачение сознания, галлюцинации и бред. Самыми известными являются наркотические средства: псилоцибин, мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), 5-метокси-3,4-метилен-диоксиамфетамин (МДМА), фенциклидин (РСР). К данной группе также относятся медикаментозные средства с холинолитическим действием, например тригексифенидил (циклодол, паркопан), дифенгидрамин (димедрол), тропикамид. К этой же группе относится средство для внутривенного наркоза NMDA-антагонист кетамин (калিপсол).

Острая интоксикация галлюциногенами характеризуется развитием психоза онейроидной или делириозной структуры с нарушением восприятия времени и схемы тела, частой сменой противоположных аффектов от эйфории до дисфории с тревогой и подозрительностью, ярко окрашенными зрительными галлюцинациями при одновременной нечеткости и расплывчатости восприятия окружающего. Наблюдаются истинные элементарные и сценopodobные зрительные галлюцинации, могут быть и псевдогаллюцинации. Слуховые галлюцинации наблюдаются реже, вкусовые, тактильные и обонятельные иллюзии и галлюцинации – в единичных случаях.

Особенностью острой интоксикации ЛСД и другими психодизлептиками является развитие в психической сфере метаморфозий, дереализационных и деперсонализационных расстройств, а в соматоневрологической сфере – тошноты, потливости, покраснения лица, чувства жара или холода, мидриаз, оживление сухожильных рефлексов.

При острой интоксикации веществами с холинолитическим действием наблюдаются головные боли, атаксия, тремор, чувство онемения конечностей, парестезии, тахикардия, артериальная гипертензия, сухость во рту.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Эндогенные психозы.

5.8. Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина

Наблюдается крайне редко и чаще связана с употреблением табака в виде отвара, настоя или настойки. При легкой и средней степени интоксикации наблюдаются только соматоневрологические расстройства: обильное слюноотделение, тошнота, тахикардия, головокружение, шум в ушах, слабость, холодный пот, спазмы гортани, пищевода, желудка. При нарастании интоксикации могут развиваться рвота, в том числе многократная, диарея, расстройства зрения и слуха, брадикардия, нарушения ритма сердца, остановка сердца в диастоле. Психические нарушения в форме бредового расстройства, судорожных припадков и коматозного состояния наблюдаются только при тяжелой интоксикации.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Пищевые токсикоинфекции и интоксикации.
- Соматогенные психозы.
- Эпилепсия.

5.9. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей

Характеризуется развитием острого галлюциноза, делирия или онейроида. На начальных стадиях развития психоза наблюдается состояние оглушения, затем развиваются зрительные и слуховые галлюцинации с критическим отношением к ним. По мере углубления степени интоксикации галлюцинации становятся более яркими, приобретают сценopodobный характер, критика к ним утрачивается. Аффект чрезвычайно лабилен и легко меняется от эйфории до чувства тревоги и страха с агрессивным защитным поведением.

В соматоневрологической сфере наблюдаются бледность кожных покровов, тахикардия, сухость слизистых, тошнота, рвота, шаткость походки, нарушение координации движений, смазанная речь, нистагм, мышечная слабость, нечеткость зрения или диплопия.

В тяжелых случаях наблюдается угнетение сознания, доходящее до степени комы.

Через 10-30 минут после прекращения действия летучего растворителя сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются, быстро восстанавливается критика к пережитому.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Пищевые токсикоинфекции и интоксикации.

- Соматогенные психозы.
- Эндогенные психозы.

5.10. Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ

Клиника острой интоксикации несколькими ПАВ зависит от преобладающего ПАВ. Поскольку фармакокинетика и фармакодинамика различных ПАВ отличаются, может наблюдаться этапность в развитии симптомов острой интоксикации. Например, при одновременном приеме кокаина и метадона вначале преобладают эффекты кокаина, а затем метадона.

6. Терапия острой интоксикации

Состояние острой интоксикации легкой степени тяжести специфической терапии не требует. Пациенты в таком состоянии нуждаются только в медицинском наблюдении для контроля за динамикой состояния и принятия медицинских мер в случае его ухудшения.

Состояние острой интоксикации средней и тяжелой степени тяжести требует оказания медицинских услуг для лечения и контроля за состоянием пациента (далее – услуги) в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи.

Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся по показаниям в соответствии с состоянием пациента (табл. 7).

Таблица 7. Медицинские услуги для лечения острой интоксикации ПАВ, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра



	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
обязательно	по показаниям
Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический Актуальный анализ исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин (CDT) Актуальный анализ мочи общий Проведение химико-токсикологического исследования на содержание в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ	Общий (клинический) анализ крови развернутый
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Актуальный общий клинический анализ крови Актуальный анализ мочи общий	
3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных Регистрация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография легких Флюорография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
обязательно	по показаниям
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	

	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) Ксеноновый наркоз
--	---

Задачи терапии острой интоксикации ПАВ:

- 1 – поддержание жизненно важных функций организма;
- 2 – детоксикация;
- 3 – фармакотерапия психических, поведенческих и соматоневрологических расстройств острой интоксикации и ее последствий.

Тактика терапии: проведение комплексного лечения, направленного на поддержание жизнедеятельности пациента и возможно быстрое выведение из организма пациента токсических агентов.

Критерий эффективности лечения:

- ликвидация психических, поведенческих и соматоневрологических расстройств острой интоксикации и ее последствий,
- стабилизация психофизического состояния пациента на оптимальном уровне функционирования.

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- 1) фиксация больного в функциональной кровати (по показаниям),
- 2) купирование психомоторного возбуждения, судорожного припадка (по показаниям),
- 3) мониторинг жизненно важных показателей, катетеризация вены, мочевого пузыря, желудка, начало инфузионной терапии, проведение экспресс-диагностики содержания ПАВ в биологических средах (моча, слюна), интубация трахеи (по показаниям);
- 4) проведение сердечно-легочной реанимации (по показаниям);
- 5) детоксикационные мероприятия:
 - 5а – промывание желудка, введение энтеросорбентов (по показаниям),
 - 5б – введение специфических антидотов (по показаниям),
 - 5в – проведение экстракорпоральной детоксикации (по показаниям);
- 6) продолжение инфузионной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств кислотно-основного состояния;
- 7) проведение метаболической терапии и симптоматического лечения ноотропными, кардиотропными, гепатотропными средствами.

6.1. Поддержание жизненно важных функций организма

Проводится по показаниям симптоматическая терапия угрожающих жизни пациента состояний кардиотропными средствами, антигипертензивными средствами, противоаритмическими средствами, инфузионная терапия, ИВЛ.

6.2. Детоксикационные мероприятия

Поскольку патогенез острой интоксикации ПАВ связан с экзогенной интоксикацией ПАВ, которая изменяет обменные процессы в организме, основной ак-

цент в проводимых лечебных мероприятиях направлен на проведение детоксикационных мероприятий.

При наличии достоверных сведений или даже при подозрении о приеме ПАВ внутрь принимаются меры к предотвращению его дальнейшего всасывания в желудочно-кишечном тракте. С этой целью проводится промывание желудка и вводятся энтеросорбенты. При наличии угнетенного сознания и недоступности пациента контакту промывание желудка проводится после интубации трахеи.

При достоверных сведениях, что с момента последнего приема ПАВ прошло более 10 часов, промывание желудка и введение энтеросорбентов не проводятся. Наиболее эффективен энтеросорбент кремния диоксид коллоидный, который назначается по 3 г в виде суспензии. Также с целью энтеросорбции могут применяться повидон по 5 г, а также полиметилсилоксана полигидрат по 45 г. Перед применением препараты смешиваются со 100 мл холодной кипяченой воды до получения раствора (повидон, полиметилсилоксана полигидрат) или суспензии (кремния диоксид коллоидный).

При острой интоксикации, вызванной употреблением опиоидов, пациенту вводится специфический антагонист опиоидных рецепторов налоксон, который быстро прерывает действие опиоида. Налоксон вводится внутривенно в течение 15 секунд в разведении 5 мл раствора хлорида натрия 0,9%. Начальная доза налоксона – 0,4 мг, при отсутствии эффекта (восстановление сознания и самостоятельного дыхания) в течение 2-3 минут повторяют введение налоксона в дозе 0,4 мг, максимально допустимая суммарная доза введенного налоксона – 10 мг. Если самостоятельное дыхание после введения 10 мг налоксона не восстанавливается, диагноз острой интоксикации опиоидами необходимо пересмотреть.

При острой интоксикации бензодиазепинами вводится специфический антагонист бензодиазепиновых рецепторов флумазенил. Он вводится внутривенно в течение 15 секунд в дозе 0,3 мг, разведенной в 7 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия; при отсутствии эффекта (восстановление сознания и спонтанного дыхания) указанную дозу вводят повторно каждые 60 секунд. Максимальная суммарная доза введенного флумазенила не должна превышать 2 мг. При отсутствии указанного выше эффекта от введенного флумазенила диагноз острой интоксикации бензодиазепинами должен быть пересмотрен.

В отношении других ПАВ специфические антагонисты отсутствуют, поэтому с целью детоксикации применяют меры, направленные на стимуляцию естественных путей выведения ПАВ, прежде всего диуреза. Для этого пациенту вводят электролитный инфузионный раствор (например, ацесоль, стерофундин или плазмалит) со скоростью не более 500 мл/ч в объеме 3-4 л в сутки. Введение больших объемов жидкости требует применения сбалансированных по составу растворов, близких по электролитному составу к плазме крови и содержащих буферные добавки для поддержания кислотно-щелочного равновесия. Инфузионная терапия проводится под контролем центрального венозного давления и диуреза, для стимулирования которого в случае задержки жидкости в организме вводится 20 мг фуросемида внутривенно в разведении 10 мл раствора хлорида натрия 0,9% в течение 1 минуты. При недостаточном диурезе, т. е. его несоответствии объему

вводимой жидкости, введение фуросемида повторяют каждые 2 часа.

При тяжелой степени острой интоксикации и/или при наличии явлений сердечной или почечной недостаточности применяют экстракорпоральные методы детоксикации – гемодиализ или гемофильтрацию. Эти методы эффективны при лечении острой интоксикации водорастворимыми ПАВ, к которым относятся алкоголь, снотворно-седативные средства, стимуляторы. При лечении острой интоксикации липофильными ПАВ, к которым относятся каннабиноиды, некоторые галлюциногены, никотин и тяжелые фракции летучих растворителей, применяется гемосорбция и/или плазмаферез.

6.3. Фармакотерапия психических и соматоневрологических нарушений при острой интоксикации ПАВ

При угнетении сознания назначаются стимулирующие средства: кофеин бензоат натрия 20% раствор не более 5 мл подкожно, никетамид 25% раствор не более 5 мл внутривенно или подкожно. При острой алкогольной интоксикации эффективен метадоксин. Препарат ускоряет процесс выведения этанола и ацетальдегида из организма, активирует холинергическую и ГАМК-ергическую нейротрансмиттерные системы, улучшает функции мышления и короткой памяти, препятствует возникновению двигательного возбуждения, которое вызывается этанолом.

Витамины группы В, метаболические препараты (мегломина натрия сукцинат этилметилгидроксипиридина сукцинат, тиоктовая кислота, орнитин, адеметионин и др.) назначают для улучшения обменных процессов и, соответственно, ускорения метаболизма ПАВ, вызвавшего интоксикацию. Ноотропные средства (пирацетам, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, гопантевая кислота) назначаются для повышения устойчивости нейронов в условиях нарушенного энергетического обмена. Способ применения и дозы приведены в табл. 8.

При развитии психотических состояний с двигательным возбуждением и при судорожном припадке назначается диазепам 0,5% раствор внутривенно в разведении 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 15 секунд. Разовая доза не должна превышать 30 мг, суточная – не более 60 мг. Также может применяться бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,1% 1–4 мл в/в, в/в капельно до 8 мг в сутки или лоразепам 2–4 мг в/в, в/в капельно до 10 мг в сутки.

Также проводится симптоматическая терапия соматических осложнений острой интоксикации.

Таблица 8. Средства для лечения острой интоксикации ПАВ

1. Острая интоксикация алкоголем, барбитуратами или неуточненным веществом седативного действия средней и тяжелой степени	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Восстановление проходимости дыхательных путей, кислородотерапия, при угнетенном внешнем дыхании – ИВЛ 2. Промывание желудка 3. Кремния диоксид коллоидный 3 г внутрь в разведении водой 4. Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг 5. Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200-400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту 6. Кофеин бензоат натрия 20% раствор подкожно, не более 5 мл, никетамид 25% раствор внутривенно или подкожно, не более 5 мл 7. Витаминотерапия: тиамин 6% 4 мл в/м, пиридоксин 5% 4 мл в/м 8. Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно, никотиноил гамма-аминомасляная кислота 10% 2-4 мл в/в медленно или капельно 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемосорбция или плазмаферез • Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе) • Раствор магния сульфата 25% • Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно • Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м • Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в • Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м • Метадоксин 900 мг в/в медленно или капельно • Этилметилгидроксипиридина сукцинат в/в, 50-300 мг/сут • Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно • Адemetионин 400-800 мг в/в капельно • Орнитин до 20 г в сутки в/в капельно • Симптоматическое лечение соматических осложнений
---	--

2. Острая интоксикация бензодиазепинами средней и тяжелой степени

<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Восстановление проходимости дыхательных путей, кислород, при угнетенном внешнем дыхании – ИВЛ 2. Введение раствора флумазенила 0,3-0,6 мг в/в, в/в капельно 3. Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг 4. Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200-400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту 5. Витаминотерапия: тиамин 6% 4 мл в/м, пиридоксин 5% 4 мл в/м 6. Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно 	<ul style="list-style-type: none"> • Промывание желудка • Кремния диоксид коллоидный 3 г внутрь в разведении водой • Гемосорбция или плазмаферез • Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (для лечения гипокалиемии, только при адекватном диурезе) • Раствор магния сульфата 25% • Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно • Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м • Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в • Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м • Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно
	<ul style="list-style-type: none"> • Адemetионин 400-800 мг в/в капельно • Симптоматическое лечение соматических осложнений

3. Острая интоксикация опиоидами средней и тяжелой степени

<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	

<p>1. Восстановление проходимости дыхательных путей, кислород, при угнетенном внешнем дыхании – ИВЛ</p> <p>2. Введение раствора налоксона 0,4-0,8 мг в/в, в/в капельно</p> <p>3. Растворы электролитов в объеме 20-30 мл/кг</p> <p>4. Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200-400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту</p> <p>5. Ноотропные препараты: пирацетам 20% 20-60 мл в/в медленно или капельно</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Гемосорбция или плазмаферез • Раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе) • Раствор магния сульфата 25% • Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно • Тиамин 6% 4 мл в/м • Пиридоксин 5% 4 мл в/м • Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м • Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в • Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м • Симптоматическое лечение соматических осложнений
<p>4. Острая интоксикация стимуляторами, галлюциногенами, каннабиноидами, никотином, холинолитиками и другими стимуляторами средней и тяжелой степени</p>	
<p><i>обязательно</i></p>	<p><i>по показаниям</i></p>
<p><i>Только в условиях стационарного отделения</i></p>	
<p>1. В случае психомоторного возбуждения, выраженных поведенческих расстройств, опасности со стороны пациента для окружающих и него самого – фиксация к кровати</p> <p>2. Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, судорожных припадков: диазепам 0,5% 2-6 мл, до 60 мг в сутки или бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,1% 1-4 мл в/в, в/в капельно, до 8 мг в сутки или лоразепам 2-4 мг в/в, в/в капельно до 10 мг в сутки</p> <p>3. Растворы электролитов в объеме 10-20 мл/кг</p> <p>4. Раствор сульфата магния 25% раствор 10 мл 2 раза в сутки</p> <p>5. Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 200-400 мл раствора внутривенно капельно со скоростью 4-5 мл в минуту</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Гемосорбция или плазмаферез • Галоперидол 5-10 мг в/в или в/м • Гидроксизин 25-100 мг в/м • Раствор калия хлорида 1% 100–150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе) • Раствор коллоидов (гидроксиэтилкрахмал, декстран) 200-400 мл в/в капельно • Тиамин 6% 4 мл в/м • Пиридоксин 5% 4 мл в/м • Никотиновая кислота 1% 2 мл в/м • Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в • Цианокобаламин 0,01% 2 мл в/м • Тиоктовая кислота 300-600 мг в/в медленно или капельно • Адеметионин 400-800 мг в/в капельно • Симптоматическое лечение соматических осложнений

7. Психотерапия

Возможности психотерапевтического воздействия на пациента, находящегося в состоянии острой интоксикации, ограничены и направлены на его удержание и участие в лечебных мероприятиях, а также на его мотивирование к дальнейшему лечению по показаниям или к участию в профилактических мероприятиях.

Тактика терапии: проведение психотерапевтических вмешательств в комплексе с иными методами лечения острой интоксикации ПАВ.

Все процедуры в рамках психотерапевтического воздействия отражаются в истории болезни и/или в амбулаторной карте.

Критерием эффективности психотерапии является удержание пациента в лечебной программе и его согласие на продолжение лечения по показаниям.

8. Прогноз

Зависит от интенсивности и объема мероприятий по оказанию медицинской помощи. При своевременной и в полном соответствии со Стандартами медицинской помощи прогноз в целом благоприятный.

**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению синдрома
зависимости**

Содержание

Коллектив авторов	39
Профильная группа экспертов	40
1. Методология	41
2. Определение и принципы диагностики	45
3. Этиология и патогенез синдрома зависимости	48
4. Диагностика заболевания	51
5. Клиническая диагностика синдрома зависимости	54
5.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя	54
5.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов	58
5.3. Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов	61
5.4. Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств	63
5.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина	65
5.6. Синдром зависимости, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин	67
5.7. Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов	68
5.8. Синдром зависимости, вызванный употреблением табака	70
5.9. Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей	72
5.10. Синдром зависимости, вызванный сочетанным употреблением ПАВ	74
6. Терапия синдрома зависимости	75
6.1. Организационные вопросы	75
6.2. Общий алгоритм лечебных мероприятий	76
6.3. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением	76
7. Медикаментозное лечение	79
7.1. Специфические препараты	79
7.2. Психотропные препараты	83
7.3. Препараты для купирования соматоневрологических последствий употребления ПАВ	92
7.4. Некоторые особенности терапии психических расстройств, коморбидных синдрому зависимости	97
7.5. Осложнения и побочные эффекты терапии	104
8. Физиотерапевтические методы лечения	108
9. Психотерапия	109
10. Школа для пациентов с синдромом зависимости	123
11. Прогноз	124

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр.РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупницкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

***Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)***

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10. Диагноз устанавливается врачом психиатром-наркологом.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.2	Синдром зависимости от алкоголя
F11.2	Синдром зависимости от опиоидов
F12.2	Синдром зависимости от каннабиоидов
F13.2	Синдром зависимости от седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.2	Синдром зависимости от кокаина
F15.2	Синдром зависимости от других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)
F16.2	Синдром зависимости от галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.2	Синдром зависимости от никотина
F18.2	Синдром зависимости от летучих растворителей (F18.-Т; F18.-Н)
F19.2	Синдром зависимости, связанный с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. Акцент сделан на тех диагностических вопросах, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом ПАВ делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного ПАВ диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема ПАВ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Список 1, 2, 3)» (Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 г. № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»). То есть в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (табл. 3, 4).

Таблица 4. Диагностика синдрома зависимости: F 1x.2 третья цифра (четвертый знак) «2»

1	Определение	Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (<i>определение по МКБ-10</i>). Зависимость от ПАВ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды (<i>цит. по акад. Анохиной И. П.</i>)
2	Диагностические критерии	Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех нижеперечисленных симптомов и более в течение некоторого времени за предыдущий год: 1. Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ 2. Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества 3. Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4), характерный для данного вещества 4. Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены 5. Признаки толерантности, такие как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающей предел переносимости 6. Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества 7. Продолжение приема вещества, несмотря на негативные последствия



3	Уточнения	<p>Характер синдрома зависимости в настоящее время уточняется пятым знаком: F1x20... в настоящее время воздержание F1x21... в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма, иное) F1x22... в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии F1x23... в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение или блокирующими лекарствами F1x24... в настоящее время употребление ПАВ.. постоянное употребление F1x25.. эпизодическое употребление Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком: F1x2x1... начальная (первая) стадия F1x2x2... средняя (вторая) стадия F1x2x3... конечная (третья) стадия F1x2x9... стадия не известна</p>
4	Пример диагноза	<p>F10.252. Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия F10.232. Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Под клиническим наблюдением, но на лечении сенсibilизирующими препаратами. Стадии наркомании также выставляются в диагнозе F11.242. Синдром зависимости от опиоидов. Активная зависимость. (Больной употребил наркотик (<i>указание вида ПАВ</i>) в день поступления). Средняя стадия F10.242; F11.202. Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Активная зависимость. В настоящее время воздержание от опиоидов без поддерживающей терапии, блокирующих лекарств. Средняя стадия. (Больной алкоголизмом в настоящее время полностью воздерживается от употребления опиоидов [Ремиссия]) F11.252 «Т». – Синдром зависимости от опиоидов. Постоянная форма. Средняя стадия. Токсикомания. (<i>Указание употребляемого ПАВ</i>) F15.262. F16.1 «Т». Синдром зависимости от психостимуляторов. Периодическая форма. Средняя стадия. Неоднократное употребление галлюциногенов с вредными последствиями. Токсикомания (<i>указание употребляемого ПАВ</i>)</p>

3. Этиология и патогенез синдрома зависимости

В настоящее время установлено, что ПАВ проявляют свое действие в трех основных направлениях:

1 – влияя на определенные системы и структуры мозга, вызывают патологическую зависимость;

2 – обладают токсическим действием, т. е. способны поражать все органы и системы организма;

3 – зависимость родителей влияет на формирование зависимости у потомства и на развитие у них поведенческих расстройств типа агрессивности, аффективной патологии, девиантных форм поведения, а также снижает адаптационные возможности детей.

Как видно из определения синдрома зависимости, в ее формировании значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определенной мере является условным, так как и генетические, и личностные, и семейные факторы являются также биологическими) (табл. 5).

Таблица 5. Этиология и патогенез синдрома зависимости

Факторы	Описание
Биологические факторы	Влияние алкоголя, наркотиков, других ПАВ на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. В патогенезе синдрома зависимости участвуют: 1 – дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга 2 – эндогенная опиоидная система 3 – ГАМК-ергическая система 4 – NMDA-рецепторы и глутамат 5 – холинергические и никотиновые рецепторы
Генетические факторы	<i>1 – Основные клинические маркеры предрасположенности к алкогольной зависимости</i> ² -наличие в роду не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат и сестра) с достоверно установленным диагнозом алкоголизма -раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака -синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве -эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям -трудный пубертатный период с преобладанием черт психического инфантилизма -синдром дефицита внимания с гиперактивностью -постоянный поиск новизны ощущений

² Клинические маркеры предрасположенности указаны для зависимости от алкоголя, так как они изучены на обширном клиническом материале. К сожалению, до настоящего времени по другим видам зависимости столь же обширного материала пока нет.



	<p>2 – <i>Основные биологические маркеры:</i> -уменьшенная амплитуда или отсутствие P300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале -избыточная бета-активность на ЭЭГ -низкая концентрация в моче и крови дофамина</p> <p>3 – <i>Основные генотипические маркеры:</i> - индивидуальный генотипический профиль по трем генам DRD2, DRD4, COMT – коэффициент генетического риска более 10%</p>
Личностные (индивидуальные) факторы	<p>Выделяют следующие группы риска:</p> <p>1 – наличие диссоциативного и эмоционально-неустойчивого расстройств личности (психопатические личности с возбудимыми и неустойчивыми чертами характера)</p> <p>2 – наличие зависимого или тревожного (уклоняющегося) расстройства личности (астеническая психопатия с преобладанием повышенной истощаемости или ипохондрических расстройств)</p> <p>3 – лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома (F07.0; F1x.7)</p> <p>4 – сниженная устойчивость к стрессам</p> <p>5 – эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность</p> <p>6 – сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде</p> <p>7 – органические поражения головного мозга: нейроинфекции, интоксикационные поражения, черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, ночной энурез</p> <p>8 – безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться</p>
Семейные факторы	<p>К семейным факторам, способствующим формированию синдрома зависимости, относятся:</p> <p>-наличие психических расстройств, в том числе и алкоголизма, у родителей и родственников</p> <p>-воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и пр.</p> <p>-неправильное обращение с ребенком (тяжелые стрессы детского, в том числе младенческого, возраста, насилие над детьми и отсутствие заботы о них, материнская и семейная депривация)</p> <p>-дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье</p>

	<p>-безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей. На формирование синдрома зависимости может оказать влияние отсутствие эмоционального и духовного контакта ребенка с родителями, совместного с ними отдыха и деятельности детей, особенно подростков и родителей</p> <p>-криминальная и антисоциальная направленность членов семьи</p>
Средовые факторы	<p>Причины, влияющие на употребление ПАВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -мода на употребление ПАВ -безразличие или одобрение потребления наркотиков семьей и сверстниками -принуждение к употреблению ПАВ -преобладание авторитета сверстников, а не родителей -высокая потребность в общении с группой себе подобных: развлечения и включенность подростка в увеселительные компании

4. Диагностика заболевания

Диагноз наркологического заболевания устанавливается врачом психиатром-наркологом путем сбора анамнеза (история жизни и болезни), проведения психопатологического обследования, других врачебных диагностических манипуляций (измерение артериального давления (АД), пульса, частоты дыхания и т. д.), клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Медицинские услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и медицинские услуги, которые проводятся больному по медицинским показаниям (табл. 6).

Медицинские услуги включают:

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике синдрома зависимости обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. Остальные специалисты, в том числе психотерапевты и психологи, привлекаются, если имеются соответствующие показания.
- Лабораторные методы исследования. При диагностике заболевания врач должен располагать необходимым минимумом данных лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований). В Стандартах первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи данные медицинские услуги не отнесены к обязательным исключительно исходя из возможных различий в оснащении специализированных медицинских учреждений.
- Инструментальные методы исследования. При диагностике заболевания врач учитывает результаты ЭКГ и флюорографии легких, поэтому результаты этих исследований также должны быть актуальными.

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики синдрома зависимости в стационарных и амбулаторных условиях (в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ)

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра

	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
обязательно	по показаниям
<p>Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови</p> <p>Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин</p> <p>Актуальный анализ реакции Вассермана (RW)</p> <p>Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый</p> <p>Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический</p> <p>Актуальный анализ мочи общий</p> <p>Актуальный анализ Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови</p> <p>Актуальный анализ Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови</p> <p>Актуальный анализ Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови</p>	<p>Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ</p>
3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<p>Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных</p> <p>Актуальное исследование флюорографии легких</p>	<p>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</p> <p>Эхоэнцефалография</p> <p>Электрэнцефалография</p> <p>Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях</p> <p>Рентгенография легких</p> <p>Описание и интерпретация рентгенографических изображений</p>



Например, если пациент поступает на лечение в стационарное или амбулаторное отделение, ему обязательно должен быть проведен комплекс следующих медицинских услуг:

- прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога,
- реакция Вассермана (RW),
- общий (клинический) анализ крови,
- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- анализ мочи общий,
- ЭКГ,
- флюорография легких,
- определение антигена к вирусу гепатита В, антител к вирусному гепатиту С и к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови.

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.

Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

5. Клиническая диагностика синдрома зависимости

5.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

Вслед за привычным или эпизодическим потреблением алкоголя со временем наступает *систематическое злоупотребление алкоголем*, когда формируются основные симптомы алкоголизма (син.: зависимость от алкоголя, алкоголизм и хронический алкоголизм).

Алкогольные эксцессы учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительно или незначительно. Человеку трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для этого. В периоды вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека возникают расстройства настроения, появляется чувство дискомфорта («все не по себе»). Но человек уже знает, как себе помочь: очередной прием алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляются, как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев – ежедневно. Исчезает защитный рвотный рефлекс, происходит заметное повышение толерантности к алкоголю, т. е. дозы алкоголя, необходимой для достижения желаемого эйфорического эффекта. В результате увеличения дозы потребляемого алкоголя возникают преходящие интоксикационные расстройства – утомляемость, эмоциональная лабильность, ухудшение сна. Но на данном этапе еще сохраняется контроль за количеством потребляемого алкоголя. Согласно МКБ-10, данное состояние обозначается как «Пагубное (или неоднократное) употребление ПАВ с вредными последствиями». Оно не является сформированным синдромом зависимости от алкоголя, но содержит в себе его фрагменты.

Признаки начальной (первой) стадии.

1. Повышение толерантности – самый ранний и наиболее распространенный признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.

2. Формирование патологического влечения к алкоголю. Влечение к алкоголю может быть выражено то более, то менее отчетливо. Нередко оно имеет навязчивый характер, вступая в конфликт с позитивными социальными установками сохранной личности, либо побуждает поднять настроение, успокоиться, забыть о проблемах. Со временем потребление алкоголя превращается в преобладающий жизненный интерес. Влечение к нему облекается в психологически понятные и по-своему аргументированные суждения о необходимости и неизбежности приема спиртного. На этом этапе заболевания у больного еще не сложилась внутренняя картина болезни как страдания, в связи с чем он не видит причин отказываться от алкоголя и не хочет препятствовать своей тяге к алкоголю. Характерна утрата количественного и ситуационного контроля над потреблением алкоголя: после первой порции спиртного резко усиливается желание выпить еще (вторичное патологическое влечение), появляются своеобразная ненасытность, нетерпеливость в приеме очередной дозы, больной не следит за своим состоянием и неизменно доводит себя до тяжелого опьянения («жадность к алкоголю»). Возникающие наутро постинтоксикационные (похмельные) явления не сопровождаются влечени-



ем к алкоголю. Потеря меры и контроля за своим состоянием при употреблении алкоголя проявляется даже после многих лет воздержания от алкоголя, чем и обусловлена невозможность перейти к «умеренному» употреблению алкоголя после лечения и воздержания, а всякая попытка возобновить употребление спиртных напитков неминуемо ведет к рецидиву алкоголизма.

3. Изменение характера опьянения. Появляются запамывания событий, происходивших во время опьянения, особенно при употреблении максимальных для данного больного доз алкоголя. Опьянение уже в легкой, но особенно в средней степени может сопровождаться злобностью, агрессивностью, драчливостью.

Таким образом, для начальной стадии алкоголизма характерны: снижение работоспособности, особенно умственной, повышенная утомляемость, поверхностный сон, затрудненное засыпание, ранние пробуждения, эмоциональная лабильность, колебания АД, тягостные ощущения в области сердца, чувство тяжести в голове, ослабление памяти и внимания, исчезновение интереса к творческому труду, шаблонизация деятельности. Все чаще проявляются легкомыслие, снижение чувства долга, необязательность, пренебрежение своими обязанностями.

На развернутой (второй) стадии формируются основные симптомы заболевания.

К вышеуказанной симптоматике присоединяются:

1. Алкогольный абстинентный синдром (субъективно тягостное состояние разбитости, астении, чувство дискомфорта, дисфорические расстройства, головная боль, головокружение, потливость, тошнота, диспептические нарушения, тремор и другие в сочетании с сильным влечением к алкоголю); он развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления абстинентного синдрома потребность в приеме спиртного с целью облегчить свое состояние («опохмеление») возникает только после употребления больших доз алкоголя, в дальнейшем – после каждого алкогольного эксцесса. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей, развивается тревога, он не может найти себе места, могут возникать вспышки раздражительности и злости. Длительность абстинентного синдрома от 2 суток до 2 недель, в среднем 3-5 суток.

2. Толерантность к алкоголю (см. выше) превышает исходную в 5-6 раз.

3. Патологическое влечение к алкоголю утрачивает связь с психологически понятными мотивами (см. выше), при этом оно является дискретным, т. е. может наличествовать или отсутствовать, быть сильным или слабым, иметь разные клинические проявления, т. е. доминировать среди мотивов поведения или, наоборот, вызывать у больного внутреннее сопротивление. В периоды обострений влечения, особенно резких и интенсивных, т. е. аффективно насыщенных и отличающихся от фоновых, оно приобретает явную психопатологическую окраску, сближающую его с obsессивно-компульсивными, сверхценно-паранойальными, пароксизмальными и психопатоподобными расстройствами, в основе которых – аффективные нарушения. Для obsессивно-компульсивного варианта патологического влечения к алкоголю более всего характерно переживание его чуждости важнейшим интересам больного, что сопровождается внутренней борьбой и на-

пряженностью, попытками противостоять соблазну, обращениями за помощью. Сверхценно-паранойяльный вариант характеризуется стремлением больного обосновать свое «право» и неизбежность употребления спиртного, оспариванием очевидных свидетельств тяжелого вреда, причиняемого алкоголем его здоровью и судьбе, борьбой и конфликтами с лицами, добивающимися от него трезвости, сопротивлением лечению («воинствующий алкоголизм»). Пароксизмальный вариант влечения к алкоголю – это внезапный, без предвестников, на фоне предшествовавшего благополучия, необъяснимый для самого больного, т. е. по типу «короткого замыкания», рецидив интенсивного злоупотребления алкоголем; в таких случаях поступок больного как бы опережает принятие решения.

4. Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – проявления болезни, отражающие ее патогенетические механизмы и динамические особенности влечения к алкоголю.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Перерывы редки, кратковременны (не более 2-3 дней) и, как правило, обусловлены особыми обстоятельствами (к ним не относятся соматические заболевания) (например, тяжелой или сменной работой и т. д.).

Перемежающаяся форма – на фоне многодневного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления, что проявляется увеличением в 2-3 раза дозы потребляемого алкоголя. В конце такого «запоя» могут быть короткие (1-3 дня) перерывы в употреблении спиртного, связанные с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков, когда больной испытывает отвращение к ним, тошноту, возникают рвота, жидкий стул, отеки, перебои в работе сердца, слабость. Затем выраженность этих явлений уменьшается, и наступает период, когда больной пьет относительно умеренно, т. е. сохраняет способность обслуживать себя, контактировать с окружающими, совершать необходимые действия; в дальнейшем вновь следует «запой», подобный вышеописанному.

Запойная форма – регулярно повторяющиеся периоды ежедневного, на протяжении нескольких дней или недель, злоупотребления алкоголем, чередующиеся с периодами трезвости. Различаются истинные и ложные запои. Истинные запои возникают аутохтонно, в определенном для конкретного больного ритме, с разной длительностью – от 7-10 дней до нескольких недель – и заканчиваются спонтанно, при явлениях тяжелой интоксикации. Началу истинного запоя предшествуют продромальные явления в форме депрессивно-дисфорических нарушений, а периоды последующей трезвости (интермиссии) характеризуются полным отсутствием влечения к алкоголю, которое не возобновляется даже при эпизодах употребления спиртного и не сопровождается в этих случаях «опохмелением». Ложные запои отличаются тем, что их начало и прекращение внешне выглядят как результат жизненных обстоятельств (встречи, выходные дни, неприятности либо отсутствие денег, грозящие репрессии и т. п.). Лишь впоследствии при тщательном расспросе больной признает, что к началу очередного запоя он «созрел», у него накопилась «душевная усталость», когда любого повода достаточно для приема спиртного; иными словами, при псевдозапоях внешние обстоятельства

лишь маскируют периодически нарастающее или ослабевающее патологическое влечение к алкоголю, т. е. различия между истинными и ложными запоями не являются абсолютными.

5. Изменения личности (алкогольная деградация). Уже во второй стадии проявляются черты «нравственного огрубения» – притупление высших эмоций (чувства совести, долга, заботы, сострадания и т. п.) и усиление низших (эгоизм, раздражительность, любовь к наслаждениям, паразитические тенденции и пр.). Происходит заострение преморбидных черт характера. Становится заметным интеллектуально-мнестическое снижение: ухудшается внимание, снижается способность запоминать, приобретение новых знаний и навыков затруднительно. Появляются «палимпсесты» – выпадение из памяти («запамятование») определенных событий в период опьянения.

Конечная (третья) стадия. Наступает общее одряхление, аналогичное преждевременному старению, – ухудшение функций всех органов и систем, интеллектуальная беспомощность, достигающая степени алкогольного слабоумия, безразличие к судьбе, утрата родственных чувств, социальных связей, импульса к труду, санитарная запущенность, попрошайничество, паразитический образ жизни. Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного (снижение толерантности). Больной постоянно находится в опьянении, его «руинированная» личность не является препятствием тяге к алкоголю, которая, как правило, в 3-й стадии болезни ослабевает и теряет прежнюю активность. При этом абстинентная симптоматика смазана; если же происходит полное отнятие алкоголя, абстинентный синдром протекает очень тяжело и включает психопатологические нарушения – страх, идеи отношения, виновности, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, эпилептиформные припадки. Развиваются психозы, особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Тяжелая и разнообразная соматическая патология (цирроз печени, миокардиодистрофия, пневмосклероз и др.) служит причиной преждевременной смерти, но в то же время, при сочетании с характерным для 3-й стадии ослаблением влечения к алкоголю, может быть эгоцентрическим мотивом формирования длительной ремиссии.

Синдром отмены

Непосредственно в структуре синдрома зависимости облигатно присутствует абстинентный синдром, его сформированность является клиническим признаком II стадии. В динамике болезни синдром отмены утяжеляется и усложняется (см. выше – динамика по стадиям): присоединяются судорожные припадки, психозы (чаще всего – алкогольный делирий), обратимые психоорганические расстройства. Алкогольный абстинентный синдром возникает в пределах от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длится от 2 дней до 2 недель.

Динамика синдромов алкогольной зависимости представлена в табл. 7.

Постабстинентное состояние возникает после нивелирования алкогольного абстинентного синдрома, проявляется психопатологическими расстройствами: общей слабостью, недомоганием, сниженным настроением, депрессивными рас-

стройствами, порой устрашающими или тревожными сновидениями, влечением к алкоголю. Длительность постабстинентного состояния – 2-3 недели.

Таблица 7. Динамика симптомов и синдромов алкогольной зависимости

Симптомы и синдромы	Пагубное употребление с вредными последствиями	Алкоголизм		
		I стадия	II стадия	III стадия
1. Синдром измененной реактивности				
а) толерантность	растет	растет	растет, плато	снижается
б) защитный рвотный рефлекс на передозировку алкоголя	сохранен	исчезает	отсутствует	отсутствует
в) измененные формы алкогольного опьянения	отсутствуют	отсутствуют	появляются	наблюдаются
г) амнезии опьянения	наркотические	наркотические палимпсесты	палимпсесты, тотальные	тотальные
д) изменение характера употребления алкоголя	систематическое	постоянное на фоне высокой толерантности	постоянное псевдозапой перемежающееся	постоянное на фоне низкой толерантности
2. Абстинентный синдром (ААС)	отсутствует	отсутствует	есть	есть
3. Синдром патологического влечения	отсутствует	есть	есть	есть
4. Изменения личности	отсутствуют	отсутствуют	заострение преморбидных черт	алкогольная деградация

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ (особенно барбитуратов, бензодиазепинов).

5.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов

Заболевание формируется в сжатые сроки, стремительно. Зачастую бывает невозможно проследить переход с эпизодического употребления на систематический прием. Сроки формирования абстинентного синдрома также весьма короткие, соответственно, быстро формируется конечная стадия заболевания и присоединяются соматоневрологические осложнения.

Основными признаками *начальной (первой) стадии* зависимости от опиоидов являются:

1 – психическая зависимость. В начале болезни психическая зависимость



проявляется стремлением принимать опиоиды с целью испытать определенные желаемые ощущения – эйфорию, проявляющуюся состоянием психического комфорта, расслабленностью, замедлением идеаторных процессов. В отсутствие наркотика или в перерыве между его введениями больные испытывают чувство неудовлетворенности, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, которое исчезает сразу же после употребления наркотика. Перечисленные симптомы являются проявлениями психической зависимости (влечения к наркотику). Влечение нередко формируется в сжатые сроки: уже после 2-3 инъекций наркотика;

2 – параллельно с формированием психической зависимости происходит переход от эпизодического употребления к систематическому, что свидетельствует о развитии и усилении тяжести заболевания;

3 – при продолжении систематического приема происходит рост толерантности.

В этот период физическая зависимость (абстинентный синдром) еще не сформирована. Но на этом этапе все мысли больных, все их интересы сосредоточены на наркотике, а все прочие жизненные проблемы отступают на второй план. Вся жизнедеятельность больного человека подчиняется только одному – поискам наркотика и возможности его введения.

Таким образом, основным проявлением начальной (первой) стадии является психическая зависимость (син.: патологическое влечение к наркотику; влечение к наркотику; болезненное пристрастие).

Возникновение абстинентного синдрома при опийной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания – *второй (средней) стадии зависимости от опиоидов*.

Начальные проявления абстинентного синдрома могут наблюдаться уже через 2 недели – 1,5 месяца после начала систематического употребления опиоидов. К этому времени сформировано влечение к наркотику (психическая зависимость), выработан свойственный данному больному ритм употребления наркотика (кратность употребления в течение дня, частота употребления в течение недели). Толерантность на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом переносимость опиоидов значительно превышает летальные для здорового человека дозы³.

Характер острой интоксикации меняется по мере развития толерантности к опиоидам: эйфория видоизменяется, становится значительно короче по сравнению с тем, что наблюдалось на первой стадии, при этом под действием наркотика больной становится активным, может сосредоточиться и выполнять какую-либо работу. Длительность средней стадии зависимости от опиоидов различна и составляет в среднем 5-10 лет.

³ Летальная доза, то есть доза, вызывающая смертельный исход, для каждого организма индивидуальна. Она рассчитывается исходя из показателя токсичности вещества (ld50) и массы тела. Группа морфинных препаратов угнетает дыхательный центр, вызывает тошноту, рвоту, летальная доза при приеме внутрь 0,3-1,4 г (только для природных алкалоидов). У больных опийной наркоманией эта доза может увеличиться в 10-15 раз или более.

Затем наступает *конечная (третья) стадия заболевания*. В конечной стадии значительно изменяется действие наркотика: эйфории после введения наркотиков не наблюдается. Стимулирующее действие опиоидов так же, как и на второй стадии, преобладает: наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития абстинентного синдрома.

Толерантность снижается. Существенно видоизменяется характер абстинентного синдрома: алгические симптомы становятся менее выраженными по сравнению с тем, что наблюдалось ранее, могут ограничиваться общим мышечным дискомфортом. Преобладают психопатологические (влечение к наркотику, сниженное настроение, суицидальные мысли) и/или астенические (вялость, слабость, упадок сил) расстройства. С другой стороны, абстинентный синдром имеет затяжной характер, его длительность может достигать 5-6 недель. Присоединяются различные соматические осложнения: токсические поражения печени, сердечно-сосудистой системы, других органов и систем, вирусные гепатиты, ВИЧ.

Работоспособность снижена. Все время выражено влечение к наркотикам. Даже по прошествии нескольких месяцев у больных сохраняются вялость, слабость, общее недомогание.

Синдром отмены

Синдром отмены (абстинентный синдром) проявляется после прекращения длительного интенсивного употребления наркотика или резкого уменьшения его дозы. Развивается через 6-24 часов после последнего употребления наркотика. Максимальной выраженности абстинентные расстройства при употреблении опиоидов достигают на 2-е – 3-и сутки, а их продолжительность зависит от вида наркотика (например, длительность абстинентного синдрома при употреблении героина отличается от таковой при употреблении уличного метадона или «черняшки» – деривата опия), длительности заболевания (зависимости от опиатов), проводимого лечения. Абстинентные расстройства при героиновой зависимости в условиях лечения редко продолжаются более 7-10 дней, а при зависимости от метадона могут составлять 14-20 дней и более.

Судорожные синдромы в структуре абстинентного состояния встречаются крайне редко. В отдельных случаях синдром отмены опиоидов осложняется развитием делириозных состояний, которые развиваются остро в период отмены наркотика. В клинической картине психозов, как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

Постабстинентное состояние

В этот период на первый план выступают психопатологические расстройства, являющиеся клиническим оформлением патологического влечения к наркотику. Психическое состояние на этом этапе характеризуется снижением настроения, дисфорией, ощущением психического дискомфорта, астенией, стойкими наруше-



ниями сна. Часты актуализации влечения, что отражается на поведении больных. Они становятся злобными, требуют под любым предлогом выписки, дезорганизуют работу в отделении (если они находятся в стационаре). Влечение к наркотику может принимать непреодолимый характер, поэтому крайне высок риск рецидива заболевания. Очень часто отмечаются аффективная лабильность с суточными колебаниями настроения (ухудшение настроения к вечеру), дисфорическая или тревожная симптоматика. Постабстинентное состояние может продолжаться от 2 до 6 недель после исчезновения проявлений абстинентного синдрома.

Изменения личности при опийной наркомании проявляются ее морально-психическим огрубением, психоорганическими расстройствами (снижение интеллектуально-мнестических функций), психическим инфантилизмом.

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ

- Острые респираторные заболевания, грипп
- Вертеброгенный болевой синдром
- Острый, хронический панкреатит
- Язвенные поражения ЖКТ
- Бактериальные и вирусные гастроэнтериты
- Интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами
- Сепсис
- Панические атаки

5.3. Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов

Существуют отличительные особенности формирования и динамики синдрома зависимости, вызванного употреблением каннабиноидов:

1. Темп развития заболевания медленный: скорость формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) с момента начала систематического употребления – от 8 лет и более.

2. Психические признаки зависимости преобладают над физическими.

3. Так как чаще всего каннабиноиды употребляются в виде курения или внутрь, то нет вирусных осложнений (гепатиты, ВИЧ), сердечно-сосудистых осложнений (кардиомиопатии, венозная недостаточность), сопровождающих парентеральное употребление ПАВ.

4. Так как метаболизм каннабиса не связан с появлением токсических метаболитов (таких, как ацетальдегид, например), то и соматоневрологические последствия заболевания (токсическая полинейропатия) не характерны.

Эпизодическое (нерегулярное) употребление каннабиноидов может быть достаточно длительным, в течение нескольких лет.

Основной опасностью употребления каннабиноидов является переход к злоупотреблению другими ПАВ (опиоидами, алкоголем).

Первая стадия заболевания характеризуется формированием психической

зависимости (влечение к наркотику), систематическим приемом каннабиноидов и ростом толерантности по сравнению с первоначальной (увеличиваются кратность употребления и его частота).

Влечение к наркотику проявляется идеаторными расстройствами (мысли о желании употребить наркотик), сопровождается вялостью, сонливостью, снижением настроения, а также вегетативными нарушениями.

Толерантность при злоупотреблении каннабиноидами нарастает медленно. Признаками ее роста могут служить следующие: гашиш перестают употреблять вместе с алкоголем, курят уже без примеси табака, в одиночку, употребляют теплое питье для усиления эффекта.

Формирование *второй стадии* происходит в среднем через 3-5 лет систематического употребления гашиша. Снижается эйфоризирующее, анксиолитическое, расслабляющее действия наркотика, преобладает тонизирующее, когда только под действием наркотика больной чувствует способность что-то делать и на чем-то сосредоточиться.

Абстинентный синдром имеет отличительные особенности в виде преобладания психопатологических расстройств над физическими нарушениями. Он характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, выраженной тревогой, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжимание в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей – ощущение жжения, неприятного покалывания, дерганья.

Конечная (третья) стадия зависимости от каннабиноидов встречается редко, может наступать через 10 лет систематического злоупотребления каннабиноидами и более. Толерантность снижается по сравнению с плато толерантности, которое наблюдалось на второй стадии, наркотик оказывает только тонизирующее действие. Абстинентный синдром носит затяжной характер, преобладает тревожная симптоматика.

Часты психозы с шизофреноподобной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой как на высоте интоксикации, так и в абстинентном синдроме.

Изменения в нравственной, интеллектуальной, волевой и аффективной сферах описаны в структуре *амотивационного синдрома*.

Амотивационный синдром проявляется апатией, пассивностью, снижением уровня побуждений, неспособностью заниматься деятельностью, требующей сосредоточенности и внимания. Снижаются интеллектуальные способности, ослабевают память; психическая и физическая истощаемость постоянны. Больные становятся вялыми, пассивными, апатичными, замкнутыми, угрюмыми.

Люди, употребляющие каннабис, могут испытывать кратковременные острые состояния тревожности, иногда сопровождающиеся параноидными идеями.

Тревога может быть выраженной, достигать состояния раптусы. Панические атаки (на сленге потребляющих марихуану – «измена») являются наиболее частой формой адверсивных (нежелательных, вредных) реакций на умеренное курение марихуаны.

Синдром отмены

Абстинентный синдром характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. В клинической картине преобладает тревога. Возможны суицидальные попытки. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжимание в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей – ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания – сенестопатии.

Наиболее тяжелые проявления абстинентного синдрома наблюдаются на 3-и – 5-е сутки, их продолжительность в среднем составляет 7 дней.

Судорожные синдромы в структуре абстинентного состояния встречаются редко. Чаще, как осложнение абстинентного синдрома, развивается делириозное помрачение сознания.

Постабстинентное состояние период характеризуется астенией и ипохондрическими расстройствами, влечением к каннабису, продолжается от 2 до 6 недель.

Дифференциальная диагностика

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Пароксизмальная тахикардия
- Панические атаки
- Шизофрения и другие психические болезни, проявляющиеся бредом
- Органический амнестический синдром, органическое бредовое расстройство, расстройство личности и поведения органического генеза

5.4. Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств

По механизму формирования зависимости можно выделить две основных группы пациентов. Первая категория включает больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств, либо транквилизаторы и снотворные принимаются без назначения врача в связи с проявлениями тревоги и бессонницей. Риск возникновения зависимости от этих препаратов высок, особенно при наличии сопутствующей алкогольной или наркотической зависимости и при назначении данных препаратов более 1 месяца.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и редко – при синдроме отмены кокаина.

Приобретенная толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрестной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают бы-

стро повышать дозы употребления седативно-снотворных препаратов, «открывая для себя» их опьяняющий, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты.

Первая стадия длится от 2 до 6 месяцев систематического приема барбитуратов. Она характеризуется потребностью в увеличении доз препарата, отсутствием снотворного эффекта от терапевтических доз, нарушениями сна вне его приема. При воздержании от барбитуратов выявляются психический дискомфорт, чувство неудовлетворенности, пониженное настроение, навязчивое желание принять препарат (признаки психической зависимости). Так как происходит рост толерантности, появляется потребность в утреннем и дневном приеме барбитуратов.

Вторая стадия барбитуровой зависимости характеризуется формированием синдрома отмены (см. ниже), длится от 6 месяцев до 3 лет и более. Обычная суточная доза – 1 г, но возможны дозы и 1,5-2 г барбитуратов. На этом этапе толерантность стабилизируется. Утрачивается количественный контроль над дозой препарата. Меняется характер опьянения: если в начальной стадии были выражены расторможенность, болтливость, дискоординация движений, то во второй стадии появляются активность и работоспособность, движения становятся координированными, но появляются дисфорические реакции.

Уже на второй стадии клинически выражено прогрессирующее интеллектуально-мнестическое снижение.

Третья стадия характеризуется снижением толерантности, быстрым нарастанием соматоневрологических последствий хронического употребления седативно-снотворных препаратов: развиваются атаксия, другие нарушения координации движений, снижение или выпадение рефлексов, колебания АД, повышение температуры, акроцианоз.

Быстро (в течение 1-3 лет) формируется психоорганический синдром, снижение морально-этических качеств личности. Появляются медлительность, замкнутость, подавленность, что нередко сменяется вспышками злобы и гнева. Речь становится невнятной, монотонной, манера говорить отличается медлительностью. Внешне больные выглядят утомленными, изможденными. Кожные покровы бледные, с землистым оттенком, пастозны. При осмотре выявляются множественные неврологические расстройства: ослабление реакции зрачков на свет, мириаза, стойкий горизонтальный нистагм, снижение поверхностных и глубоких рефлексов, признаки орального автоматизма, тремор рук, нарушения координации. Выявляются также нарушение глотания, ухудшение почерка, вялая мимика, мышечная гипотония, нарушение тонких движений и походки.

Прогрессирующий психоорганический синдром, грубые неврологические расстройства (см. выше) приводят к утрате трудоспособности больного и инвалидности.

Высока частота смертельных исходов при злоупотреблении барбитуратами. Причиной смерти служат самоубийства, передозировки седативно-снотворными средствами, а также несчастные случаи в состоянии опьянения, заканчивающиеся летальным исходом.

Синдром отмены

Как правило, абстинентный синдром развивается на 1-2-й день после послед-

него приема седативно-снотворных средств, достигает максимума на 1-2-е сутки, длительность 3-4 недели. Сроки наступления синдрома отмены зависят от периода полувыведения принимаемого лекарственного препарата. Синдром отмены может проявляться тревожно-тоскливым настроением, агитацией, страхами надвигающейся катастрофы, раздражительностью, обидчивостью, слезливостью. Поверхностный, непродолжительный тревожный сон, вначале с кошмарными сновидениями, сменяется полной бессонницей. Отмечаются неустойчивость АД, мышечные подергивания, потливость, тахикардия, тремор рук, тошнота и рвота, психомоторное возбуждение. На этом фоне могут развиваться судорожный припадок и/или психоз (делириозной или галлюцинаторно-параноидной структуры).

Постабстинентное состояние период схож с таковым при алкогольной зависимости.

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства при употреблении других ПАВ (алкоголизм, синдром зависимости от стимуляторов, кокаина)

- Тревожные расстройства
- Неврологическая патология, связанная с повреждением мозжечка
- Дегенеративные заболевания ЦНС
- Алкогольный делирий
- Феохромоцитома
- Шизофрения
- Судорожные расстройства
- Тиреотоксикоз
- Отравление антихолинергическими или симпатомиметическими веществами
- Гипертиреозидизм

5.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина

Особенностями синдрома зависимости от кокаина являются быстрое формирование психической зависимости, слабо выраженные проявления физической зависимости, а также преобладание периодической формы употребления наркотика (см. ниже описание клинической картины). Как правило, кокаин употребляется интраназально. Лишь некоторые индивидуумы переходят на внутривенный прием, что может свидетельствовать о тяжести (утяжелении) заболевания (синдрома зависимости).

Эпизодический прием кокаина короткий, систематическое употребление формируется через 2-6 приемов. Систематическим приемом считается употребление кокаина от 2 до 3 дней в неделю с перерывами по 4-5 дней. При доступности наркотика наблюдается быстрое учащение приема наркотика в течение дня до 2-3 раз и более. Наблюдается стремительный рост толерантности: разовая толерантность увеличивается в 2-3 раза от начальной, т. е. на прием кокаина уходит целая «дорожка» (приготовленный для приема кокаин, рассыпанный на ровной поверхности в виде тонкой дорожки длиной и шири-

ной со спичку), что приблизительно составляет 16-20 мг кокаина.

На *начальной стадии* зависимости стимулирующее действие кокаина сохранено: прием наркотика вызывает психомоторное возбуждение, повышает настроение, ускоряет темп мышления. Средняя длительность интоксикации до 4-5 часов, однако она индивидуальна для каждого пациента. В течение 3-5 дней после интоксикации сохраняются энергичность, общительность, самоуверенность, что является привлекательным, особенно для подросткового возраста, и может служить мотивом к продолжению употребления кокаина.

Вторая стадия диагностируется при формировании абстинентного синдрома (синдрома отмены). Абстинентный синдром проявляется влечением к наркотику, дисфорической депрессией, расстройствами сна. Прием кокаина учащается до 4-5 раз в неделю, с перерывами в употреблении 2-3 дня. Толерантность возрастает за счет увеличения кратности употребления наркотика в течение дня. Продолжительность опьянения сокращается до 3-4 ч. Наблюдается качественное изменение картины опьянения: стимулирующий эффект исчезает, начинает преобладать тонизирующее действие с улучшением настроения, ясностью и четкостью мыслей в интоксикации, но психомоторное возбуждение отсутствует.

Через 2-3 года употребления тонизирующий эффект начинает уменьшаться, влечение же к наркотику выраженное, это ведет за собой еще большее повышение толерантности: перерывы в употреблении становятся короче, прием наркотика в течение дня учащается. В интоксикации начинают преобладать внутреннее возбуждение, взбудораженность, симптоматика тревоги, раздражение, злость. Наблюдается нарастание психопатологической симптоматики: мысли путаются, «прыгают», появляется забывчивость: пациенты могут повторять одно и то же, братья сразу за несколько дел, бесконечно звонить по телефону и задавать одни и те же вопросы. В абстинентном синдроме могут развиваться психозы. Чаще всего – это кокаиновый делирий.

Как последствие постоянной интоксикации развивается психоорганический синдром с интеллектуально-мнестическим снижением, аффективной лабильностью, недержанием аффекта. Критика у больных к своему состоянию отсутствует.

Нарастание психопатологической симптоматики, развитие психоорганического синдрома и появление психозов (кокаиновых делириев) свидетельствуют о переходе в *третью стадию* заболевания.

Начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т. д. При этом влечение к наркотику имеет отчетливое психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии и может принимать непреодолимый характер.

Синдром отмены

Возникает после прекращения длительного интенсивного потребления наркотика или резкого уменьшения его количества. Синдром отмены возникает через 24 часа после последнего употребления наркотика, максимальной выраженности расстройства достигают на 3-и – 4-е сутки. Острые проявления исчезают в течение 10-14 дней, в тяжелых случаях проявления сохраняются до 1 месяца. Суще-



ствование явлений постинтоксикационной дисфории свыше 24 часов уже может рассматриваться как абстинентный синдром («синдром отмены»), который в основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с бессонницей или сонливостью, повышением аппетита, психомоторным возбуждением и реже – заторможенностью.

В *постабстинентном состоянии* депрессивные расстройства продолжительностью от 2 недель до 2 месяцев имеют тенденцию к ослаблению и исчезновению.

Дифференциальный диагноз

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением амфетаминов
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов
- Биполярное аффективное расстройство
- Бредовые расстройства
- Панические расстройства
- Шизоаффективные расстройства
- Шизофрения
- Расстройства сна

5.6. Синдром зависимости, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин

Стимуляторы употребляют, как правило, циклически, периодически. Циклическое употребление формируется быстро: через 3-6 раз эпизодических проб. Синдром зависимости формируется обычно через 2-4 недели регулярного употребления наркотика. Формирование цикличности свидетельствует об уже сформированном синдроме зависимости. В связи с такой особенностью течения заболевания период пагубного употребления с вредными последствиями и первая (начальная) стадия зависимости протекают стремительно, часто бывает невозможно проследить переход с первой (начальной) стадии на вторую.

Во *второй стадии* больные вводят наркотик круглосуточно в течение нескольких дней, затем следует «светлый промежуток», после которого цикл повторяется. Цикличность употребления индивидуальна. В периоды употребления наркотика развивается психическое и физическое истощение, поэтому циклы редко продолжаются более 5-7 дней, при этом в конце цикла на фоне психофизического истощения появляется отвращение к наркотику.

«Светлый промежуток» длится в среднем 3-4 дня. В этот период у больных отмечаются выраженная сонливость, повышенный аппетит, дисфория, что является проявлением абстинентного синдрома.

При регулярном употреблении амфетаминов стимулирующее действие ослабляется, и для получения приятных ощущений больные вынуждены повышать дозу. Толерантность нарастает в основном за счет увеличения кратности приема в течение суток.

Непрерывное употребление психостимуляторов встречается редко. На начальном этапе зависимости у этих больных так же, как и у употребляющих наркотики циклически, наблюдается отсутствие сна и аппетита, что побуждает их прибегать к употреблению седативно-снотворных препаратов. В дальнейшем организм адаптируется (привыкает) к введению наркотика, появляется аппетит, восстанавливается ночной сон. Толерантность при непрерывном употреблении нарастает медленнее. В ряде случаев может наблюдаться переход с циклического злоупотребления на непрерывное. Обратного перехода обычно не наблюдается.

Синдром отмены

Синдром отмены возникает через 12-24 часа после последнего употребления амфетаминов, максимальной выраженности достигает на 2-4-е сутки. Он характеризуется усталостью, ощущением разбитости, психофизической заторможенностью, нарушениями сна – бессонницей или сонливостью с кошмарными сновидениями. Часто у таких больных бывает демонстративное поведение с агрессивностью, истерическими реакциями, аутоагрессией (идеи самообвинения, самоуничужения, суицидальные мысли и попытки). Могут отмечаться идеи отношения, преследования. Длительность синдрома отмены 7-14 дней.

При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением (например, амфетаминовый психоз), которые продолжаются от 2-3 недель до нескольких месяцев (если психоз продолжается более 6 месяцев, то его считают хроническим).

Постабстинентное состояние

Абстинентное состояние сменяется нарастающей дисфорией с повышенной агрессивностью, неуправляемостью поведения. Патологическое влечение к наркотику отличается крайней интенсивностью – носит характер неодолимого.

Дифференциальный диагноз

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина, галлюциногенов
- Синдром отмены алкоголя, бензодиазепинов, барбитуратов
- Передозировка кофеином
- Панические атаки
- Гипертиреозидизм
- Биполярное аффективное расстройство
- Шизоаффективное расстройство

5.7. Синдром зависимости, вызванный употреблением галлюциногенов

Галлюциногены отличаются от других ПАВ тем, что им присуще свойство вызывать психозы. Таким образом, острая интоксикация галлюциногенами проявляется психотическими состояниями, их психопатологическая структура мо-



жет проявляться делириозным, онейроидным или галлюцинаторно-параноидным синдромом.

Формирование синдрома зависимости несколько отлично от других видов зависимости. Психическая зависимость может сформироваться быстро – через несколько эпизодических проб (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может формироваться достаточно длительно – эпизодическое употребление может продолжаться годами (ЛСД). При употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибин, мескалин) формирование синдрома зависимости не описано.

Патологическое влечение к некоторым галлюциногенам (например, фенциclidин) формируется иногда уже после нескольких инъекций или пероральных проб.

Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов проявляется в виде слабо выраженных соматовегетативных и астенических расстройств: общее недомогание, слабость, тремор рук, парестезии, снижение настроения.

Многие лица, употребляющие серотонинергические галлюциногены эпизодически, самостоятельно прекращают их прием, соответственно, у них синдром зависимости от галлюциногенов не формируется.

Но у части людей развивается синдром зависимости со всеми присущими ему симптомокомплексами: формированием психической и физической зависимости, ростом толерантности, формированием определенного типа употребления (периодического или постоянного), а также медико-социальными последствиями.

Еще одним важным отличием синдрома зависимости от галлюциногенов является быстрое формирование психоорганического синдрома вследствие переносимых психозов (см. выше). Его выраженность зависит от тяжести и частоты переносимых психотических состояний, соответственно, от частоты употребления галлюциногенов.

Синдром отмены

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциclidина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в астенопатическое состояние (см. выше).

Постабстинентное состояние

Постабстинентные расстройства не описаны.

Дифференциальный диагноз

- Шизофрения
- Шизоаффективное расстройство
- Депрессивный эпизод с психотическими расстройствами
- Органическая нарколепсия

- Острая интоксикация каннабиноидами
- Деменции различной этиологии
- Алкогольная интоксикация
- Немедицинское употребление антидепрессантов, других «аптечных» препаратов

5.8. Синдром зависимости, вызванный употреблением табака

Первые пробы курения табака, как правило, сопровождаются неприятными соматовегетативными реакциями (защитная реакция организма на вдыхание токсического дыма табака): кашель, резь в дыхательных путях, тошнота, головокружение, брадикардия, бледность кожных покровов. Однако курение табака сопровождается переживанием психического комфорта (эйфории): легкость в мыслях, приятное ощущение расслабленности. Расщепление психического и соматического типа реакций на курение табака называется психосоматической диссоциацией и служит тем патологическим субстратом, на базе которого развивается психическая зависимость. За эпизодическим курением табака, продолжающимся, как правило, несколько месяцев, следует систематическое (ежедневное) употребление, во время которого формируются основные синдромы и симптомы табачной зависимости.

Начальная (первая) стадия табачной зависимости

1. Развивается психическая зависимость от табака (синдром патологического влечения к табаку). Оно проявляется навязчивым (навязчивым) желанием к курению табака (никотина), которое направляет всю его энергию на удовлетворение своего желания (аналогично проявлениям патологического влечения к алкоголю). Феномен психосоматической диссоциации нивелируется: снижаются соматические неблагоприятные реакции, но и психические подкрепляющие реакции также становятся менее выраженными по сравнению с первыми эпизодическими пробами табака, вследствие чего начинает повышаться толерантность.

2. Происходит рост толерантности: увеличивается количество выкуриваемых сигарет (папирос) в пределах 10-15 штук в день, исчезают защитные реакции, наблюдавшиеся при первых пробах табака (см. выше), изменяется форма потребления табака – с группового на одиночное курение.

Во второй (средней, субкомпенсированной) стадии к вышеозначенной симптоматике присоединяется физическая зависимость от табака (табачный абстинентный синдром).

1 – *клинически абстинентный синдром* проявляется общей слабостью, недомоганием, головной болью, тошнотой, иногда – рвотой, неспособностью сосредоточиться, беспричинным беспокойством, или наоборот, появлением ментизма с тревожными опасениями, элементами дереализационной симптоматики, гипотимией, тоскливостью, бессонницей.

2 – *утяжеляются проявления психической зависимости*: влечение к табаку становится постоянным, зачастую без борьбы мотивов. В структуре влечения преобладают аффективные и астенические расстройства;



3 – *постоянная или периодическая форма употребления табака* – одно из проявлений болезни, при котором формируется индивидуальный режим курения никотина. Для периодического типа курения характерны промежутки времени в течение дня, когда человек не курит, они могут составлять от 30-40 минут до 2-3 часов. Интенсивность курения табака при периодической форме от 15 до 30 штук сигарет (папирос) в день.

Для постоянного типа курения характерно частое курение, с минимальными перерывами между выкуриваемыми сигаретами (папиросами), когда больные выкуривают в течение дня от 30 до 60 штук табачных изделий.

Продолжительность второй стадии табачной зависимости от 5 до 20 лет и более.

Третья стадия характеризуется автоматическим, беспорядочным курением, уже без чувства комфорта при курении, с постепенным снижением толерантности к никотину (пациент начинает выкуривать меньше сигарет, так как курение начинает вызывать неприятные ощущения: боли в области сердца, учащение пульса, повышение АД). Табачный абстинентный синдром видоизменяется: психические расстройства невыраженные, в основном представлены астенической симптоматикой, соматовегетативные расстройства преобладают.

Развиваются *специфические соматические изменения* вследствие хронического употребления табака. В полости рта – стоматиты, гингивиты, глосситы. В дыхательной системе – бронхиты, пневмония, бронхоэктазы, эмфизема. В сердечно-сосудистой – гипертоническая болезнь, инфаркты, облитерирующие эндартерииты. Отмечаются изменения обменных процессов – преимущественно с нарушением витаминного баланса, снижается зрение. В центральной и периферической нервной системе – невриты, инсульты. Курение табака считается фактором риска развития рака легких, верхних дыхательных путей, ротовой полости.

Синдром отмены

Табачный абстинентный синдром развивается при воздержании от курения табака в течение 24-48 часов, проявляется преимущественно неврозоподобными расстройствами и аффективными нарушениями.

Постабстинентное состояние возникает после купирования табачного абстинентного синдрома, проявляется общей физической слабостью, сниженным настроением, депрессивными расстройствами, утомляемостью. Как правило, отмечаются плохой сон, трудности в сосредоточении, влечении к никотину. Длительность постабстинентного состояния до 2-3 месяцев.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других видов ПАВ (ингалянтов, токсических веществ, каннабиноидов и др.)
- Заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой, вегетативной нервной систем

5.9. Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей

Соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Среди подростков, злоупотребляющих летучими (органическими) растворителями (син.: ингалянты), значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС (F07.0): органических псевдоолигофренических и органических псевдопсихопатических личностей с ограниченными интересами.

Вначале вдыхание паров летучих (органических) растворителей происходит в группе «единомышленников». Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, реже – до 1 года. При продолжении ингаляций формируется систематический прием: ингалянты вдыхают сначала 3-4 раза в неделю, потом – ежедневно, иногда по несколько раз в день.

Переход от эпизодического в учащающемся систематическому приему свидетельствует о формировании психической зависимости (синдрома патологического влечения). Еще одним признаком сформировавшейся психической зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному.

Толерантность к ингалянтам установить трудно. Об увеличении толерантности свидетельствует учащение эксцессов ингаляции (вначале 1 раз в неделю, затем 3-4 раза в неделю, а потом ежедневно); увеличение количества вдыхаемого растворителя в 4-5 раз по сравнению с первоначальным. Толерантность также зависит от способа ингаляции и индивидуальной величины жизненной емкости легких (ЖЕЛ).

При синдроме зависимости от летучих растворителей быстро, уже ко второй стадии развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии. Появляются нарушения центральной, периферической и вегетативной нервной системы (табл. 8). Нередко встречается полинейропатия, проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу «носков» и «перчаток», сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных клеток в центральной нервной системе приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к нарушениям слуха.

При хронической интоксикации ингалянтами возникают нарушения сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии.

Признаки токсического поражения почек выявляются преимущественно лабораторными методами: азотемия, помутнение мочи, симптоматикой токсического гломерулонефрита, когда пациенты часто предъявляют жалобы на боли в пояснице.

Токсическое поражение печени проявляется болями в подреберье, тошнотой, рвотой, субфебрильной температурой, нередко – желтушностью кожных покровов.

Основные проявления хронического употребления ингалянтов представлены в табл. 8.

Таблица 8. Признаки хронического употребления ингалянтов

Общий осмотр	Пятна клея или краски на лице, руках, одежде
	Сыпь «токсикомана» – эритематозное воспаление кожи вокруг рта и слизистых, сухая, потрескавшаяся кожа, нередко с присоединением бактериальной инфекции
	Следы химических или термических ожогов на лице и руках
	Иньецированность склер
	Желтушность кожных покровов
	Цианоз
	Химический запах от пациента
	Хронический насморк
Психические расстройства	Нарушения памяти
	Снижение сообразительности и работоспособности
	Отвлекаемость, неспособность сосредоточиться
	Нистагм
	Психомоторная заторможенность
	Светобоязнь
	Периферическая полинейропатия
	Припадки
Органы и системы	Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы
	Токсический гломерулонефрит
	Токсическое поражение печени
	Токсическое поражение дыхательной системы (свистящее дыхание, хрипы в легких)

Синдром отмены

Синдром отмены (син.: абстинентный синдром) развивается через 1-3 суток после последнего употребления летучих (органических) растворителей.

Проявляется вялостью, разбитостью, неприятными ощущениями в теле, головными болями, потливостью, головокружениями, тошнотой, плохим сном, пониженным настроением, раздражительностью.

Так как синдром зависимости от ингалянтов в основном наблюдается у детей и подростков, то вышеназванные проявления у них зачастую принимаются взрослыми (родителями, учителями, воспитателями, врачами) за проявления вегетососудистой дистонии. Такие нарушения могут сохраняться в течение 3-5 суток. На 5-7-е сутки присоединяется астенодепрессивная симптоматика. На 4-5-е сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза – делирия, длящегося от нескольких часов до 3 суток. В целом продолжительность синдрома отмены в условиях лечения – около 2 недель.

Постабстинентное состояние протекает аналогично таковому при алкогольной зависимости (см. выше).

Дифференциальный диагноз

- Алкогольная полинейропатия
- Нарушения венозного кровообращения мозговых вен
- Травмы головного мозга с развитием эпидуральной гематомы
- Отравления метанолом, монооксидом углерода
- Злоупотребление алкоголем, кокаином, каннабиноидами, галлюциногенами
- Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга
- Энцефалопатии различного генеза

5.10. Синдром зависимости, вызванный сочетанным употреблением ПАВ

Клиника употребления с вредными последствиями, синдрома зависимости и отмены, психозов зависит от преобладающего ПАВ. Часты энцефалопатии и рано развивается синдром деменции с неврологическими нарушениями.

Дифференциальный диагноз

Следует дифференцировать с аномалиями личности, при которых прием различных препаратов «компенсирует» проблемы становления личности или общее, а также с органическим расстройством личности.

6. Терапия синдрома зависимости

6.1. Организационные вопросы

Терапия синдрома зависимости – процесс многоэтапный, комплексный, индивидуальный и длительный.

Зависимость от ПАВ является хроническим заболеванием, ее течение носит рецидивирующий характер, поэтому длительная поддерживающая терапия обязательна.

Поддерживающая терапия может осуществляться в течение нескольких лет. Решение о коррекции поддерживающей терапии синдрома зависимости принимается индивидуально с учетом актуального состояния пациента, выраженности влечения к ПАВ, а также коморбидной патологии (расстройства личности, эндогенное заболевание, экзогенно-органическое заболевание и пр.), если таковая имеется.

Терапия синдрома зависимости может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях. Лечение в стационарных и амбулаторных условиях преимущественно: лечение в стационарных условиях при улучшении и стабилизации состояния продолжается в амбулаторных условиях; при утяжелении состояния или развитии рецидива лечение желательнее проводить в стационарных условиях.

В стационарных условиях рекомендованный курс лечения составляет в среднем до 28 дней (как правило, 2,5-3 недели). Это этап противорецидивной терапии.

В амбулаторных условиях рекомендованный курс лечения составляет в среднем до 90 дней (как правило, 2,5-3 месяца). Это этап стабилизирующей терапии.

Лечение в стационарных условиях рекомендовано при среднетяжелом и тяжелом состоянии больного (см. ниже) при решении вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи. Лечение в амбулаторных условиях рекомендовано при состоянии легкой степени тяжести больного на момент решения вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи.

Ориентировочными клиническими критериями для лечения в стационарных условиях являются следующие:

1. Показатели тяжести течения заболевания: средняя или высокая степень прогрессивности заболевания; постоянная или перемежающаяся форма употребления ПАВ; высокая толерантность к ПАВ. Эти признаки с высокой степенью вероятности предполагают развитие обострений хронических заболеваний и выраженные психопатологические расстройства не только в остром, но и в подостром состоянии.

2. Тяжело и/или длительно протекавший абстинентный синдром.

3. Синдром зависимости, сопровождающийся клинически выраженными соматическими и неврологическими осложнениями.

4. Выраженное влечение к ПАВ: безудержное, неодолимое.

5. Снижение критических способностей и низкая мотивация больного на поддержание трезвого образа жизни.

6. Кратковременные, нестойкие ремиссии или их отсутствие в анамнезе.

6.2. Общий алгоритм лечебных мероприятий

Терапия назначается с учетом задач (мишеней) терапии, использованием определенной тактики, общего алгоритма лечебных мероприятий и текущей оценкой эффективности проводимого лечения.

Задачи терапии:

1 – купирование синдрома патологического влечения для обеспечения возможности последующей психотерапии и реабилитации;

2 – терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ

3 – купирование иных психопатологических расстройств, если таковые имеют место быть (например, наличие коморбидной патологии)

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

1 – назначение психофармакотерапии по показаниям

2 – назначение терапии, направленной на соматоневрологические последствия употребления ПАВ

3 – назначение специфических средств для лечения синдрома зависимости

4 – проведение психотерапии

5 – мониторинг состояния

6.3. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением (далее – услуги) назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с актуальным состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 9).

Таблица 9. Медицинские услуги для лечения синдрома зависимости, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом Осмотр (консультация) врачом-физиотерапевтом

<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин Актуальный анализ мочи общий	Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ Общий (клинический) анализ крови развернутый
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Актуальный общий клинический анализ крови Актуальный анализ мочи общий	
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

	Эхоэнцефалография Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных Регистрация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография легких Флюорография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)

7. Медикаментозное лечение

Лекарственные средства, применяемые на этапах противорецидивной и стабилизирующей терапии, можно разделить на 3 группы:

- 1 – специфические препараты: применяют только в наркологии;
- 2 – психотропные препараты: применяют как в психиатрии, так и в наркологии, а также в других областях медицины;
- 3 – препараты для лечения соматоневрологических последствий употребления ПАВ: применяют в терапии, наркологии, других областях медицины.

7.1. Специфические препараты

К специфическим препаратам относят препараты различных фармакологических групп, разработанные для терапии наркологических заболеваний (табл. 10):

- 1 – аверсивные средства – эметики апоморфин и эметин, некоторые другие;
- 2 – сенсibiliзирующие к алкоголю средства, блокирующие ацетальдегиддегидрогеназу – дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие;
- 3 – блокатор опиатных рецепторов налтрексон;
- 4 – лекарственные средства, применяемые для терапии никотиновой зависимости – никотин, цитизин, варениклин.

Таблица 10. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике специфические средства⁴

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Дисульфирам	Профилактика рецидивов во время лечения алкогольной зависимости; лечение алкогольной зависимости ^А . Снижение влечения к алкоголю. Выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к алкоголю ^А	Начальная доза 500 мг/сут, дозу постепенно снижают до 250-125 мг/сут
Цианамид	Алкогольная зависимость (лечение и профилактика рецидивов) ^В	12-24 капли/сут
Налтрексон	Опиоидная зависимость (после купирования опиоидного абстинентного синдрома) ^А . Алкогольная зависимость ^А	50 мг (пероральная форма) 380 мг (инъекционная форма)
Никотин	Лечение никотиновой зависимости путем снижения потребности в никотине; снятие симптомов отмены, возникающих при отказе от курения ^В	7-21 мг, ежедневно до 3-х месяцев

⁴ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Цитизин	Лечение никотиновой зависимости ^A	По инструкции
Варениклин	Лечение никотиновой зависимости ^A	По инструкции

Аверсивные и сенсibiliзирующие средства используются при алкогольной зависимости, а также при сочетанных с алкогольной формах зависимости.

Она заключается в применении лекарственных средств, вызывающих рвоту («aversio» – отвращение) с целью выработать условно-рефлекторную реакцию на употребление алкоголя: эметин, апоморфин.

Механизм их действия реализуется через непосредственное влияние на хеморецепторную зону (центрального действия) или на чувствительные рецепторы слизистой оболочки желудка (периферического действия).

Сенсibiliзирующая терапия основана на применении средств, блокирующих фермент альдегиддегидрогеназу, который превращает уксусный альдегид (обладающий токсическими свойствами биологически активный продукт метаболизма этанола) в неактивный уксусный эфир. К таким средствам относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол.

После 3 дней и более применения дисульфирама в случае употребления алкоголя в крови у больного в течение 10-20 минут в 5-10 раз возрастает уровень ацетальдегида, который вызывает целый ряд крайне неприятных для пациента симптомов и делает невозможным употребление спиртного. Это называется дисульфирам-алкогольная реакция или ацетальдегидный синдром. Реакция проявляется подъемом АД, тахикардией, тошнотой и рвотой, болями в области сердца, пульсирующей головной болью, гиперемией с цианотичным оттенком и одутловатостью лица, шумом в ушах, головокружением, нечеткостью зрения, тревогой и страхом смерти. При тяжелом течении дисульфирам-алкогольной реакции гипертензия может смениться падением АД с развитием коллаптоидного состояния. Дисульфирам назначают по 0,25 г 2 раза в день в течение 2 недель, а затем суточная доза снижается до 0,25 г (сенсibiliзация). По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы в назначении препарата, либо, наоборот, дозу временно повышают в зависимости от ситуации (праздники и т. п.) и состояния больного.

В России также используется комбинированный препарат *Лидевин*, содержащий дисульфирам и витамины группы В – никотинамид (0,0003) и аденин (0,0005).

Дисульфирам может быть эффективным фармакологическим средством при кокаиновой зависимости, а также при злоупотреблении кокаином у лиц с опиоидной зависимостью. Этот эффект дисульфирама объясняется его способностью ингибировать β-дофамингидроксилазу, что приводит к появлению избыточного количества свободного дофамина и сокращению синтеза норадреналина. Поскольку кокаин является мощным ингибитором обратного захвата катехоламинов, дисульфирам может снижать влечение к кокаину.

Таким образом, в настоящее время показания к применению дисульфирама расширились и включают не только алкогольную зависимость, но и зависимость от кокаина, сочетанное употребление кокаина и алкоголя.



Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя *цианамид*, который назначают в дозе от 12 до 24 капель в день. Цианамид более специфический препарат по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, еще блокирует β -дофамингидроксилазу). Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более.

Метронидазол, также используемый в качестве средства «сенсibilизации» к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей (см. выше). Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

Налтрексон используется при опиатной зависимости, алкогольной зависимости. В настоящее время существуют научные работы, в которых показана терапевтическая эффективность блокаторов опиатных рецепторов при кокаиновой, стимуляторной и игровой зависимостях. В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) прием налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение надо начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг.

В настоящее время существует парентеральная (внутримышечная) инъекционная форма Налтрексона пролонгированного действия. Длительность действия этой формы составляет 4 недели. Продолжительность лечения – от 6 до 12 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приема препарата. Полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, но его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя.

Абсолютными противопоказаниями к назначению налтрексона являются печеночная недостаточность и острый гепатит. Относительные противопоказания – повышенный уровень билирубина, беременность, грудное кормление, подростковый возраст. В таких случаях решение принимает врач с оценкой ситуации по принципу «риск-польза».

Никотинзамещающая терапия табачной зависимости состоит из двух компонентов:

1. Базовая терапия никотинсодержащими препаратами. Ее цель поддерживать концентрацию никотина в крови у пациента на привычном для него уровне первые 1-2 недели, чтобы исключить развитие синдрома отмены. Затем дозы препаратов постепенно снижают до полной их отмены, в результате чего снижается и уровень никотина в крови.

2. Дополнительный прием никотинсодержащих препаратов при наступлении или усилении симптомов отмены, а также при наступлении ситуации, привычно вызывающей у пациента желание курить.

Для того чтобы правильно выбрать тактику и метод отказа от курения, не-

обходимо знать степень никотиновой зависимости. Степень никотиновой зависимости определяется по тесту Фагерстрема и позволяет полнее оценить особенности заболевания у больных никотинизмом. Процедура тестирования состоит в предложении испытуемому 6 вопросов, ответы на которые ранжированы в баллах (табл. 11).

Таблица 11. Тест Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как вскоре после пробуждения вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6-30 мин	2
2. Сложно ли вам воздержаться от курения в местах, где оно запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты вы не можете легко отказаться?	Первая утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-12	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Курите ли вы более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
<i>Степень никотиновой зависимости определяется по сумме набранных баллов:</i> 0-2 – очень слабая; 3-4 – слабая; 5 – средняя; 6-7 – высокая; 8-10 – очень высокая.		

Первое назначение базовой терапии должно включать индивидуально подобранные дозы никотинсодержащих препаратов. Если человек выкуривает за сутки < 5 сигарет – никотинзамещающая терапия не применяется (содержание никотина в этом объеме сигарет меньше, чем содержание никотина в НЗП); 5-10 сигарет – необходимо в среднем 7 мг никотина, 11-17 сигарет – 14 мг никотина, 18-24 сигарет – 21 мг никотина, 2 пачки – 35 мг никотина, более 2 пачек – 42 мг никотина в сутки. Так как сигареты бывают разной крепости, поэтому подсчет дозы на основании числа сигарет условный. Дозы никотинзамещающих препаратов в течение суток распределяются равномерно в зависимости от степени никотиновой зависимости (при степени никотиновой зависимости 7-8 баллов по 4 мг каждые 3 часа, а при никотиновой зависимости 4-6 - по 2 мг каждые 3 часа).

Базовая терапия снижается через 1-2 недели в зависимости от наличия симптомов отмены, влечения к табаку и физического состояния пациента. Например, прием 4 мг никотинсодержащего препарата можно оставить только в утренние часы, если пациент ранее курил сразу же после пробуждения, а также после еды



или вечером, остальной прием можно заменить на 2 мг. Максимальная длительность приема базовой терапии – 2-3 недели.

В дальнейшем пациенту рекомендуется переход на профилактический прием (второй компонент никотинзамещающей терапии).

Длительность никотинзамещающей терапии составляет 3-6 месяцев, в ряде случаев, при выраженном генерализованном влечении к табаку прием препаратов может быть продлен до 1 года.

Наличие инфаркта миокарда, гипертонической болезни, гиперфункции щитовидной железы является противопоказанием к назначению никотинзамещающей терапии.

Препараты этой группы представлены в разных формах: жевательные резинки (Никоретте), трансдермальные системы (пластыри), ингаляторы. При выборе препарата и его формы учитываются индивидуальные предпочтения пациента и суточный ритм курения. Например, применение препарата в форме жевательной резинки дает возможность гибкого регулирования дозы никотина, более быстрого достижения нужной концентрации никотина в крови. Трансдермальные системы обеспечивают постоянное медленное высвобождение никотина в течение всего срока действия пластыря. Ингаляторы способствуют более медленному всасыванию никотина из полости рта.

Помимо никотинсодержащих препаратов, в терапии зависимости от никотина (табака) используются *конкурентные ингибиторы Н-холинорецепторов*. К таким препаратам относятся препараты в таблетированной форме по 0,0015 г Цитизина (Табекс), Варениклин (Чампикс) в таблетках по 0,5 мг. Прием этих препаратов происходит с постепенным наращиванием их доз в течение 5-6 дней с целью плавного купирования нарастающих проявлений табачного абстинентного синдрома при отказе от курения. При достижении максимальных доз они сохраняются весь период терапии, и только в конце лечения происходит снижение доз. Длительность лечения этими препаратами составляет 2-12 недель.

7.2. Психотропные препараты

В настоящих клинических рекомендациях рассматривается применение психотропных препаратов только по тем показаниям, которые непосредственно имеют отношение к противорезидивному и поддерживающему этапам лечения. Использование психотропных препаратов при острых состояниях, неотложных состояниях, психоорганическом синдроме рассмотрены в соответствующих клинических рекомендациях.

7.2.1. Антидепрессанты

Применение антидепрессантов считается терапией выбора при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ, а также при коморбидной аффективной патологии неалкогольного генеза (табл. 12).

Таблица 12. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний антидепрессанты⁵

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Амитриптилин	Депрессии любой этиологии (из-за выраженности седативного эффекта особенно эффективен при тревожно-депрессивных состояниях); смешанные эмоциональные расстройства и нарушения поведения. Тревожно-депрессивные состояния, ажитация, собственно депрессивные проявления при АЗ и Н ^В . Комплексная терапия постабстинентных нарушений и диссомнических расстройств при АЗ, опиийной Н, зависимости от амфетаминов ^В	25-200 мг, средняя суточная доза 75-100 мг
Бупропион	Депрессии, в том числе у больных с зависимостью от табака	150-300 мг/сут
Венлафаксин	Депрессия (профилактика и лечение); депрессивные расстройства у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	75-225-375 мг Средняя суточная доза 75-225 мг
Дулоксетин	Депрессия, генерализованное тревожное расстройство; депрессивные расстройства у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	60-120 мг в день
Имипрамин	Депрессии и депрессивные состояния различной этиологии, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью. Астенодепрессивные состояния, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, бездеятельностью в структуре постабстинентных расстройств при опиийной зависимости ^В	25-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Кломипрамин	Депрессивные состояния различной этиологии; в комплексной терапии постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости, зависимости от амфетаминов, кокаина ^В	75-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Мапротилин	Депрессии и депрессивные нарушения настроения; постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	25-225 мг, средняя суточная доза 50-75 мг

⁵ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Миансерин	Депрессии различной этиологии; постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В . Диссомнические расстройства у больных с алкогольной зависимостью ^В	30-90 мг, оптимальная доза – 60 мг
Милнаципран	Депрессивные расстройства различной степени тяжести, в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	100-250 мг/сут
Миртазапин	Депрессивные состояния (в том числе ангедония, психомоторная заторможенность, бессонница, раннее пробуждение, снижение массы тела, потеря интереса к жизни, суицидальные мысли и лабильность аффекта), в том числе у больных синдромом зависимости ^В	15-30 мг/сут
Пипофезин	Депрессивные расстройства легкой и средней тяжести у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	50-200 мг, средняя суточная доза – 75-150 мг
Тразодон	Тревожно-депрессивные состояния эндогенной природы, на фоне органических заболеваний ЦНС, алкогольная депрессия; бензодиазепиновая зависимость; снижение патологического влечения к алкоголю. Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений при зависимости от опиатов, амфетаминов ^В ; диссомнические расстройства у наркологических больных ^В	50-600 мг, средняя суточная доза – 225-450 мг
Моклобемид ⁶	Депрессивные синдромы, социофобии, в том числе у больных с алкогольной и наркотической (опиатной, амфетаминовой) зависимостью ^В	300-600 мг, средняя суточная доза – до 600 мг
Пирлиндол	Депрессии различного генеза, преимущественно с психомоторной заторможенностью и астеническими расстройствами; с тревожно-депрессивным компонентом; в том числе у больных с алкогольной, опиатной и амфетаминовой зависимостью ^В	50-300 мг, средняя суточная доза – 50-150 мг
Пароксетин	Депрессия всех типов, включая реактивную, тревожную, тяжелую эндогенную; депрессивные состояния с преобладанием тревожной симптоматики у больных с алкогольной зависимостью ^В	10-60 мг, средняя суточная доза – 10-20 мг
Сертралин	Депрессии различной этиологии (лечение и профилактика); депрессивные состояния с преобладанием ипохондрической, obsessивно-фобической и тревожной симптоматики у больных с алкогольной, опиоидной и психостимуляторной зависимостью ^В	25-200 мг, средняя суточная доза – 25-150 мг

⁶ Препарат не используется широко в практике.

Флувоксамин	Депрессии различного генеза, обсессивно-компульсивные расстройства; депрессивные состояния с преобладанием ипохондрической, обсессивно-фобической и тревожной симптоматики у больных с алкогольной, опиоидной и психостимуляторной зависимостью ^В	50-200 мг, средняя суточная доза – 50-150 мг
Флуоксетин	Депрессии различного генеза, обсессивно-компульсивные расстройства, булимический невроз. Депрессивные, обсессивно-компульсивные расстройства у больных с алкогольной ^А , опиоидной и психостимуляторной зависимостью ^В	20 мг Максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Депрессии средней и тяжелой степени и предотвращение их рецидивов; депрессивные расстройства с преобладанием ипохондрической, обсессивно-фобической и тревожной симптоматики у больных с алкогольной, опиоидной и психостимуляторной зависимостью ^В	20 мг Максимальная доза – 40 мг
Эсциталопрам	См. Циталопрам	20 мг Максимальная доза – 40 мг

При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим седативным или сбалансированным действием. Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно, в частности амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, а затем переходить на пероральный прием.

В случае использования антидепрессантов имеется в виду, что чаще всего речь идет о купировании синдрома патологического влечения с депрессивной симптоматикой в его структуре. Другим показанием служит самостоятельная, т. е. коморбидная, психопатология депрессивного спектра. Дифференцировать эти состояния возможно лишь на основе строго синдромального подхода и при условии принципиального допущения такой возможности. Имеются, в частности, свидетельства того, что эффект редукции влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, подчас за 1-1,5 недели до того, как развивается их антидепрессивное действие. Иными словами, подавление патологического влечения к ПАВ может быть вполне самостоятельным их свойством наряду с основным – антидепрессивным.

Если депрессивная симптоматика в структуре синдрома патологического влечения тяжелая, то быстрый терапевтический эффект достигается при капельном внутривенном введении антидепрессантов: мелипрамина (150-200-300 мг в сутки), амитриптилина (75-100 мг в сутки), людиомила (до 80-100 мг). Всю суточную дозу вводят за один раз, медленно, в течение 1,5-2 часов.

Проводится от 1-2 до 7-10 таких процедур. Инфузии лучше проводить в вечернее время с антидепрессантами, обладающими седативным действием (амитриптилин, людиомил), в дневное время с антидепрессантами, обладающими



стимулирующим действием (имипрамин). Все манипуляции, связанные с *внутривенным введением* препаратов, в том числе и капельным методом, могут обострять влечение к ПАВ (поведенческий паттерн). Поэтому назначать их следует только при наличии строгих показаний (см. выше).

Антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости. Антидепрессанты, обладающие холинолитическими свойствами (трициклические, особенно амитриптилин), противопоказаны при наличии алкогольного абстинентного синдрома: их применение грозит развитием алкогольного делирия. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается группе СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, норадреналина), как лекарственным средствам с высокой безопасностью.

Таким образом, *показаниями к назначению* антидепрессантов в наркологической практике являются:

1. Аффективные (депрессивные – как правило, или маниакальные – как редко встречающееся явление) расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.
2. Коморбидные аффективные нарушения неалкогольного происхождения.

7.2.2. Антипсихотики

При обострениях первичного патологического влечения к ПАВ применяются *антипсихотики*.

В связи с тем, что эти препараты не свободны от нежелательного побочного действия, среди них при назначении больным алкоголизмом следует предпочесть те, которые в меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты. Используемые при наркологических расстройствах приведены в табл. 13.

При наркологических расстройствах *показаниями к назначению* антипсихотиков являются следующие.

1. Эмоционально насыщенные поведенческие и идеаторные расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ (психомоторное возбуждение, напряженный аффект).

2. Дефицитарные расстройства в виде слабости критики, противоречивости суждений о собственном пьянстве, неспособности разобраться в сложившейся ситуации, атонии и беспомощности мышления, неопределенности планов. Подобные нарушения служат показанием к назначению в малых и минимальных дозах пиперазиновых производных фенотиазина, оказывающих явный лечебный эффект.

3. Психопатоподобные расстройства, нарушения сна, психомоторное возбуждение, выраженная болевая симптоматика в структуре опийного абстинентного синдрома (ОАС).

4. Некоторые неотложные состояния (психотические расстройства в виде галлюцинозов, параноидов и пр.).

В настоящих клинических рекомендациях рассматриваются только те показания, которые непосредственно имеют отношение к противорецидивному и подерживающему этапам лечения. Использование антипсихотических препаратов

при абстинентных синдромах, неотложных состояниях рассмотрены в соответствующих протоколах.

Общими противопоказаниями к назначению антипсихотиков являются следующие:

1. Наркотическая или алкогольная интоксикация тяжелой степени (см. протокол по острой интоксикации). При интоксикации психостимуляторами и галлюциногенами, при психомоторном возбуждении, сопровождающемся галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, необходимо оценить показатель «вред-польза». Надо дать конкретные указания.

2. Любой вид сопора и комы, включая аментивные состояния при алкогольных психозах.

3. Тяжелые заболевания печени и почек.

4. Нарушения функции органов кроветворения.

5. Сердечно-сосудистая и легочная недостаточность.

6. Прогрессирующие системные заболевания головного и спинного мозга.

7. Лихорадочные состояния.

8. Антипсихотики с холинолитической активностью противопоказаны при закрытоугольной глаукоме и аденоме предстательной железы.

Таблица 13. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний антипсихотики ⁷

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Алимемазин	Седативное, анксиолитическое и снотворное действие при расстройствах настроения, генерализованном тревожном расстройстве, расстройствах вегетативной нервной системы, эмоционально-неустойчивом расстройстве личности, беспокойстве, возбуждении и других симптомах и признаках, относящихся к эмоциональному состоянию ^А , бессонница неорганической этиологии ^А ; в том числе у больных алкогольной ^А и наркотической ^В зависимостью	5-80 мг, 5-10мг – снотворная доза; 60-80 мг – анксиолитическая доза

⁷ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.



Галоперидол	Нарушения поведения, такие как агрессия, гиперактивность, психомоторное возбуждение ^А ; аффективные и психосоматические расстройства, сопровождающиеся возбуждением, расстройства поведения и изменения личности (параноидные, шизоидные и др.) ^А . Агрессионные и сверхценные (в т.ч. ипохондрические) расстройства при алкогольной зависимости и наркомании ^В	1,5-20 мг
Зуклопентик-сол	Состояния ажитации, повышенного беспокойства, враждебности или агрессивности, другие расстройства поведения ^А ; маниакальные состояния ^А ; в том числе у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью в структуре постабстинентных расстройств ^В	25-100 мг внутри 50-150 мг в/м
Кветиапин	Лечение маниакальных эпизодов, депрессивных эпизодов (от средних до выраженных) в структуре биполярного расстройства ^А ; депрессивные расстройства с нарушениями поведения у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией ^В	50-600 мг
Клозапин	Купирование психомоторного возбуждения ^А , снижение агрессии и асоциального поведения у больных с наркоманией ^В . Нарушения сна у зависимых от опиоидов ^В (<i>снотворное и седативное действие</i>)	12,5-100 мг средняя суточная доза
Левомепромазин	Психические расстройства, протекающие с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей ^А , в том числе у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	25-200 мг средняя суточная доза
Перициазин	Тревожное состояние, психомоторное возбуждение, агрессивное и опасное импульсивное поведение (в качестве доп. препарата), тяжелые поведенческие расстройства ^А , в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	3-30 мг
Перфеназин	Избирательное воздействие на симптомы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатией, апато-абулические состояния ^А , в том числе у больных с алкогольной зависимостью (дефицитарные расстройства мышления) ^С	8-30 мг
Рisperидон	Краткосрочное лечение непрекращающейся агрессии ^А ; расстройства поведения с агрессией у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией ^В	2-4 мг
Сульпирид	Тревожные состояния у взрослых, тяжелые нарушения поведения (ажитация) ^А ; в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	100-600 мг
Тиaприд	Купирование психомоторного возбуждения и агрессивности, особенно при хроническом алкоголизме, интенсивный болевой синдром, расстройства поведения с ажитацией и агрессивностью ^А	100-800 мг

Тиоридазин	Неврозы со страхом, тревогой, напряжением, возбуждением, подавленным настроением, нарушениями сна, навязчивостями ^А ; тяжелые нарушения поведения, сопровождающиеся агрессивностью, абстинентный синдром (токсикомания, алкоголизм) ^А ; психомоторное возбуждение различного генеза ^А ; умеренная или тяжелая депрессия у взрослых ^А ; в том числе у больных алкогольной и наркотической зависимостью ^В	50-150 мг
Трифлуоперазин	Психомоторное возбуждение ^А ; патологические мотивации, кататимные образования и установочные формы поведения у больных наркоманией (дефицитарные расстройства мышления, см. выше) ^В ; депрессивные и адинамические расстройства в постабстинентный период ^В	5-15 мг
Хлорпротиксен	Психомоторное возбуждение, тревога, ажитация ^А . абстинентный синдром при алкоголизме и наркоманиях ^А , раздражительность, возбуждение у пожилых, депрессивные состояния и психосоматические расстройства, бессонница, боли (в комбинации с анальгетиками) ^А ; в том числе у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	15-150 мг
Флупентиксол	Депрессии легкой и средней степени тяжести с астенией, тревогой, отсутствием инициативы ^А ; в том числе депрессивные расстройства у больных с алкогольной и наркотической зависимостью ^В	3-150 мг

Назначение антипсихотических препаратов производится в соответствии со следующими требованиями:

1 – наличие очевидных, т. е. наблюдаемых, а не предполагаемых признаков патологического влечения, выступающих в форме целого синдрома с его компонентами – аффективным, поведенческим, идеаторным и вегетативным. «Мишенью» является не болезнь, а конкретное состояние больного;

2 – динамическое наблюдение симптоматики влечения с «маневрированием» дозами препаратов (повышение, понижение, прекращение) – в соответствии с общими правилами психофармакотерапии;

3 – применение при возникновении побочных экстрапирамидных эффектов соответствующей терапии, в том числе корректоров;

4 – учет противопоказаний (признаки органической недостаточности головного мозга);

5 – контроль над состоянием крови;

6 – недопустимость «хронического» или профилактического без видимой терапевтической «мишени» лечения.

Большинство наркологических больных переносят терапию нейролептическими препаратами сравнительно хорошо. Это связано с назначением невысоких

или средних доз, необходимых для получения терапевтического результата. Кроме того, широкое внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков позволяет в значительной степени сократить количество и выраженность побочных эффектов и избежать осложнений. Чаще всего, побочные эффекты нейролептической терапии исчерпываются преходящей ригидностью мышц, невыраженным тремором, сухостью во рту.

7.2.3. Антиконвульсанты

Основными показаниями к назначению антиконвульсантов при лечении наркологических заболеваний являются:

1. Аффективные нарушения в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.
2. Резкие, без предвестников, аффективно насыщенные обострения патологического влечения к алкоголю, особенно в периоде интермиссии при полностью сформировавшихся истинных запоях (не «на фоне запоев», а в случаях их полной сформированности!).
3. Предотвращение развития эпилеприпадков при угрозе их возникновения (данные анамнеза).

Антиконвульсанты (в частности, карбамазепин, ламотриджин, вальпроевая кислота), как правило, применяются на этапе противорецидивной и стабилизирующей терапии с целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ (табл. 14). Они в рекомендованных дозах редко вызывают побочные эффекты, но существует возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь, то есть развития тех побочных эффектов, которые характерны для этой группы препаратов.

Таблица 14. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний антиконвульсанты⁸

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Карбамазепин	Комплексная терапия наркотической и алкогольной зависимости ^В ; дисфорические расстройства у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией ^В	100-600 мг

⁸ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Ламотриджин	Профилактика и лечение epileptiformных и аффективных нарушений в структуре влечения у больных с алкогольной зависимостью ^В	200 мг
Вальпроевая кислота	Профилактика и лечение epileptiformных и аффективных нарушений в структуре влечения у больных с алкогольной зависимостью; дисфорические расстройства у больных с синдромом зависимости	50-100 мг

7.2.4. Другие группы психотропных препаратов

Соли лития, несмотря на то что имеют прямые показания к использованию (алкоголизм (аффективные расстройства), некоторые формы лекарственной зависимости), в настоящее время практически не применяются в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов, поэтому в настоящем протоколе не рассматриваются.

Другие группы психотропных препаратов (транквилизаторы, снотворные) на этапе противорецидивной и стабилизационной терапии уже не используются (данные группы препаратов используются преимущественно на этапе острых нарушений), а применение ноотропных препаратов рассмотрено ниже.

7.3. Препараты для купирования соматоневрологических последствий употребления ПАВ

Ноотропная, гепатотропная и симптоматическая терапия обязательно используется на всех этапах терапевтического процесса.

7.3.1. Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы)

Использование ноотропных препаратов имеет несколько терапевтических мишеней при синдроме зависимости, они применяются на всех этапах терапевтического процесса (табл. 15):

1 – *купирование острых интоксикаций и абстинентных синдромов*. Ноотропные препараты используются в дополнение к проводимой дезинтоксикационной терапии (см. соответствующие протоколы);

2 – *купирование психозов*. Ноотропные препараты назначаются при пределириозных состояниях и делириях (см. соответствующие протоколы);

3 – *в постабстинентном периоде* отмечается *воздействие ноотропных препаратов на астенические и астенодепрессивные расстройства*: физическую и психическую утомляемость, быструю истощаемость, общую слабость, вялость, пониженный фон настроения с эмоциональной лабильностью, чувством апатии. Такие состояния развиваются, как правило, после тяжелого абстинентного синдрома и перенесенных психозов. Редукция вышеперечисленных расстройств отмечается уже на 3-4-е сутки применения ноотропной терапии, однако для закрепления достигнутых результатов необходимо под-



держивающее лечение еще в течение 2-3 недель, так как собственно ноотропный эффект развивается лишь ко 2-3-й неделе применения. Ноотропный эффект проявляется в улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам с ощущением бодрости, «готовности к работе», повышением работоспособности и переносимости физических и психических нагрузок. Коррекция функций памяти и внимания на этом этапе лечения (постабстинентный период, этап становления ремиссии) способствует преодолению алкогольной анозогнозии;

4 – в периоды длительного воздержания от ПАВ актуализация патологического влечения сопровождается различными аффективными нарушениями. Если в клинической картине преобладают расстройства астенодепрессивного круга, тоскливость, апатия, церебрастенические жалобы, то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропных препаратов, особенно в комплексе с другими психотропными средствами (см. выше);

5 – психоорганический синдром с признаками интеллектуально-мнестического снижения.

Как правило, невозможно бывает выделить какое-либо одно показание для назначения ноотропных препаратов, так как у конкретного больного можно видеть «смешение» симптоматики (то есть полиморфную клиническую картину). Например, проявления амнестического (психоорганического) синдрома могут наблюдаться уже на начальных этапах 2-й стадии синдрома зависимости, соответственно, эти проявления будут влиять на проявления синдрома патологического влечения; или астеническая симптоматика может проявляться после перенесенного абстинентного синдрома. Поэтому выделение таких показаний в большой степени условно. Для правильного использования ноотропных препаратов большее значение имеет понимание механизма их действия, который представлен ниже.

Клинически ноотропные препараты оказывают психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, а также повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства. Некоторые ноотропные препараты (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают седативными или транквилизирующими свойствами, но большинство лекарственных средств (ацефен, бемитил, пиритинол, пирацетам, аминалон) – психостимулирующими. Церебролизин обладает нейронспецифической активностью, аналогичной таковой естественных факторов нейронального роста, повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма в мозге, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге.

По преобладающим эффектам в спектре фармакотерапевтической активности ноотропные препараты могут быть разделены на три группы:

1. Препараты, оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции – пирацетам (ноотропил), оксирацетам, анирацетам, этирацетам, ацефен, клергил, пиритинол (энцефабол), карбацетам, нооглютил, этимизол, кортикотропин, вазопрессин.

2. Препараты, воздействующие на устойчивость мозга к повреждающим факторам – Аминалон (ГАМК, гаммалон, энцефалон), пантогам, фенибут.

3. Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение – циннаризин (стугерон), кавинтон (винпоцетин), винкамин (девинкан), пентоксифиллин (трентал).

Таблица 15. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний ноотропные препараты⁹

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Аминофенилмасляная кислота	Астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога ^А , в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	750-1500 мг/сут
Винпоцетин	Уменьшение выраженности неврологических и психических симптомов при различных формах недостаточности кровообращения головного мозга ^А , сосудистая деменция; вертебробазилярная недостаточность; атеросклероз сосудов головного мозга; посттравматическая и гипертоническая энцефалопатия ^А	5-10 мг 3 раза в сутки
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии ^А , полиневриты, слабоумие ^В	Средняя суточная доза 3000-3750 мг
Глицин	Стрессовые состояния, психоэмоциональное напряжение, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, неврозы, неврозоподобные состояния, вегетососудистая дистония, последствия нейроинфекций и черепно-мозговой травмы, различных форм энцефалопатий, в т.ч. алкогольного генеза, нарушения сна. Для повышения умственной работоспособности, в т.ч. подросткам с девиантным поведением	200-300 мг в день

⁹ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточные доказательства в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Гопантенвая кислота	Когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах ^А ; психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, для улучшения концентрации внимания и запоминания ^А	1500-3000 мг в день
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Лечение хронического алкоголизма в комплексной терапии ^А	Разовая доза 20-50 мг Средняя суточная 40-300 мг
N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон	Заболевания ЦНС различного генеза, связанные с нарушениями обменных процессов в мозге, сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, психоорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями и апатико-абулическими явлениями ^А , хронический алкоголизм (с целью уменьшения явлений астении, депрессии, интеллектуально-мнестических нарушений) ^В	До 300 мг в сутки
Пирацетам	Симптоматическое лечение интеллектуально-мнестических нарушений при отсутствии установленного диагноза деменции ^А ; Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности ^А , патологическое влечение при алкогольной зависимости ^В	Разовая доза 400-1200 мг Средняя суточная 2400-3200 мг
Пиритинол	Дисциркуляторная и посттравматическая энцефалопатии ^А , деменция различной этиологии ^А в комплексной терапии снижения умственной работоспособности ^А ; цереброастенический синдром ^А ; экзогенные интоксикации ^А , алкогольная энцефалопатия ^В	Средняя суточная доза 200-600 мг
Церебролизин	Синдром деменции различного генеза ^А ; алкогольная энцефалопатия ^В	Только парентерально: в/м 1-5 мл, в/в 10-60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель

7.3.2. Гепатотропные препараты и антиоксиданты

Гепатотропные препараты включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процес-

са. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при различных видах зависимости нет.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал), α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин-L-аспарат (Гепа-Мерц).

Из препаратов с антиоксидантной и гепатопротективной активностью используются: α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, этилметилгидроксипиридина сукцинат.

α -липоевая кислота (тиоктовая кислота) существует в двух формах – парентеральной и пероральной. Парентеральное применение α -липоевой кислоты показано в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в дозе 600 мг (24 мл на 400 мл физ. р-ра), так как обладает детоксикационным действием. Для терапии алкогольных поражений печени и алкогольной полинейропатии препарат назначают в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксила: в ААС – по 300 мг (5 мл) внутривенно капельно в 0,9% растворе натрия хлорида; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки.

Этилметилгидроксипиридина сукцинат в комплексной терапии алкогольной зависимости более эффективно влияет на редукцию синдрома патологического влечения – аффективные и идеаторные расстройства, обладает стресспротективным и мембранопротективным свойствами, а также антиоксидантной активностью. Применяется парентерально (внутримышечно и внутривенно) и внутрь. Начальная доза составляет 50-100 мг 1-3 раза в сутки. Максимальная доза может достигать до 800 мг. Продолжительность курса должна составлять не менее 2 месяцев (табл. 16).

Таблица 16. Гепатотропные препараты и антиоксиданты, рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Адеметионин	Внутрипеченочный холестаз, поражения печени: токсические, включая алкогольные; цирротические и прецирротические состояния; энцефалопатия, в т.ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.) ^А	Внутрь, в/м или в/в 400–1600 мг/сут По инструкции
Глицирризиновая кислота + фосфолипиды	Гепатиты и гепатозы различной этиологии ^А	4-12 капсул в день

L-орнитин-L-аспартат	Острые и хронические заболевания печени, сопровождающиеся гипераммониемией. Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная) ^А	Индивидуально; 600-900 мг/сут
Метадоксин	Комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии; хронический алкоголизм ^А	Индивидуально; 300-1000 мг/сут
Тиоктовая кислота	Жировая дистрофия печени, цирроз печени, хронический гепатит, алкогольная полинейропатия ^А	Парентерально, внутрь 300 и 600 мг
Урсодезоксихолиевая кислота	Алкогольная болезнь печени ^А	Индивидуально; средняя доза 8-10 мг/кг в сутки
Этилметилгидроксипиредина сукцинат	Невротические и неврозоподобные расстройства с проявлением тревоги, страха, эмоционального напряжения; расстройства памяти и внимания, нарушение умственной работоспособности ^А	Индивидуально; 50-400 мг/сут

7.4. Некоторые особенности терапии психических расстройств, коморбидных синдрому зависимости

Следует уточнить, что коморбидной считается только такая психическая патология, которая нозологически самостоятельна и имеется у больных с синдромом зависимости наряду с основным заболеванием, т. е. параллельно с ним. Здесь легко допустить ошибку и принять клинические проявления синдрома зависимости за признаки коморбидного заболевания.

7.4.1. Сочетание с шизофренией

Особенности клиники

Данный вопрос освещен на примере алкогольной зависимости в связи с тем, что эта проблема наиболее полно освещена в научной литературе.

Существует два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Имеется достаточное число наблюдений, свидетельствующих о том, что «продуктивная» симптоматика алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром) оказывается в значительной мере стертой. Это выражается в отсутствии «напора» в проявлениях влечения: нет предприимчивости, изобретательности, аргументации, эмоциональной заряженности, сопротивления терапии, активных поисков спиртного; больные пассивно подчиняются режиму, сохраняют ровное настроение, невозмутимо отрицают желание выпить. То же относится и к абстинентному синдрому, который ограничивается астеническими, апатическими, субдепрессивными и ипохондрическими

расстройствами, иногда с признаками беспокойства и тревоги, но без назойливости, жалоб и просьб. «Негативная» же симптоматика алкоголизма (алкогольная деградация), наоборот, развивается очень быстро, приобретая черты опущенности, тупого безразличия к судьбе и к окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к немедленному возобновлению пьянства при первой возможности и малейшем поводе. В целом, течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку оно характеризуется малой курабельностью и крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. Это впечатление усиливается особенностями алкогольного опьянения: в его картине – параноидность, импульсивные поступки, стереотипии, дурашливость и другие формы нелепого поведения, что вызывает негативную реакцию окружающих и ускоряет повторную госпитализацию. С другой стороны, у больных шизофренией нередко наблюдаются спонтанные длительные ремиссии алкоголизма, что совпадает либо с обострением галлюцинаторно-бредовых расстройств, либо с развитием глубокого шизофренического дефекта.

Второй аспект проблемы – это влияние алкоголизма на шизофрению. Оно также неоднозначно, но в общем противоположно тому, что было сказано о влиянии шизофрении на алкоголизм. При всех формах шизофрении алкоголизм вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ускоряет рецидивирование болезни, учащает стационарирование больных. Психопатологические нарушения нередко приобретают атипичный для шизофрении характер: конкретность, предметность, появляются физический оттенок синдрома Кандинского – Клерамбо, истинный вербальный галлюциноз, зрительные галлюцинации, делириозные переживания. Отмечаются смягчение, «размывание» шизофренического дефекта – за счет большей общительности, живости, активности, откликаемости пациентов, что больным шизофренией, не сочетающейся с алкоголизмом, несвойственно.

Особый интерес представляет коморбидное сочетание алкоголизма с вялотекущей шизофренией. Отчасти это объясняется значительным внешним сходством психического облика многих больных алкоголизмом в поздних, запущенных стадиях заболевания с больными шизофренией без явных бредовых и галлюцинаторных расстройств.

Подходы к терапии

Лечение таких больных представляет крайне трудную задачу. Непосредственной целью лечения является максимальная стабилизация психического состояния с помощью психофармакологических препаратов и детоксикации с последующей реабилитацией и ресоциализацией. Возможности психотерапии здесь ограничены в силу противопоказаний к применению ряда методик (гипноз, межличностно-конфронтационные подходы и др.) и их низкой эффективности.

7.4.2. Сочетание с расстройствами личности

Особенности клиники

Зависимость у психопатических личностей характеризуется ранним началом систематического употребления и собственно болезни, более тяжелым нару-



шением социальных функций, слабостью и неустойчивостью трезвеннических установок и критики к болезни, частыми рецидивами, возбуждением, агрессией, суицидальным поведением в интоксикации.

Однако во многих случаях структура, выраженность и динамика основных синдромов заболевания у психопатических личностей не отличается особой тяжестью. Более того, она неотчетлива и не имеет завершенности. Но психопатическая симптоматика под влиянием употребления ПАВ резко усиливается, и эти больные, даже уже в I стадии, создают острейшие социальные проблемы и большие терапевтические трудности, что уже на столь раннем этапе приводит к лишению их родительских прав, к принудительному лечению и т. п.

Неблагоприятное развитие преморбидной личностной патологии в динамике болезни происходит по-разному, в зависимости от особенностей психопатических черт. В частности, у возбудимых личностей в структуре синдрома патологического влечения преобладает поведенческий компонент с агрессивностью, брутальностью и эксплозивностью. У неустойчивых личностей утрируются черты лживости, беспринципности, отсутствия чувства долга.

У больных астенического круга первичное патологическое влечение зачастую имеет характер навязчивости, в динамике заболевания оно преобладает над его вторичными формами, что обуславливает тенденцию к постоянному типу злоупотребления ПАВ, а характер эйфории со временем меняется и начинает преобладать возбужденно-раздражительный или эксплозивный вариант.

При всех вариантах психопатических расстройств под влиянием хронической алкогольной интоксикации происходит усугубление характерных для них признаков психического инфантилизма, что резко затрудняет лечебную работу с больными.

Подходы к терапии

Общий профиль взаимоотношений личностной патологии и зависимости в рамках коморбидности имеет характер «порочного круга». Разрывать порочный круг взаимного утяжеления психопатии и алкоголизма следует путем активной и комплексной терапии с максимальной индивидуализацией, коррекцией поведения, подавлением патологического влечения к алкоголю, с привлечением значимых лиц из ближайшего окружения больного, которые должны помочь осуществлению лечения в полном объеме.

Тем не менее очень нередко устранение одних лишь сугубо «алкогольных» расстройств (абстинентные, неврастеноподобные, влечение к ПАВ) приводит к заметной нормализации поведения и к установлению сотрудничества больного с врачом.

7.4.3. Сочетание с эпилепсией

Особенности клиники

Рассматриваемая коморбидная патология более характерна для алкогольной зависимости. Эпилептические припадки находятся в тесных патогенетических взаимоотношениях с алкоголизмом. Особенно близка их связь с ААС. Об этом

свидетельствует тот факт, что 85% всех случаев эпилептических припадков у больных алкоголизмом наблюдается при ААС. Они отмечаются почти у 50% больных белой горячкой – в дебюте или на высоте психоза, являясь свидетельством тяжелого течения этого заболевания. Гораздо реже бывают припадки во время алкогольного опьянения, в основном при тяжелых запоях, близких к завершению, когда нарастают интоксикационные расстройства. Все подобные случаи объединяются под названием «алкогольная эпилепсия».

Отличительными особенностями алкогольной эпилепсии являются возникновение ее на поздних этапах алкоголизма (конец II стадии – переход к III стадии), наличие прямой связи с алкогольной интоксикацией (в период ремиссии алкоголизма припадки прекращаются) и развитие психической деградации по алкогольному, а не по эпилептическому типу.

Другой вариант наличия эпилептических припадков у больных алкоголизмом – это комбинация алкоголизма с генуинной эпилепсией. Здесь роль алкоголизма заключается в обострении и утяжелении симптоматики эпилептической болезни, что особенно заметно при ее первоначально доброкачественном течении. В этих случаях эпилептические припадки изредка возникают и в периоды трезвости, но при злоупотреблении алкоголем, особенно после запоев, резко учащаются; abortивные и неразвернутые формы припадков замещаются большими, иногда серийными, вплоть до эпилептического статуса. В клинической картине большое место начинают занимать дисфорические состояния (последние относятся не только к эпилептическим расстройствам, но и к типичным проявлениям патологического влечения к алкоголю и потому отличаются большей устойчивостью, преобладанием депрессивной окраски). Психическая деградация формируется по эпилептическому типу, однако в ее структуре более выражены не торпидность, а взрывчатость и брутальность.

Алкоголизм у больных генуинной эпилепсией обычно характеризуется тяжелым течением, отличаясь быстрым формированием, большой силой патологического влечения к алкоголю, запойным типом злоупотребления спиртным и измененными формами алкогольного опьянения (возбуждение, агрессия, амнезия). Возможно и относительно благоприятное течение алкоголизма – с длительными ремиссиями (в этих случаях больные занимаются хозяйством, накопительством, заботятся о здоровье, преследуют другие «приземленные» интересы).

Наконец, еще один вариант сочетания алкоголизма с эпилептическими припадками – это наличие того и другого у больных с органическими, чаще всего травматическими, поражениями головного мозга. Характерная для травматической эпилепсии регрессиентность заболевания в случае присоединения алкоголизма утрачивается, сменяясь учащением припадков и их психических эквивалентов, особенно дисфорических состояний. Алкоголизм в этих случаях отличается очень быстрым формированием (1-2 года после начала систематического злоупотребления спиртным), низкой толерантностью к алкоголю, церебральными расстройствами в структуре абстинентного синдрома (головная боль, головокружение, рвота, судороги мышц конечностей, парестезии), агрессивным и суици-

дальным поведением в опьянении, наличием амнестических форм опьянения, преобладанием запойного типа пьянства.

Подходы к терапии

В первом случае решающее значение имеет лечение основного заболевания – алкоголизма. Формирование стойкой длительной ремиссии позволит избежать утяжеления и алкогольной эпилепсии. Во втором случае обязательно подбирается противозепилептическая терапия, однако ее длительный прием возможен только при условии воздержания больного от употребления алкоголя. В третьем случае пристальное внимание уделяется возможностям восстановительной терапии.

7.4.4. Сочетание с травматической болезнью головного мозга

Особенности клиники

Данный вариант коморбидности синдрома зависимости характеризуется, во-первых, большой численностью таких больных (высокий уровень травматизма особенно у больных алкоголизмом – твердо установленный факт), а во-вторых, взаимным утяжелением сочетающихся заболеваний. Зависимость у больных, перенесших в прошлом травмы головы, отличается большой скоростью формирования, высоким риском суицидальных действий и развития психозов (в т.ч. алкогольных).

При оценке клинических особенностей синдрома зависимости, сочетающегося с прошлой травмой головы, нельзя ограничиваться одним лишь анамнестическим фактом получения травмы головы. Без установления симптоматики травматической болезни (головные боли, головокружения, истощаемость, эмоциональная неустойчивость и другие неврастено- и психопатоподобные расстройства) данные анамнеза становятся всего лишь биографическим фактом. На примере алкогольной зависимости установлено, что тяжесть травматического поражения мозга положительно коррелирует с прогрессивностью алкоголизма – ускоряется формирование абстинентного синдрома и запоев, преобладают тяжелые формы алкогольного абстинентного синдрома.

Подходы к терапии

Дополнительные возможности лечения включают, помимо подробно вышеописанной программы терапии, применение комплекса средств, направленных на устранение остаточных явлений травмы головы, что необходимо для создания предпосылок к формированию трезвеннических установок.

7.4.5. Сочетание с посттравматическим стрессовым расстройством

Особенности клиники

Посттравматический стрессовый синдром, или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), – комплекс психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными ситуациями (напр., войны, катастрофы). Согласно классификатору МКБ-10, эта патология входит в рубрику «F43 Реакция на тяжелый

стресс и нарушения адаптации» раздела «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)».

Наиболее заметными клиническими особенностями синдрома зависимости, развившегося при существующем ПТСР, принято считать высокую скорость формирования аддиктивной симптоматики (синдром патологического влечения к ПАВ) в сочетании с тяжелыми токсикогенными последствиями.

Злоупотребление ПАВ у этой категории пациентов в силу обстоятельств начинается в молодом возрасте (в среднем в 21 год), как правило, имеет постоянную форму, сопровождается потреблением ПАВ в высоких дозах. Интоксикация зачастую имеет свои особенности, протекает с эксплозивностью, оглушенностью, амнезиями или наплывами воспоминаний о психотравмирующих обстоятельствах; у 1/5 части больных отмечается параноидная настроенность. Патологическое влечение у больных отличается высокой интенсивностью и тотальным охватом личности. Синдром отмены имеет затяжной характер течения. В структуре его психопатологического компонента преобладают аффективные расстройства, спектр которых соотносится с осевой симптоматикой ПТСР; нередки вспышки агрессии по отношению к родным и близким, суицидальные попытки. Токсикогенные последствия значительны, а деградация выражена.

Подходы к терапии

Лечение коморбидных больных этой группы проводится с учетом психопатологического своеобразия коморбидной патологии. Так, сочетание дисфорических и поведенческих расстройств труднее поддается психофармакотерапевтической коррекции и является прогностически менее благоприятным фактором по сравнению с сочетанием депрессивных расстройств и идеаторного компонента ПАВ. Помимо этого, важным фактором стабильности ремиссии является длительная постоянная противорецидивная терапия. Проведение психотерапии занимает важное место в программе комплексной терапии, она должна включать проработку патогенных реакций утраты, горя, задержанных эмоций.

7.4.6. Сочетание с неврозами

Особенности клиники

Диапазон стрессорных влияний на психическую сферу простирается от семейно-бытовых психотравмирующих обстоятельств и производственных конфликтов до социально-стрессовых расстройств, обусловленных глобальными переменами общественных отношений в масштабах государства. Принимая протрагированный характер, эти неблагоприятные воздействия вызывают разного рода невротические, или психогенные, расстройства (шифр МКБ-10 – «F43.2 Расстройство приспособительных реакций» в рубрике «F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации»), способствующие развитию синдрома зависимости. Наиболее часто встречается сочетание неврозов с алкоголизмом, поэтому ниже рассмотрена симптоматика сочетания алкоголизма с невротическими расстройствами.



Основные критерии невроза: а) начало заболевания связано с психотравмой, содержание психотравмы отражается в болезненных переживаниях, заболевание прекращается или ослабевает после разрешения психотравмирующей ситуации. Согласно имеющимся данным, различные психопатологические симптомы развиваются у 50-80% лиц, перенесших тяжелый стресс, и более чем у половины из таких пациентов диагностируются признаки зависимости от алкоголя. Алкоголизм, развившийся на фоне невроза, отличается злокачественностью – высокой скоростью формирования и тяжестью течения. Этап систематического злоупотребления алкоголем в сравнении с большими алкоголизмом без невротических расстройств обычно значительно укорочен. Патологическое влечение к алкоголю чаще всего выступает в парциальной форме (навязчивое или фобическое) и имеет характер осознанного желания употребить алкоголь с целью смягчить остроту переживаний. Весьма характерно для таких пациентов злоупотребление алкоголем в одиночку. Суточная переносимость алкоголя высокая (до 1,5-2,0 л водки), поскольку его эйфоризирующее действие резко ослаблено. В результате у больных быстро утрачивается количественный контроль и опьянение часто достигает тяжелой степени. Одновременно возникают измененные формы опьянения в виде депрессивного, дисфорического или параноидного вариантов, с фиксацией размышлений больных на психотравмирующей ситуации. Высокая прогрессивность алкоголизма, коморбидного неврозам, кроме того, проявляется в ускоренном формировании синдрома отмены (2-4 года от начала систематического злоупотребления). Его клиническая структура обычно полиморфна, однако психопатологические расстройства – депрессивные, тревожно-фобические – поначалу явно преобладают. С увеличением давности болезни и накоплением токсических эффектов алкоголя в абстинентной симптоматике закономерно нарастает доля соматоневрологических и церебральных нарушений. Форма злоупотребления алкоголем у большинства таких пациентов тяготеет к постоянной.

Подходы к терапии

Эффективные лечебные программы для больных алкоголизмом, развившимся на фоне невротических расстройств, помимо лечения алкоголизма (детоксикация, купирование ПВА, восстановительное лечение), должны строиться с учетом мероприятий, направленных на возможное устранение самой психотравмирующей ситуации, и широкого использования психофармакотерапии и психотерапии, состав и доля которых определяются конкретной клинической ситуацией.

7.4.7. Сочетание с депрессией

Особенности клиники

Данный вопрос освещен на примере алкогольной зависимости в связи с тем, что эта проблема наиболее полно освещена в научной литературе.

Данные зарубежных и российских исследований, касающихся взаимоотношений между депрессией и алкоголизмом, противоречивы. Большинство из них свидетельствуют о более тяжелом течении алкоголизма, если он сочетается с де-

прессией. В частности, с депрессией связывают более частые рецидивы алкоголизма, увеличение потребления алкоголя, учащение госпитализаций и удлинение их сроков. С другой стороны, есть мнение, что депрессия никак не влияет на течение алкоголизма.

Эти разногласия подкрепляют точку зрения о существовании двух разных типов депрессивных состояний у больных алкоголизмом – синдромально обособленной депрессии эндогенного типа и атипичных полиморфных депрессивных состояний, входящих в качестве компонента в структуру основных синдромов алкоголизма. В первом случае наличие депрессии сопровождается угнетением всевозможных витальных (инстинктивных) влечений – пищевого, полового и др., – которое распространяется и на патологическое влечение к алкоголю; при этом, как правило, рецидивы алкоголизма не возникают, а потребление алкоголя не приносит облегчения и даже ухудшает настроение. Когда же депрессия проходит и настроение улучшается, часто возобновляется злоупотребление алкоголем.

Если же депрессивное состояние является составной частью синдрома патологического влечения к алкоголю либо протрагированного абстинентного синдрома, оно естественным образом ведет к злоупотреблению алкоголем и рецидиву алкоголизма.

Подходы к терапии

Все это лишний раз показывает, как важна правильная синдромальная оценка депрессивных состояний у больных алкоголизмом; отсутствие ее приводит к разногласиям и путанице во мнениях о роли и месте депрессий в клинике и принципиальным образом влияет на подбор терапии. В первом случае терапия должна быть направлена на купирование депрессивного синдрома как такового; во втором случае – на купирование синдрома патологического влечения.

7.5. Осложнения и побочные эффекты терапии

Осложнения и побочные эффекты терапии связаны:

- с развитием побочных эффектов/осложнений назначаемых лекарственных средств;
- с превышением терапевтической дозы препарата;
- с неверно подобранной длительностью терапии;
- с игнорированием перекрестной толерантности ПАВ и лекарственных средств.

Некоторые из наиболее часто встречающихся осложнений терапии приведены в табл. 17-22.

Таблица 17. Лекарственные взаимодействия нейролептиков

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Нейролептик	Транквилизатор Нормотимик Антидепрессант Гипнотик	Взаимное потенцирование действия, усиление угнетающего действия на ЦНС



	ТЦА	Повышение <i>C</i> нейролептика (на 1/3) и антидепрессанта в крови
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> нейролептика в крови, снижение его терапевтического действия
	нИМАО	Замедление метаболизма, усиление основного действия и побочных эффектов нейролептика. Сочетанное назначение не рекомендовано
	Тетурам, парацетамол, фуразолидон	Замедление биотрансформации фенотиазинов, повышение их <i>C</i> в крови, усиление основного и побочного действия нейролептиков
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: C – концентрация, ТЦА – трициклические антидепрессанты; нИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы.

Таблица 18. Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Антидепрессант гетероциклической структуры	Транквилизатор Нейролептик	Замедление метаболизма, повышение <i>C</i> в крови. Усиление седативного, потенцирование холинергического эффектов
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> антидепрессанта в крови, снижение терапевтического действия
	Ноотропы	Усиление тимоаналептического эффекта, снижение побочных эффектов
	Витамин В ₆	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: C – концентрация.

Таблица 19. Лекарственные взаимодействия СИОЗС

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
СИОЗС	СИОЗС	Не рекомендовано
	нИМАО/оИМАО	Не рекомендовано
	Фенобарбитал, карбамазепин	Усиление метаболизма, снижение <i>C</i> в крови, снижение терапевтического эффекта
	ТЦА	Рекомендовано в низких дозах

Примечание: C – концентрация; нИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы; оИМАО – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы.

Таблица 20. Лекарственные взаимодействия ИМАО

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
ИМАО	Транквилизатор Нейролептик	Резкое угнетение метаболизма, накопление и повышение <i>C</i> в крови. Выраженные побочные эффекты. Сочетание не рекомендовано
	Карбамазепин	Развитие побочных эффектов. Сочетание не рекомендовано
	СИОЗС	Серотониновая гиперстимуляция, серотониновый синдром. Сочетание не рекомендовано
	ТЦА	Гипертонический криз. Сочетание не рекомендовано
	Некоторые продукты питания	Тираминовые (сырные) реакции
	Наркотические анальгетики, центральные анестетики, барбитураты, алкоголь	Гипотония, угнетение дыхания, тяжелые расстройства сознания

Примечание: C – концентрация; СИОЗС – специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант.

Таблица 21. Лекарственные взаимодействия антиконвульсантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Карбамазепин	Барбитураты	Усиление метаболизма карбамазепина
	ТЦА/СИОЗС	Усиление метаболизма антидепрессантов, снижение их <i>C</i> в крови. Замедление метаболизма карбамазепина, повышение его <i>C</i> в крови
	Галоперидол	Усиление метаболизма галоперидола, снижение <i>C</i> в крови с ослаблением действия

Примечание: C – концентрация; СИОЗС – специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант.

Таблица 22. Взаимодействие дисульфирама с некоторыми ЛС

Лекарственное средство	Взаимодействие	Комментарии
Алкоголь или алкоголь-содержащие препараты (такие как сиропы, эликсиры, тоники)	Повышение чувствительности к алкоголю вплоть до развития дисульфирам-алкогольной реакции	Противопоказание к использованию
Амитриптилин	Усиление алкоголь-дисульфирам-реакции	



Барбитураты	Влияние барбитуратов на печеночный метаболизм может привести к увеличению в крови концентрации барбитуратов и повышению их токсических эффектов	
Кофеин	Снижение общего клиренса и повышение периода полувыведения кофеина, возможно, является результатом ингибирования печеночных ферментов	Клиническое значение не установлено
Изониазид	Возможны поведенческие расстройства, изменения психического состояния, психотические реакции, нарушения координации движений или неустойчивая походка	Избегать совместного использования. Если такие признаки появляются, необходимо прекратить прием Дисульфирама
Метронидазол	Острые психозы и спутанность сознания	Совместное применение противопоказано
Фенитоин (дифенин) и родственные соединения	Ингибирование метаболизма фенитоина в печени может привести к интоксикации фенитоином	Совместное использование с осторожностью. Необходимо определять концентрацию фенитоина в крови в процессе терапии Дисульфирамом, при необходимости изменить дозу фенитоина

8. Физиотерапевтические методы лечения

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в условиях стационарного лечения, назначаются по показаниям, после консультации врача-физиотерапевта. Минимальный перечень физиотерапевтических процедур при лечении наркологических расстройств представлен в табл. 23.

Таблица 23. Методы физиотерапии, использующиеся при лечении наркологических расстройств (в соответствии со Стандартом специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением ПАВ)

1	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	Электросон
8	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты
9	Воздействие переменным магнитным полем

9. Психотерапия

Психотерапия является важной и неотъемлемой частью любой терапевтической программы при синдроме зависимости. Эффективность медикаментозной терапии существенно повышается при сочетании с психотерапевтическими интервенциями.

Психотерапия проводится врачом-психотерапевтом, врачом психиатром-наркологом, клиническим психологом под руководством врача-психотерапевта.

В организации и проведении психотерапевтических мероприятий участвуют также специалисты по социальной работе, социальные работники под руководством врача психотерапевта. В табл. 24 приведены медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики.

Таблица 24. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Содержание медицинской услуги
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни
Психологическое консультирование <ul style="list-style-type: none">• Индивидуальное психологическое консультирование• Групповое психологическое консультирование• Семейное психологическое консультирование	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены, т. к. наличие зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене. Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы

<p>Психологическая коррекция</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная психологическая коррекция • Групповая психологическая коррекция 	<p>Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия, а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе</p>
<p>Трудотерапия</p>	<p>Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации</p>
<p>Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе</p>



Арт-терапия	Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента ^с . Применяется у пациентов с выраженной алекситемией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций
Социально-реабилитационная работа	Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала
Аутогенная тренировка	Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах

Психотерапия является важной и неотъемлемой частью любой терапевтической программы при синдроме зависимости. Эффективность медикаментозной терапии существенно повышается при сочетании с психотерапевтическими интервенциями. Психотерапия проводится врачом-психотерапевтом, врачом психиатром-наркологом, клиническим психологом под наблюдением врача-психотерапевта.

Задачи психотерапии: мотивирование больного на лечение, на прием медикаментозной терапии, отказ от приема ПАВ, продолжение лечения, медицинскую и медико-социальную реабилитацию.

Тактика терапии: проведение психотерапевтического лечения в комплексе с медикаментозным. **При проведении психотерапии не допускается противопоп-**

ставление психотерапевтического и психофармакологического лечения. Наиболее оптимально использовать комплексные программы, сочетающие фармакотерапию и психотерапию.

Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни стационарного больного или амбулаторной карте. Специалист, проводящий психотерапию (далее – психотерапевт), фиксирует и описывает психический статус пациента и актуальные проблемы пациента, которые будут являться предметом работы на данной психотерапевтической сессии. В дальнейшем в указанной медицинской документации необходимо отразить динамику состояния пациента в процессе психотерапии и в конце проведенного лечения.

Критерии эффективности психотерапии:

- удовлетворенность пациента решением поставленных проблем,
- улучшение психического статуса,
- сформированная мотивация на отказ от приема ПАВ.

При проведении психотерапии необходимо детально оценить индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия у каждого пациента. Это дает возможность для более обоснованного выбора адекватных психотерапевтических методов. Все психотерапевтические методы с установленной эффективностью обладают лечебным потенциалом, но включение в лечебную программу как можно большего числа методов или даже всех возможных не является целесообразным. Одним из важных факторов при выборе методов является способность пациента принять ту или иную психотерапевтическую концепцию. Эффективность того или иного метода психотерапии зависит от индивидуальных возможностей и характеристик пациента: образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутриличностный темп психических процессов.

При проведении психотерапии учитывается ряд факторов: нозологические, симптоматические, личностные особенности пациента, поэтому психотерапевт выделяет мишени психотерапии, на которые будет направлено психотерапевтическое воздействие. Под **психотерапевтической мишенью** понимается проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемым психотерапевтом клинико-психотерапевтический, патопсихологический и психопатологический феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью психотерапевтического воздействия, поскольку способствует выздоровлению (клиническому улучшению).

Типология психотерапевтических мишеней

1. *Нозоспецифичные психотерапевтические мишени* (психотерапевтические мишени нозологической специфики – феномены, описываемые языком клинической семиотики и специфичные для конкретного заболевания (расстройства или сходной группы расстройств).

2. *Мишени, специфичные для личности пациента* (связаны с факторами психотерапевтического процесса – феноменами, которые продуцируются участниками взаимодействия и каким-либо образом влияют на процесс, но не являются



при этом объектами целенаправленного изменения, например, межличностный конфликт, зависимые и созависимые отношения).

3. *Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса* (имеют отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода и описывают специфику построения психотерапевтических отношений, качество и специфику психотерапевтического контакта).

4. *Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации* (например: уровень психологической грамотности, наличие актуальной психотравмирующей ситуации, кризис в семье пациента, увольнение с работы).

5. *Мишени, специфичные для психотерапевтического метода* (описываются в терминах используемой психотерапевтом этиологической (объяснительной) теории при описании мишеней психотерапии [интрапсихический конфликт, сценарий жизни, психологическая игра и т.д.]).

Основные мишени психотерапии наркологических больных:

Нозоспецифичные мишени:

- патологическое влечение к ПАВ (способность распознавать мотивацию приема ПАВ, включая собственно патологическое влечение, его симптомы и проявления той «первичной, бессознательной» мотивации больных, которая лежит в основе патогенеза зависимости и тесно связана с патологией личности);

- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни;
- личностные дисфункции больного (расстройства личности).

Мишени, специфичные для личности пациента, и мишени, специфичные для психотерапевтического процесса:

- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения самооценки больного;
- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;
- нарушения способности установления контакта (в рамках терапевтических отношений или терапевтического альянса – особый тип доверительных отношений, возникающий за счет работы над целями и задачами лечения, а также на основе эмпатической связи между пациентом и врачом, эффективность которого в лечении аддикций доказана рядом качественных исследований), в том числе способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- внутриспсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;
- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» у больного.

В табл. 25 представлены методы психотерапии, применяемые в наркологии.

Таблица 25. Методы психотерапии, применяемые в наркологии

Метод	Характеристика ^{степень доказательности}	Показания к применению
Мотивационное интервью	Цель-ориентированный метод совместного обсуждения проблемы изменений, в котором особое внимание уделяется ее словесному оформлению, для разрешения амбивалентности пациента в отношении лечения. Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов ^A	Показан к применению у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и низкой мотивацией и комплаенсом к лечению. Метод может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе от 4 до 12 человек. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Сюда относят: противоречивый тренинг, тренинг навыков (социальных навыков, навыков совладания со стрессом, навыков самоконтроля), тренинг принятия решений, поведенческий контракт (в том числе при лечении антабусом). Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов ^B	Показан к применению пациентам без выраженного интеллектуально-мнестического снижения. Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике. Рекомендуются от 6 до 15 психотерапевтических сессий

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Показания к применению
Комплаенс-психотерапия	Базируется на когнитивно-бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами ^A	Показан для пациентов с низким уровнем приверженности к лечению (комплаенса). Психотерапевтическая работа направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действий лекарств, способов лечения зависимости. Рекомендуется от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе)
Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу	В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией с помощью безусловного принятия пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста (Триада Роджерса).	Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий от 4 до 12. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом, в соответствии с концепцией данного метода

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Показания к применению
	<p>Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики^B. Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов</p>	
<p>Рациональная психотерапия</p>	<p>Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противорецидивным» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных^D</p>	<p>Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий</p>
<p>Гипно-суггестивная психотерапия (предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения)</p>	<p>Методы, основанные на внушении. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое состояние или состояние «транса» – расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса «мягкие» усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения необходимого терапевтического эффекта. Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом^C</p>	<p>Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Необходимо индивидуализировать формулы внушения и самовнушения в зависимости от особенностей каждого пациента. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий</p>



Метод	Характеристика ^{степень доказательности}	Показания к применению
Психодрама	Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама отражает действительные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. Она основывается на том, что исследование чувств, формирование новых отношений и образцов поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни, по сравнению с использованием вербализации. В психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников ^С	Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий
Групповая психотерапия	В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой ^В	При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Показания к применению
Психодинамическая психотерапия	<p>Психодинамическая психотерапия помогает пациенту понять глубокий личностный смысл алкогольной либо наркотической зависимости, позволяет сфокусировать его внимание на «ядерных темах конфликтных отношений» и постепенно, тем самым, дезактуализировать патологическое влечение к ПАВ. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ^B</p>	<p>Несмотря на то, что метод предполагает длительное, многолетнее лечение, у наркологических больных возможны и краткосрочные форматы от 7 до 20 психотерапевтических сессий</p>
Трансакционный анализ	<p>Трансакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения. Отдельные технологии трансакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э. Берну^C, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана^C, контрактные методики^A, антисуицидальный контракт^C, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности^B, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента^C. Многие технологии трансакционного анализа используются в программе «12 шагов»</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 4 до 20 психотерапевтических сессий</p>



Метод	Характеристика ^{степень доказательности}	Показания к применению
	общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном консультировании	
Семейная психотерапия	<p>Совокупность психотерапевтических подходов, основанных на убежденности в необходимости проведения диагностики и воздействия на наркологическое заболевание на уровне семьи как системы. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение.</p> <p>Семейная психотерапия применяется для (1) создания у пациента способностей и возможностей трезвой жизни; (2) снижения влияния заболевания на самого зависимого и членов его семьи (в том числе коррекции созависимого поведения).</p> <p>К семейной психотерапии относятся следующие подходы: поведенческая супружеская психотерапия, системная, многомерная, краткосрочная стратегическая психотерапия, краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии^A</p>	<p>Специалистам необходимо провести от 1 до 3 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.</p> <p>Формат семейной психотерапии будет зависеть от требований соответствующего направления семейной психотерапии и может быть как краткосрочным, так и долгосрочным</p>
Континуальная психотерапия	<p>Интегративный подход, включающий применение психотерапевтических манипулятивных и развивающих методов и приемов, имеющих взаимодополняющие мишени воздействия. Основан на принципе «континуальности» – развитии у пациента с синдромом зависимости «континуального» – целостного и непрерывного – образа «Я» путем интеграции аддиктивного и нормативного «Я» пациента, после соответствующей коррекции аддиктивной субличности.</p>	<p>Применяется в условиях стационара или терапевтического сообщества. Показана больным с синдромом алкогольной зависимости во второй или переходной, второй-третьей стадиях заболевания с периодическими формами злоупотребления алкоголем со средним или высшим образованием и выраженными субличностью.</p>

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Показания к применению
	<p>Основные техники: присоединение; техника «открытый финал»; выработка целей работы группы; конфронтационные техники; континуально-ролевое воспроизведение ситуации и состояния с последующим групповым анализом; континуально- организованный противоречивый тренинг или континуально-ролевой тренинг с воспроизведением наиболее опасных в плане рецидива ситуаций и состояний^C</p>	<p>Выздоровление обеспечивается за счет постоянной погруженности больного в процесс терапевтических изменений за счет особой непрерывной организации психотерапии путем комбинации различных форм психотерапии в режиме стационара (индивидуальная и групповая психотерапия, самостоятельные занятия, режим отделения, использование атмосферы терапевтического сообщества), что приобретает вид психотерапевтического марафона, когда пациент получает непрерывную активную психотерапию на протяжении всего курса лечения. Терапия включает 14 занятий по 2-2,5 часа ежедневно в течение 14 дней без перерыва на выходные. Перерывы и аритмичность не допускаются</p>
<p>Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии</p>	<p>Последовательность психотерапевтических интервенций, направленных на укрепление трех компонентов терапевтического альянса (ТА), мишенью которых является стимулирование комплаентного поведения пациента с опиоидной зависимостью на стационарном этапе. Метод позволяет намеренно усиливать компоненты ТА: (1) «Совместный с пациентом поиск цели изменения, который наиболее полно охватывает борьбу пациента с болью и фрустрацией»; (2) задачи, которые предполагают специфическую деятельность для достижения или усиления изменений, (3) и связь, которая выражается терминами симпатии, доверия, уважения друг к другу, чувством</p>	<p>На адаптационном этапе не менее 2 раз в неделю групповые сессии по 90 минут, и 3 раза в неделю – индивидуальные сессии по 45 минут</p>



Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Показания к применению
	общности обязательств, - с помощью набора психотерапевтических техник, создавая позитивное «напряжение» (интенсивность) во взаимодействии «врач-пациент», способствующее упрочению ТА ^B	
Группы само- и взаимопомощи	Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния ^B	Применение групп само- и взаимопомощи формирует терапию средой. Рекомендуется проводить встречи в формате групп само- и взаимопомощи в количестве от 8 до 12

Учитывая крайне нестабильную мотивацию на лечение и отказ от ПАВ наркологических больных, одним из основных методов психотерапии в наркологии должна являться мотивационная психотерапия и мотивационное интервью. Мотивационная психотерапия предназначена для работы с больными с зависимостью от ПАВ на разных этапах лечения заболевания, направлена на мотивирование пациента к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: психофармакотерапии, психотерапии, участия в программах медицинской и впоследствии социальной реабилитации.

Мотивационное интервью (МИ) является цель-ориентированным методом совместного обсуждения проблемы изменений, в котором особое внимание уделяется ее словесному оформлению, для разрешения амбивалентности пациента в отношении лечения. МИ предназначено для усиления собственной мотивации личности, обсуждения целей поведенческих изменений путем выявления и исследования аргументов пациента в пользу изменения. МИ всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема ПАВ через поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как потребность в трезвой жизни. МИ может сочетаться с любыми методами психотерапии, применяемыми в наркологии,

и осуществляться на разных этапах лечения наркологического больного. В зависимости от стадии готовности к изменениям согласно транстеоретической модели изменений (стадии готовности к изменениям – этапы, через которые проходит индивид в процессе изменения поведения, включают в себя 6 стадий), на которой в настоящий момент находится пациент, различаются цели мотивационного интервью и несколько изменяется набор используемых техник (табл. 26).

Таблица 26. Модификация целей мотивационной психотерапии в зависимости от стадии изменений

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	Цель мотивационного интервью
Стадия «предварительных размышлений»	Вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ Помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ через информирование
Стадия «размышления об изменениях»	Поддержать мысли о возможном изменении поведения Структурировать ожидаемые изменения
Стадия «принятие решений»	Помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия «действия»	Помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий
Стадия «поддержки»	Совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники
Стадия «срыв (рецидив)»	Уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва Подготовить пациента к возврату на стадию предварительных размышлений

При проведении **предметно-опосредованной психотерапии** («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А. Р. Довженко, В. Е. Рожнову) рекомендуется ее использование в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема ПАВ, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Недопустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

10. Школа для пациентов с синдромом зависимости

Рекомендуется использование Школы трезвости для пациентов с синдромом зависимости – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий алкоголизма или наркомании.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью (1) повысить уровень их информированности о собственном заболевании, его этиологии, течении, преморбидных факторах риска, факторах риска возникновения срывов (однократное употребление ПАВ в течение ремиссии, которое может и не привести к возникновению рецидива заболевания при своевременно принятых мерах) и рецидивов, методах лечения и реабилитации и практических навыках совладания с патологическим влечением, ситуациями риска возникновения срыва и рецидива, профилактику осложнений и повышение качества жизни; (2) сформировать у пациента желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения Школы трезвости рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также личные особенности слушателей (социально-демографические характеристики): более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т. д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставляются знания о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий. Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий.

Ведение школы для пациентов с синдромом зависимости относится к профилактической работе (табл. 27).

Таблица 27. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

Профилактическая работа	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога
	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников

11. Прогноз

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении всех этапов лечения – положительный.

**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению амнестического
синдрома, вызванного употреблением
психоактивных веществ**

Содержание

Коллектив авторов	127
Профильная группа экспертов	128
1. Методология	129
2. Определение и принципы диагностики	133
3. Этиология и патогенез амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ	135
4. Диагностика заболевания. Общие положения	136
5. Клиническая диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ	139
6. Медикаментозное лечение амнестического синдрома	141
6.1. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением	141
6.2. Препараты для восстановления интеллектуально-мнестических функций	143
6.3. Гепатотропные препараты и антиоксиданты	146
6.4. Витамины	148
7. Психотерапия	149
8. Школа для пациентов с амнестическим синдромом	153
9. Прогноз	154

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупницкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

***Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)***

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10 (табл. 3, 4).

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя
F11.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением опиоидов
F12.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением каннабиноидов
F13.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ
F14.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением кокаина
F15.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин
F16.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением галлюциногенов
F18.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей
F19.6	Амнестический синдром, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

Таблица 4. Диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ

Определение	<p>Амнестический синдром (далее – АС) – когнитивное расстройство, обусловленное злоупотреблением психоактивными веществами (далее – ПАВ) и характеризующееся доминированием снижения кратковременной памяти. Непосредственное запоминание обычно не нарушено.</p> <p>Развитие Корсаковского психоза, помимо вышеуказанного, обязательно сопровождается полиневритом конечностей.</p> <p>Включаются:</p> <ul style="list-style-type: none">- АС, обусловленный алкоголем или другим ПАВ;- амнестическое расстройство, обусловленное алкоголем или наркотиком;- корсаковский психоз или синдром, вызванный алкоголем или другим ПАВ или неуточненный. <p>Исключается:</p> <ul style="list-style-type: none">- неалкогольный и не вызванный другим ПАВ корсаковский психоз, или синдром (F04.-)
-------------	--

<p>Диагностические критерии</p>	<p>При использовании кодов АС (табл. 1) применяются следующие диагностические правила:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарушение памяти проявляется двумя признаками: нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки. • Сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта. • Корсаковский психоз диагностируется при сочетании когнитивных расстройств с полиневритами конечностей: нарушения чувствительности, ослабление или отсутствие (реже повышение) сухожильных рефлексов. • Отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков: помрачение сознания и расстройства внимания, как они определяются критерием А в F05.-; грубого интеллектуального снижения (деменции). Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза. • Отсутствие объективных данных: (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений в соответствии с критериями нарушений памяти, описанными выше
---------------------------------	---

3. Этиология и патогенез амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ

В основе патогенеза – нарушения структуры и функции клеток нервной ткани вследствие прямого токсического действия ПАВ (в случае с этанолом присоединяется его опосредованное влияние через токсические эффекты ацетальдегида) на клеточные мембраны, синтез белка и энергетические процессы в митохондриях.

Возникают метаболические нарушения (ацидоз, накопление кетоновых тел и др.), что ведет к множеству вторичных изменений на клеточном и органном уровнях.

Помимо прямого токсического действия ПАВ, существенная роль придается дефициту тиамина (витамин В1) как следствию не только нарушения его утилизации, но также гастродуоденита и алиментарной недостаточности. В совокупности с прямыми токсическими эффектами ПАВ это приводит к дегенерации (в более тяжелых случаях – демиелинизация и глиоз) нервных клеток.

АС развивается, если прямые и опосредованные токсические эффекты ПАВ обуславливают билатеральное повреждение коры, гипоталамуса, гиппокампа и таламуса, а также ретикулярной формации, миндалина и септума (табл. 5).

Таблица 5. Этиологические факторы и механизмы формирования амнестического синдрома при употреблении ПАВ

Этиология	Патогенез
Прямое токсическое действие ПАВ или опосредованное влияние через токсические метаболиты (например, ацетальдегид)	<ul style="list-style-type: none">• Нарушение структуры и функции клеток нервной ткани• Развитие метаболических нарушений• Вторичные изменения клеток, органов и систем• Дефицит тиамина (витамин В1)• Нарушение резорбции тиамина (витамин В1)• Дегенерация (в более тяжелых случаях – демиелинизация и глиоз) нервных клеток• Билатеральное повреждение коры, гипоталамуса, гиппокампа и таламуса, а также ретикулярной формации, миндалина и септума

4. Диагностика заболевания. Общие положения

Диагноз АС вследствие употребления ПАВ устанавливается врачом психиатром-наркологом путем сбора анамнеза (история жизни и болезни), проведения психопатологического обследования, других врачебных диагностических манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.), клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (табл. 6). Медицинские услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и медицинские услуги, которые проводятся больному по медицинским показаниям.

Медицинские услуги включают:

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике АС обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. Остальные специалисты, в том числе психотерапевты и психологи, привлекаются, если имеются соответствующие показания. Так как АС характеризуется снижением интеллектуально-мнестической деятельности, то показания к консультациям и работе этих специалистов могут быть резко ограничены вследствие психического состояния больного.
- Лабораторные методы исследования. При диагностике заболевания врач должен располагать необходимым минимумом данных лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований). В Стандартах первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи данные медицинские услуги не отнесены к обязательным исключительно исходя из возможных различий в оснащении специализированных медицинских учреждений.
- Инструментальные методы исследования. При диагностике заболевания врач учитывает результаты ЭКГ и флюорографии легких, поэтому результаты этих исследований также должны быть актуальными.

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ (в стационарных и амбулаторных условиях)

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	

	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
обязательно	по показаниям
Актуальный анализ исследования уровня гамма-глобулинотрансферазы в крови Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин Актуальный анализ проведение реакции Вассермана (RW) Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический Актуальный анализ мочи общий	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ
3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных Актуальное исследование флюорографии легких	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях Рентгенография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Например, если больной поступает на лечение в стационарное или амбулаторное отделение, ему обязательно должен быть проведен комплекс следующих медицинских услуг:

- прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога,
- реакция Вассермана (RW),
- общий (клинический) анализ крови,
- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- анализ мочи общий,
- ЭКГ,
- флюорография легких,
- определение антигена к вирусу гепатита В, антител к вирусному гепатиту С

и к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови.

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.



Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

5. Клиническая диагностика амнестического синдрома, вызванного употреблением психоактивных веществ

F1x.6x Амнестический синдром – синдром, связанный с устойчивым нарушением памяти на недавние события; память на отдаленные события иногда тоже нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке. Нарушена способность к усвоению нового материала. Дефекты памяти отчасти заполняются викарными ложными воспоминаниями – галлюцинации памяти (конфабуляции) и иллюзии памяти (псевдореминисценции). Конфабуляции возможны, но не обязательны. Нарушено абстрактное мышление. Другие познавательные функции обычно сохранены; дефекты памяти преобладают среди других нарушений. Имеется сознание болезни, проявляющееся жалобами на плохую память, но они быстро забываются, сменяясь безучастностью.

Выделяют три степени тяжести АС:

АС легкой степени тяжести: имеются нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания и дезориентировка во времени при сохранности ориентировки в месте и окружающем

АС средней степени тяжести: нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии

АС тяжелой степени: беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания.

Диагностические указания

АС, вызванный употреблением ПАВ, должен отвечать общим критериям органического АС, не вызванный алкоголем или другими ПАВ (см. F04.-).

Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), астения (склонность залеживаться в постели, ухудшение состояния к концу дня), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Следует отметить:

АС преимущественно наблюдается в конечной стадии зависимости от ПАВ (как исход острых энцефалопатий и тяжелых алкогольных делириев).

В случае если АС принимает форму Корсаковского психоза, к клинике присоединяются раздражительность и/или тревога с ипохондрическими высказываниями. Кроме того, в когнитивные расстройства свой вклад вносит печеночная энцефалопатия, также характеризующаяся проявлениями церебрастении: истоцаемость, раздражительность и расстройства памяти.

При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Нарушение памяти, проявляющееся двумя признаками:

1) нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки;

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта.

Отсутствие следующих признаков:

1) помрачение сознания и расстройства внимания, как они определяются критерием в F05.-;

2) грубое интеллектуальное снижение (деменция).

Отсутствие объективных данных (физикального и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений в соответствии с критериями нарушений памяти, описанными выше.

Дифференциальный диагноз

Следует учитывать возможность органического (неалкогольного) АС (см. F04.-); других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция или делирий) (F00-F03, F05.-), депрессивное расстройство (F31-F33).

При *деменциях* течение амнезии хроническое, присоединяются нарушения других когнитивных функций.

Диссоциативная амнезия является результатом вытеснения психотравмирующего события и непосредственно с ним связана, при ней не обнаруживается симптоматики органической патологии.

При полиморфных *расстройствах личности* амнестическим расстройствам предшествуют соответствующие изменения поведения, мотиваций и памяти, относящиеся к другой личности.

6. Медикаментозное лечение амнестического синдрома

6.1. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением (далее – услуги) назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с актуальным состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 7).

Таблица 7. Медицинские услуги для лечения амнестического синдрома, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом Осмотр (консультация) врачом-физиотерапевтом
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	

<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический Актуальный анализ исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый Актуальный анализ мочи общий	Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Регистрация электрокардиограммы, ее расшифровка, описание и интерпретация Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях, описание и интерпретация Рентгенография легких, описание и интерпретация Флюорография легких, описание и интерпретация
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)

Первичная медико-санитарная помощь при АС легкой степени тяжести (имеются нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания и дезориентировка во времени при сохранности ориентировки в месте и окружающем) оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

При невозможности оказания медицинской помощи в силу тяжести АС в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «наркология» и «психиатрия» при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю «наркология» и «психиатрия». При АС средней степени тяжести (нарушения памяти на

события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии) и тяжелой степени (беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания) помощь оказывается в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение: наркологические больницы, научно-практические центры.

Задачи терапии:

1. Коррекция интеллектуально-мнестических расстройств
2. Стабилизация соматоневрологического состояния
3. Выработка установки на воздержание от приема ПАВ

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения

Критерии эффективности лечения:

1. Стабилизация психофизического состояния больного
2. Обратное развитие признаков АС

Клинические рекомендации:

Терапия АС – комплексный, индивидуальный и длительный процесс.

Средний срок лечения АС – 90 дней (30 дней – в стационарных условиях, 60 дней – в амбулаторных условиях).

Для лечения АС применяются:

1. Ноотропные препараты
2. Гепатотропные препараты и антиоксиданты
3. Витамины

6.2. Препараты для восстановления интеллектуально-мнестических функций

Ноотропные препараты (стимуляторы клеточного метаболизма нейронов, церебропротекторы).

Препараты, относящиеся к производным пирролидона, обладают способностью повышать текучесть нейронных мембран, не влияя на проводимость кальциевых каналов и тем предохраняя нейроны от губительного возбуждения. Они улучшают реологические свойства крови и предотвращают агрегацию тромбоцитов, что благоприятствует церебральному кровообращению.

Клинически стимулирующее действие ноотропных средств ограничивается их тонизирующим влиянием исключительно на высшие психические, т. е. кортикальные, функции. Тем самым повышается степень самоконтроля, уровень критики и устанавливается более тонкое дифференцирование поведения. Данный эффект ноотропных препаратов резко отличается от ноотропного действия классических психостимуляторов типа амфетамина, сочетающегося с общим психомоторным возбуждением и ослаблением сдерживающих психических механизмов. Смешивание этих явлений часто приводит к неоправданным ограничениям в назначении ноотропных средств. Ноотропные препараты способствуют восстановлению умственной работоспособности, укреплению памяти и внимания, но вместе с тем – активного торможения. Избирательное терапевтическое

действие они оказывают на когнитивные расстройства. В зависимости от исходного состояния больного (см. ниже) они могут оказывать психотонизирующее, антиастеническое, седативное, эугипническое, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Некоторые из них (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают более выраженными седативными или транквилизирующими свойствами, другие (ацефен, бемитил, пиритинол) – пробуждающими и антидепрессивными, третьи (группа рацетамов, включая пирацетам) – сбалансированными и противоэпилептическими. Церебролизин обладает нейротрофическими свойствами, аналогичен естественному фактору нейронального роста; он повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма в мозге, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге (табл. 8).

По преобладающим эффектам в спектре фармакотерапевтической активности ноотропы могут быть разделены на три группы:

1. Препараты, оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции, – акатинол-мемантин, пирацетам (ноотропил), оксирацетам, анирацетам, этирацетам, ацефен, клергил, пиритинол (энцефабол), карбацетам, нооглютил, этимизол, кортикотропин, вазопрессин.

2. Препараты, воздействующие на устойчивость мозга к повреждающим факторам, – Аминалон (ГАМК, гаммалон, энцефалон), пантогам, фенибут.

3. Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение, – циннаризин (стугерон), кавинтон (винпоцетин), винкамин (девинкан), пентоксифиллин (трентал).

Таблица 8. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропные препараты ²

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Аминофенилмасляная кислота	Астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога ^А , в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	750-1500 мг/сут
Ацетилкарнитин	Начальные стадии деменции альцгеймеровского типа, периферическая нейропатия различной этиологии; снижение умственной работоспособности, для улучшения концентрации внимания и памяти ^А	Капсулы 600 мг, до 8 капсул в сутки

² Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Винпоцетин	Уменьшение выраженности неврологических и психических симптомов при различных формах недостаточности кровообращения головного мозга ^А (сосудистая деменция; вертебробазиллярная недостаточность; атеросклероз сосудов головного мозга; посттравматическая и гипертоническая энцефалопатия) ^А	5-10 мг 3 раза в сутки
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии ^В , полиневриты, слабоумие ^В	Средняя суточная доза 3000-3750 мг
Глицин	Стрессовые состояния, психоэмоциональное напряжение, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, неврозы, неврозоподобные состояния, вегетососудистая дистония, последствия нейроинфекций и черепно-мозговой травмы, различных форм энцефалопатий, в т. ч. алкогольного генеза, нарушения сна; для повышения умственной работоспособности, в т. ч. подросткам с девиантным поведением	200-300 мг в день
Гопантеновая кислота	Когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах ^А ; психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, для улучшения концентрации внимания и запоминания ^А	1500-3000 мг в день
Идебенон	Психоорганический синдром, в т. ч. при нарушении мозгового кровообращения, возрастных инволюционных изменениях головного мозга и т. д.; церебрастенические расстройства разной этиологии; функциональные нарушения ЦНС (ослабление памяти, внимания, интеллектуальной продуктивности, эмоциональная неустойчивость) ^А	До 90 мг в сутки
Мемантин	Мнестические расстройства, конфабуляции, умеренное интеллектуальное снижение ^А	10-15 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью ^В	Разовая доза 20-50 мг Средняя суточная 40-300 мг

N-карбаомилметил-4-фенил-2-пирролидон	Заболевания ЦНС различного генеза, связанные с нарушениями обменных процессов в мозге, сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, психоорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями и апатико-абулическими явлениями ^А , хронический алкоголизм (с целью уменьшения явлений астении, депрессии, интеллектуально-мнестических нарушений) ^В	До 300 мг в сутки
Пирацетам	Интеллектуально-мнестические нарушения ^А , обострение ПВА, тревога, раздражительность, бессонница при алкогольной зависимости ^В	Разовая доза 400-1200 мг Средняя суточная 2400-4500 мг
Пиритинол	Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями апатии и адинамии, астенические состояния, неврозоподобные расстройства у больных алкогольной зависимостью, при алкогольной энцефалопатии ^В . Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опишной наркоманией, зависимости от психостимуляторов ^В	Средняя суточная доза 200-600 мг
Церебролизин	Психоорганический синдром у больных алкогольной зависимостью ^В	Только парентерально: в/м 3-5 мл, в/в 10-60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель
Церетон	Психоорганический синдром, когнитивные расстройства ^А	400 мг 3 раза в день

6.3. Гепатотропные препараты и антиоксиданты

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процесса. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при АС не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксилиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал), α -липовая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин-L-аспартат (Гепта-Мерц), глицирризиновая кислота + фосфолипиды (фосфоглив) – поражения печени различного генеза, в т. ч. алкогольные.

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: α -липовая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин. α -липовая кислота применяется двояко – парентерально и перорально. Парентеральное применение α -липовой кис-

лоты в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в суточной дозе 600 мг (24 мл официального р-ра на 400 мл физ. р-ра) оказывает выраженное детоксицирующее действие. Гепатотропный эффект и благотворное влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксила при терапии нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки (табл. 9).

Таблица 9. Гепатотропные препараты и антиоксиданты, рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Адеметионин	Внутрипеченочный холестаз, поражения печени: токсические, включая алкогольные; цирротические и прецирротические состояния; энцефалопатия, в т. ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.) ^А	Внутрь, в/м или в/в 400-1600 мг/сут По инструкции
Глицерризиновая кислота + фосфолипиды	Гепатиты и гепатозы различной этиологии ^А	4-12 капсул в день
L-орнитин-L-аспартат	Острые и хронические заболевания печени, сопровождающиеся гипераммониемией. Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная) ^А	Индивидуально; 600-900 мг/сутки
Метадоксин	Комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии; хронический алкоголизм ^А	Индивидуально; 300-1000 мг/сутки
Тиоктовая кислота	Жировая дистрофия печени, цирроз печени, хронический гепатит, алкогольная полинейропатия ^А	Парентерально, внутрь 300 и 600 мг
Урсодезоксихолиевая кислота	Алкогольная болезнь печени ^А	Индивидуально; средняя доза 8-10 мг/кг в сутки
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	Невротические и неврозоподобные расстройства с проявлением тревоги, страха, эмоционального напряжения; расстройства памяти и внимания, нарушение умственной работоспособности ^А	Индивидуально; 50-400 мг/сут

Этилметилгидроксипиридина сукцинат	Дисциркуляторная энцефалопатия, вегетососудистая дистония; психосоматические заболевания; невротические и неврозоподобные расстройства с проявлением тревоги, страха, эмоционального напряжения; расстройства памяти и внимания, нарушение умственной работоспособности (раствор) ^А	50-300 мг Максимальная доза – 800 мг
------------------------------------	--	---

6.4. Витамины

Применение интенсивной витаминотерапии, прежде всего высокими дозами витаминов группы В, является патогенетически направленным: тиамин хлорид (витамин В₁), в течение первых 7-13 дней – внутримышечно в дозе 200-300 мг/сут, пиридоксина гидрохлорид (витамин В₆) применяют в дозе 20-100 мг/сут. Никотиновую кислоту (витамин РР) применяют в дозе 50-200 мг/сут, аскорбиновую кислоту (витамин С) в дозе 50-400 мг/сут. Альфа-токоферола ацетат (витамин Е) по 100-200 мг в сутки длительно используют для лечения заболеваний печени, периферических невропатий.

7. Психотерапия

Возможности применения различных методов психотерапии при АС ограничены.

При АС психотерапия показана при восстановлении когнитивных функций. В этом случае используются методики эмоциональной поддержки, оптимизации и развития когнитивных функций (табл. 10). Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики перечислены в табл. 11.

Задачи психотерапии: развитие и тренировка когнитивных функций, эмоциональная поддержка и мотивирование больного на лечение, на прием медикаментозной терапии, отказ от приема ПАВ, продолжение лечения и реабилитацию.

Тактика терапии: проведение медикаментозного лечения является приоритетным. Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни или амбулаторной карте.

Критерием эффективности психотерапии является удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А. Р. Довженко, В. Е. Рожнову) при АС средней и тяжелой степени тяжести не рекомендуется.

При восстановлении когнитивных функций используется предметно-опосредованная психотерапия в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов/аппаратов.

Таблица 10. Медицинские услуги для психотерапевтического лечения

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с АС проводится ежедневно. Обязательно включает тренировку когнитивных функций
Психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. У пациентов с АС необходимо семейное консультирование: сюда относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены

<p>Психологическая коррекция</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная психологическая коррекция 	<p>Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия, а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. У больных с АС проводится индивидуально</p>
<p>Трудотерапия</p>	<p>Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами, показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации</p>
<p>Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе</p>
<p>Арт-терапия</p>	<p>Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента^с. Применяется у пациентов с выраженной алекситимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций</p>

Социально-реабилитационная работа	Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Возможности социально-реабилитационной работы ограничены степенью нарушений когнитивных функций
-----------------------------------	--

Таблица 11. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога
2. Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Психологическое консультирование Семейное психологическое консультирование Психологическая коррекция Индивидуальная психологическая коррекция Психотерапия	Трудотерапия Терапия средой Арт-терапия Социально-реабилитационная работа
3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога
4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Терапия средой Психологическое консультирование	Трудотерапия Арт-терапия Социально-реабилитационная работа

Семейное психологическое консультирование Психологическая коррекция Индивидуальная психологическая коррекция Психотерапия	
5. Профилактическая работа	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога
	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников

8. Школа для пациентов с амнестическим синдромом

Рекомендуется использование Школы для пациентов с АС с достаточным восстановлением когнитивных функций – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т. д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посетили полный цикл занятий.

Рекомендуются ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий.

9. Прогноз

Возможно частичное восстановление трудоспособности.



**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению пагубного
употребления психоактивных веществ**

Содержание

Коллектив авторов	157
Профильная группа экспертов	158
1. Методология	159
2. Определение и принципы диагностики	163
3. Этиология и патогенез пагубного употребления ПАВ	165
4. Диагностика пагубного употребления ПАВ	168
5. Клиническая диагностика пагубного употребления ПАВ	170
5.1. Пагубное употребление алкоголя	170
5.2. Пагубное употребление опиоидов	176
5.3. Пагубное употребление каннабиноидов	177
5.4. Пагубное употребление седативных и снотворных средств	180
5.5. Пагубное употребление кокаина	182
5.6. Пагубное употребление стимуляторов	184
5.7. Пагубное употребление галлюциногенов	186
5.8. Пагубное употребление табака	188
5.9. Пагубное употребление летучих растворителей	190
5.10. Сочетанное пагубное употребление ПАВ	192
6. Психотерапия	193
7. Медикаментозная терапия пагубного употребления ПАВ	204
7.1. Антидепрессанты	205
7.2. Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы)	207
7.3. Гепатотропные препараты и антиоксиданты	209
7.4. Осложнения и побочные эффекты терапии	210
8. Школа для пациентов с пагубным употреблением ПАВ	212
9. Прогноз	212

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупицкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

*Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)*

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10 (табл. 3, 4).

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.1	Пагубное употребление алкоголя
F11.1	Пагубное употребление опиоидов
F12.1	Пагубное употребление каннабиоидов
F13.1	Пагубное употребление седативных или снотворных веществ
F14.1	Пагубное употребление кокаина
F15.1	Пагубное употребление других стимуляторов, включая кофеин
F16.1	Пагубное употребление галлюциногенов
F17.1	Пагубное употребление никотина
F18.1	Пагубное употребление летучих растворителей
F19.1	Пагубное одновременное употребление нескольких наркотических и других психоактивных веществ

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. Акцент сделан на тех диагностических вопросах, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развивается пагубное употребление:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Таблица 4. Диагностика пагубного употребления ПАВ: F 1x.1

1	Определение	Модель приема ПАВ, наносящего вред здоровью, как физический (например, в случае возникновения гепатита при внутривенном введении наркотика), так и психический (развитие депрессивных расстройств после употребления алкоголя) (<i>определение по МКБ-10</i>)
2	Диагностические критерии	<p>Диагноз пагубного употребления ПАВ ставится при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям: аресту или расторжению брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.</p> <p>А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.</p> <p>Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.</p> <p>В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев</p>
3	Уточнения	<p>Употребление с вредными последствиями (пагубное) диагностируется при повторном приеме ПАВ, сопровождающемся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего ПАВ (веществами), при этом отсутствуют признаки синдрома зависимости, как они сформулированы в F1x.2xxx. Диагноз пагубного злоупотребления не ставится при острой интоксикации (F1x.0xx), синдроме зависимости (F1x.2xxx), психотических расстройствах (F1x.5xx) или других специфических формах расстройств, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков. Ставится при злоупотреблении ПАВ</p>
4	Пример диагноза	<p>F10.1. Пагубное употребление алкоголя F11.1. Пагубное употребление опиоидов</p>

3. Этиология и патогенез пагубного употребления ПАВ

В настоящее время установлено, что ПАВ проявляют свое действие в трех основных направлениях:

1 – влияя на определенные системы и структуры мозга, вызывают патологическую зависимость;

2 – ПАВ являются токсическими, т. е. способны поражать все органы и системы организма;

3 – зависимость родителей влияет на формирование зависимости у потомства и на развитие у них поведенческих расстройств типа агрессивности, аффективной патологии, девиантных форм поведения, а также снижает адаптационные возможности детей.

В формировании синдрома зависимости и как начального (чаще всего) его проявления – пагубного употребления – значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определенной мере является условным, так как и генетические, и личностные, и семейные факторы являются также биологическими) (табл. 5).

Таблица 5. Этиология и патогенез пагубного употребления ПАВ

Факторы	Описание
Биологические факторы	Влияние алкоголя, наркотиков, других ПАВ на нейрохимические процессы мозга являются основой развития пагубного употребления и синдрома зависимости. В патогенезе участвуют: 1 - дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга, 2 - эндогенная опиоидная система, 3 - ГАМК-ергическая система, 4 - NMDA-рецепторы и глутамат, 5 - холинергические и никотиновые рецепторы
Генетические факторы	<i>1 – Основные клинические маркеры предрасположенности к алкогольной зависимости</i> ² -наличие в роду не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат и сестра) с достоверно установленным диагнозом алкоголизма; -раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака; -синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве; -эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям; -трудный пубертатный период с преобладанием черт психического инфантилизма; -синдром дефицита внимания с гиперактивностью; -постоянный поиск новизны ощущений.

² Клинические маркеры предрасположенности указаны для зависимости от алкоголя, так как они изучены на обширном клиническом материале. К сожалению, до настоящего времени по другим видам зависимости столь же обширного материала пока нет.

	<p>2 – Основные биологические маркеры: -уменьшенная амплитуда или отсутствие P300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале; -избыточная бета-активность на ЭЭГ; -низкая концентрация в моче и крови дофамина.</p> <p>3 – Основные генотипические маркеры: -индивидуальный генотипический профиль по трем генам DRD2, DRD4, COMT – коэффициент генетического риска более 10%</p>
<p>Личностные (индивидуальные) факторы</p>	<p>Выделяют следующие группы риска:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - наличие диссоциативного и эмоционально-неустойчивого расстройств личности (психопатические личности с возбудимыми и неустойчивыми чертами характера); 2 - наличие зависимого или тревожного (уклоняющегося) расстройства личности (астеническая психопатия с преобладанием повышенной истощаемости или ипохондрических расстройств); 3 - лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома (07.0; F1x.7); 4 - сниженная устойчивость к стрессам; 5 - эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность; 6 - сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде; 7 - органические поражения головного мозга: нейроинфекции, интоксикационные поражения, черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, ночной энурез; 8 - безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться
<p>Семейные факторы</p>	<p>К семейным факторам, способствующим формированию синдрома зависимости, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> -наличие психических расстройств, в том числе и алкоголизма, у родителей и родственников; -воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и пр.; -неправильное обращение с ребенком (тяжелые стрессы детского, в том числе младенческого, возраста, насилие над детьми и отсутствие заботы о них, материнская и семейная депривация); -дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье; -безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей. На формирование синдрома зависимости может оказать влияние отсутствие эмоционального и духовного контакта ребенка с родителями, совместного с ними отдыха и деятельности детей, особенно подростков и родителей; -криминальная и антисоциальная направленность членов семьи

Средовые факторы	Причины, влияющие на употребление ПАВ: -мода на употребление ПАВ; -безразличие или одобрение потребления наркотиков семьей и сверстниками; -принуждение к употреблению ПАВ; -преобладание авторитета сверстников, а не родителей; -высокая потребность в общении с группой себе подобных: развлечения и включенность подростка в увеселительные компании
------------------	---

4. Диагностика пагубного употребления ПАВ

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.); клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Медицинские услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и медицинские услуги, которые проводятся больному по медицинским показаниям (табл. 6).

Медицинские услуги включают:

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике пагубного употребления обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. Остальные специалисты привлекаются, если имеются соответствующие показания.

- Лабораторные методы исследования. При диагностике пагубного употребления врач должен располагать необходимым минимумом данных лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований). В Стандартах первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи данные медицинские услуги не отнесены к обязательным исключительно исходя из возможных различий в оснащенности специализированных медицинских учреждений.

- Инструментальные методы исследования. При диагностике заболевания врач учитывает результаты ЭКГ и флюорографии легких, поэтому результаты этих исследований также должны быть актуальными.

Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики пагубного употребления ПАВ

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога первичный	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом первичный (в стационаре) Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового первичный Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<p>Актуальные анализы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведение реакции Вассермана (RW) • Общий (клинический) анализ крови • Анализ крови на углеводный дефицитный трансферрин • Анализ крови биохимический общетерапевтический • Анализ мочи общий 	<p>Проведение судебно-химической и химикотоксикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови</p>
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<p>Актуальное исследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Регистрация электрокардиограммы • Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных 	<p>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</p> <p>Эхоэнцефалография</p> <p>Электроэнцефалография</p> <p>Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях</p> <p>Флюорография легких</p> <p>Рентгенография легких</p> <p>Описание и интерпретация рентгенографических изображений</p>

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.

Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

5. Клиническая диагностика пагубного употребления ПАВ

5.1. Пагубное употребление алкоголя

Пагубное употребление алкоголя является значимой общественной проблемой. По данным ВОЗ, пагубное употребление находится на 5-м месте среди причин преждевременной смерти и инвалидности в мире, причем эта смертность (около 2,5 миллионов смертей ежегодно) составляет 3,7% от общей смертности.

Согласно МКБ-10, данный диагноз ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление алкоголя часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

По данным ВОЗ, заболеваемость, связанная с пагубным употреблением алкоголя, составляет 4,4% от общей заболеваемости.

Пагубное употребление алкоголя приводит к возникновению следующих острых состояний: несчастные случаи и травмы; острые алкогольные отравления; аспирационная пневмония; эзофагит; синдром Маллори – Вайсса; гастрит; панкреатит; сердечная аритмия; нарушения мозгового кровообращения; миопатия/рабдомиолиз; гипогликемия.

Пагубное употребление алкоголя приводит к возникновению следующих хронических заболеваний и состояний: болезни печени; периферическая нейропатия; миопатия; гепатит; остеопороз; цирроз; кожные заболевания; гипертензия; кардиомиопатия; сексуальная дисфункция; ишемическая болезнь сердца; нарушения внутриутробного развития; бесплодие; нарушения мозгового кровообращения; нарушения мозговой деятельности; эзофагит; деменция; гастрит; синдром Вернике – Корсакова; синдром мальабсорбции; энцефалопатия; нарушения питания; болезнь Маркиафавы – Биньями; панкреатит; рак груди, ротовой полости, горла, печени.

Весь поступающий алкоголь усваивается в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ): 20% в желудке и 80% в тонком кишечнике. Соответственно, эти части ЖКТ подвержены наибольшему влиянию алкоголя, который растворяет слизистую и вызывает ее раздражение, воспаление и кровотечение (особенно, если употребление происходит натощак), приводит к избыточной секреции желудочного сока и, в конечном счете, ахлоргидрии. В результате нарушение процесса переваривания пищи приводит к возникновению эрозий, гастрита, язвы и рака желудка. Нарушение мускульной активности желудка под воздействием большого количества алкоголя приводит к возникновению острого эзофагита (возможной причиной считается рефлюкс содержимого желудка), который сопровождается дискомфортом в эпигастрии. Болезни тонкого кишечника также связаны с воспалением слизистой оболочки и могут быть представлены острым геморрагическим дуоденитом, а также диареей вследствие нарушения перистальтики тонкой (и толстой) кишки в сторону ее повышения и уменьшения всасывания

воды и электролитов. Воспаление слизистой тонкого кишечника вследствие алкогольной интоксикации препятствует всасыванию питательных веществ и усиливает транспорт токсинов, который может приводить к развитию болезней печени. Также алкогольное повреждение слизистой пищевода повышает риск рака пищевода. Симптомы заболеваний сегментов ЖКТ, вызванных алкоголем, включают потерю аппетита и различные жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, изжогу, чувство переполненности, потерю веса (эти симптомы могут усугубляться заболеваниями печени и поджелудочной железы).

Употребление алкоголя приводит к недостаточности функции поджелудочной железы, продукции токсинов, которые могут приводить к панкреатиту.

Массированное употребление алкоголя со временем приводит к обратимым изменениям печени – жировой инфильтрации, наличие которой связывают с последующим возникновением цирроза печени. Кроме того, в некоторых случаях возможно воспаление печеночных клеток, которое приводит к алкогольному гепатиту бессимптомного течения либо с такими проявлениями, как повышенная температура тела, тошнота, потеря аппетита, боли в животе.

Алкоголь воздействует на проводящие пути головного мозга и приводит к изменению его структуры и функции, что ведет к нарушениям настроения, поведения, мышления и двигательной координации. Функциональными признаками нарушений деятельности головного мозга при пагубном употреблении алкоголя является снижение когнитивных функций (снижение памяти, внимания, умственной работоспособности и т. д.).

Нарушения работы сердечно-сосудистой системы в результате избыточного употребления алкоголя приводят к алкогольной кардиомиопатии вследствие ослабления сердечной мышцы, нарушения ее производительности и ритма работы, что затрудняет нормальное кровоснабжение внутренних органов, нарушает оксигенацию миокарда. Пагубное употребление алкоголя приводит к гипертонии (в том числе в результате набора избыточной массы тела) и повышает риск инфаркта миокарда и инсульта. Риск возникновения сердечного приступа в результате повышения артериального давления возрастает даже при единовременном избыточном употреблении алкоголя.

В результате прямого воздействия на уровень тестостерона и тестикулярной атрофии, алкоголь снижает сексуальную и воспроизводительную функции у мужчин. Повышение уровня женских гормонов ведет к женскому типу оволосения и увеличению грудных желез у 50% алкоголиков. В нарушении сексуальной функции играет роль и непрямой токсический эффект алкоголя в зоне лимбических структур и гипоталамуса, а также невропатия периферических парасимпатических нервов, участвующих в эрекции. У женщин-алкоголичек наблюдаются нарушения функций половых желез, сопровождающиеся недостаточной продукцией женских гормонов, изменениями вторичных половых признаков, угасанием менструального цикла, бесплодием.

Употребление алкоголя при беременности чревато возникновением у плода т. н. фетального алкогольного синдрома (замедление роста до или после родов, аномальная конфигурация лица и черепа с уменьшением окружности головы и

уплощением черт лица, признаки задержки умственного развития и поведенческие нарушения).

Согласно ВОЗ, пагубное употребление алкоголя связано с рядом инфекционных болезней, таких как ВИЧ/СПИД, туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, поскольку употребление алкоголя ослабляет иммунную систему и оказывает негативное воздействие на соблюдение пациентом предписаний в отношении приема антиретровирусных препаратов.

Употребление алкоголя увеличивает риск возникновения некоторых видов рака: ротовой полости, пищевода, печени, толстой кишки и груди.

Кроме того, пагубное употребление алкоголя ведет к росту числа непреднамеренных травм и повреждений (включая травмирование других людей), поскольку количество алкоголя, выпитого «за раз», положительно связано с возникновением травм, независимо от обычной регулярности и объема принимаемого алкоголя.

Тем не менее при диагностике физического и психического ущерба здоровью следует учитывать, что острая интоксикация сама по себе также не является достаточным доказательством вреда для здоровья, что требуется для постановки подобного диагноза (МКБ-10).

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Социальный вред пагубного употребления алкоголя различается в зависимости от возраста, но в любом случае приводит к негативным последствиям для потребителя: например, антисоциальное поведение и подростковые беременности у молодежи, домашнее насилие и проблемы с трудоустройством в среднем возрасте и социальная изоляция у пожилых людей.

Среди негативных социальных последствий выделяют:

1. Проблемы, связанные с профессиональной деятельностью и трудоустройством: сниженная производительность, рост числа прогулов и проблем с дисциплиной, неудовлетворительные отношения в рабочем коллективе, травмы на рабочем месте.

2. Проблемы, связанные с насилием: повышенная вероятность жестокого поведения, агрессивность, вовлечение в криминальную деятельность под влиянием алкоголя.

3. Семейные проблемы: различные негативные последствия для супруга(-и) и детей, фетальный алкогольный синдром у детей, жестокое отношение к детям и супруге, частые семейные конфликты и др.

С другой стороны, МКБ-10 указывает, что тот факт, что употребление алкоголя вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством пагубного употребления алкоголя.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ-10, для постановки диагноза пагубного употребления алкоголя:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический

вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранялся, по меньшей мере, 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же ПАВ в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Синдром зависимости.
- Психотическое расстройство.
- Другая специфическая форма расстройства, связанная с алкоголем (МКБ-10).

В качестве простого метода скрининга (краткая оценка) для выявления лиц с чрезмерным, вредным и опасным характером потребления алкоголя, пагубным употреблением алкоголя ВОЗ разработала Тест АУДИТ (AUDIT) для обоснования вмешательства (психотерапевтического и фармакологического), направленного на уменьшение или прекращение потребления алкоголя, чтобы тем самым снизить риск или избежать развития вредных последствий для здоровья (прогрессирования заболеваний и осложнений), предупредить развитие синдрома зависимости. Данный тест предназначен в первую очередь для врачей психиатров-наркологов, однако и другие специалисты, которые сталкиваются с лицами, у которых есть проблемы с алкоголем, также могут найти его полезным. Тест АУДИТ заполняет пациент, затем врачом анализируются результаты и вырабатываются рекомендации.

Тест АУДИТ AUDIT

(The Alcohol Use Disorders Identification Test)

Тест для выявления лиц с опасным и вредным для здоровья характером потребления алкоголя

С помощью скрининг-теста у пациентов возможно установить выраженность злоупотребления алкоголем и зависимость от него.

1 минимальная стандартная доза чистого алкоголя равна 10 граммам чистого алкоголя (12,7 мл спирта) (ВОЗ).

Вопрос	Никогда	Меньше, чем раз в месяц	Ежемесячно (раз в месяц)	Еженедельно (раз в неделю)	Ежедневно или почти ежедневно	Кол-во баллов
Как часто вы потребляете алкогольные напитки?	0	1	2	3	4	

Какова ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?	1-2 (0)	3-4 (1)	5-6 (2)	7-9 (3)	≥10 (4)	
Если вы мужчина, как часто вы употребляете 6 или больше доз (более 180 мл водки или 600 мл вина), если вы женщина, как часто вы употребляете 4 или больше доз (более 120 мл водки или 400 мл вина) во время одного мероприятия?	0	1	2	3	4	
Как часто в течение прошлого года вы не могли прекратить пить, после того как вы начали?	0	1	2	3	4	
Как часто в течение прошлого года вы не делали из-за употребления алкоголя то, что обычно планировалось вами сделать?	0	1	2	3	4	
Как часто в течение прошлого года вы нуждались в алкоголе утром, чтобы прийти в себя после избыточного употребления алкоголя накануне?	0	1	2	3	4	
Как часто в течение прошлого года у вас было чувство вины или раскаяния после употребления алкоголя накануне?	0	1	2	3	4	
Как часто в течение прошлого года вы не помнили следующим утром то, что произошло накануне вечером из-за употребления алкоголя?	0	1	2	3	4	

Были ли вы или кто-то из вашего окружения травмированы из-за вашего потребления алкоголя?	Нет, никогда 0		Да, это было более чем год назад 2		Да, в течение этого года 4	
Кто-то из родственников, друг, приятель, доктор и т. д., знавший вас, проявлял озабоченность по поводу вашего употребления алкоголя, либо предлагал, чтобы вы уменьшили потребление?	Нет, никогда 0		Да, это было более чем год назад 2		Да, в течение этого года 4	
Подсчитайте и запишите полученную сумму						

Дозы алкоголя в зависимости от вида употребляемого напитка

Стандартная доза (порция)	Дозы алкоголя в зависимости от вида употребляемого напитка			
	Водка (мл) 40 об. %	Крепленое вино (мл) 17-20 об. %	Сухое вино (мл) 11-13 об. %	Пиво (бут 0,5 л) 5 об. %
1 или 2	30-60	75-150	100-200	250 мл - 1 бут
3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 бут - 2 бут
5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 бут - 3 бут
7 – 9	210-240	525-600	700-800	3,5 бут - 4 бут
10 и более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут и более

Оценка результатов тестирования по AUDIT

Сумма баллов	Уровень риска	Вид интервенции
0-7	Беспроблемное употребление	Информирование по проблемам, связанным с потреблением алкоголя
8-15	Зона риска	Простой совет
16-19	Зона употребления алкоголя с вредными последствиями	Простой совет + краткая психологическая интервенция + фармакологическое лечение + поддерживающий мониторинг
20-40	Зона алкогольной зависимости	Уточнение диагноза и лечение синдрома зависимости

1. Raistirick et al., 2006. 2. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. *The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care, Second Edition, World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence.* 3. Babor, Grant, 1992; WHO Brief Intervention Study Group, 1996. Babor. 4. T. F. Higgins-Biddle, J. C. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care [Кнуга]. - [б.м.]: World Health Organization, 2001. – 53 p.*

5.2. Пагубное употребление опиоидов

Сроки формирования синдрома зависимости от опиоидов в среднем составляют около двух месяцев, в результате чего пагубное употребление опиоидов совпадает с периодом эпизодического употребления, когда пациенты употребляют наркотик от случая к случаю и не превышают его дозу. Обычно продолжительность этапа пагубного употребления не превышает 1,5-3 месяцев, хотя и зависит от вида и способа введения употребляемого опиоида, его доступности (например, в случае употребления опиоя-сырца может продолжаться несколько лет). Опиоиды могут вводиться в организм путем курения, ингаляции порошка, перорального приема, подкожного и внутривенного введения.

В силу непродолжительности периода пагубного употребления вредные последствия употребления опиоидов могут быть связаны с (1) действием вводимого вещества; (2) путем введения, составом вводимого вещества и неправильно рассчитанной дозой, (3) различными инфекционными осложнениями, связанными с внутривенным введением наркотика (инфицирование ВИЧ, гепатитами В и С).

(1) Действие вводимого вещества. Непосредственные эффекты опиоидов включают эйфорию, анальгезию, безразличие к боли, сонливость, затуманивание сознания, чувство теплоты, тяжести в конечностях, сухости во рту, замедление дыхания, снижение артериального давления и сокращение частоты сердечных сокращений, тошноту, рвоту, гиперемию и зуд кожных покровов лица, сужение зрачка, спазм гладкой мускулатуры (включая мочеточник и желчные пути), запоры, замедление и нарушение речи. Нарушения координации, потеря концентрации, седация приводят к повышенному риску возникновения травм. При приеме вещества может наблюдаться идиосинкразия к препарату в виде аллергических реакций, анафилактического шока, отека легких. При сочетанном психическом заболевании употребление опиоидов может вызывать тяжелую дисфорию и состояние депрессии. У женщин возможны аборт.

(2) Путь введения, состав вводимого вещества и неправильно рассчитанная доза. Наиболее распространенными осложнениями после подкожных и внутримышечных инъекций являются инфильтраты (асептический некроз и воспаление тканей) и абсцессы (гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем) в результате использования тупых, старых и коротких игл, а также несоблюдения правил асептики. Также вероятна эмболия твердыми частицами, медикаментозная (при инъекции масляных растворов) и воздушная эмболии, обусловленные окклюзией сосудов инородными частицами (примеси в составе наркотика, масляный раствор, воздух в шприце при введении) с последующим нарушением местного кровоснабжения, которое приводит к нарушению питания окружающих тканей и их некрозу. Признаки некроза: усиливающиеся боли в области инъекции, отек, покраснение или красно-синюшное окрашивание кожи, повышение местной и общей температуры. Наиболее опасным является эмболия легочных сосудов: внезапный приступ удушья, кашель, посинение верхней половины туловища (цианоз), чувство стеснения в груди, обморок и смерть.

Кроме того, возможны такие осложнения, как повреждение нервных стволов (механическое или химическое), которое приводит к невритам и параличам; по-

вреждение артерий с возникновением пульсирующей гематомы, ведущей к разрыву ложной артериальной или артериовенозной аневризмы; некроз тканей.

Передозировка сопровождается замедлением дыхания, брадикардией, снижением реакции на внешние раздражители, понижением температуры и давления крови. Опиоиды подавляют функцию дыхательного центра в стволе мозга (этот эффект потенцируется фенотиазинами и ингибиторами МАО, к нему не вырабатывается толерантность). Смерть при передозировке, как правило, связана с остановкой дыхания. Классическая триада передозировки опиатов: кома, зрачки типа «булавочной головки» и подавление дыхания.

(3) Различные инфекционные осложнения, связанные с внутривенным введением наркотика: инфицирование ВИЧ, гепатитами В и С, возникновение тяжелых бактериальных инфекций и сепсиса.

Среди негативных социальных последствий выделяют:

1. Проблемы, связанные с профессиональной деятельностью и трудоустройством: сниженная производительность, рост числа прогулов и проблем с дисциплиной, неудовлетворительные отношения в рабочем коллективе, травмы на рабочем месте.

2. Проблемы, связанные с насилием: повышенная вероятность жестокого поведения, агрессивность, вовлечение в криминальную деятельность.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ-10 для постановки диагноза пагубного употребления опиоидов:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).

- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.

- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.

- Интоксикация другими ПАВ.

5.3. Пагубное употребление каннабиноидов

Употребление препаратов конопли до формирования зависимости может быть достаточно длительным (в течение нескольких лет) и связанным с рядом негативных последствий. Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления канна-

биноидов ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление каннабиноидов часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Физический и психологический ущерб от употребления каннабиноидов связан с действием дельта-9-тетрагидроканнабинола (ТГК) – основного ПАВ, содержащегося в каннабисе (при любом способе употребления вещества), а также другими фармакологически активными веществами, вдыхаемыми с дымом (при курении). ТГК стимулирует каннабиноидные рецепторы в головном мозге, вызывая другие химические реакции, которые лежат в основе эффектов марихуаны. Каннабиноидные рецепторы расположены в мозге неоднородно: наиболее высокая плотность выявлена в коре больших полушарий, гиппокампе, гипоталамусе, мозжечке, базальных ганглиях, мозговом стволе, спинном мозге и миндалине. Многообразие эффектов каннабиноидов связано с их воздействием на перечисленные основные структуры мозга.

Регулярное употребление каннабиноидов оказывает негативное влияние на когнитивное функционирование, снижая внимание, познавательную деятельность, скорость психомоторных функций и эффективность исполнительных функций мозга (нарушения выполнения сложных когнитивных задач). Употребление каннабиноидов в подростковом возрасте ведет к аномалиям структуры головного мозга: нарушениям строения серого вещества, включая изменения исчерченности, увеличение объема, атрофии нейронов, снижению церебрального кровотока в ПФК, височной и островковой областях, снижению качества белого вещества и его структурным изменениям. Такое нарушение мозговой функции вследствие употребления каннабиноидов в подростковом периоде и молодом взрослом возрасте может иметь значимые психосоциальные последствия, связанные с невозможностью получить или завершить образование, успешно заниматься профессиональной деятельностью.

Также со стороны психики и нервной системы возможны появление панических атак, делирия, транзиторных бредовых синдромов в результате перорального приема каннабиноидов.

Также в результате длительного потребления каннабиноидов может возникать амотивационный синдром (пассивность, снижение побуждений, целенаправленной активности и высших мыслительных функций, апатия, увеличение веса, неяршливость), хотя некоторые исследователи полагают, что амотивационный синдром связан с хроническим состоянием интоксикации часто употребляющих.

Дым при курении марихуаны имеет состав, похожий на табачный, и характеризуется наличием вредных химических соединений, включая компоненты, вызывающие бронхоспазм, рост опухолей и канцерогены. При этом концентрация канцерогенов в дыму каннабиса выше, чем в табачном, поскольку курение предполагает более глубокое вдыхание и длительное удержание дыма в легких. Регулярное курение каннабиноидов приводит к повреждению слизистых рта и горла,

воспалению дыхательных путей, повышенному образованию мокроты, обтурации легочных путей, предраковым изменениям легких, эмфиземой. В целом, курители марихуаны чаще подвержены возникновению нарушений и заболеваний респираторной системы (хрипы в верхних дыхательных путях, одышка при нагрузке, хронический ринит, хронический ларингит, бронхит, бронхиальная астма, рак легких), в том числе инфекций верхних дыхательных путей и легких, а также имеют повышенный риск возникновения рака горла и ротовой полости.

Риск инфекционных заболеваний у потребителей каннабиноидов связан с повреждением иммунной системы человека, поскольку каннабиноиды повреждают способность Т-лимфоцитов легких противостоять возбудителям инфекционных заболеваний. Также доказано, что ТГК связан с повышенным риском возникновения бактериальных инфекций и опухолей.

Употребление каннабиноидов увеличивает частоту сердечных сокращений, гипотензию, что значительно повышает риск возникновения сердечного приступа в течение часа после курения каннабиса.

Каннабиноиды оказывают вредное воздействие на мочеполовую систему. Так, употребление марихуаны связывают с риском возникновения рака яичек у мужчин. Употребление каннабиноидов при беременности приводит к преждевременным родам, низкой массе тела плода, что вызвано вдыханием монооксида углерода при курении каннабиса. Пренатальное воздействие каннабиноидов приводит к нарушениям неврологического развития детей (изменения реакций на визуальные стимулы, нарушения внимания и памяти). Отмечаются случаи аномального развития плода в случаях курения матери во время беременности.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Негативные социальные последствия употребления каннабиноидов связываются с ранним возрастом начала употребления, который обычно приходится на подростковый период или раннюю зрелость. Прием каннабиноидов облегчает переход к употреблению других ПАВ (алкоголя, опиоидов). Отмеченные выше когнитивные нарушения (низкая концентрация внимания, сниженная познавательная деятельность, замедленная скорость психомоторных функций и эффективность исполнительных функций мозга) в результате повреждения нормальных функций и структуры головного мозга приводят к проблемам в социальной адаптации молодежи, связанным с невозможностью получить или завершить образование, успешно заниматься профессиональной деятельностью. Кроме того, среди негативных социальных последствий выделяют проблемы, связанные с профессиональной деятельностью и трудоустройством, а также проблемы, связанные с амотивационным синдромом (пассивность, снижение побуждений, целенаправленной активности и высших мыслительных функций, апатия, увеличение веса, неряшливость), приводящие к социальной исключенности употребляющих каннабиноиды.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ-10, для постановки диагноза пагубного употребления каннабиноидов:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обу-

словило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Интоксикация другими ПАВ.

5.4. Пагубное употребление седативных и снотворных средств

Можно выделить две основных группы пациентов. Первая категория включает больных, которым данные препараты были назначены врачом для лечения психических расстройств, включая диссомнические расстройства и расстройства, связанные с повышенным уровнем тревоги. Риск возникновения пагубного употребления высок, поскольку пациенты могут выписывать лекарства у нескольких врачей одновременно, самостоятельно изменять дозировку препаратов для усиления седативного эффекта и не иметь полной информации о возможных побочных эффектах медикаментов, связанных с возникновением пагубного употребления, или игнорировать ее. Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и, редко, при синдроме отмены кокаина. Приобретенная толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрестной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают их быстро повышать, открывая опьяняющий, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты седативно-снотворных препаратов.

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления седативных и снотворных средств ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление седативных и снотворных средств часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Интоксикация субъективно воспринимается как чувство приятной, теплой сонливости, малые ее степени напоминают алкогольную интоксикацию. Поми-

мо основных, симптомы включают снижение целенаправленности мышления и памяти, замедление речи и понимания, эпизоды сексуальной расторможенности, акцентуацию основных черт личности. Общая заторможенность исчезает через несколько часов, но нарушения тонкой моторики, мышления и аффекта могут сохраняться 10-20 часов. На фоне дисфории могут отмечаться транзиторные параноидные представления и суицидные тенденции.

Физические признаки могут включать диплопию, страбизм, снижение кровяного давления и высоты сухожильных рефлексов. Смерть может наступить в результате самоубийства, несчастного случая или ненамеренной передозировки (летальная доза для опытного наркомана может быть при определенных условиях не выше, чем для новичка). Эти препараты чаще других используют при реализации суицидных тенденций. Смерть наступает на фоне глубокой комы, остановки дыхания и сердечной деятельности.

В отличие от барбитуратов, бензодиазепины имеют более высокий порог безопасности. Они в меньшей степени угнетают дыхательный центр, смертельная доза соотносится с наркотически эффективной как 200:1. Принимаемые с суицидной целью высокие дозы (более 2 г) вызывают сонливость, атаксию, иногда спутанность, не оставляя резидуальных следов. У лиц с низкой фрустрационной толерантностью бензодиазепины могут давать растормаживающий эффект с агрессивным поведением. В силу меньшего уровня достигаемой эйфории риск возникновения пристрастия относительно более низок, что не исключает возможности повышения толерантности и возникновения синдрома отмены.

Употребление с вредными последствиями проявляется как соматическими заболеваниями (пневмония, отек легких, почечная недостаточность, гипотензия, дерматит), так и психопатологическими расстройствами (эпизоды возбуждения, постоянная сонливость, склонность к аффективным реакциям), связанными с непосредственным, прямым токсическим эффектом препаратов.

При длительном злоупотреблении барбитуратами и другими снотворными препаратами формируется своеобразный, напоминающий органический, дефект с изменением всей структуры личности. Интеллектуально-мнестические расстройства сопровождаются нарушениями нравственных и этических норм поведения, психастенией, черствостью, грубостью, эгоистичностью и жестокостью по отношению к окружающим и близким. Лицо становится маскообразным, мимика бедной. Инвалидизация развивается в связи с резким падением работоспособности, связанной с умственной и физической нагрузкой.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Выражается в высоком риске использования препаратов для осуществления суицидальных тенденций, в том числе на фоне дисфорических расстройств, индуцированных приемом препаратов. Также возникают проблемы, связанные с профессиональной деятельностью и трудоустройством: сниженная производительность, рост числа прогулов и проблем с дисциплиной, неудовлетворительные отношения в рабочем коллективе, травмы на рабочем месте; проблемы, связанные с насилием: повышенная вероятность жестокого поведения, агрессивность;

семейные проблемы: различные негативные последствия для супруга(-и) и детей, включая жестокое обращение, частые семейные конфликты и др.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ-10, для постановки диагноза пагубного употребления седативных и снотворных средств:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства при употреблении других ПАВ (алкоголизм, синдром зависимости от стимуляторов, кокаина).
- Интоксикация другими ПАВ.

5.5. Пагубное употребление кокаина

Эпизодический прием кокаина короткий, систематическое употребление формируется через 2-6 приемов.

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления кокаина ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление кокаина часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Главным фармакодинамическим эффектом кокаина является блокада рецепторов допамина, серотонина и эпинефрина. Не ясна природа его специфической активации мезокортикальных допаминергических структур. Порошок кокаина чаще вдыхается через нос, или при курении ингалируется его алкалоидная форма. Используется также подкожное и внутривенное введение.

Многие из пользователей кокаина, контролируя его употребление, длительное время избегают физической зависимости. Психологическая же зависимость развивается очень быстро и может появиться после однократного приема. У людей нередко отмечается «запойный» стереотип употребления – от нескольких часов до нескольких дней со снижением веса, дегидратацией, высоким риском развития психоза и летального исхода. Смерть, впрочем, более вероятна, когда кокаин используется для потенцирования действия опиатов.

Кокаиновый психоз клинически схож с амфетаминовым. Возможно опасное для окружающих агрессивное поведение. Тактильные галлюцинации часто сопровождаются ощущением ползающих под кожей насекомых. Этот феномен обозначается как «ползание мурашек», «кокаиновое насекомое» или симптом Magnan (1889 г). Обычно он связан с парентеральным введением кокаина.

При длительном интраназальном приеме развивается хронический ринит, изъязвление слизистой носа вплоть до некроза носовой перегородки вследствие сосудистого спазма. Снижение уровня серотонина способствует появлению депрессии, раздражительности, дисфории.

Кокаин оказывает генерализованный симпатомиметический эффект на сосудистую систему, следствием чего могут быть нарушения сердечного ритма и высокий подъем артериального давления с кровоизлиянием в мозг как возможным осложнением. Другими осложнениями могут быть инфаркт миокарда и эпилептический статус.

Регулярное употребление кокаина ведет к значительному снижению и к нарушениям репродуктивной функции. У мужчин описана импотенция и гинекомастия; эти расстройства нередко сохраняются долгое время после прекращения приема кокаина. У женщин наблюдаются галакторея, аменорея и бесплодие. При постоянном употреблении кокаина возможна стойкая гиперпролактинемия, поскольку кокаин нарушает дофаминергическую регуляцию секреции пролактина гипофизом.

Употребление кокаина во время беременности, особенно курение крэка, повышает риск врожденных пороков, а также перинатальных сердечно-сосудистых расстройств, включая нарушения мозгового кровообращения, у матери. Однако само по себе употребление кокаина, вероятно, не единственная причина перинатальных расстройств; здесь играют роль также последствия кокаиновой наркомании – пониженное питание, пренебрежительное отношение к своему здоровью, прием других наркотиков.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Связаны с неадекватным выполнением профессиональной деятельности в результате быстрой активизации «поисковой» активности для приобретения и потребления кокаина: опоздание и прогулы, невыполнение производственных обязательств, покупка кокаина во все возрастающих количествах, участие в торговле кокаином, утрата других интересов, утрата волевых установок.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ-10, для постановки диагноза пагубного употребления кокаина:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.
- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).

- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением амфетаминов.
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов.
- Интоксикация другими ПАВ.

5.6. Пагубное употребление стимуляторов

Психостимуляторы чаще употребляют периодически. Количество дней употребления наркотика и дней отдыха индивидуально. Это необходимо учитывать при диагностике пагубного употребления.

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления психостимуляторов ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление психостимуляторов часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Наиболее известными стимуляторами нервной системы являются амфетамины: декстроамфетамин (декседрин), метамфетамин (метедрин), метилфенидат (риталин). Фармакодинамический эффект обеспечивается вмешательством в метаболизм серотонина, норэпинефрина и (в большей степени, чем кокаин) допамина. Стимуляторы обычно принимаются внутрь, хотя используется и внутривенное введение. Небольшие дозы вызывают быстрое улучшение самочувствия, повышение умственной продуктивности, снятие чувства усталости и голода, снижение болевого порога.

Группы повышенного риска злоупотребления: пациенты с ожирением, проходящие лечение, профессиональные спортсмены, водители на дальних рейсах. При повышении толерантности суточная доза может достигать 1 г; условно смертельная доза составляет 120 мг. Кроме основных соматических признаков, в состоянии интоксикации могут отмечаться: игра вазомоторов, цианоз, мелкие кровоизлияния, субфебрилитет, бруксизм (скрежетание зубами), затруднения дыхания, тремор, атаксия; в выраженных случаях – коматозное состояние. Здесь часто наблюдаются амфетаминовые стереотипии – по существу бессельные повторяющиеся действия, например постоянная чистка обуви или сборка и разборка электроприборов. Психические проявления могут включать беспокойство,

дисфорию, раздражительность, внутреннее напряжение, логорею, бессонницу, нарушения схемы тела, тревогу, спутанность.

При регулярном употреблении экстази появляются страх, раздражительность, неуравновешенность, неадекватные реакции, рассеянность внимания. Зрительные галлюцинации и иллюзии наблюдаются в 20% случаев. Описаны также панические атаки, состояние тревоги и депрессии, параноидные психозы. Описаны достаточно тяжелые и выраженные токсические эффекты при его употреблении: повреждения паренхимы печени, изменения в миокарде, дегенерации серотонинергических нервных окончаний, гипертермия с последующим «тепловым ударом» и смертельным исходом. Приведен случай кровоизлияния в мозг через 36 ч после употребления экстази, описана возможность внезапной смерти после его приема.

Среди медицинских последствий злоупотребления кофеином отмечают повышение АД, сердечную аритмию, тахикардию. У лиц, употребляющих более 5-6 чашек кофе в день, в 2,5 раза чаще развиваются инфаркты миокарда, в 20% случаев отмечаются диарея, боли в области желудка и кишечника, даже пептические язвы. Описан тератогенный эффект у беременных, так как кофеин может проходить через плаценту. У лиц, хронически употребляющих чифир, постепенно развиваются изменения личности по типу психопатизации с заметными колебаниями настроения, недержанием аффектов, социальным снижением.

Вредные последствия регулярного употребления самодельных психостимуляторов (эфедрин, перивитин) проявляются грубой неврологической симптоматикой (резкая замедленность речи, вплоть до полной афазии; замедленность произвольных движений; общая слабость, в том числе в нижних конечностях; скованность; насильственные движения (дрожание конечностей, подергивания мышц, спазмы лицевых мышц, судорожные сведения кистей, стоп, генерализованные гиперкинезы, грубое нарушение почерка вплоть до потери навыков письма); шаткость походки; нарушение координации движений; затруднения при самообслуживании (умеренные или выраженные), нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, токсическим поражением печени. Риск распространения ВИЧ-инфекции при злоупотреблении инъекционными психостимуляторами существенно возрастает, чему способствуют более частые инъекции, чем при злоупотреблении опиатами.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

У больных, злоупотребляющих самодельными психостимуляторами, быстро развиваются изменения личности, которые проявляются психопатоподобными расстройствами, выраженным морально-этическим снижением, эмоциональным огрубением, падением трудоспособности. Быстро нарастают явления социальной деградации: больные оставляют работу, не учатся, круг их интересов ограничивается наркотиками, а круг общения – наркоманами. Постепенно нарастает интеллектуально-мнестическое снижение. Похожие социальные последствия могут иметь и другие психостимуляторы.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ, для постановки диагноза пагубного употребления психостимуляторов:

• Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина, галлюциногенов.
- Интоксикация другими ПАВ.

5.7. Пагубное употребление галлюциногенов

Возможно эпизодическое введение наркотиков в течение года и более. Формирование синдрома зависимости несколько отлично от других видов зависимости. Психическая зависимость может сформироваться быстро (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может формироваться достаточно длительно (ЛСД), при употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибин, мескалин).

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления галлюциногенов ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление галлюциногенов часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Галлюциногены вмешиваются в метаболизм катехоламинов, допамина, ацетилхолина, серотонина и ГАМК, вызывая растормаживание деятельности затылочных областей мозга и лимбических структур. Для некоторых препаратов, возможно, имеются зоны специфически чувствительных рецепторов мозга.

Качество и продолжительность субъективных ощущений при приеме зависит от типа препарата. Для действия MDMA более характерны аффективные изменения; наиболее широкий спектр перцептивных нарушений характерен для LSD. Эффект наступает в пределах часа после перорального приема и длится 8-12 часов; при других препаратах действие сохраняется от нескольких часов до нескольких дней.

Психологические проявления в существенной мере определяются личностными особенностями пользователя, его ожиданиями и микросоциальными фак-

торами, но LSD почти всегда дает глубокие нарушения восприятия, аффекта и мышления. В ряде случаев действие препарата субъективно воспринимается как манифестация психического заболевания, сопровождаясь паническими реакциями. Повышается интенсивность перцепции запахов и вкусов, цвета воспринимаются более богатыми, фактура и очертания предметов более четкими, углубляется эмоциональное восприятие музыки. Отмечается т. н. синестезия: цвета могут восприниматься звучащими, звуки – зримыми. Наблюдаются расстройства схемы тела, нарушения восприятия пространства и времени. Собственное Я воспринимается растворенным в окружающем мире, отделенным от тела, парящим в мистическом экстазе. Среди галлюцинаций преобладают зрительные, часто в виде геометрических форм и фигур. Повышаются интенсивность и переменчивость эмоций, различные варианты аффекта могут ощущаться одновременно. Более значимым становится невербальное восприятие, резко усиливается внушаемость. Общее повышение остроты восприятия может вызывать субъективное ощущение внутренних органов, всплывание давно забытых воспоминаний. Обычно углубление интроспекции, философских представлений, религиозных чувств, после чего остается ложное представление о повышении творческого потенциала собственной личности, кардинальных ее изменениях.

Наиболее типичным осложнением является «скверное путешествие», сходное с панической реакцией при интоксикации каннабиоидами, обычно сопровождающееся психотическими симптомами с длительностью до нескольких недель и дольше. Оно возникает примерно у 25% пользователей. Возможны также flashback (возврат к прошлому), длящиеся от нескольких секунд до нескольких часов, возникающие вне приема препарата и провоцируемые стрессовым состоянием, приемом каннабионидов. Иногда они могут вызываться произвольно. В ряде случаев галлюциногены провоцируют эндогенные психозы. Осложнением являются также тревожно-депрессивные синдромы с суицидальным поведением. Наиболее подвержены этому лица с тревожными, неустойчивыми, шизоидными чертами личности и в предпсихотическом состоянии.

При хроническом употреблении фенциклидина развивается органический мозговой синдром с резким снижением памяти, затруднением концентрации внимания и контроля за своими действиями.

У больных, регулярно принимающих циклодол в больших дозах (25-30 таблеток в течение 6-7 месяцев), выявляются расстройства памяти, внимания, снижение сообразительности, замедление мышления, а также характерные вегетоневрологические нарушения – порозовение щек, чаще в форме бабочки, на фоне бледности лица, алые губы, тремор пальцев, непроизвольное подергивание отдельных мышечных групп, повышение мышечного тонуса, придающее походке характерные черты – выпрямленная спина, отставленные руки и ноги, ходьба на выпрямленных ногах.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ, для постановки диагноза пагубного употребления галлюциногенов:

• Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.

- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранялся по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Шизофрения
- Шизоаффективное расстройство
- Депрессивный эпизод с психотическими расстройствами
- Острая интоксикация каннабиноидами
- Деменции различной этиологии
- Интоксикация другими ПАВ

5.8. Пагубное употребление табака

Согласно ВОЗ, употребление табака является основной предотвратимой причиной смерти. Ежегодно табак приводит к смерти более 5 миллионов людей. К 2030 году от него будет умирать более 8 миллионов человек, причем примерно 80% этих случаев смерти будут происходить в странах с низким и средним уровнем дохода. Потребление табака признано в качестве главной причины рака легкого, сердечно-сосудистых болезней и хронических обструктивных заболеваний легкого (включая бронхит и эмфизему) и вызывает 1 200 000 смертных случаев ежегодно в Европейском регионе ВОЗ (что составляет 14% всех смертных случаев).

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления табака ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление табака часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

Средняя сигарета содержит 0,5 мг действующего вещества табака – никотина. Условно смертельная доза составляет 60 мг. Физиологические эффекты включают сужение периферических сосудов, усиление перистальтики, повышенный выброс катехоламина, норэпинефрина и эпинефрина, общее снижение метаболизма, тремор.

Курение ослабляет иммунную систему, и организм становится более уязвимым к таким состояниям, которые могут вызвать облысение, язвы в ротовой полости и сыпь на лице.

В связи с наличием в табачном дыме свободных радикалов, а также снижением в результате курения веществ, выполняющих антиоксидантные функции в организме (например, аскорбиновой кислоты, никотиамида), употребление табака повышает риск катаракты и способствует развитию макулодистрофии, что выражается в затуманивании зрения и появлении слепых пятен в поле зрения.

Атеросклероз кровеносных сосудов, возникающий вследствие курения, нарушает приток крови к внутреннему уху. Курильщики утрачивают слух раньше, чем некурящие, и более подвержены потере слуха, вызванной ушными инфекциями или шумом. Курение приводит к повышенному риску развития инфекций среднего уха, которые могут привести к таким осложнениям, как менингит и паралич лицевых нервов.

Химические вещества табачного дыма вызывают пожелтение зубов, развитие зубного камня и кариеса, болезни десен.

В связи с наличием в табачном дыме большого количества канцерогенов (более 50) и других токсичных веществ, курение является одной из значимых причин возникновения рака. Курение признано главной причиной рака легкого, повышает вероятность смерти от меланомы, вдвое повышает риск развития плоскоклеточного рака, связано с возникновением рака носовой полости, губы, полости рта, гортани, пищевода, желудка, поджелудочной железы, кишечника; тонкой кишки; толстой кишки, ануса, почек, печени, мочевого пузыря, шейки матки. Как активное, так и пассивное курение повышает риск развития рака молочной железы, а прекращение курения существенно снижает риск развития большинства вышеупомянутых видов рака.

Заболевания респираторной системы в результате курения табака включают эмфизему, обструктивную болезнь легких, хронический бронхит, сопровождающийся накоплением гнойной слизи, болезненным кашлем и нарушением дыхания, облитерирующий бронхиолит, бронхиальную астму. Курение повышает риск смерти от туберкулеза.

Монооксид углерода, содержащийся в табачном дыме, обладает способностью соединяться с гемоглобином в 200 раз выше, чем у кислорода, что приводит к снижению способности крови переносить кислород и соответственному снижению плотности костной ткани, что является причиной остеопороза.

Курение является одним из главных факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, вызывая тахикардию, повышение артериального давления и уровня холестерина в крови. Это приводит к аритмии, стенокардии, аневризме аорты, атеросклерозу сосудов нижних конечностей, сосудистым заболеваниям головного мозга, инфаркту миокарда, болезни Бюргера (облитерирующий тромбангит), которая может приводить к блокированию артерий и к гангрене, что может вызвать необходимость ампутации.

Заболевания ЖКТ, связанные с курением, включают гастрит, рефлюксную болезнь, язву желудка, язвенную болезнь 12-перстной кишки. Курение понижает

сопротивляемость организма бактериям, вызывающим язвенную болезнь желудка, увеличивает выработку желудочного сока, нарушает мускульную активность желудка.

Курение оказывает негативное влияние на репродуктивную систему, вызывает осложнения при беременности и рождении ребенка. У курящих женщин отмечается низкая масса тела новорожденных, повышается риск рождения ребенка с недостаточной массой тела и возникновения у него негативных последствий для здоровья в будущем, включая синдром внезапной смерти младенца.

Курение может нарушать морфологию и подвижность спермы и повреждать ее ДНК, что повышает риск бесплодия, выкидыша и дефектов плода. Исследования показывают, что у детей курящих мужчин чаще развивается рак.

Курильщики отличаются определенным комплексом личностных особенностей: большая импульсивность поведения, более низкий уровень образования, большая частота разводов, большая экстравертированность, тревожность, недоброжелательность и склонность к алкоголизации. Никотин стимулирует гипоталамический центр удовольствия, что может объяснять появление пристрастия. Эйфорический эффект в известной степени подобен действию кокаина и опиатов. Успокаивающий эффект пропорционален длительности паузы между курением.

Курение может осложнять психиатрическую медикацию, повышая печеночный метаболизм и снижая уровень нейролептиков и антидепрессантов в крови.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Связан, прежде всего, с воздействием вторичного табачного дыма на окружающих, в том числе беременных женщин и детей. По данным ВОЗ, 94% людей остаются не защищенными всесторонними законами по обеспечению бездымной среды.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других видов ПАВ (ингалянтов, токсических веществ, каннабиноидов и др.).
- Соматические заболевания иной этиологии.

5.9. Пагубное употребление летучих растворителей

Соответствует общим закономерностям начала формирования наркоманий и токсикоманий. Среди подростков, злоупотребляющих ингалянтами, значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС, примитивных лиц с ограниченными интересами.

Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, реже – до 1 года. При продолжении ингаляций постепенно формируется синдром зависимости. Ингалянты вдыхают чаще – 3-4 раза в неделю, а далее – ежедневно, иногда по несколько раз в день.

Согласно МКБ-10, диагноз пагубного употребления летучих растворителей

ставится: (1) при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя; (2) употребление летучих растворителей часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.

1. Непосредственный ущерб, причиненный психике или физическому состоянию потребителя

С наркотической целью используются следующие летучие растворители: бензин, растворители лака, различные виды клея, очистительные жидкости, аэрозоли (в особенности краски), амил- и бутилнитраты. Окись азота, эфир специфически используются медицинскими работниками, имеющими доступ к этим веществам и представляющими собой контингент, принципиально отличающийся от основных пользователей. Подавляющим большинством пользователей являются дети и подростки 6-16 лет из малообеспеченных слоев общества.

Интоксикация наступает через 5 минут и длится 15-30 минут. В ходе интоксикации эйфоризирующий эффект сменяется заторможенностью.

Признаками острой интоксикации может быть переоценка собственной личности, чувство неуязвимости, силового превосходства, чувство парения, головокружения, нарушения пространственного восприятия, отдельные психотические симптомы. Возможна амнезия периода интоксикации.

Среди соматических последствий могут быть тошнота, снижение аппетита, снижение сухожильных рефлексов. Летальный исход может наступить в результате центральной остановки дыхания, сердечной аритмии и несчастных случаев. Соматические последствия затрагивают костный мозг, почки, печень, ЖКТ и мышечную ткань, наблюдаются периферические невриты, изменения в форме аритмий, гипотензии, брадикардии, слезотечение, расширение кровеносных сосудов склеры и конъюнктивы, нарушение зрения и диплопия, ожоги, дегидратация. Выявляются деменция с когнитивной дисфункцией, атаксией и дизартрией, парестезии, энцефалопатия с диффузной атрофией. Токсическая энцефалопатия проявляется психоорганическим синдромом. Она быстрее формируется у подростков с резидуальным органическим поражением головного мозга.

У людей, злоупотребляющих ингалянтами, описано развитие полиневропатии, которая характеризуется чувством онемения, парестезиями в кистях и стопах, сочетающимися с гипотрофией или реже с атрофией соответствующих мышц, уменьшением болевой чувствительности по полиневритическому типу, снижением карпорадиальных и ахилловых рефлексов, акрогипергидрозом, багрово-синюшным цветом кожи кистей и стоп, гипотермией их и трофическими нарушениями.

Хроническая интоксикация ингалянтами ведет к нарастанию изменений личности, появлению таких не свойственных ранее черт характера, как агрессивность, равнодушие к близким, повышенная раздражительность. Постепенно развиваются психопатоподобное поведение и интеллектуальное снижение с не критичностью к своим действиям и к ситуации в целом.

2. Ущерб, связанный с негативными социальными последствиями

Стержневое агрессивное поведение у детей и подростков ведет к частым правонарушениям; снижение умственной продуктивности сопровождается затруднениями в учебе. Употребление летучих веществ, являясь, как правило, транзиторным расстройством, нередко завершается переходом к иным формам наркомании или алкоголизма. Отдаленные катамнезы свидетельствуют о том, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и психической деградацией.

Таким образом, согласно диагностическим критериям МКБ, для постановки диагноза пагубного употребления летучих растворителей:

- Должны иметься четкие данные о том, что употребление вещества обусловило (или в значительной мере усугубило) физический или психологический вред, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, который может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.
- Природа вреда должна быть четко выявляемой (и должна быть указана).
- Характер употребления сохранился по меньшей мере 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.
- Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного средства в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Интоксикация другими ПАВ.

5.10. Сочетанное пагубное употребление ПАВ

Клиника пагубного употребления с вредными последствиями зависит от преобладающего ПАВ. Часты энцефалопатии и рано развивается синдром деменции с неврологическими нарушениями.

Дифференциальный диагноз

Следует дифференцировать с аномалиями личности, при которых прием различных препаратов «компенсирует» проблемы становления личности или общение, а также с органическими расстройствами личности.

6. Психотерапия

Психотерапия является основой терапевтической программы при пагубном употреблении. Психотерапия проводится врачом-психотерапевтом, врачом психиатром-наркологом, клиническим психологом под руководством врача-психотерапевта. В организации и проведении психотерапевтических мероприятий участвуют также специалисты по социальной работе, социальные работники под руководством врача психотерапевта. В табл. 7 представлены немедикаментозные методы профилактики, лечения и реабилитации. В табл. 8 приведены медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики.

Таблица 7. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

1. Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой • Психологическая адаптация • Психологическое консультирование • Индивидуальное психологическое консультирование • Групповое психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование • Психологическая коррекция • Индивидуальная психологическая коррекция • Групповая психологическая коррекция • Психотерапия 	<ul style="list-style-type: none"> • Трудотерапия • Арт-терапия • Социально-реабилитационная работа • Аутогенная тренировка • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы • Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы • Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы • Электросон • Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты • Воздействие переменным магнитным полем
2. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой • Психологическая адаптация • Психологическое консультирование • Индивидуальное психологическое консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> • Арт-терапия • Социально-реабилитационная работа • Аутогенная тренировка

<ul style="list-style-type: none"> • Групповое психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование • Психологическая коррекция • Индивидуальная психологическая коррекция • Групповая психологическая коррекция • Психотерапия 	
3. Профилактическая работа	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога • Школа психологической профилактики для пациентов и родственников

Таблица 8. Медицинские услуги для психопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с пагубным употреблением психологическая адаптация уже может быть нарушена. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни
Психологическое консультирование <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальное психологическое консультирование • Групповое психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование 	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: непосредственная работа с родственниками пагубно употребляющих, с парами, консультирование всей семьи. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены
Психологическая коррекция <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная психологическая коррекция • Групповая психологическая коррекция 	Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью

	<p>специальных средств психологического воздействия, а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе</p>
Трудотерапия	<p>Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации</p>
Терапия средой	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе</p>
Арт-терапия	<p>Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния.</p>

	<p>Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента. Применяется у пациентов с выраженной алекситимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций</p>
<p>Социально-реабилитационная работа</p>	<p>Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала</p>
<p>Аутогенная тренировка</p>	<p>Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах</p>

При проведении психотерапии лиц с пагубным употреблением на первое место выходит применение **Краткосрочных вмешательств (brief intervention)**. Это специфическая лечебная стратегия с целью помочь индивиду прекратить или сократить (реже) употребление ПАВ, используется структурированная терапия короткой продолжительности (обычно 5-30 минут). Она предназначена для применения как врачами общего профиля и другими работниками первичной медико-санитарной помощи, так и психиатрам-наркологами, клиническим психологам. В настоящее время краткосрочное вмешательство (иногда называемое минимальным вмешательством) применяется главным образом для прекращения курения или как терапия пагубного употребления алкоголя. Смысл краткосрочного вмешательства состоит в том, что даже если процент лиц, которые изменяют характер потребления веществ после одноразового вмешательства, невелик, вклад в общественное здравоохранение большого числа работников первичной медико-

санитарной помощи, систематически осуществляющих это вмешательство, значителен. Краткосрочное вмешательство часто связано с систематическим скрининг-тестом в отношении опасного и пагубного употребления веществ, особенно алкоголя и табака. Таким образом, краткосрочное вмешательство – короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции может быть не только полное воздержание от спиртного, но и уменьшение количества потребляемого алкоголя/частоты.

Наиболее часто в качестве краткосрочного вмешательства используется мотивационное интервью, которое предназначено для работы с больными как с пагубным употреблением, так и с зависимостью от ПАВ на разных этапах лечения заболевания, направлено на мотивирование пациента к отказу от ПАВ, реже к уменьшению употребления алкоголя, к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: психофармакотерапии, психотерапии, участия в программах медицинской и социальной реабилитации. Мотивационное интервью всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на отказ от приема ПАВ через поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни. Мотивационное интервью как высоко технологичная интервенция может осуществляться на разных этапах лечения наркологического больного и неоднократно. В зависимости от стадии готовности к изменениям, на которой в настоящий момент находится пациент, различаются цели мотивационного интервью и несколько изменяется набор используемых техник (табл. 9). При проведении психотерапии не допускается противопоставление психотерапевтического и психофармакологического лечения. Наиболее оптимально использовать комплексные программы, сочетающие фармакотерапию и психотерапию.

Таблица 9. Модификация целей мотивационной психотерапии в зависимости от стадии мотивации

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	Цель мотивационного интервью
Стадия «предварительных размышлений»	<ul style="list-style-type: none"> • Вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ • Помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ через информирование
Стадия «размышления об изменениях»	<ul style="list-style-type: none"> • Поддержать мысли о возможном изменении поведения • Структурировать ожидаемые изменения

Стадия «принятие решений»	<ul style="list-style-type: none"> • Помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия «действия»	<ul style="list-style-type: none"> • Помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий
Стадия «поддержки»	<ul style="list-style-type: none"> • Совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники
Стадия «срыв (рецидив)»	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва • Подготовить пациента к возврату на стадию предварительных размышлений

Также в качестве краткой интервенции при терапии пагубного употребления алкоголя часто используется эффективная психокоррекционная интервенция BRENDA. Она применяется в сочетании с медикаментозным лечением. Ее могут проводить начинающие психиатры-наркологи и клинические психологи, делая акцент на приверженности лечению. Временной регламент проведения BRENDA: первый сеанс 30-40 минут, последующие сессии 15-30 минут. Данная интервенция НЕ использует стратегии когнитивно-поведенческой терапии, кроме как в интересах приверженности лечению.

Примерный алгоритм проведения психокоррекционной интервенции BRENDA:

1. Оценка всех составляющих статуса пациента – биологического, психического, психологического, социального.
2. Сообщение пациенту о результатах оценки его пагубного употребления алкоголя по определенным правилам: на основании фактов, без морализаторства или осуждения, избегая конфронтации и споров, дать пациенту достаточно времени для того, чтобы осознать оценку.
3. Эмпатия, сочувствие и сопереживание. Понимание проблемы пациента, учет и отражение его эмоционального состояния. Сотрудничество, а не конфронтация. Психологическая поддержка.
4. Анализ актуальных потребностей пациента. Насущные потребности, здоровье, безопасность и т. п. Приоритеты пациента в удовлетворении своих потребностей. Потребности пациента отражают взаимодействие между врачом и пациентом. Прямые указания и советы специалиста о том, как удовлетворить актуальные потребности пациента.
5. Анализ ресурсов пациента. Анализ ситуаций повышенного риска. Выработка стратегии достижения приоритетов пациента.
6. Оценка изменений со стороны пациента в результате советов и рекомендаций по лечению. Комплексный анализ биологических, психических, психологических и социальных показателей в динамике. Положительная обратная связь.

В табл. 10 представлены методы психотерапии, применяемые при пагубном употреблении ПАВ.

Таблица 10. Методы психотерапии, применяемые при пагубном употреблении (в стандартах обозначаются как А13.29.008 Психотерапия)

Метод	Характеристика ^{степень доказательности}	Применение
Мотивационное интервью	Цель-ориентированный метод совместного обсуждения проблемы изменений, в котором особое внимание уделяется ее словесному оформлению, для разрешения амбивалентности пациента в отношении лечения. Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов ^А	Показан к применению у пациентов с пагубным употреблением и с синдромом зависимости от ПАВ и низкой мотивацией и комплаенсом к лечению. Метод может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе от 4 до 12 человек. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяются для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Сюда относят: противорецидивный тренинг, тренинг навыков (социальных навыков, навыков совладания со стрессом, навыков самоконтроля), тренинг принятия решений, поведенческий контракт (в том числе при лечении антабусом). Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов ^В	Показан к применению пациентам без выраженного интеллектуально-мнестического снижения. Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике. Рекомендуются от 6 до 15 психотерапевтических сессий

<p>Комплаенс-психотерапия</p>	<p>Базируется на когнитивно-бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами^А</p>	<p>Показан для пациентов с низким уровнем приверженности к лечению (комплаенса). Психотерапевтическая работа направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действий лекарств, способов лечения зависимости. Рекомендуется от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе)</p>
<p>Клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу</p>	<p>В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией с помощью безусловного принятия пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста (Триада Роджерса). Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики^В.</p>	<p>Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий от 4 до 12. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом, в соответствии с концепцией данного метода</p>

	Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов	
Рациональная психотерапия	Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противоречивым» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных ^D	Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий
Групповая психотерапия	В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой ^B	При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий
Психодинамическая психотерапия	Психодинамическая психотерапия помогает пациенту понять глубинный личностный смысл алкогольной либо наркотической зависимости, позволяет сфокусировать его внимание на «ядерных темах конфликтных отношений» и постепенно, тем самым, дезактуализировать патологическое влечение к ПАВ. В основе лежит психоаналитическая теория	Несмотря на то, что метод предполагает длительное, многолетнее лечение, у наркологических больных возможны и краткосрочные форматы от 7 до 20 психотерапевтических сессий

	<p>о приобретенных и закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ^В</p>	
Транзакционный анализ	<p>Транзакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения. Отдельные технологии транзакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э. Берну^С, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана^С, контрактные методики^А, антисуицидальный контракт^С, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности^В, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента^С. Многие технологии транзакционного анализа используются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном консультировании</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает, как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 4 до 20 психотерапевтических сессий</p>
Семейная психотерапия	<p>Совокупность психотерапевтических подходов, основанных на убежденности в необходимости проведения диагностики и воздействия на наркологическое заболевание на уровне семьи как системы, поскольку изменение в какой-либо из частей системы приводит к изменениям в других частях. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений.</p>	<p>Специалистам необходимо провести от 1 до 3 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого. Формат семейной психотерапии будет зависеть от требований соответствующего направления семейной</p>

	<p>Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Семейная психотерапия применяется для (1) создания у пациента способностей и возможностей трезвой жизни; (2) снижения влияния заболевания на самого зависимого и членов его семьи (в том числе коррекции созависимого поведения). К семейной психотерапии относятся следующие подходы: поведенческая супружеская психотерапия, системная, многомерная, краткосрочная стратегическая психотерапия, краткосрочная бифокальная модель семейно-групповой психотерапии^А</p>	<p>психотерапии и может быть как краткосрочным, так и долгосрочным</p>
<p>Группы само- и взаимопомощи</p>	<p>Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния^В</p>	<p>Применение групп само- и взаимопомощи формирует терапию средой</p>

7. Медикаментозная терапия пагубного употребления ПАВ

Задачи терапии:

- 1 – подавление синдрома патологического влечения;
- 2 – терапия соматоневрологических последствий интоксикации ПАВ;
- 3 – предотвращение формирования синдрома зависимости.

Тактика терапии: проведение комплексного психотерапевтического и, по необходимости, медикаментозного лечения.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- 1 – проведение психотерапии,
- 2 – назначение психофармакотерапии по показаниям,
- 3 – назначение терапии, направленной на соматические нарушения, по показаниям,
- 4 – мониторинг состояния.

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением (далее – услуги) назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с актуальным состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 11).

Таблица 11. Медицинские услуги для лечения пагубного употребления и контроля за лечением

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога (в условиях амбулаторного лечения)	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом (в условиях стационарного лечения)
Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога
Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Прием (осмотр, консультация) врача-невролога Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта

2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин	Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ Общий (клинический) анализ крови Анализ мочи общий Анализ крови биохимический общетерапевтический
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных Регистрация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография легких Флюорография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) (в условиях стационарного лечения)

Клинические рекомендации.

Терапия пагубного употребления – процесс комплексный, индивидуальный и длительный. При пагубном употреблении акцент, конечно, делается именно на психотерапевтические программы. Лекарственные средства назначаются по строгим показаниям, а выбор их невелик.

7.1. Антидепрессанты

Применение *антидепрессантов* считается терапией выбора при наличии аффективных (депрессивных) расстройств у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков (табл. 12).

Таблица 12. Рекомендуемые к использованию при пагубном употреблении антидепрессанты³

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Миансерин	Аффективные нарушения у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В . Диссоциальные расстройства у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В	30-90 мг, оптимальная доза 60 мг
Тразодон	Неглубокая депрессия у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В . Комплексная терапия пациентов с пагубным употреблением бензодиазепинов, амфетаминов ^В . Диссоциальные расстройства у больных с пагубным употреблением ^В	50-600 мг, средняя суточная доза 225-450 мг
Пирлиндол	Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В	50-300 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Пароксетин	Депрессивные состояния обсессивно-компульсивного, фобического и тревожного характера у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^А	10-60 мг, средняя суточная доза 10-20 мг
Сертралин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^А	25-200 мг, средняя суточная доза 25-150 мг
Флувоксамин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^А	50-200 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Флуоксетин	Депрессивные, обсессивно-фобические и компульсивные расстройства у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^А	20 мг, максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Комбинированная терапия больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В . Алкогольная депрессия с тревогой, обсессивными и ипохондрическими расстройствами ^В	20 мг, максимальная доза – 40 мг
Эсциталопрам	См. Циталопрам	20 мг, максимальная доза – 40 мг

³ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Венлафаксин	Депрессия у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В	75-225-375 мг, средняя суточная доза 75-225 мг
Бупропион	Депрессии, в том числе у больных с зависимостью от табака	150-300 мг/сут
Миртазапин	Депрессивные состояния у больных с пагубным употреблением алкоголя и наркотиков ^В	15 мг/сут, эффективная доза обычно 15–45 мг/сут

Следует отметить, что антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости, в том числе при пагубном употреблении. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна, препараты выбора СИОЗС, СИОЗСН, как более безопасные лекарственные средства.

Показаниями к назначению антидепрессантов в наркологической практике при пагубном употреблении являются:

- а.** Аффективные (депрессивные – как правило, или маниакальные – как редко встречающееся явление) расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.
- б.** Коморбидные аффективные нарушения неалкогольного происхождения.

7.2. Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы)

Клинически нейрометаболические стимуляторы способны оказывать психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, а также повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Независимо от регистра нарушения психической деятельности их основное действие адресуется к острой и резидуальной органической недостаточности ЦНС. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства.

При пагубном употреблении ПАВ действие ноотропов направлено, в основном, на *астенические и астенодепрессивные расстройства*: физическую и психическую утомляемость, быструю истощаемость, общую слабость, вялость, пониженный фон настроения с эмоциональной лабильностью, чувством апатии. Такие состояния сопровождают тяжелые (и не очень тяжелые) алкогольные абзусы. Улучшение состояния отмечается уже на 3-и – 4-е сутки применения ноотропной терапии, однако для закрепления достигнутых результатов необходимо поддерживающее лечение еще в течение 2-3 недель. Собственно ноотропный эффект препаратов достигается к 2-3-й неделе приема. Он проявляется в улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам с ощущением бодрости, «готовности к работе», повышением работоспособности и переносимости физических и психических нагрузок. Коррекция функций памяти и внимания на этом этапе способствует не только адекватной интеллектуальной пере-

работке информации, но и преодолению алкогольной анозогнозии.

Таким образом, если в клинической картине преобладают расстройства астенодепрессивного круга, тоскливость, апатия, церебрастенические жалобы, то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропов (табл. 13).

Таблица 13. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний ноотропы⁴

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Аминофенилмасляная кислота	Астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога ^А , в том числе у больных с синдромом зависимости ^В	750-1500 мг/сут
Винпоцетин	Уменьшение выраженности неврологических и психических симптомов при различных формах недостаточности кровообращения головного мозга ^А , сосудистая деменция; вертебробазилярная недостаточность; атеросклероз сосудов головного мозга; посттравматическая и гипертоническая энцефалопатия) ^А	5-10 мг 3 раза в сутки
Гамма-аминомасляная кислота	Повышение продуктивности мышления, улучшение памяти ^А , алкогольные энцефалопатии ^А , полиневриты, слабоумие ^В	Средняя суточная доза 3000-3750 мг
Глицин	Стрессовые состояния, психоэмоциональное напряжение, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, неврозы, неврозоподобные состояния, вегетососудистая дистония, последствия нейроинфекций и черепно-мозговой травмы, различных форм энцефалопатий, в т. ч. алкогольного генеза, нарушения сна, для повышения умственной работоспособности, в т. ч. подросткам с девиантным поведением	200-300 мг в день
Гопантеповая кислота	Когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах ^А ; психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, для улучшения концентрации внимания и запоминания ^А	1500-3000 мг в день

⁴ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Никотиноил гамма-аминомас- ляная кислота	Лечение хронического алкоголизма в ком- плексной терапии ^А	Разовая доза 20-50 мг Средняя суточная доза 40-300 мг
Н-карбамоилме- тил-4- фенил-2- пирролидон	Заболевания ЦНС различного генеза, свя- занные с нарушениями обменных процессов в мозге, сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, психоорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими наруше- ниями и апатико-абулическими явлениями ^А , хронический алкоголизм (с целью уменьшения явлений астении, депрессии, интеллектуально- мнестических нарушений) ^В	До 300 мг в сутки
Пирацетам	Симптоматическое лечение интеллектуаль- но-мнестических нарушений при отсутствии установленного диагноза деменции ^А ; явления астении, интеллектуально-мнестические нару- шения психической деятельности ^А , патологиче- ское влечение при алкогольной зависимости ^В	Разовая доза 400-1200 мг Средняя суточная доза 2400- 3200 мг

7.3. Гепатотропные препараты и антиоксиданты

Гепатотропные препараты и антиоксиданты включаются в терапевтические программы при лечении пагубного употребления от всех видов ПАВ. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при различных видах употребляемого ПАВ не наблюдается (табл. 14).

Таблица 14. Рекомендуемые для лечения наркологических заболеваний гепатотропные препараты и антиоксиданты ⁵

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Адеметионин	Внутрипеченочный холестаза, поражения печени: токсические, включая алкогольные; цирротические и прецирротические состояния; энцефалопатия, в т. ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.) ^А	Внутрь, в/м или в/в 400-1600 мг/сут По инструкции
Глицирризиновая кислота + фосфолипиды	Гепатиты и гепатозы различной этиологии ^А	4-12 капсул в день

⁵ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

L-орнитин-L-аспарагат	Острые и хронические заболевания печени, сопровождающиеся гипераммониемией. Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная) ^А	Индивидуально; 600-900 мг/сутки
Метадоксин	Комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии; хронический алкоголизм ^А	Индивидуально; 300-1000 мг/сутки
Тиоктовая кислота	Жировая дистрофия печени, цирроз печени, хронический гепатит, алкогольная полинейропатия ^А	Парентерально, внутрь 300 и 600 мг
Урсодезоксихолиевая кислота	Алкогольная болезнь печени ^А	Индивидуально; средняя доза 8–10 мг/кг в сутки
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	Невротические и невротоподобные расстройства с проявлением тревоги, страха, эмоционального напряжения; расстройства памяти и внимания, нарушение умственной работоспособности ^А	Индивидуально; 50-400 мг/сут

7.4. Осложнения и побочные эффекты терапии

Связаны с:

- развитием побочных эффектов/осложнений назначаемых лекарственных средств;
- превышением терапевтической дозы препарата;
- неверно подобранной длительностью терапии;
- игнорированием перекрестной толерантности ПАВ и ЛС

Некоторые из наиболее часто встречающихся осложнений терапии приведены в табл. 15 и 16.

Таблица 15. Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Антидепрессант гетероциклической структуры	Транквилизатор, нейролептик	Замедление метаболизма, повышение <i>C</i> в крови, усиление седативного, потенцирование холинолитического эффектов
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> антидепрессанта в крови, снижение терапевтического действия
	Ноотропы	Усиление тимоаналептического эффекта, снижение побочных эффектов
	Витамин В ₆	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: *C* – концентрация.

Таблица 16. Лекарственные взаимодействия СИОЗС

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
СИОЗС	СИОЗС	Не рекомендовано
	НИМАО/оИМАО	Не рекомендовано
	Фенобарбитал, карбамазепин	Усиление метаболизма, снижение <i>C</i> в крови, снижение терапевтического эффекта
	ТЦА	Рекомендовано в низких дозах

Примечание: C – концентрация; нИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы; оИМАО – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы.

8. Школа для пациентов с пагубным употреблением ПАВ

Рекомендуется использование Школы для пациентов с пагубным употреблением ПАВ – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни, сократить употребление алкоголя и предотвратить формирование синдрома зависимости.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками пагубного употребления. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

9. Прогноз

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении лечения – положительный.



Клинические рекомендации

по диагностике и лечению синдрома отмены

Содержание

Коллектив авторов	215
Профильная группа экспертов	216
1. Методология	217
2. Определение и принципы диагностики	221
2.1. Общие замечания	221
2.2. Этиология и патогенез синдрома отмены	221
2.3. Диагностика синдрома отмены	222
3. Синдром отмены (F 1x.3xx)	226
3.1. Синдром отмены алкоголя (ААС) (F 10.3xx)	226
3.2. Синдром отмены опиатов (ОАС) (F 11.3xx)	228
3.3. Синдром отмены каннабиноидов (F12.3xx)	230
3.4. Синдром отмены снотворных и седативных средств (F13.3xx)	231
3.5. Синдром отмены кокаина (F14.3xx)	232
3.6. Синдром отмены других стимуляторов, включая кофеин (F15.3xx)	233
3.7. Синдром отмены галлюциногенов (F16.3xx)	234
3.8. Синдром отмены табака (F17.3xx)	235
3.9. Синдром отмены летучих растворителей (F18.3xx)	236
4. Лечение синдрома отмены	237
4.1. Общие замечания	237
4.2. Медицинские услуги для лечения синдрома отмены, состояния и контроля за лечением	238
4.3. Медикаментозная терапия синдрома отмены	240
5. Осложнения и побочные эффекты терапии	254
6. Психотерапия	257
7. Особенности терапии синдрома отмены в зависимости от вида ПАВ	264
7.1. Лечение синдрома отмены алкоголя	264
7.2. Лечение синдрома отмены опиатов	268
7.3. Лечение синдрома отмены каннабиноидов	270
7.4. Лечение синдрома отмены барбитуратов	270
7.5. Лечение синдрома отмены кокаина	270
7.6. Лечение синдрома отмены стимуляторов	271
7.7. Лечение синдрома отмены табака	271
7.8. Лечение синдрома отмены летучих растворителей	271
8. Терапия тяжелых абстинентных состояний	273
9. Прогноз	278

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Ионович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупницкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

*Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)*

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы (АС), осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

2.1. Общие замечания

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства.

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

5. Как особая рубрика в МКБ-10 выделен синдром отмены, осложненный судорожными припадками. Судорожные припадки возникают главным образом у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, которые обладают противосудорожными свойствами. К таким веществам относят барбитураты, бензодиазепиновые транквилизаторы и, в меньшей степени, алкоголь (табл. 3).

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.3xx	Синдром отмены алкоголя
F11.3xx	Синдром отмены опиоидов
F12.3xx	Синдром отмены каннабиноидов
F13.3xx	Синдром отмены седативных или снотворных веществ (F13.3xx-T; F13.3xx-H)
F14.3xx	Синдром отмены кокаина
F15.3xx	Синдром отмены других стимуляторов, включая кофеин (F15.3xx-T; F15.3xx-H)
F16.3xx	Синдром отмены галлюциногенов (F16.3xx-T; F16.3xx-H)
F17.3xx	Синдром отмены никотина
F18.3xx	Синдром отмены летучих растворителей (F18.3xx-T; F183xx.-H)
F19.3xx	Синдром отмены нескольких ПАВ (F19.3xx-T; F19.3xx-H)

2.2. Этиология и патогенез синдрома отмены

В патогенезе алкоголизма и наркоманий участвуют:

1 - катехоламинавая (КА), дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга;

2 - эндогенная опиоидная система;

3 - ГАМК-ергическая система;

4 -холинергические и никотиновые рецепторы.

При длительном приеме ПАВ развивается дефицит нейромедиаторов. В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез катехоламинов и

подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь монооксидазы и дофамин-β-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина в норадреналин. Происходит формирование ускоренного кругооборота катехоламинов. При прекращении приема ПАВ усиленное высвобождение катехоламинов из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) происходит накопление дофамина. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков АС.

Уровень дофамина в крови четко коррелирует с клинической тяжестью АС: превышение его исходных показателей в два раза сочетается с картиной тяжелого АС, при превышении в три раза, как правило, развивается острое психотическое состояние. При развитии АС уровень дофамина повышается независимо от принадлежности препарата, вызвавшего зависимость, к той или иной химической группе. Поэтому основная мишень терапевтического воздействия при всех типах зависимости от ПАВ – регуляция и нормализация функций мезолимбической дофаминовой системы мозга.

Перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и избыточная продукция гормонов надпочечников повреждают мозговые нейроны и особенно клетки гиппокампа, который имеет тесное отношение к процессам памяти и к эмоциональной сфере; резкое повышение уровня катехоламинов оказывает токсический эффект на сердечную мышцу, что проявляется снижением ее сократительной способности, аритмиями, фибрилляцией и нередко служит причиной внезапной смерти.

2.3. Диагностика синдрома отмены

Диагноз синдрома отмены устанавливается путем сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.); клинко-психопатологического обследования (табл. 4).

Таблица 4. Диагностика синдрома отмены: F 1x.3 третья цифра (четвертый знак) «3»

1	Определение	Синдром отмены, или АС – это группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию (<i>определение по МКБ-10</i>)
2	Диагностические критерии	<ul style="list-style-type: none"> • Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и/или в высоких дозах

		<ul style="list-style-type: none"> Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством <p>Состояние (синдром) отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, и этот последний диагноз также надо устанавливать</p> <p>Диагноз синдрома зависимости следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту</p> <p>Необходимо помнить, что синдром (состояние) отмены может вызываться условно-рефлекторным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз синдрома отмены ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений</p> <p>Следует отметить: Рубрика F1x.3xx «Абстинентное состояние (синдром отмены)» входит в структуру средней и конечной стадий зависимости от ПАВ</p>
3	Уточнения	<p>Диагноз состояния отмены должен быть уточнен соответствующими пятизначными кодами</p> <p>F1x.30. синдром отмены неосложненный F1x31. синдром отмены с судорогами</p> <p>Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком: F1x.3x1 начальная (первая) стадия F1x.3x2 средняя (вторая) стадия F1x.3x3 конечная (третья) стадия F1x.3x9 стадия не известна</p>
4	Дифференциальный диагноз:	<p>Многие симптомы, присутствующие в структуре синдрома (состояния) отмены, могут также быть вызваны другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями, депрессивными расстройствами и другими. Простое постинтоксикационное состояние («похмелье») или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены</p>

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной или специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся по показаниям (табл. 5).

Медицинские услуги включают:

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике синдрома отмены обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. Остальные специалисты привлекаются при наличии показаний.

- Лабораторные методы исследования. Следует понимать, что при диагно-

стике заболевания врач должен «иметь на руках» хотя бы минимальный набор лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований). В Стандарте специализированной помощи данные услуги не внесены в обязательные исключительно исходя из организационных соображений.

- Инструментальные методы исследования. Обязательным методом диагностики является ЭКГ и флюорография легких. Отсутствие в Стандартах данных услуг в рамках обязательных продиктовано теми же организационными соображениями.

Таблица 5. Медицинские услуги для диагностики синдрома отмены в стационарных и амбулаторных условиях (в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ)

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделений</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога 	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога • Прием (осмотр, консультация) врача-невролога • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр (консультация) врача анестезиолога-реаниматолога
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделений</i>	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови • Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин • Актуальный анализ проведение реакции Вассермана (RW) • Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый • Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ

<ul style="list-style-type: none"> • Актуальный анализ мочи общий • Актуальный анализ Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови • Актуальный анализ Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови • Актуальный анализ Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови 	
3. Инструментальные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
обязательно	по показаниям
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией данных • Актуальное исследование флюорографии легких 	<ul style="list-style-type: none"> • Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • Эхоэнцефалография • Электроэнцефалография • Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях • Рентгенография легких • Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Например, если пациент поступает на лечение в стационарное или амбулаторное отделение, ему обязательно должен быть проведен комплекс следующих медицинских услуг:

- прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога,
- реакция Вассермана (RW),
- общий (клинический) анализ крови,
- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- анализ мочи общий,
- ЭКГ,
- флюорография легких,
- определение антигена к вирусу гепатита В, антител к вирусному гепатиту С

и к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови.

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.

Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

3. Синдром отмены (F 1x.3xx)

Клиника синдрома отмены приведена в табл. 6.

Таблица 6. Клиника синдрома отмены

1. Токсикогенная симптоматика абстинентного состояния	Определяет индивидуальные различия АС, связанные как с типом ПАВ, являющегося предметом зависимости, так и с этапом развития заболевания. Ее составляющие: <ul style="list-style-type: none">• Малоспецифичная постинтоксикационная симптоматика (головная боль, разбитость, слабость, чувство внутреннего дискомфорта)• Симптоматика, связанная со сформированными в ответ на систематически повторяющуюся интоксикацию механизмами восстановления нарушенного гомеостаза. В этих условиях прекращение приема ПАВ вновь нарушает баланс, что приводит к развитию нарушений, диаметрально противоположных прямому фармакологическому эффекту потребляемого вещества
2. Аддиктивная симптоматика абстинентного состояния	Отражает не столько различия, сколько общность всех клинических вариантов синдрома отмены. В отличие от токсикогенной симптоматики, имеет нозологически специфичный характер, свойственный только болезням зависимости, и дает возможность дифференцировать абстинентное состояние от других патологических состояний с похожими симптомами. Среди этих признаков – разнообразные аффективные нарушения, имеющие смешанный характер и отличающиеся атипичной синдромальной структуры, а также психопатоподобное поведение (отказ от соблюдения режима или лечения, капризы, назойливость и конфликтность, стремление тайно раздобыть ПАВ, оппозиционность к медицинскому персоналу, истерические реакции и требования дополнительного назначения снотворных и успокоительных средств)
3. Признаки обострения скрытой патологии	Связаны как с наличием сопутствующих заболеваний, так и с накопившимися соматическими последствиями хронической интоксикации ПАВ. Абстинентное состояние обычно тем тяжелее, чем старше пациент и чем больше общая продолжительность интоксикации. Учитывать эту патологию необходимо при планировании дифференцированной терапии абстинентного состояния

3.1. Синдром отмены алкоголя (ААС) (F 10.3xx)

Алкогольный АС (F10.3xx) – комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного пьянства. Многие из этих нарушений – головная боль, головокружение, астения, чувство разбитости, жажда, обложенность языка, тошнота, вздутие живота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др. – встречаются не только у больных алкоголизмом,

но и у прочих лиц, находящихся в похмельном состоянии, т. е. в периоде после злоупотребления алкоголем. Кроме того, имеют место нарушения, составляющие коренное отличие алкогольного АС от постинтоксикационного состояния. Это целый ряд признаков вторичного патологического влечения к алкоголю, которое бывает только у больных алкоголизмом, обостряясь под влиянием импульсации из внутренней среды организма в связи с алкогольной и металкогольной интоксикацией. Сюда относят сильное желание выпить спиртное (опохмелиться), внутреннюю напряженность, раздражительность, дисфорию, подавленность, двигательное беспокойство.

Промежуточное положение между неспецифичными и нозологически специфичными расстройствами занимают те нарушения, которые связаны преимущественно с хронической алкогольной интоксикацией ЦНС и потому лишь относительно специфичны для больных алкоголизмом. Среди них – прерывистый, поверхностный, тревожный сон; яркие, беспокойные, пугающие сновидения; идеи отношения и виновности; вздрагивание, гиперактузия; отдельные слуховые и зрительные обманы; гипнагогические галлюцинации; крупный тремор всего тела или рук, век, языка; нистагм, потливость, тахикардия, эпилептические припадки и др.

В ряде случаев, когда больные алкоголизмом очень молоды и обладают достаточными компенсаторными возможностями, а болезнь имеет сравнительно небольшую давность, симптоматика алкогольного АС бывает ограничена вторичным патологическим влечением к алкоголю и незначительно выраженными вегетативными нарушениями (потливость, тахикардия, усиленный дермографизм).

Таким образом, алкогольный АС состоит в основном из двух частей – группы признаков патологического влечения к алкоголю, которые несут в себе нозологическую специфичность, и разнообразных неспецифичных или малоспецифичных расстройств, возникающих в результате токсического действия алкоголя в сочетании с другими патогенными факторами и определяющих индивидуальные особенности алкогольного АС у конкретного больного.

Выделение разных клинических вариантов АС имеет существенное практическое значение, поскольку указывает на неполноценность соответствующих органов и систем и способствует подбору дифференцированной восстановительной терапии. Что касается психопатологического варианта алкогольного АС, то многие клиницисты подчеркивают его особые патогенетические механизмы, ведущие к развитию острого алкогольного психоза (табл. 7).

Таблица 7. Клинические варианты алкогольного абстинентного синдрома

Клинический вариант	Проявления
Нейровегетативный	Базовый вариант, имеющий место в любом случае алкогольного АС, но способный «обрастать» дополнительной симптоматикой: плохой сон, астения, вялость, потливость, отечность лица, плохой аппетит, жажда, сухость во рту, повышение или понижение АД, тахикардия, тремор пальцев рук

Церебральный	Нейровегетативные нарушения сопровождается сильная головная боль с тошнотой, головокружением, гиперактузией, резким вздрагиванием, обмороками, эпилептиформными припадками
Висцеральный	Преобладают боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий стул, субиктеричность склер, стенокардия, сердечная аритмия, одышка
Психопатологический	Присутствие значительно выраженных психических расстройств: суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие «приключенческие» сновидения, пресомночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем мире

Алкогольный АС возникает в пределах 6-48 ч после последнего употребления спиртного и длится от 2-3 дней до 2-3 недель. Несмотря на сравнительную быстротечность, его сопровождают тяжелые патогенные воздействия на важные органы и системы, поэтому необходимо уделять серьезное внимание диагностике и лечению алкогольного АС.

3.2. Синдром отмены опиатов (ОАС) (F11.3xx)

ОАС формируется примерно через 2-6 недель после начала систематического употребления опиоидов и свидетельствует о становлении качественно нового этапа заболевания – второй стадии зависимости (табл. 8).

Таблица 8. Основные клинические проявления ОАС

Симптомокомплекс	Проявления
Вегетативные нарушения	Зевота, слезотечение, ринорея с частым чиханьем, диарея, расширение зрачка, повышение температуры тела, учащение сердцебиения, артериальная гипертензия, повышенная потливость, озноб, пилоэрекция («гусиная кожа»). На начальных сроках наркотизации, когда болезненные расстройства в структуре абстинентного состояния выражены слабо или отсутствуют, пациенты нередко принимают данное состояние за гриппоподобное
Психопатологические расстройства	Тревожность, напряженность, чувство дискомфорта, раздражительность, дисфория, сопровождающиеся общим недомоганием, физической слабостью. Нарушения сна, вплоть до бессонницы, появляются в течение суток после прекращения приема наркотиков и отличаются продолжительностью и устойчивостью к проводимой терапии
Болевой симптомокомплекс	Диагностически важный признак, относимый к категории расстройств, наиболее тяжело переживаемых пациентом, так называемая «ломка» на жаргоне наркоманов.

	<p>На вторые сутки после последнего приема наркотиков развивается состояние в виде мышечных и суставных болей в конечностях, спине, иногда распространенных по всему телу, описываемых больными как «выкручивающие» боли. Нередко отмечают боли в животе. Болезненные расстройства крайне тягостны и мучительны, могут принимать характер сенестопатий. При этом необходимо отметить склонность зависимых от опиоидов пациентов к преувеличению тяжести своего состояния</p>
--	--

Опийный АС развивается через 6-24 ч после последнего употребления наркотика. Время развития синдрома зависит от вида употребляемого наркотика (например, при злоупотреблении метадонотом отмечают отсроченный характер АС), а также от наличия примесей, удлиняющих психотропное действие опиоидов (бензодиазепины, антигистаминные препараты).

Пациенты, как правило, не скрывают осознанное, часто непреодолимое влечение к наркотику. Нередко они неуправляемы, агрессивны, в абстинентном состоянии совершают наибольшее число правонарушений, возрастает опасность суицида. Максимальной выраженности абстинентные расстройства при употреблении опиоидов достигают на 2-е – 3-и сутки, а их продолжительность зависит от вида наркотика, длительности заболевания, проводимого лечения. Абстинентные расстройства при героиновой зависимости в условиях лечения редко продолжаются более 7-10 дней.

Судорожные синдромы в структуре абстинентного состояния отмечают крайне редко. В отдельных случаях синдром отмены опиоидов осложняется делириозными состояниями, которые развиваются остро в период отмены наркотика. В клинической картине психозов отсутствует выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций, редко развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается клинически выраженным ухудшением соматического состояния больного.

Тяжело протекает АС у пациентов с длительной, непрерывной формой злоупотребления метадонотом, реже героином (более 3-4 лет), большой продолжительностью заболевания (более 10 лет), сопутствующими соматическими и неврологическими заболеваниями. У больных резко выражены проявления абстиненции: соматовегетативные (интенсивные мышечные и суставные боли, гипергидроз, озноб или чувство жара, акатизия, гипертермия, тошнота, рвота, диарея, лабильность АД, частоты сердечных сокращений); психопатологические (пониженное настроение с дисфорическим оттенком, тревога, чувство страха, двигательное беспокойство, влечение к наркотику, бессонница). Часто наблюдают водно-электролитные нарушения (гиповолемию, метаболический ацидоз или алкалоз).

Дифференциальная диагностика

- острые респираторные заболевания, грипп;
- вертеброгенный болевой синдром;
- острый и хронический панкреатит;

- язвенные поражения пищеварительного тракта;
- гастроэнтериты бактериальной и вирусной этиологии;
- интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами;
- сепсис;
- панические атаки.

Такие симптомы, как тошнота, рвота, боли в животе при остром АС, могут быть признаками гастроэнтерита, панкреатита, язвенной болезни и непроходимости кишечника.

Признаки повышения активности симпатической нервной системы отмечают при панических атаках и интоксикациях психостимуляторами (амфетаминами).

Тремор, делирий, припадки могут указывать на употребление опиоидов в сочетании с алкоголем, бензодиазепинами, барбитуратами.

Сужение зрачков, помимо опиоидной интоксикации, диагностируют при поражениях мозга, а также при местном использовании холинергических средств.

3.3. Синдром отмены каннабиноидов (F12.3xx)

Продолжительность периода формирования АС индивидуальна. В среднем она составляет 2-3 года при регулярном употреблении каннабиноидов.

Для синдрома отмены каннабиноидов характерны усталость, разбитость, могут быть нарушения сна, тремор, потливость, тошнота, рвота. Настроение снижено, нередко отмечаются раздражительность, злобность. В отдельных случаях преобладает интенсивная тревога – состояние, схожее с паническими реакциями. Возможны суицидальные попытки. Иногда отмечают сенестопатические ощущения: чувство сдавления груди, затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области сердца, чувство жатия головы в височной области. Выраженность влечения к наркотику бывает различной, компульсивное влечение встречается редко. Своего пика абстинентные расстройства достигают на 3-и – 5-е сутки, их продолжительность в среднем составляет 7 сут.

Признаки АС, вызванного употреблением каннабиноидов:

- влечение к наркотику;
- апатия, вялость;
- раздражительность, дисфория;
- тревога;
- нарушение сна;
- отсутствие аппетита;
- тремор;
- потливость;
- сердцебиение;
- редко абстинентные психозы (делирий).

Дифференциальная диагностика:

- пароксизмальная тахикардия;
- панические атаки;
- эндогенные психозы;

- органический амнестический синдром;
- органическое бредовое расстройство;
- органически обусловленные расстройства личности и поведения.

3.4. Синдром отмены снотворных и седативных средств (F13.3xx)

Наиболее опасны производные барбитуровой кислоты (барбитураты). Выделяют «малые» и «большие» клинические проявления барбитурового синдрома отмены.

«**Малые**» клинические проявления возникают через 12-16 ч после прекращения приема или снижения дозы барбитуратов. Настроение приобретает тревожно-госкливый характер, можно наблюдать агитацию, страх надвигающейся катастрофы. Больной раздражителен, обидчив, слезлив. Состояние, как правило, отличается лабильностью и мозаичностью расстройств. В течение первых двух ночей воздержания от барбитуратов он спит не более 5-6 ч. Поверхностный, тревожный сон сопровождается яркими кошмарными сновидениями, вздрагиваниями, резкой потливостью. При пробуждении больной испытывает вялость, разбитость во всем теле. Нарушение сна в течение последующих 3-4 дней достигает полной бессонницы. Возникают неприятные ощущения в крупных суставах, ноющие боли в подложечной области, тошнота, рвота, урчание в животе. Это состояние сопровождается тремором пальцев рук, мышечными подергиваниями. АД неустойчиво, отмечают склонность к обморочным состояниям, возможно приступообразное учащение пульса и дыхания. Сухожильные рефлексы усилены. Настроение крайне неустойчиво – от раздражительности, внезапных приступов страха до полной апатии. Отмечают гиперчувствительность к различным раздражителям – свету, запахам и т. д.

«**Большие**» клинические проявления барбитурового АС проявляются судорожными припадками и психозами. Они обычно возникают у лиц, употребляющих большие дозы барбитуратов, на 3-6-й день воздержания от них или при значительном сокращении дозы. Характер пароксизмов почти неотличим от развернутых судорожных припадков при эпилептической болезни. Припадки повторяются с частотой до 3-5 раз в сутки, иногда могут продолжаться на протяжении последующих 3 суток. К концу недели у значительного числа больных возникают психозы: барбитуровые делирии, параноиды с затяжным течением, реже – вербальный галлюциноз. Делирий, вызванный лишением барбитуратов, напоминает алкогольный, однако тревога, напряженность, злобность выражены значительно, преобладают слуховые галлюцинации, изредка появляются тактильные галлюцинации.

Риск развития АС при приеме **бензодиазепинов** резко увеличивается при длительном (свыше 6 мес.) их приеме и приеме чрезмерно высоких доз. В структуре синдрома отмены бензодиазепинов также имеют место **психические и соматоневрологические нарушения**. К первым относятся раздражительность, напряженность, подавленное настроение с дисфорией, выраженная тревога и беспокойство, агитация или, наоборот, вялость, повышенная утомляемость, а также деперсонализация, расстройства сна, нередко с кошмарными сновидениями. Со-

матоневрологические нарушения проявляются повышенной потливостью, тахикардией, снижением АД, гипертермией. Могут быть нарушения сердечного ритма и болевые ощущения в сердце, головокружение, головная боль, парестезии, гиперестезии, приливы жара или озноб. Характерны мелкоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук, нарушение координации движений, затруднение речи, анорексия, тошнота, рвота, диарея. На 2-е – 3-и сутки отмены возможны фибриллярные подергивания мышц лица и конечностей. Возможно развитие судорожных припадков и психозов с делириозным помрачением сознания, параноидные психозы. Продолжительность АС при отмене бензодиазепинов до 1 мес. На выходе из АС отмечаются выраженная истощаемость, слабость, вялость.

Дифференциальный диагноз:

- психические и поведенческие расстройства при употреблении других ПАВ (алкоголизм, синдром зависимости от стимуляторов, кокаина);
- тревожные расстройства;
- болезни мозжечка;
- дегенеративные заболевания ЦНС;
- алкогольный делирий;
- расстройства настроения;
- феохромоцитома;
- шизофрения;
- судорожные расстройства;
- тиреотоксикоз;
- отравление антихолинэргическими или симпатомиметическими веществами;
- гипертиреозидизм.

3.5. Синдром отмены кокаина (F14.3xx)

Синдром отмены возникает через 24 ч после последнего употребления наркотика, максимальной выраженности расстройства достигают на 3-и – 4-е сутки. Острые проявления исчезают в течение 10-14 дней, в тяжелых случаях симптомы сохраняются до 1 мес.

Клиника синдрома отмены представлена преимущественно **психопатологическими** расстройствами. Синдром отмены в основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с бессонницей или сонливостью, повышением аппетита, психомоторным возбуждением и, реже, заторможенностью. На этом фоне иногда возникают отдельные идеи отношения и преследования, а также суицидальные мысли. Резко выражено компульсивное влечение к наркотику. Со временем формируется хроническая дисфория и ангедония. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность. При этом влечение к наркотику имеет ясное психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии, нередко принимает непреодолимый характер; это приводит к рецидиву.

Признаки кокаинового АС:

- стойкая дисфория;
- ангедоническая депрессия с витальной симптоматикой;
- суицидальные мысли;
- утомляемость, вялость;
- психомоторное возбуждение или заторможенность;
- отдельные идеи отношения и преследования;
- нарушения сна (бессонница или сонливость);
- повышенный аппетит.

Дифференциальный диагноз:

- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением амфетаминов;
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов;
- биполярное аффективное расстройство;
- делирий;
- бредовые расстройства;
- панические расстройства;
- шизоаффективные расстройства;
- шизофрения;
- расстройства сна.

3.6. Синдром отмены других стимуляторов, включая кофеин (F15.3xx)

Изнуряющий цикл из серий тяжелого потребления амфетаминов от нескольких дней до недели и последующих ослаблений действия больших доз – типичный признак амфетаминовой наркомании. Когда эффект действия больших доз амфетамина ослабевает, наступает ухудшение состояния, или «краш». Психические и физические симптомы «краша» включают тревожность, дисфорическое настроение, усталость, ночные кошмары, головные боли, профузное потоотделение, спазмы в желудке, неутолимый голод, мышечные подергивания, тремор. «Краш», длящийся более 24 ч после последнего приема наркотика, оценивают как АС, вызванный амфетамином. АС обычно достигает максимума через 2-4 сут. Характерна и опасна депрессия, иногда с суицидами. Наиболее выражена она через 48 ч после последнего приема амфетамина, но может удерживаться в течение нескольких недель.

Наиболее тяжело протекает отмена производных эфедрина (эфедрон, первитин). Тяжесть состояния чаще обусловлена выраженными психопатологическими расстройствами и осложнениями сопутствующих заболеваний (энцефалопатия, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, анемия, гипопропротеинемия и др.) Во время обострений состояние пациентов лабильно, они ослаблены, подавлены, испытывают чувство вины. Возможны эксплозивные реакции, приступы паники, страха, дисфория, подозрительность, сильное влечение к наркотику.

На высоте абстинентных расстройств может развиваться психоз по типу делирия или острого параноида.

Диагностические критерии амфетаминового АС:

- прекращение длительного (несколько дней или дольше) злоупотребления амфетаминами или уменьшение количества потребляемого вещества, после которых отмечают дисфорию, депрессию, тревожность, раздражительность;
- по меньшей мере один из признаков (утомление, бессонница или чрезмерная сонливость, психомоторная ажитация), наблюдаемых более чем через 24 ч после прекращения употребления препарата;
- отсутствие связи с каким-либо физическим или другим психическим расстройством.

Дифференциальный диагноз

- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением кокаина, галлюциногенов;
- синдром отмены алкоголя, бензодиазепинов, барбитуратов;
- передозировка кофеином;
- делирий, в т. ч. холинолитический;
- панические расстройства;
- шизофрения;
- гипертиреозидизм;
- острая порфирия;
- аффективное, шизоаффективное расстройство.

3.7. Синдром отмены галлюциногенов (F16.3xx)

При злоупотреблении **фенциклидином** АС проявляется в виде выраженной тяги к препарату, ощущения физического дискомфорта, анергии, депрессии. В течение 1-2 мес. сохраняется апатическая депрессия. Больные могут неделю просидеть на одном месте, практически не меняя позы и не переводя взгляд с какой-либо выбранной точки.

При злоупотреблении **кетамином** АС формируется через 4-7 мес. систематического употребления. На первые-вторые сутки лишения возникает умеренная вегетативная дисфункция, стойкие нарушения сна, соматический дискомфорт (постоянные неинтенсивные болевые ощущения без четкой локализации, мучительные боли в руках, мышцах спины). Продолжительность синдром отмены до 10 дней. Для выхода из АС характерно умеренно выраженное астенопатическое состояние (обеднение мимических реакций, отсутствие выразительности и законченности двигательных актов). Препятствие к употреблению наркотика вызывает дисфорические реакции. В целом эмоциональный фон близок к апатическому. Больные немногословны, характерна стереотипность высказываний, на вопросы отвечают после большой паузы. В таком состоянии могут быть агрессивными, совершать примитивные протестные действия.

Для АС при отмене **циклодола** характерны неусидчивость, слабость, потливость, тошнота, диарея, летучие боли в мышцах и суставах. Типичны интенци-

онный тремор и повышение мышечного тонуса. При врожденной органической неполноценности головного мозга эти нарушения могут переходить в развернутые эпилептиформные припадки. Возможно формирование циклодолового делирия.

Дифференциальный диагноз

- шизофрения;
- шизоаффективное расстройство;
- депрессивный эпизод с психотическими расстройствами;
- органическая нарколепсия;
- острая интоксикация каннабиноидами;
- деменции различной этиологии;
- гипнагогические галлюцинации в структуре наркологических или психических заболеваний;
- алкогольная интоксикация;
- немедицинское употребление антидепрессантов, других «аптечных» препаратов.

3.8. Синдром отмены табака (F17.3xx)

Первые признаки синдрома отмены появляются спустя 24-48 часов. АС характеризуется слабостью, недомоганием, головной болью, тошнотой, иногда – рвотой, потливостью, рассредоточенностью, суетливостью, беспокойством, идеаторной заторможенностью или, наоборот, появлением ментизма с тревожными опасениями, элементами дереализационной симптоматики, гипотимией, тоскливостью и т. д. В последующем присоединяются бессонница, тревога, больной не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости. При тяжелом никотиновом АС сила аффективных нарушений достигает степени депрессии. Некоторые симптомы (повышенный аппетит, трудности концентрации внимания) могут оставаться в течение нескольких месяцев. Длительность ТАС от 3-4 дней до полутора недель.

Диагностические критерии синдрома отмены табака:

- соответствие состояния общим критериям синдрома отмены;
- в клинической картине наблюдают любые два из проявлений: сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства); чувство недомогания или слабость; тревога, дисфорическое настроение, раздражительность или беспокойство; бессонница, повышенный аппетит; выраженный кашель; изъязвления слизистой оболочки полости рта; снижение сосредоточения и внимания.

Дифференциальный диагноз:

- психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других видов ПАВ (ингалянтов, токсических веществ, каннабиноидов и др.);
- соматические заболевания иной этиологии.

3.9. Синдром отмены летучих растворителей (F18.3xx)

АС формируется через 6-12 мес. систематического употребления ПАВ и возникает через 1-3 суток после последнего употребления. Проявляется в виде вялости, разбитости, неприятных ощущений в теле, головной боли, потливости, головокружения, тошноты, плохого сна, пониженного настроения и раздражительности. Учитывая возрастной фактор, вышеназванные проявления нередко принимаются у подростков за проявления вегетососудистой дистонии. Такие нарушения могут сохраняться в течение 3-5 суток. На 5-7-е сутки присоединяется астенодепрессивная симптоматика. На 4-5-е сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза, длящегося от нескольких часов до 3 суток и представляющего собой делирий с иллюзиями, истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. В целом, продолжительность синдрома отмены в условиях лечения около 2 недель.

Дифференциальный диагноз

- алкогольная полинейропатия;
- тромбоз мозговых вен;
- эпидуральная гематома;
- травмы головного мозга;
- отравления метанолом, монооксидом углерода;
- злоупотребление алкоголем, кокаином, каннабиноидами, галлюциногенами;
- органические заболевания мозга;
- энцефалопатии различного генеза.

4. Лечение синдрома отмены

4.1. Общие замечания

Терапия синдрома отмены направлена на устранение тех нарушений, которые вызваны, с одной стороны, хронической интоксикацией, с другой – резким отнятием ПАВ (или снижением его дозы). Терапия может осуществляться в стационарных (в т. ч. в условиях дневного стационара) и амбулаторных условиях. Как в стационарных, так и в амбулаторных условиях рекомендованный курс лечения составляет 10 дней. Лечение в стационарных условиях рекомендовано при среднетяжелом и тяжелом состоянии больного, лечение в амбулаторных условиях рекомендовано при состоянии легкой степени тяжести больного на момент решения вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи.

4.1.1. Задачи терапии:

- предупреждение и терапия возможных осложнений, связанных с отнятием ПАВ;
- подавление синдрома патологического влечения;
- терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ.

4.1.2. Виды терапии:

Как правило, преобладает медикаментозное воздействие.

- антидотная,
- инфузионная,
- симптоматическая,
- эфферентная терапия,
- психотерапия.

4.1.3. Критерии эффективности лечения:

- восстановление жизненно важных функций,
- стабилизация психофизического состояния больного.

4.1.4. Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- назначение терапии, направленной на коррекцию соматических нарушений,
- назначение психофармакотерапии по показаниям,
- проведение психотерапии,
- мониторинг состояния.

4.1.5. Клинические рекомендации:

- Необходимо учитывать фармакокинетику применяемых препаратов и возможность возникновения осложнений при их взаимодействии.
- При назначении нейролептиков и антидепрессантов в рамках синдрома отмены всякий раз следует соотносить показатель вред – польза, поскольку вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений применения этих групп

препаратов существенно возрастает в связи с возможным наличием в организме ПАВ и их метаболитов.

4.2. Медицинские услуги для лечения синдрома отмены, состояния и контроля за лечением

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением (далее – услуги) назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. При стационарном лечении больной должен ежедневно осматриваться врачом психиатром-наркологом. В амбулаторных условиях в этом нет необходимости, поэтому проводится осмотр (консультация) врачом психиатром-наркологом с такой частотой, которого требует состояние пациента и его программа терапии. По показаниям при необходимости привлекаются врачи-специалисты (табл. 9).

Таблица 9. Медицинские услуги для лечения синдрома отмены, состояния и контроля за лечением в условиях стационарного и амбулаторного отделения

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом Осмотр (консультация) врачом-физиотерапевтом
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста Прием (осмотр, консультация) врача-невролога

	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
обязательно	по показаниям
Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин	Анализ крови биохимический общетерапевтический Общий клинический анализ крови Исследование уровня гамма-глутамил-трансферазы в крови Тест на кровь в моче Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ Исследование уровня ПАВ в крови Анализ мочи общий
<i>Только в условиях амбулаторного отделения</i>	
	Исследование антител к ПАВ в крови
3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
<i>В условиях стационарного и амбулаторного отделения</i>	
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Регистрация и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография легких Флюорография легких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	

<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<i>Только в условиях стационарного отделения</i>	
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) Ксеноновый наркоз
5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Терапия средой Семейное психологическое консультирование	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы Электросон Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты Воздействие переменным магнитным полем
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога
	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников

4.3. Медикаментозная терапия синдрома отмены

4.3.1. Транквилизаторы и снотворные

Транквилизаторы (анксиолитики) уменьшают выраженность тревоги, страха и эмоциональной напряженности. В зависимости от характера действия их делят на транквилизаторы с выраженным седативным эффектом (применяют как снотворные средства) и дневные транквилизаторы, не вызывающие значительной сонливости и миорелаксации.

Основные эффекты анксиолитиков:

- анксиолитический, или транквилизирующий,
- седативный,

- миорелаксирующий,
- снотворный,
- вегетостабилизирующий,
- противосудорожный,
- амнестический.

В спектре действия некоторых анксиолитиков иногда выделяют дополнительные эффекты: психостимулирующий (медазепам, оксазепам, тофизопам), тимоаналептический (алпразолам) и антифобический (алпразолам, клоназепам).

Рекомендуется применять их в минимально эффективных дозах, а лечение проводить как можно скорее, обычно для купирования острых проявлений тревоги и стресса. Развитие зависимости от лекарственных средств особенно вероятно у больных, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, и у больных с расстройством личности.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда. В настоящее время существует широкий спектр препаратов этой группы, однако предпочтение отдают диазепаму, лоразепаму, хлордиазепоксиду и снотворным средствам бензодиазепинового ряда — нитразепаму. Преимущества бензодиазепинов перед другими психотропными средствами, применяемыми при лечении алкогольного АС:

- относительная безопасность и более низкий наркотический потенциал по сравнению с другими гипноседативными препаратами;
- устранение психопатологических расстройств (тревоги, возбуждения) без существенного угнетения дыхания;
- не вызывают экстрапирамидных нарушений, холинолитических осложнений;
- обладают противосудорожной активностью.

Главный механизм действия – способность бензодиазепинов оказывать стимулирующее действие на «бензодиазепиновую» часть ГАМК-рецепторов, регулирующих активность хлорных каналов. Бензодиазепины активируют рецептор, повышают проходимость хлора по его каналу внутрь клеток и восстанавливают гиперполяризацию мембран ГАМК-ергических нейронов, в результате чего исчезают тремор, тахикардия, гипергидроз, тревога, судороги и пр.

В связи с тем, что транквилизаторы бензодиазепинового ряда имеют эйфорирующий эффект и способны сами вызывать развитие синдрома зависимости, необходимо помнить о своевременной отмене этих препаратов. Отменяют транквилизаторы плавно, следует избегать одномоментной отмены бензодиазепинов.

Сравнительная характеристика некоторых бензодиазепинов представлена в табл. 10. В наркологической практике важно не превышать максимальный терапевтический порог препаратов. Обычно используют следующие дозы: 0,5% раствор диазепама по 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, суточная доза – до 0,06 г; 0,1% раствор феназепама по 1-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, или феназепам в таблетках по 0,0005; 0,001 г, суточная доза до 0,01 г; лоразепам по 0,0025-0,015 г; оксазепам по 0,01-0,09 г/сут; фенобарбитал по 0,1-0,2 г; зопиклон по 0,0075 г; золпидем по 0,01 г; реладорм по 0,11-0,22 г. Фенобарбитал в составе комплексных препаратов иногда назначают больным с алкогольным АС и в течение дня в качестве заме-

стительной терапии в целях снижения интенсивности абстинентных расстройств. Назначают паглюферал по 1-2 таблетки 3-4 раза в сутки или корвалол по 30-40 капель 1-2 раза в сутки.

Противопоказания (Малин Д.И., 2000):

- Тяжелые нарушения функции печени и/или почек.
- Миастения.
- Порфирия.
- Беременность.
- Кормление грудью.
- Глаукома.
- Тяжелая алкогольная или наркотическая интоксикация.
- Тяжелая сердечная и дыхательная недостаточность.
- Склонность к злоупотреблению лекарственными средствами.

Парадоксальная реакция. В ряде случаев при приеме транквилизаторов могут появляться двигательное возбуждение, раздражительность, агрессивность в поведении. Возможны усиление тревоги и нарушения восприятия, включая галлюцинации (чаще при злоупотреблении алкоголем и наркотиками, приеме других лекарственных средств, угнетающих ЦНС).

Передозировка проявляется в виде резкой заторможенности вплоть до ступора, глубокого сна продолжительностью до 2 сут, с дизартрией, ригидностью, клоническими подергиваниями конечностей. Смертельный исход наступает редко.

Таблица 10. Сравнительная характеристика основных свойств транквилизаторов (по Д. И. Малину, 2000, с изменениями)

Препарат	Эффекты							
	гипнотический	седативный	анксиолитический	антифобический	миорелаксирующий	вегетотропный	стимулирующий	противосудорожный
Диазепам (реланиум, седуксен)	+++ в больших дозах	++ в больших дозах	+++	++	+++	++++	++ в малых дозах	++++
Зопиклон (имован)	++++	-	-	-	-	-	-	-
Лоразепам (лорафен)	+++	++	++++	++++	+	++	-	++
Мидазолам (дормикум)	++++	+	+	-	+	-	-	+
Нитразепам (эуноктин, раделорм)	++++	+++	++	+	++	+	-	++++

Реладорм	+++++	+++	++	+	+++	++	-	++++
Феназепам	+++	++	++++	+++	+++	++++	-	+++
Хлордиазепоксид (элениум)	++	++	++	++	+++	++	-	+

Снотворные средства (гипнотики) вызывают сон или облегчают его наступление. Эти препараты выделены в отдельную группу, однако снотворный эффект дают лекарственные средства многих классов (например, антипсихотики, транквилизаторы, антигистаминные, противосудорожные препараты). Все снотворные средства укорачивают период засыпания и/или удлиняют продолжительность сна, но по-разному влияют на соотношение фаз парадоксального и медленноволнового сна. Лекарственные средства, минимально изменяющие физиологическую структуру сна, наиболее предпочтительны при лечении бессонницы (зопиклон, золпидем). Гипнотики следует назначать только в случаях, когда бессонница приводит к значительному дистрессу.

Предостережения. Для уменьшения риска развития зависимости рекомендуют применение прерывистых курсов со сменой препаратов, контроль за принимаемой большой дозой. Развитие толерантности проявляется в виде необходимости постоянного увеличения дозы препарата для поддержания снотворного эффекта. При отмене гипнотиков в течение нескольких дней отмечается ухудшение качества сна до тех пор, пока не восстановится естественный режим сна и бодрствования.

4.3.2. Нейрометаболические стимуляторы

Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы, церебропротекторы) – средства психоаналептического действия, активизирующие метаболические процессы в головном мозге и обладающие антигипоксическим эффектом. Они повышают общую устойчивость организма к действию экстремальных факторов.

При купировании алкогольного АС ноотропы используют в дополнение к проводимой дезинтоксикационной терапии. Как правило, ко 2-3-му дню лечения под их влиянием уменьшаются тяжесть в голове, вялость, слабость, разбитость, появляется ощущение ясности мысли, исчезает суетливость и тревожность. Считают, что ноотропы уменьшают тяжесть и выраженность алкогольного АС, а также оказывают положительное влияние на остаточную симптоматику после купирования АС.

Терапевтическая селективность ноотропов представлена в табл. 11.

Таблица 11. Терапевтическая селективность ноотропов

Действие	Симптомы	Препараты
Психостимулирующее	Апатия, гипобулия, аспонтанность, бедность побуждений, психическая инертность, психомоторная заторможенность	Пирацетам, пиритинол, пикамилон, фенотропил, меклофеноксат, инстенон

Антиастеническое	Слабость, вялость, истощаемость, явления психической и физической астении	Пирацетам, пиритинол, пикамилон фенотропил, фенибут, аминалон, инстенон
Седативное (транквилизирующее)	Раздражительность, эмоциональная слабость	Фенибут, пикамилон, пирацетам, пиритинол
Антидепрессивное	Сниженное настроение	Пиритинол, пирацетам, фенотропил, инстенон
Повышающее уровень бодрствования, ясность сознания	Угнетенное (оглушение, сопор, кома) и помраченное (делирий, спутанность) сознание	Пирацетам, пиритинол, пикамилон, фенотропил, фенибут, аминалон
Антиэпилептическое	Эпилептическая пароксизмальная активность	Пантогам, натрия оксibuтират, фенотропил
Ноотропное	Задержка развития, нарушение высших корковых функций, снижение уровня суждений, критических возможностей, кортикального контроля, субкортикальной активности	Все классы ноотропных препаратов
Мнемотропное	Память, обучаемость	Все классы ноотропных препаратов
Адаптогенное	Толерантность к различным экзогенным факторам, в том числе к лекарственным средствам	Все классы ноотропных препаратов
Вазовегетативное	Головные боли, головокружение, вегетативная неустойчивость в рамках церебрастенических синдромов	Пирацетам, пиритинол, пикамилон, инстенон, фенотропил, фенибут
Антипаркинсоническое	Экстрапирамидные паркинсонические расстройства	Пирацетам, пиритинол, фенотропил, фенибут, баклофен, пантогам
Антидискинетическое	Экстрапирамидные дискинетические расстройства	Пирацетам, пиритинол, фенотропил, фенибут, баклофен, пантогам

Противопоказания

Ноотропы противопоказаны при психомоторном возбуждении, тяжелых нарушениях функции печени и почек, повышенной чувствительности к препаратам, аллергической реакции. Не рекомендованы в период беременности и лактации (табл. 12).

Таблица 12. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы ²

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Пирацетам	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. urgentных явлений ААС ^В , при выраженных церебральных сосудистых расстройствах. Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности ^А , ПВА при алкогольной зависимости ^В	Разовая доза 400-1200 мг Средняя суточная 2400-3200 мг
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии ^В , полиневриты, слабоумие ^В	Средняя суточная доза 3000-3750 мг
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. urgentных явлений ААС ^В . Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью ^В	Разовая доза 20-50 мг Средняя суточная 40-300 мг
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	ААС ^В	50-300 мг Максимальная доза – 800 мг

4.3.3. Витамины и ионсодержащие препараты

Для коррекции ионного равновесия в рамках синдрома отмены алкоголя необходимо введение ионсодержащих растворов, состав которых должен определяться врачом, исходя из клинической симптоматики, данных лабораторной и инструментальной диагностики. Значительный дефицит ионов магния в тканях, возникающий в результате снижения всасывания в тонком кишечнике и усиления под влиянием алкоголя экскреции магния с мочой, приводит к миоклоническим подергиваниям, атаксии, тремору, головокружению, бессоннице, раздражительности, напряженности, тревоге, вегетативной дистонии. Ввиду этого патогенетически оправдано использование в терапевтических программах магния сульфата в дозе 1-2 г (5-10 мл 25% раствора) внутривенно и внутримышечно даже при нормомагниемии. В настоящее время существует комплексный препарат магне-В₆, который содержит терапевтические дозы магния в составе наиболее легко усваиваемых солей лактата и пидолата в комплексе с пиридоксином (витамином В₆). Магне-В₆ обладает высоким вегетостабилизирующим эффектом, влияет на неврологическую симптоматику в рамках алкогольного АС и при периферической полинейропатии, имеет слабое седативное (успокаивающее) действие на

² Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательств убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

начальных этапах лечения. Рекомендованные дозы для больных с алкогольной зависимостью – по 2 таблетки 2 раза в день, курс – до 30 дней.

В лечении АС обязательно применение витаминов группы В, С, РР, несколько реже используют витамины других групп. Назначают растворы тиамина хлорида 5% 2-4 мл внутримышечно, внутривенно капельно, пиридоксина гидрохлорида 5% 5-8 мл внутримышечно, внутривенно капельно, никотиновой кислоты 0,1% 1-2 мл внутримышечно, аскорбиновой кислоты 5% 5-10 мл внутримышечно, внутривенно капельно. Парентерально витамины назначают в первые несколько суток отмены алкоголя, обычно в составе инфузионной терапии, затем назначают внутрь.

4.3.4. Гепатотропные препараты

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процесса. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал), α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин-L-аспартат (Гепта-Мерц). Препараты назначаются по показаниям с учетом клиники, данных лабораторных, инструментальных методов исследований, выбор препарата определяется лечащим врачом и врачами-консультантами.

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: α -липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, этилметилгидроксипиридина сукцинат. Метадоксин успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Этилметилгидроксипиридина сукцинат в комплексной терапии более эффективно влияет на редукцию синдрома патологического влечения – аффективные и идеаторные расстройства, обладает стресспротективным и мембранопротективным свойствами, а также антиоксидантной активностью.

4.3.5. Специфические средства, применяемые в наркологической практике

4.3.5.1. Обезболивающие средства

Обезболивающими свойствами обладают лекарственные средства различных фармакологических групп: антагонисты-агонисты опиатов, ненаркотические анальгетики, некоторые нейролептики, ингибиторы панкреатических ферментов (апротинин), холинолитики.

Антагонисты-агонисты опиоидных рецепторов. В качестве обезболивающих средств в лечении опиоидного АС в настоящее время наиболее широко используют антагонисты-агонисты опиоидных рецепторов. Все препараты этой группы усиливают и потенцируют действие лекарственных средств других групп (ней-

ролептиков, транквилизаторов, снотворных, других супрессоров ЦНС, нестероидных противовоспалительных средств), поэтому при назначении комплексного лечения необходимо обращать особое внимание на подбор адекватных доз препаратов во избежание развития осложнений.

Трамадол воздействует на μ -, δ -, κ -опиоидные рецепторы ЦНС. В первые дни лишения при резко выраженном болевом синдроме назначают по 2-4 мл раствора трамадола внутримышечно 3-4 раза в день, затем переходят на прием по 50-100 мг внутрь в день, постепенно снижая дозу по мере уменьшения интенсивности болевого синдрома.

Ненаркотические анальгетики. Диклофенак, индометацин, кеторолак, относящиеся к группе НПВС, оказывают выраженное анальгезирующее действие при болевом синдроме. Механизм их действия связан с угнетением активности ЦОГ – основного фермента метаболизма арахидоновой кислоты, являющейся предшественником простагландинов, которые играют главную роль в патогенезе воспаления, боли и лихорадки. Дозы ненаркотических анальгетиков в наркологической практике используют, как правило, средние и высшие терапевтические. Максимальные дозы кеторолака при приеме внутрь или в/м введении – 90 мг/сут, диклофенака – 150 мг, индометацина – 75 мг.

Применение наркотических (опиоидных) средств при лечении опиоидного АС сопряжено с определенными трудностями. У больных достаточно быстро растет толерантность к ним, падает их анальгетическая активность, может развиваться лекарственная зависимость. У соматически ослабленных и отягощенных пациентов при применении препаратов с наркотическим действием возможно развитие осложнений в виде общей депривации ЦНС с угнетением дыхания, поэтому рекомендовано сочетание наркотических анальгетиков с ненаркотическими. При этом более безопасен вариант, когда в качестве ведущего лекарственного средства используют ненаркотический анальгетик, а наркотический назначают как сопровождающий.

Ингибиторы протеолитических ферментов пептидной структуры. Одно из перспективных направлений в терапии опиоидного АС – использование ингибиторов протеолитических ферментов пептидной структуры, представителем которых является аprotинин. При проведении пилотных исследований действия препарата на симптоматику опиоидного АС отечественные исследователи (Альтшулер В. Б., Судакова С. К., Павлова О. О., 1997) пришли к заключению: аprotинин обладает определенной избирательностью терапевтического действия, которая направлена на алгические, сенестопатические и вегетативные расстройства в структуре синдрома отмены.

Как правило, лечение аprotинином начинают при начальных проявлениях АС, когда больные отмечают развитие болевой, астенической и вегетативной симптоматики: тяжесть в голове, слабость, вялость, разбитость, отсутствие аппетита, диарею, потливость, нарушение сна, раздражительность, снижение настроения, озноб и другие специфические проявления. Через 15-20 мин после введения препарата большинство больных отмечают выраженное улучшение состояния: исчезают боль, чувство общего дискомфорта, разбитости, тяжести в голове. Эффект от однократного введения препарата длится обычно от 5 до 10 ч. Длительность

лечения составляет в среднем 4 дня (от 2 до 6 дней). Как правило, основные проявления опийного АС (озноб, боли в суставах, потливость и др.) проходят к концу 2-го дня лечения. Однако еще в течение определенного времени могут оставаться астенические нарушения (слабость, вялость, разбитость, повышенная утомляемость и др.) и неврологические расстройства, которые купируются введением апротинина к 4-5-му дню лечения. Следует подчеркнуть, что терапевтическое действие апротинина значительно выше, если в структуре опийного АС преобладают вегетативные и болевые расстройства, а при преобладании психопатологических (поведенческих) нарушений терапевтический эффект препарата значительно скромнее. Терапевтические дозы апротинина лежат в пределах 10-40 тыс. АТрЕ (антитрипсиновые единицы).

4.3.5.2. Стимуляторы постсинаптических $\alpha 2$ -адренорецепторов

Клонидин (клофелин) — стимулятор постсинаптических $\alpha 2$ -адренорецепторов тормозных структур головного мозга. Среди средств патогенетической терапии, нормализующих дисбаланс в системах катехоламиновой нейромедиации (при опиатной зависимости), клонидин занимает особое место. Лечение начинают с первого дня развития опийного АС и продолжают в течение 5-7 дней, постепенно уменьшая дозу. Начальная доза препарата составляет, как правило, 0,3 мг внутрь, суточные дозы не должны превышать 0,6-0,9 мг на 3-4 приема. При лечении опийного АС клонидин в первую очередь обладает выраженной эффективностью в отношении соматовегетативных расстройств. Отмечено, что влияние его на психопатологические и алгические расстройства менее выражено. На неврологическую симптоматику данный препарат влияния не оказывает. Среди побочных эффектов отмечают сухость во рту, выраженную седацию. В случае снижения АД ниже 90/60 мм рт. ст. дозу уменьшают и назначают кардиотонические средства (никетамид, кофеин и т. п.).

4.3.5.3. Налоксон

Налоксон используют при отравлениях опийными препаратами (в случае передозировки) и для диагностики опийной зависимости. При передозировках его вводят внутривенно (всегда в дробных дозах) в зависимости от состояния больного, применяемой дозы наркотиков, видов опиоидов и опыта врача. Первоначально обычно вводят 0,4 мг (1 ампула), в случае необходимости дозу можно повторять (до 10 раз) через каждые 2-3 мин или увеличить до 1,2 мг, снижая кратность введения до снятия агонистических признаков. Налоксоновую пробу проводят внутримышечно (или подкожно), вводят 0,4-1,2 мг препарата. Суть проведения пробы заключается в том, чтобы выявить, присутствуют в организме наркотики опийной группы или нет.

4.3.6. Препараты других групп, используемые в наркологической практике

β -Адреноблокаторы – важная составная часть комплексной программы лечения алкогольного АС, так как они эффективно устраняют катехоламинемия, ку-

пируют вегетативную симптоматику, снижают АД, частоту сердечных сокращений и обладают слабовыраженным седативным и анксиолитическим действием. Использование селективных антагонистов β -рецепторов, таких как метопролол и атенолол, значительно уменьшает риск развития бронхоспазма. Тем не менее считают, что селективность этих препаратов относительна, поэтому их следует с осторожностью назначать больным с бронхиальной астмой.

Наиболее часто в наркологической практике используются пропранолол, атенолол, менее распространено применение метопролола и надолола. Средние суточные дозы пропранолола составляют 60-160 мг внутрь, атенолола – 50-100 мг внутрь. Монотерапию β -адреноблокаторами проводят сравнительно редко, чаще всего распространена практика назначения их в сочетании с транквилизаторами. Считают, что назначение β -адреноблокаторов позволяет снизить дозу бензодиазепинов, однако в этом вопросе необходима осторожность, так как первые не влияют на порог судорожной готовности.

α -Адреноблокаторы также широко используют в лечении АС (не только алкогольного, но и других видов ПАВ, в частности, опийного, смешанного). Наиболее часто используемый препарат – пирроксан (пролоксан). Суточные дозы составляют от 0,03 до 0,12 г. Длительность использования препарата прямо коррелирует с редукцией вегетативной симптоматики, кратность приема – 3-4 раза в сутки.

Блокаторы кальциевых каналов. Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается повышением уровня внутриклеточного кальция, в связи с чем при алкогольном АС обосновано применение блокаторов кальциевых каналов. Наиболее известный препарат – нифедипин. Средние суточные дозы его при лечении алкогольного АС составляют 10-40 мг. Несмотря на достаточную безопасность препарата, следует опасаться развития резкого падения давления, что обычно наблюдают при злокачественной гипертензии. Следует отметить, что, несмотря на многолетние исследования этой группы препаратов, в наркологической практике они пока не находят широкого применения. Кроме того, блокаторы кальциевых каналов нельзя применять одновременно с β -адреноблокаторами из-за риска развития брадиаритмий и острой сердечной недостаточности.

4.3.7. Антидепрессанты

Антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости. В случае их использования в состоянии отмены ПАВ следует понимать, что речь идет о купировании синдрома патологического влечения, то есть депрессивной симптоматики в его структуре. Подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным свойством антидепрессантов (В. Б. Альтшулер, 2009). Необходимо помнить, что антидепрессанты с наличием холинолитического действия не применяются в первые дни развития синдрома отмены, поскольку велик риск развития побочных эффектов на фоне наличия остатков ПАВ в организме. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается СИОЗС, СИОЗСН, как более безопасным лекарственным средствам (табл. 13).

Таблица 13. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты³

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Имипрамин	Астенодепрессивные состояния, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, бездеятельностью в структуре постабстинентных расстройств при опиийной зависимости ^В . Алкогольная депрессия. Синдром отмены кокаина ^В	25-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Мапротилин	Абстинентные ^С и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией, в т. ч. амфетаминовая и кокаиновая зависимость ^В	25-225 мг, средняя суточная доза 50-75 мг
Миансерин	Абстинентные ^С и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией ^В . Диссомнические расстройства у больных с алкогольной зависимостью ^В	30-90 мг, оптимальная доза – 60 мг
Тразодон	Неглубокая алкогольная депрессия ^В . Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений при опиийной наркомании ^В ; зависимость от бензодиазепинов ^В . В комплексной терапии постабстинентных расстройств при зависимости от амфетаминов ^В . Диссомнические расстройства у наркологических больных ^В	50-600 мг, средняя суточная доза 225–450 мг
Пирлиндол	ААС ^С . Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью ^В . Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости ^В	50-300 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Флувоксамин	Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости ^В	50-200 мг, средняя суточная доза 50-150 мг

4.3.8. Нейролептики

Влечение к ПАВ в структуре АС бывает выражено довольно интенсивно. При наличии показаний при обострениях патологического влечения к ПАВ применя-

³ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

ются *антипсихотики*. Среди них предпочтительны те, которые в относительно меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты. Используемые в наркологической практике приведены в табл. 14.

Основные показания к назначению антипсихотиков в наркологической практике:

1. Психопатоподобные (поведенческие) расстройства, психомоторное возбуждение, идеаторные расстройства, напряженный аффект в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.

2. Психопатоподобные расстройства, нарушения сна, психомоторное возбуждение, выраженная болевая симптоматика в структуре опийного абстинентного синдрома (ОАС).

3. Некоторые неотложные состояния (психотические расстройства в виде галлюцинозов, параноидов и пр.).

Общие противопоказания к назначению антипсихотиков:

- наркотическая или алкогольная интоксикация тяжелой степени. При интоксикации психостимуляторами и галлюциногенами, при психомоторном возбуждении, сопровождающемся галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, необходимо оценить показатель «вред-польза»;

- любой вид сопора и комы;
- тяжелые заболевания печени и почек;
- нарушения функции органов кроветворения;
- сердечно-сосудистая и легочная недостаточность;
- прогрессирующие системные заболевания головного и спинного мозга;
- лихорадочные состояния;
- антипсихотики с холинолитической активностью противопоказаны при закрытоугольной глаукоме и аденоме предстательной железы.

Требования к назначению антипсихотических препаратов:

- наличие определенных, диагностически подтвержденных признаков патологического влечения;
- динамическое наблюдение симптоматики влечения с «маневрированием» дозами препаратов (повышение, понижение, прекращение);
- применение при возникновении побочных экстрапирамидных эффектов соответствующей терапии, в том числе корректоров;
- учет противопоказаний (признаки органической недостаточности головного мозга);
- контроль над состоянием крови;
- недопустимость хронического или профилактического (без видимой терапевтической «мишени») лечения неопределенной длительности.

Таблица 14. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антипсихотики

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Алимемазин	Невротические, невротоподобные и психопатоподобные состояния, тревожно-депрессивное состояние у больных алкогольной зависимостью ^А и наркоманией ^В . У больных АЗ с целью купирования нарушений сна ^А	5-80 мг, 5-10 мг – снотворная доза; 60-80 мг – анксиолитическая доза
Галоперидол	Болевой синдром при ОАС ^В . Агравационные и сверхценные (в т. ч. ипохондрические) образования при алкогольной зависимости и наркомании ^В	1,5-20 мг
Зуклопентиксол	Состояние тревоги, ипохондрические и другие сверхценные образования, раздражительность, конфликтность, патологические влечения и аддитивные тенденции в поведении, развивающиеся в структуре абстинентных и постабстинентных расстройств у больных наркоманией ^В	25-100 мг внутрь 50-150 мг в/м
Клозапин	Купирование психомоторного возбуждения ^А , аффективной напряженности, снижения агрессии и асоциальных тенденций у больных с наркоманией ^В . Стойкие нарушения сна у зависимых от опиоидов лиц ^В	12,5-100 мг средняя суточная доза
Левомепромазин	Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью ^В . Психозы, вызванные психостимуляторами ^В	25-100 мг
Перфеназин	Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью ^В	4-16 мг
Тиаприд	Психомоторное возбуждение и вегетативные нарушения при алкогольном психозе ^А , АС у больных с алкогольной и опийной зависимостью ^А . Дисфорические и поведенческие расстройства (с импульсивностью и агрессивностью) у больных наркоманией ^А	100-800 мг
Хлорпромазин	Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью ^А	25-150 мг
Хлорпротиксен	Аффективная напряженность у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией ^В	15-150 мг
Флупентиксол	Аффективная напряженность, тревога у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией ^В	3-150 мг

Широкое внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков позволяет в значительной степени сократить количество и выраженность побочных эффектов и избежать осложнений. Чаще всего побочные эффекты нейролептической терапии исчерпываются проходящей ригидностью мышц, невыраженным тремором, сухостью во рту.

4.3.9. Нормотимические средства

Наиболее распространенные препараты нормотимического действия – соли лития, малые антиконвульсанты (производные карбамазепина и вальпроевой кислоты).

Основная цель применения нормотимиков в наркологии:

1. Аффективные нарушения в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ (для сглаживания циркулярных расстройств аффективной сферы).
2. Предотвращение развития эпилептиформных приступов при сформированной алкогольной эпилепсии.

В алкогольном АС показания к применению антиконвульсантов сужены. Их назначение оправдано только лишь в тех случаях, когда есть симптоматическая эпилепсия и риск развития эпилептиформных приступов высок. Во всех других случаях терапевтического действия транквилизаторов бывает достаточно для предупреждения развития эпилептических приступов.

Противопоказания:

- Нормотимики противопоказаны при нарушении сердечной проводимости, поражении почек, печени, заболеваниях крови и костного мозга, водно-электролитных нарушениях, при глаукоме. С осторожностью следует назначать при простатите, больным, склонным к аллергическим реакциям.

Таблица 15. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антиконвульсанты ⁴

Лекарственное средство	Показания ^{степень доказательности}	Дозы и применение
Карбамазепин	Комплексная терапия наркотической и алкогольной зависимости ^B ; дисфорические расстройства у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией ^B	100-600 мг
Ламотриджин	Профилактика и лечение эпилептиформных и аффективных нарушений у больных с алкогольной зависимостью ^B	200 мг

⁴ Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2013. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

5. Осложнения и побочные эффекты терапии

Развитие осложнений проводимой терапии связано:

- 1) с развитием побочных эффектов/осложнений назначаемых лекарственных средств;
- 2) с превышением терапевтической дозы препарата;
- 3) с неверно подобранной длительностью терапии;
- 4) с игнорированием перекрестной толерантности ПАВ и ЛС (табл. 16-21).

Таблица 16. Фармакодинамические свойства и побочные эффекты лекарственных средств (по данным литературы)

Фармакодинамические свойства	Возможные побочные эффекты
Блокада D2-рецепторов	Экстрапирамидные расстройства: паркинсонизм, гиперкинезы, дискинезии; подавление гипоталамических и гипофизарных функций: гинекомастия, аменорея, увеличение массы тела, снижение либидо, нарушение терморегуляции
Блокада α -адренорецепторов	Ортостатическая гипотензия; тахикардия; нарушение сердечного ритма и сократительной способности миокарда; гиперседация
Блокада м-холинорецепторов	Сухость во рту; атония кишечника и мочевого пузыря (запоры, задержка мочеиспускания); нарушение аккомодации; синусовая тахикардия; задержка эякуляции и нарушение эрекции у мужчин; аноргазмия у женщин; развитие холинолитического делирия при гиперчувствительности к препаратам
Блокада H1-рецепторов	Ортостатическая гипотензия; увеличение массы тела; повышение аппетита; гиперседация
Блокада 5-HT ₂ -серотониновых рецепторов	Повышение аппетита; нарушение эякуляции и эрекции у мужчин
Блокада обратного захвата серотонина нервными окончаниями	Снижение аппетита; задержка эякуляции у мужчин; аноргазмия у женщин; нарушение менструального цикла; нарушения, связанные с серотониновой гиперстимуляцией: диспепсия, диарея, сухость во рту, головная боль, тремор, дизартрия, нарушение походки, серотониновый синдром (при совместном назначении антидепрессантов различных химических групп)

Таблица 17. Лекарственные взаимодействия нейролептиков

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Нейролептик	Транквилизаторы, Нормотимики, Антидепрессанты, Гипнотики	Взаимное потенцирование действия, усиление угнетающего действия на ЦНС

Нейролептик	ТЦА	Повышение <i>C</i> нейролептика (на 1/3) и антидепрессанта в крови
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> нейролептика в крови, снижение его терапевтического действия
	нИМАО	Замедление метаболизма, усиление основного действия и побочных эффектов нейролептика. Сочетанное назначение не рекомендовано
	Тетурам, парацетамол, фуразолидон	Замедление биотрансформации фенотиазинов, повышение их <i>C</i> в крови, усиление основного и побочного действия нейролептиков
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: C – концентрация, ТЦА – трициклические антидепрессанты; нИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы.

Таблица 18. Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Антидепрессант гетероциклической структуры	Транквилизаторы, Нейролептики	Замедление метаболизма, повышение <i>C</i> в крови. Усиление седативного, потенцирование холинотического эффектов
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение <i>C</i> антидепрессанта в крови, снижение терапевтического действия
	Ноотропы	Усиление тимоаналептического эффекта, снижение побочных эффектов
	Витамин В ₆	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: C – концентрация.

Таблица 19. Лекарственные взаимодействия СИОЗС

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
СИОЗС	СИОЗС	Не рекомендовано
	нИМАО/оИМАО	Не рекомендовано
	Фенобарбитал, карбамазепин	Усиление метаболизма, снижение <i>C</i> в крови, снижение терапевтического эффекта
	ТЦА	Рекомендовано в низких дозах

Примечание: C – концентрация; нИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы; оИМАО – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы.

Таблица 20. Лекарственные взаимодействия ИМАО

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
ИМАО	Транквилизатор, Нейролептик	Резкое угнетение метаболизма, накопление и повышение <i>C</i> в крови. Выраженные побочные эффекты. Сочетание не рекомендовано
	Карбамазепин	Развитие побочных эффектов. Сочетание не рекомендовано
	СИОЗС	Серотониновая гиперстимуляция, серотониновый синдром. Сочетание не рекомендовано
	ТЦА	Гипертонический криз. Сочетание не рекомендовано
	Некоторые продукты питания	Тираминовые (сырные) реакции
	Наркотические анальгетики, центральные анестетики, барбитураты, алкоголь	Гипотония, угнетение дыхания, тяжелые расстройства сознания

Примечание: C – концентрация; СИОЗС- специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант.

Таблица 21. Лекарственные взаимодействия антиконвульсантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Карбамазепин	Барбитураты	Усиление метаболизма карбамазепина
	ТЦА/СИОЗС	Усиление метаболизма антидепрессантов, снижение их <i>C</i> в крови. Замедление метаболизма карбамазепина, повышение его <i>C</i> в крови
	Галоперидол	Усиление метаболизма галоперидола, снижение <i>C</i> в крови с ослаблением действия

Примечание: C – концентрация; СИОЗС – специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант.

6. Психотерапия

Возможности применения различных методов в период синдрома отмены резко ограничены (табл. 22-24). Но именно в этот период потенциалы психотерапевтического воздействия необходимо направлять на удержание и вовлечение пациента в лечебную программу, чтобы лечение не ограничивалось рамками купирования АС, а пациент продолжил терапию в показанном ему варианте, именно это является основной задачей психотерапевтического воздействия на этом этапе. С первого контакта с пациентом необходимо так психотерапевтически выстраивать отношения, чтобы сформировался рабочий альянс пациент-врач (специалист). И уже в этот период необходимо провести семейное консультирование таким образом, чтобы вовлечь членов семьи и значимых людей в терапевтические программы. Время и длительность проведения психотерапии в АС должно зависеть от состояния пациента. Таким образом, при проведении психотерапии в период АС психотерапевтическими мишенями воздействия являются:

- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- антитерапевтические установки;
- амбивалентность по отношению к употреблению ПАВ, продолжению лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- патологическое влечение к ПАВ.

Тактика терапии: проведение психотерапевтического лечения в комплексе с медикаментозным. Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни или амбулаторной карте. Специалист вначале отражает психический статус пациента и актуальные проблемы пациента, которые будут являться предметом работы на данной психотерапевтической сессии. В дальнейшем необходимо отразить динамику состояния пациента в процессе психотерапии и в конце проведенного лечения.

Критерием эффективности психотерапии на этом этапе является удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Таблица 22. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога

2. Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Терапия средой Семейное психологическое консультирование Психотерапия	
3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога
4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Терапия средой Семейное психологическое консультирование Психотерапия	

Таблица 23. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни
Психологическое консультирование <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальное психологическое консультирование • Групповое психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование 	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование в добрачный период, а также в период развода. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены,

	т. к. наличие зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене. Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресoциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от употребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе

Таблица 24. Методы психотерапии, применяемые в период лечения абстинентного синдрома

Метод	Характеристика ^{степень доказательности}	Применение
Мотивационное интервью	Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов ^А	Базовый подход в работе специалистов. Метод, который может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия психиатра-нарколога (психотерапевта, психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения.	Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей,

	<p>Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов, включая тренинг социальных навыков. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов^А</p>	<p>возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике</p>
<p>Комплаенс-психотерапия</p>	<p>Базируется на когнитивно-бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами^А</p>	<p>Психотерапевтическая работа направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действий лекарств, способов лечения зависимости</p>
<p>Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу</p>	<p>В основе лежит гуманистическая концепция личности, «постоянно себя создающей, осознающей свое назначение в жизни, регулирующей границы своей субъективной свободы». Принципиальным в этой концепции является понятие конгруэнтности Самости и Опыта. Способность врача создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством.</p>	<p>Метод также может служить как основой взаимодействия с пациентом, так и отдельным методом работы с регламентированным количеством психотерапевтических сессий. Специалистам необходимо применять эмпатические принципы взаимодействия с пациентом, в соответствии с концепцией данного метода</p>



	<p>Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения специалиста. Если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики^В. Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов</p>	
<p>Рациональная психотерапия</p>	<p>Используются профессиональные знания врача о болезни, производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противорецидивным» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных</p>	<p>Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога</p>
<p>Гипно-суггестивная психотерапия (предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения)</p>	<p>Методы, основанные на внушении. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое состояние или состояние «транса» – расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса «мягкие» усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения</p>	<p>Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Необходимо индивидуализировать формулы внушения и самовнушения в зависимости от особенностей каждого пациента</p>

	<p>необходимого терапевтического эффекта.</p> <p>Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом^С</p>	
Трансакционный анализ	<p>Трансакционный анализ – это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения.</p> <p>Отдельные технологии трансакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э. Берну^С, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана^В, контрактные методики, анти-суицидальный контракт^В, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности^В, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента^С.</p> <p>Многие технологии трансакционного анализа используются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном консультировании</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает как краткосрочное, так и длительное применение. На этапе купирования АС достаточно одно-двукратного проведения психотерапевтических сессий</p>
Семейная психотерапия	<p>Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Также применяется для коррекции созависимого поведения^В</p>	<p>Специалистам необходимо провести от 1 до 2 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого</p>

<p>Группы само- и взаимопомощи</p>	<p>Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния^В.</p>	<p>Применение групп само- и взаимопомощи формирует терапию средой. В период терапии АС рекомендуется ознакомить пациента с группами само- и взаимопомощи</p>
------------------------------------	--	--

На этапе купирования АС не рекомендуется проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А. Р. Довженко, В. Е. Рожнову).

7. Особенности терапии синдрома отмены в зависимости от вида ПАВ

7.1. Лечение синдрома отмены алкоголя

Инфузионная терапия. При легкой степени ААС инфузионная терапия проводится лишь в тех случаях, когда у больного диагностируется какая-либо сопутствующая соматическая или неврологическая патология. В остальных случаях предпочтение отдается пероральному пути введения жидкости, чаще всего калийсодержащими средствами (например, «Регидрон»).

При ААС средней и тяжелой степени инфузионная терапия обязательна. Целью ее проведения является устранение дегидратации, поддержание нормального объема циркулирующей крови, нормализация ионного баланса, поддержание диуреза. Рекомендованный объем вводимой жидкости с 10-20 мл/кг. Введение больших объемов жидкости при ААС, как показывает клиническая практика, зачастую оказывается не столь эффективным и оправданным по медицинским показаниям и может приводить к осложнениям. Быстрое проведение детоксикации большими объемами жидкостей вызывает резкое изменение кровотока в различных отделах мозга, увеличивает риск развития судорожных припадков. При проведении инфузионной терапии ААС следует соблюдать те же требования, которые предъявляются к инфузионным программам при других неотложных состояниях. Во-первых, необходим учет объема всех потерь жидкости для правильного расчета объема инфузии; во-вторых, контроль АД, ЧСС, КЩС в динамике; в-третьих, проведение ЭКГ для выявления патологических ритмов и синдрома удлиненного интервала QT.

Назначение инфузионной терапии требует соблюдения определенных правил:

1) на ранних стадиях ААС (при снижении концентрации спирта в плазме крови) у больных может возникать избыток жидкости в организме, связанный с увеличением секреции антидиуретического гормона. В динамике развития ААС формируется дегидратация, поэтому перед началом и во время инфузионной терапии необходима аускультация легких;

2) растворы глюкозы необходимо назначать с тиаминем (для профилактики развития энцефалопатии), с ионами калия (для лучшего проникновения глюкозы в клетки) и магнием (для обеспечения ее анаэробного гликолиза);

3) в качестве терапии нарушений сердечного ритма рекомендована инфузионная терапия сбалансированными растворами электролитов;

4) ренальные потери жидкости компенсируют 5% раствором глюкозы, экстраренальные – полиионными растворами.

При проведении терапии ААС по показаниям применяются психотропные средства, смягчающие его течение и предупреждающие развитие судорожных припадков, алкогольного делирия.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда являются, по сути, базисными средствами в терапии ААС. Препаратами выбора для купирования ААС считаются диазепам (реланиум, седуксен), лоразепам (лорафен), хлордиазепоксид

(элиниум) и снотворные средства бензодиазепинового ряда – нитразепам (радедорм, эуноктин). Для коррекции выраженных расстройств сна используются и снотворные барбитурового ряда. Преимущества бензодиазепинов перед другими психотропными средствами, применяемыми при лечении ААС, складываются из их относительной безопасности и более низкого наркотического потенциала по сравнению с другими гипноседативными препаратами; они устраняют психопатологические расстройства (тревогу, возбуждение) без существенного угнетения дыхания; не вызывают экстрапирамидных нарушений, холинолитических осложнений; обладают противосудорожной активностью. Устраняются тремор, тахикардия, гипергидроз.

В течение первых 3-5 дней лечения препараты назначаются внутрь и/или внутримышечно в средней терапевтически эффективной дозе через равные интервалы времени (режим «нагрузки»), как правило, до 4-6 раз в день до момента достижения седации и купирования клинических проявлений ААС. Важно не превышать максимальный терапевтический порог препаратов.

Обычно используются следующие дозы препаратов: раствор диазепама (реланиум) 0,5% 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, суточная доза до 0,06 г; раствор феназепама 0,1% 1-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, или феназепам в таблетках по 0,0005, 0,001, суточная доза до 0,01 г; лоразепам по 0,0025 до 0,015 г в сутки; оксазепам по 0,01 до 0,09 г в сутки; фенобарбитал по 0,1-0,2 г; имован по 0,0075 г; ивадал по 0,01 г; реладорм 0,11-0,22 г. Фенобарбитал в составе комплексных препаратов иногда применяется у больных с ААС и в течение дня в качестве заместительной терапии, в целях снижения интенсивности абстинентных расстройств. Назначаются паглюферал по 1-2 таб. 3-4 раза в сутки или корвалол по 30-40 капель 1-2 раза в сутки.

β-адреноблокаторы (пропранолол с анаприлин, обзидан) являются важной составной частью комплексной программы терапии ААС, так как эффективно устраняют катехоламинемия, купируют вегетативную симптоматику, снижают АД, ЧСС и обладают слабо выраженным седативным и анксиолитическим действием. Средние суточные дозы пропранолола составляют 60-160 мг внутрь; атенолола 50-100 мг внутрь.

α-адреноблокаторы также широко используются в терапии АС (не только алкогольного, но и от других видов ПАВ, в частности опиатного, смешанного). Наиболее часто используемый препарат – пророксан (пирроксан). Суточные дозы составляют от 0,03 до 0,12 г. Длительность использования препарата прямо коррелирует с редукцией вегетативной симптоматики, кратность приема – 3-4 раза в сутки.

Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается повышением уровня внутриклеточного кальция, в связи с чем в ААС обосновано применение ***блокаторов кальциевых каналов***. Наиболее известный препарат – нифедипин. Средние суточные дозы нифедипина в ААС составляют 10-40 мг. Показания к профилактической ***противосудорожной*** терапии при алкогольном АС ограничены. Если припадков ранее не было или они развивались только на фоне алкогольного АС, основной способ профилактики – назначение бензодиазепинов или барби-

туратов. Если доза этих препаратов достаточна, то риск припадков минимален. У больных эпилепсией риск припадка в период ААС повышен, в связи с чем показано немедленное назначение антиконвульсантов. В наркологической практике используются карбамазепин (финлепсин), вальпроевая кислота (депакин), ламотриджин (ламиктал). Но чаще эти средства применяются для купирования синдрома патологического влечения в постабстинентном (подостром) состоянии, т. е. на втором этапе терапии.

Значительный дефицит ионов магния в тканях, возникающий в результате снижения всасывания в тонком кишечнике и усиления под влиянием алкоголя экскреции магния с мочой, приводит к миоклоническим подергиваниям, атаксии, тремору, головокружению, бессоннице, раздражительности, напряженности, тревоге, вегетативной дистонии. Поэтому патогенетически оправдано использование в терапевтических программах **магния сульфата** в дозе 1-2 г (5-10 мл 25% раствора) в/в и в/м даже при нормомагниемии.

В настоящее время существует комплексный препарат *Магне-В₆*, который содержит терапевтические дозы магния в составе наиболее легко усваиваемых солей лактата и пидолата в комплексе с пиридоксином (витамином В₆). Магне-В₆ обладает высоким вегетостабилизирующим эффектом, влияет на неврологическую симптоматику в рамках ААС и при периферической полинейропатии, имеет слабое седативное (успокаивающее) действие на начальных этапах терапии. Рекомендованные дозы для больных с алкогольной зависимостью – по 2 таб. 2 раза в день, курс – до 30 дней.

В терапии АС обязательной составляющей являются **витамины группы В, С, РР**, несколько реже используются витамины других групп. Назначаются растворы тиамин хлорида 5% 2-4 мл в/м, в/в капельно, пиридоксина гидрохлорида 5% 5-8 мл в/м, в/в капельно; никотиновой кислоты 0,1% 1-2мл/м; аскорбиновой кислоты 5% 5-10 мл в/м, в/в капельно. Парентерально витамины назначаются в первые несколько суток отмены алкоголя, обычно в составе инфузионной терапии, затем продолжается пероральный прием.

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с **антиоксидантной** и **гепатопротективной** активностью. К их числу относятся: α-липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, мексидол. α-липоевая кислота (тиоктовая кислота) существует в двух формах – парентеральной и пероральной. Парентеральное применение α-липоевой кислоты в терапии ААС в дозе 600 мг (24 мл на 400 мл физического раствора) имеет выраженное детоксикационное действие. При этом важно отметить, что более быстрый и заметный терапевтический эффект наблюдается у лиц с тяжелым течением ААС. Гепатотропный эффект и влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, инозин) и двух коферментов-витаминов – никотинамида (витамин РР) и рибофлавина мононуклеотида (витамин В₂). Цитофлавин стимулирует дыхание и энергообразование в клетках, стимулирует процессы утилизации кислорода тканями, восстанавливает активность ферментов антиокси-

дантной защиты. Цитофлавин улучшает коронарный и мозговой кровоток, активирует метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует восстановлению сознания, устранению рефлекторных нарушений, расстройств чувствительности и улучшению интеллектуально-мнестических функций мозга. Цитофлавин наиболее эффективно воздействует на соматовегетативные проявления ААС: цефалгию, гипергидроз, тошноту, рвоту, внутреннюю дрожь. Цитофлавин назначают при ААС по 20 мл 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, пораженной печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Гепатопротекторное действие метадоксина обусловлено мембраностабилизирующим эффектом и основано на способности восстанавливать соотношение насыщенных и ненасыщенных свободных жирных кислот. Дезинтоксикационный эффект метадоксина связан с активацией ферментов печени, участвующих в метаболизме этанола – алкогольдегидрогеназы и ацетальдегиддегидрогеназы, что ускоряет процесс выведения этанола и ацетальдегида из организма. Метадоксин предотвращает накопление триглицеридов в гепатоцитах, а также препятствует образованию фибронектина и коллагена, что значительно замедляет процесс формирования цирроза печени. Препарат уменьшает выраженность психических и соматических проявлений похмельного синдрома, способствует более быстрому купированию АС. Метадоксин оказывает неспецифическое антидепрессивное и анксиолитическое действие. Рекомендованные дозы метадоксина: купирование ААС – по 300-600 мг (5-10 мл) в/в капельно в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) — 1000-1500 мг/сут; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг/сут. Препарат не требует лабораторного контроля, не вызывает побочных эффектов, поэтому возможен длительный прием курсом до 3 месяцев.

Мексидол – препарат со сложным механизмом действия. Наиболее важными компонентами механизма действия мексидола являются его антиоксидантные, мембранопротекторные эффекты. Препарат оказывает нейропротекторное, противогипоксическое, ноотропное, антистрессорное, анксиолитическое, противосудорожное действие. Включение мексидола в комплексную терапию синдрома отмены алкоголя с судорогами уменьшает потребность в противосудорожных и седативных средствах в 2 раза. Усиливая основной лечебный эффект этих препаратов, мексидол снижает их побочные проявления. Мексидол хорошо сочетается с транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами. При токсических энцефалопатиях препарат вводят внутривенно от 200 до 1200 мг/сут (подбирая дозу индивидуально). Рекомендуемый режим дозирования при алкогольной интоксикации: по 250-500 мг внутривенно капельно на 150,0 мл изотонического раствора натрия хлорида дважды в сутки – 3 дня, далее по 200-250 мг в/в струйно на 16,0 мл изотонического раствора натрия хлорида 2 раза в сутки в течение 7 дней. Возможен переход на внутримышечное введение препарата с последующим приемом таблетированной формы по 0,125-0,250 г 3 раза в день в течение 4-6 недель.

При лечении ААС рекомендованные дозы: по 200-250 мг внутривенно струйно на 16,0 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 10-15 дней (при тяжелых формах ААС – по I 250-500 мг), далее переход на внутримышечные инъекции в дозе 200-250 мг в течение 10 дней. В последующем переходят на прием таблетированной формы. В ряде случаев возможно сочетание только внутримышечного введения препарата и таблетированной формы. Мексидол практически не обладает побочными эффектами традиционных нейропсихотропных средств, в частности не оказывает седативного, миорелаксирующего, эйфоризирующего действий, а также не имеет побочных эффектов, свойственных нейропротекторным препаратам.

Ноотропные препараты способны ослаблять алкогольную интоксикацию. При этом наибольшим антиалкогольным влиянием обладают «энергезирующие» ноотропы (пирацетам, пиритинол) и ГАМК-ергические вещества (пикамилон, фенибут и др.). Большинство исследователей считают, что ноотропы уменьшают тяжесть и выраженность ААС, не укорачивая его, а также оказывают положительное влияние на остаточную симптоматику после купирования АС. Особое место в наркологической клинике занимает пирацетам. Его используют для уменьшения тяжести алкогольной интоксикации, при пределириозных состояниях и алкогольных делириях. Препарат отличается быстротой проникновения в органы и ткани, в том числе в структуры мозга, через гематоэнцефалический барьер. Через 20 мин после внутривенного введения мозговой кровотоки увеличивается на 12%, через 1-4 ч препарат накапливается в мозговой ткани. Применяемый в высоких дозах (4-12 г), пирацетам укорачивает длительность ААС, уменьшает соматические и неврологические осложнения.

В настоящее время в клинической практике более широко стали использоваться комбинированные препараты ноотропного действия, такие, например, как омарон (пирацетам, фезам). Омарон содержит пирацетам 400 мг и циннаризина 25 мг. Препарат обладает ноотропным и вазоактивным действием. Оба компонента усиливают действие друг друга, одновременно уменьшая количество побочных эффектов.

Как правило, вышеописанная тактика позволяет купировать АС уже к 3-5-му дню лечения. Но в настоящее время существуют различные методы, ускоряющие этот процесс, в частности эфферентные методы терапии. Более подробно использование эфферентных и других немедикаментозных методов терапии описано в соответствующей главе. Несомненно, в период абстинентных расстройств больной подвергается наиболее тяжелым токсическим воздействиям, оставляющим стойкие негативные последствия во всех органах и системах, поэтому скорость достижения терапевтического эффекта при лечении АС играет важную роль.

7.2. Лечение синдрома отмены опиатов

1. **Острое (критическое) отнятие наркотика.**

2. **Купирование болевых расстройств:**

- анальгетики различных классов и химических групп (трамадол по 0,4-0,8 г/сут, лорноксикам по 0,016-0,032 г/сут, кеторолак 0,01-0,06 г/сут).

3. *Купирование вегетативных расстройств:*

- агонисты α 2-адренорецепторов (клонидин по 0,45-0,9 мг/сут);
- α -адреноблокаторы (пророксан по 0,09-0,135 г/сут).

4. *Купирование нарушений сна, тревоги:*

- анксиолитики бензодиазепинового ряда (диазепам по 0,01-0,03 г/сут, феназепам по 0,0005-0,002 г/сут, нитразепам по 0,005-0,03 г/сут).

5. *Купирование психомоторного возбуждения, поведенческих расстройств, других проявлений патологического влечения к наркотику:*

- назначение нейролептиков.

Психопатологическая симптоматика ярко выражена уже с первого дня развития опийного АС. Поэтому, как правило, антипсихотики назначают с самого начала терапии ОАС. Предпочтительны препараты с преобладанием седативного действия. Назначаются нейролептики фенотиазинового (хлорпромазин, левомепромазин (тизерцин), трифлуоперазин (трифтазин) и бутирофенонового ряда (галоперидол). Дозы галоперидола колеблются от 1,5 до 20 мг в течение суток на 1-4 приема, левомепромазина – от 25 до 200 мг в течение суток на 1-4 приема, хлорпромазина – до 800 мг в течение суток на 3-4 приема.

При выраженных нарушениях поведения используют парентеральное введение (чаще капельное) нейролептиков фенотиазинового и бутирофенонового ряда: хлорпромазина по 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора), галоперидола по 10-20 мг (2-4 мл 0,5% раствора) в сочетании с диазепамом до 20 мг (4 мл 0,5% раствора) и кордамином до 500 мг (2 мл 25% раствора). Такую процедуру можно проводить в течение 2-3 дней с дальнейшим переводом больного на таблетированные аналоги.

Высокой эффективностью в купировании опийного (героинового) АС обладает тиаприд, который относится к атипичным антипсихотикам из группы замещенных бензаминов, избирательно блокирующих дофаминовые D2-рецепторы. Тиаприд обладает седативным, противосудорожным, антипсихотическим и, что особенно важно, антиалгическим эффектами. Лечение проводят по следующей схеме: тиаприд назначают на первый-второй день развития опийного (героинового) АС, когда у больных уже выражены его основные проявления, в том числе боли в мышцах, суставах, голове. Первые два дня препарат целесообразно назначать парентерально (внутримышечно) в дозе 200 мг 3-4 раза (в отдельных случаях 5 раз) в сут. Эффект препарата появляется через 10-15 мин после инъекции и длится до 4 ч. Затем переходят на пероральный прием в той же дозе. Через 1-2 дня дозу снижают до 100 мг 3 раза в день внутрь еще на 1-2 дня. Длительность лечения тиапридом – 6-8 дней. Снижение болевой симптоматики наблюдают уже в первые дни лечения. Благодаря своему противотревожному и седативному действию он также снижает выраженность патологического влечения к наркотикам, способствует уменьшению, а часто и купированию раздражительности, вспыльчивости, пониженного настроения, тревоги, улучшает сон.

В настоящее время более широко в наркологии применяют атипичные антипсихотики последнего поколения, такие как рисперидон в дозе 1-6 мг/сут, кветиапин в дозе 300-800 мг/сут.

- назначение антиконвульсантов (карбамазепин по 0,6-0,8 г/сут).

6. Симптоматическая терапия:

- гепатопротекторы,
- ноотропные препараты,
- витамины.

7.3. Лечение синдрома отмены каннабиноидов

1. Полное прекращение употребления пациентом наркотиков

2. Транквилизаторы (анксиолитики бензодиазепинового ряда): диазепам по 0,01-0,03 г/сут, феназепам по 0,0005-0,003 г/сут.

7.4. Лечение синдрома отмены барбитуратов

1. Немедикаментозное лечение

- Промывание желудка при давности приема препарата не более 30 ч.
- Активированный уголь.
- Слабительное.
- Парафин жидкий (вазелиновое масло) 100-150 мл.

2. Медикаментозное лечение

• назначение антиконвульсантов, например 5% раствора амобарбитала (эсти-мал) в/м, в/в 5,0-8,0 мл со снижением дозы на 10% каждые 2-3 сут.

7.5. Лечение синдрома отмены кокаина

Психотропные средства:

1. Транквилизаторы (анксиолитики бензодиазепинового ряда):

- диазепам по 0,03 г/сут,
- феназепам по 0,003 г в сутки.

2. Антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):

- флувоксамин по 0,1-0,3 г в сутки;
- пароксетин по 0,02-0,04 г в сутки;
- сертралин по 0,05-0,1 г в сутки.

Симптоматическое лечение

1. Лечение нарушений сна:

- нитразепам по 0,005-0,010 г в сутки.

2. Противосудорожные средства:

- карбамазепин по 0,6 г в сутки;
- фенобарбитал по 0,05-0,1 г в сутки.

3. Нитраты, сердечные гликозиды

4. Гепатопротекторы:

- адеметионин по 0,8 г в сутки;
- тиоктовая кислота по 0,6 г в сутки; -о-фосфолипиды по 4-6 капсулы.

5. Ноотропные препараты:

- пирацетам по 12,0 г в сутки.

6. Витаминотерапия.

7. Антианемические препараты

7.6. Лечение синдрома отмены стимуляторов

1. Нейролептические препараты

- перiciaзин по 0,01-0,04 г/сут,
- пипотиазин (пипортил) 10-40 мг внутрь или в/м,
- зуклопентиксол по 0,025-0,15 г/сут

2. Антидепрессанты

- имипрамин (мелипрамин) 100-200 мг внутрь или в/м

3. Антikonвульсанты

- карбамазепин (финлепсин) 400-600 мг внутрь

4. Антиферменты

- апротинин (контрикал) 10000-20000 АТрЕ в/в капельно

5. α -адреноблокаторы

- пророксан (пирроксан) 90-135 мг внутрь, п/к или в/м.

6. Ноотропные препараты

- аминофенилмасляная кислота(фенибут) 60-150 мг внутрь

7. Витамины группы В

8. Гепатопротекторы

7.7. Лечение синдрома отмены табака

1. Симптоматическое лечение:

- антигипертензивные препараты
- витамины
- ноотропы

2. Психотропные препараты:

- транквилизаторы;
- антидепрессанты: амитриптилин внутрь 25-50 мг, пипофезин внутрь 25-75 мг, имипрамин внутрь 25-50 мг;
- антikonвульсанты: карбамазепин 200 мг внутрь;
- нейролептические препараты: тиоридазин 10-30 мг внутрь.

3. Заместительная терапия:

- никотин (никоретте) 4 мг, анабазин внутрь 1-8 таб., цитизин внутрь 1,5-9,0 мг.

7.8. Лечение синдрома отмены летучих растворителей

1. Дезинтоксикационная и симптоматическая терапия:

- растворы и плазмозаменители,
- ноотропные средства,
- гепатопротекторы,
- витамины и минералы,
- аминокислоты,
- дыхательные analeптики,
- периферические спазмолитики (аминофиллин 10 мл в/в),
- сердечно-сосудистые средства.

2. Антидоты:

- унитиол,
- натрия тиосульфат.

3. Психотропные препараты:

- транквилизаторы;
- антидепрессанты: амитриптилин внутрь 25-50 мг, тразодон 200 мг внутрь, в/м, флуоксетин 20-60 мг внутрь, мапротилин 25-75 мг внутрь;
- антиконвульсанты: карбамазепин 400-600 мг внутрь;
- нейролептики: хлорпротиксен 50-150 мг внутрь, флулентиксол 10-40 мг; внутрь, сульпирид 200-600 мг внутрь или в/м, перициазин 30-40 мг внутрь.

8. Терапия тяжелых абстинентных состояний

Основой терапии больных с тяжелым АС считают выведение из организма токсинов экзо- и эндогенного происхождения при помощи методов интра- и экстракорпоральной детоксикации. Таким больным назначают: инфузионную терапию, энтеросорбенты, проводят курс плазмафереза. Плазмаферез проводят 1 раз в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5-10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении пациенту очищенной плазмы методом плазмосорбции объем перфузии составляет 0,5-1,0 объема циркулирующей крови. Положительные результаты наблюдают при проведении курса МДМ-терапии, гипербарической оксигенации.

Тяжелым больным назначают специфическую терапию, т. е. замещение вещества, вызвавшего зависимость, другим, близким по действию с постепенным уменьшением суточных доз (например, героина, метадона или кодеина трамадолом).

Иногда оправдана литическая отмена самого аддиктивного агента, например, опохмеление больных с тяжелым алкогольным АС или постепенная отмена барбитуратов у зависимых от них пациентов для предотвращения судорожных припадков и делирия.

Важной задачей медикаментозной терапии считают поддержание жизненно важных функций.

Коррекцию дефицита жидкости и электролитных нарушений необходимо начинать немедленно. Водно-электролитные расстройства могут нарастать и в стационаре (в результате рвоты, при гипертермии, двигательном возбуждении). В этом случае объем инфузии увеличивают в соответствии с объемом потерь.

При гиповолемии назначают 5% раствор глюкозы и изотонический раствор натрия хлорида.

При гипернатриемии проводят неоднократное или поточное непрерывное промывание желудка и кишечника, инфузию растворов глюкозы со стимуляцией диуреза, в тяжелых случаях применяют диализные методы.

При гипонатриемии назначают кристаллоидные растворы на основе хлорида натрия (изотонический раствор натрия хлорида, изофундин).

При гипокалиемии необходима немедленная коррекция дефицита путем введения 1% раствора калия хлорида. Максимальная скорость его введения – 20-30 капель в минуту, средняя суточная доза – 1,5 г хлорида калия.

При метаболическом алкалозе применяют препараты, содержащие метаболизируемые анионы органических кислот (ацетат, цитрат, малат), например стерофундин, ацесоль, назначают при ацидозе внутривенно медленно под контролем кислотно-щелочного состояния в объеме 400-1000 мл в сутки.

Для улучшения реологических свойств крови, уменьшения агрегации форменных элементов, увеличения осмолярности жидкости в сосудистом русле, т. е. для восстановления транспортных свойств крови, проводят инфузию высокомолекулярных растворов, таких как декстран, реомакродекс, реоглюман. Эти растворы обладают также дезинтоксикационными свойствами. Противопоказания к их применению: тромбоцитопения, заболевания почек с анурией (диурез мень-

ше 60 мл/ч), сердечная недостаточность и другие, характерные для переливания больших количеств жидкости.

Важной задачей медикаментозной терапии считают поддержание жизненно важных функций.

Коррекцию дефицита жидкости и электролитных нарушений необходимо начинать немедленно. Водно-электролитные расстройства могут нарастать и в стационаре (в результате рвоты, при гипертермии, двигательном возбуждении). В этом случае объем инфузии увеличивают в соответствии с объемом потерь.

При гиповолемии назначают 5% раствор глюкозы и изотонический раствор натрия хлорида. При гипернатриемии проводят неоднократное или поточное непрерывное промывание желудка и кишечника, инфузию растворов глюкозы со стимуляцией диуреза, в тяжелых случаях применяют диализные методы. При гипонатриемии назначают кристаллоидные растворы на основе хлорида натрия (изотонический раствор натрия хлорида, изофундин).

При гипокалиемии необходима немедленная коррекция дефицита путем введения 1% раствора калия хлорида. Максимальная скорость его введения – 20-30 капель в минуту, средняя суточная доза – 1,5 г хлорида калия.

При метаболическом алкалозе применяют препараты, содержащие метаболизируемые анионы органических кислот (ацетат, цитрат, малат), например стерофундин, ацесоль, назначают при ацидозе внутривенно медленно под контролем кислотно-щелочного состояния в объеме 400-1000 мл в сутки.

Для улучшения реологических свойств крови, уменьшения агрегации форменных элементов, увеличения осмолярности жидкости в сосудистом русле, т. е. для восстановления транспортных свойств крови, проводят инфузию высокомолекулярных растворов, таких как декстран, реомакродекс, реоглюман. Эти растворы обладают также дезинтоксикационными свойствами. Противопоказания к их применению: тромбоцитопения, заболевания почек с анурией (диурез меньше 60 мл/ч), сердечная недостаточность и другие, характерные для переливания больших количеств жидкости.

При назначении психофармакотерапии необходимо учитывать, что функции выделительных систем у тяжелых больных нарушены, поэтому предпочтение следует отдавать препаратам короткого действия и назначать их в минимальных терапевтических дозах с дальнейшей коррекцией (при необходимости).

Современный подход к лечению синдрома отмены предполагает назначение препаратов из группы бензодиазепинов. Клинически их эффект проявляется в виде уменьшения тревоги, вегетативных нарушений. Препараты этой группы применяют для лечения расстройств сна, выраженного психомоторного возбуждения, судорожных расстройств. Дозы седативных средств должны быть адекватны состоянию больного. Избыточная седативная терапия приводит к нарастанию гиперкапнии, которая вызывает угнетение сознания или кому. Гипоксия и гиперкапния – частые причины расстройств сознания у больных с тяжелым АС. При этом гипоксия может сопровождаться возбуждением, которое при введении транквилизаторов только усиливается; помогает ингаляция кислорода, гипербарическая оксигенация, другие меры, направленные на улучшение транспорта

кислорода в ЦНС (инфузионная терапия, лечение отека мозга и пр.). Чаще всего применяют препараты бензодиазепинового ряда – диазепам и феназепам. При отмене их эффект ослабевает постепенно, что связано с образованием активных, длительно действующих метаболитов; поэтому больным в тяжелом состоянии эти препараты назначают осторожно, сочетая с детоксикационной терапией. У пожилых пациентов и при нарушении функции печени препаратами выбора считают бензодиазепины короткого действия (лоразепам, тазепам). Эти средства быстро переходят в неактивные метаболиты (глюкурониды), которые хорошо растворимы в воде и выводятся почками, поэтому их метаболизм не зависит от возраста и состояния печени. Применяют и другие бензодиазепины короткого действия, например мидазолам. Недостаток препаратов короткого действия – необходимость частых повторных инъекций и постепенного уменьшения доз при отмене.

Снотворные средства назначают при неэффективности транквилизаторов или их недостаточности в плане коррекции расстройств сна, для предупреждения и лечения судорожных расстройств. Препараты этой группы дают меньший терапевтический эффект. Поскольку снотворные средства в большей степени способны угнетать ЦНС, применять их необходимо с большой осторожностью. Наиболее распространенные препараты этой группы – барбитураты. Фенобарбитал в составе комплексных препаратов иногда назначают для лечения алкогольного АС в качестве заместительной терапии (паглюферал, корвалол) с целью снижения интенсивности абстинентных расстройств.

Показания к профилактической противосудорожной терапии при АС ограничены. Если припадков ранее не было или они развивались только на фоне синдрома отмены, основной способ профилактики – применение бензодиазепинов или барбитуратов. Если доза этих препаратов достаточна, то риск припадков минимален.

При сочетании зависимости от ПАВ и эпилепсии риск припадка при развитии АС повышен; показано немедленное назначение антиконвульсантов.

В наркологической практике в качестве противосудорожного средства часто используют карбамазепин. Однако данный препарат оказывает токсическое действие на сердечно-сосудистую систему, кожу, печень, наиболее тяжелая побочная реакция — угнетение кроветворения. Именно поэтому тяжелым наркологическим больным с эпилептиформными припадками предпочтительно назначение фенитоина. При непереносимости или недостаточной эффективности данного препарата можно использовать такие средства, как клоназепам, ламотриджин, вальпроевая кислота.

Нейролептики при тяжелом АС необходимо назначать с крайней осторожностью из-за опасности развития лекарственной интоксикации, психотических расстройств и только по строгим показаниям. При передозировке нейролептиков у больных развивается резкое угнетение ЦНС, иногда до комы. Возможны нарушения терморегуляции: обычно – гипотермия, реже – гипертермия. Поскольку многие нейролептики, особенно фенотиазины, блокируют α -адренорецепторы, нередко у больных с тяжелым синдромом отмены при их назначении развивается артериальная гипотония.

В отдельных случаях можно рекомендовать назначение некоторых нейрорептиков для терапии суицидального или агрессивного поведения (перидазин), при некупирующемся психомоторном возбуждении (зуклопентиксол), генерализованном влечении к ПАВ (галоперидол), бессоннице (хлорпротиксен), болевом синдроме и гиперстезии (тиаприд).

В комплексной терапии АС часто используют β -адреноблокаторы. Препараты этой группы обладают антиаритмическим и мембраностабилизирующим действием (из-за влияния на медленные натриевые каналы), поэтому их назначение патогенетически оправдано. В большинстве случаев эти препараты назначают в сочетании с транквилизаторами. Иногда β -адреноблокаторы снижают дозу бензодиазепинов, однако здесь необходима осторожность, так как на порог судорожной готовности β -адреноблокаторы не влияют. Увеличение внутриклеточной концентрации кальция, наблюдаемое при АС, приводит к повреждению и апоптозу нейронов, поэтому в абстинентном периоде патогенетически оправдано применение блокаторов медленных кальциевых каналов, улучшающих мозговой кровоток и обладающих ноотропным эффектом, механизм которого до конца не ясен. В последнее время появились сообщения об эффективном применении антагонистов ионов кальция центрального действия (нифедипин) в комплексном лечении синдрома отмены алкоголя. К сожалению, препараты этой группы пока не нашли в наркологической практике широкого применения. Необходимо помнить, что блокаторы медленных кальциевых каналов нельзя применять одновременно с β -адреноблокаторами из-за риска развития брадиаритмий и острой сердечной недостаточности.

При лечении АС традиционно используют витамины группы В и С, участвующие в образовании ферментов и коферментов. Они способствуют окислительно-восстановительным процессам в организме, влияют на тканевое дыхание, углеводный обмен, деятельность центральной и периферической нервной системы. Парентерально витамины назначают в течение первых нескольких суток отмены ПАВ, обычно в составе инфузионной терапии, затем поливитаминные препараты принимают внутрь.

В абстинентном периоде целесообразно назначение нейрометаболических препаратов. При тяжелом синдроме отмены назначают ноотропные средства группы пирролидонов (пирацетам), ГАМК-ергические средства (никотинол γ -аминомасляная кислота, гопантеповая кислота, аминофенилмасляная кислота).

Перспективно применение в комплексном лечении тяжелого АС нейропептидных препаратов.

Наиболее известный препарат этой группы – церебролизин, препарат проявляет антиоксидантную, мембранопротективную и нейротрофическую активность, тормозит высвобождение возбуждающих аминокислот, в частности глутамата.

Появившийся недавно отечественный препарат семакс, считающийся синтетическим аналогом АКТГ, лишен гормональной активности. Препарат применяют интраназально, обладает ноотропным и адаптогенным действием, повышает устойчивость мозга к гипоксии, отличается хорошей переносимостью и может использоваться при лечении тяжелых абстинентных расстройств различной этио-

логии. Положительным эффектом обладают препараты аминокислот (кортексин, аминосол, глицин).

При тяжело протекающем синдроме эффективны препараты, улучшающие мозговой кровоток, наиболее известный из них – винпоцетин. Это средство обладает прямым вазодилатирующим действием на сосуды мозга, селективно улучшает мозговое кровообращение при ишемии и гипоксии без негативного влияния на центральную гемодинамику.

Инстенон – комбинация трех компонентов – гексобендина, этамивана и этофиллина, улучшает мозговое кровообращение и реологические свойства крови, способствует нормализации обмена веществ при гипоксии, активирует тормозящее влияние ретикулярной формации на ЦНС.

Применение ницерголина сопровождается улучшением мозгового, легочного и почечного кровотока, препарат блокирует сосудосуживающие эффекты эпинефрина и серотонина.

В медицине применяют блокаторы фосфодиэстеразы пуринового ряда (пентоксифиллин, аминофиллин). Препараты обладают сосудорасширяющим и антиагрегантным эффектом, способствуя улучшению доставки кислорода тканям (табл. 25).

Таблица 25. Средства, рекомендуемые для лечения тяжелых синдромов отмены

Состояние	Рекомендуемое лечение
Алкогольный АС, синдром отмены гипноседативных средств	<ol style="list-style-type: none">1. Литическое уменьшение доз алкоголя или специфическая терапия барбитуратами (последние предпочтительны при судорожной готовности, припадках в анамнезе)2. Бензодиазепины3. β-Адреноблокаторы4. Плазмаферез один раз в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5-10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении больному очищенной плазмы методом плазмсорбции объем перфузии составляет 0,5-1,0 объема циркулирующей крови5. Нейрометаболическая терапия: семакс 0,1% раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки или гопантевая кислота по 0,5 три раза сутки6. Гепатопротекторы (адеметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки)7. Кислородотерапия, гипербарическая оксигенация8. МДМ-терапия9. Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненно важных функций (аналептики, сердечные гликозиды, антиаритмические средства, гормоны, диуретики по показаниям)

<p>Синдром отмены опиатов</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Специфическая терапия (трамадол). Бензодиазепины 2. Плазмаферез один раз в сутки, в течение 2-3 дней. Объем удаляемой плазмы составляет 5-10% объема циркулирующей плазмы за одну процедуру, при возвращении больному очищенной плазмы методом плазмосорбции объем перфузии составляет 0,5-1,0 объема циркулирующей крови 3. Нейролептики для купирования суицидального или агрессивного поведения (перициазин 5-30 мг в сутки), при некупирующемся психомоторном возбуждении (зуклопентиксол 50-70 мг в сутки), при болевом синдроме и гиперстезии (тиаприд до 400 мг в сутки) 4. Инфузионная терапия в объеме 10-20 мл/кг 5. Нейрометаболическая терапия: никотинол γ-аминомасляная кислота по 0,05 три раза в сутки или гопантеновая кислота по 0,5 три раза в сутки, МДМ-терапия 6. Симптоматическое лечение, направленное на поддержание жизненно важных функций
-------------------------------	---

9. Прогноз

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении всех этапов лечения – положительный.



**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению абстинентного
состояния с делирием, вызванного
употреблением психоактивных веществ**

Содержание

Коллектив авторов	281
Профильная группа экспертов	282
1. Методология	283
2. Определение и принципы диагностики	287
3. Этиология и патогенез делирия	289
4. Диагностика заболевания	291
5. Клиническая диагностика абстинентного состояния с делирием	294
5.1. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя	294
5.2. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов	297
5.3. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиоидов	297
5.4. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств	298
5.5. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина	298
5.6. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением стимуляторов	299
5.7. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов	299
5.8. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением табака	299
5.9. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей	299
5.10. Абстинентное состояние с делирием, вызванное сочетанным употреблением ПАВ	299
6. Терапия абстинентного состояния с делирием	300
6.1. Принципы терапии	300
6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением	300
7. Средства, применяемые для лечения алкогольных делириев	303
8. Немедикаментозные методы лечения	306
9. Психотерапия	307
10. Школа для пациентов	309
11. Прогноз	310

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Ионович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупицкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

*Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)*

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Диагностика заболевания проводится с помощью клинического метода. Дополнительные сведения дают лабораторные и инструментальные методы диагностики. Формализация диагноза производится с использованием МКБ-10.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления.

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

5. Как отдельный диагноз в МКБ-10 выделен синдром отмены с делирием (осложненный делирием). По всей видимости, это связано с тем, что этот вид осложнения наиболее часто встречается в наркологической практике, при этом речь чаще всего идет именно об алкогольном абстинентном синдроме.

Формализованный диагноз, а также определение и диагностические критерии делирия представлены в табл. 3, 4.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя
F11.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов
F12.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиоидов
F13.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств
F14.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина
F15.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением других стимуляторов
F16.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов
F17.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением никотина
F18.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей
F19.4	Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением различных ПАВ

Таблица 4. Диагностика абстинентного состояния (синдрома отмены) с делирием: F 1x.4 третья цифра (четвертый знак) «4»

1	Определение	Качественное изменение состояния сознания с психотическими нарушениями (иллюзии, галлюцинации, бред), возникающее, как правило, на высоте проявлений абстинентного синдрома, длительностью от 2-5 дней до 2-3 недель. Предшествующий фактор: длительное употребление ПАВ
2	Уточнения	<p>Диагноз состояния отмены с делирием уточняется пятым знаком (четвертая цифра), отражающим клиническую характеристику делирия:</p> <p>F1x.40 ... «классический» F1x.41 ... с судорожными припадками F1x.42 ... мусситирующий («бормочущий») F1x.43 ... «профессиональный» F1x.44 ... без галлюцинаций (люцидный) F1x.45 ... абортивный F1x.48 ... другой F1x.49 ... неуточненный</p>
3	Диагностические критерии	<p>Классическая триада, характерная для delirium tremens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) спутанность, помрачение сознания; 2) яркие иллюзии, галлюцинации любой сферы чувств; 3) выраженный тремор. <p>Обычно сопровождается бредом, агитацией, отсутствием сна или инверсией цикла сна, нейровегетативными расстройствами</p>
4	Пример диагноза	<p>F10.40. F10.223. Синдром отмены алкоголя с делирием. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии. Конечная стадия.</p> <p>F15.40. F15.223. «Н» Синдром отмены от психостимуляторов (амфетамины) с делирием. Синдром зависимости от психостимуляторов (амфетамины). В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии. Конечная стадия. Наркомания</p>

3. Этиология и патогенез делирия

Вопрос о причине (причинах) возникновения и механизмах развития делирия по-прежнему остается открытым. Так как делириозные расстройства наиболее характерны для зависимости от алкоголя, рассмотрим известные патогенетические механизмы на примере алкогольного делирия. Известно, что делирий развивается не в связи с прямым действием алкоголя, даже продолжительным во времени, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. Так, алкогольные делирии и галлюцинозы возникают не во время запоя, а на фоне развившегося абстинентного синдрома, когда содержание алкоголя в крови снижается. Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, острое отравление (например, суррогатами алкоголя, лекарственными средствами и др.), сопутствующая соматическая патология, стрессы. В настоящее время принято считать, что в развитии алкогольных психозов большую роль играет сочетание нескольких факторов – эндо- и экзогенной интоксикации, нарушение обмена веществ, прежде всего нейромедиаторов ЦНС, иммунные расстройства. Действительно, психозы развиваются, как правило, у больных хроническим алкоголизмом 2-3-й стадии, для которых характерны выраженные нарушения гомеостаза.

Многочисленные исследования показали, что систематическое употребление алкоголя нарушает обменные процессы в ЦНС, наиболее активно алкоголь влияет на функцию системы ГАМК- и NMDA-рецепторов. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) является нейротрансмиттером, снижающим чувствительность нейронов к внешним сигналам. Однократный прием алкоголя повышает активность ГАМК-рецепторов, хроническая алкогольная интоксикация приводит к снижению их чувствительности и падению уровня ГАМК в ЦНС, что объясняет наблюдающееся при ААС возбуждение нервной системы.

Одним из основных возбуждающих нейротрансмиттеров в ЦНС является глутамат, взаимодействующий с тремя типами рецепторов, в том числе с N-метил-D-аспартат (NDMA), играющим важную роль в реализации процессов обучения. Доказано также участие NMDA в патогенезе судорожных припадков. Однократный прием алкоголя ингибирует активность NMDA рецепторов, при систематическом употреблении этанола их количество увеличивается. Соответственно, при ААС активирующее влияние глутамата возрастает. Острое воздействие алкоголя оказывает ингибирующее влияние на кальциевые каналы нейронов, что приводит к увеличению числа потенциалзависимых каналов при хронической алкогольной интоксикации. В период лишения этанола это приводит к усилению транспорта кальция в клетку и сопровождается повышением возбудимости нейронов.

Большое значение в патогенезе алкогольного делирия принадлежит также обмену дофамина, эндорфинов, серотонина и ацетилхолина. Согласно современным представлениям, изменения обмена классических нейромедиаторов носят вторичный (моноамины) или компенсаторный характер (ацетилхолин).

Дофамин координирует моторные функции ЦНС, а также играет важную роль в реализации механизмов мотивации и поведения. Однократное введение алкоголя вызывает увеличение, а хроническое – уменьшение внеклеточного дофамина

в п. Accumbens. Можно считать доказанным наличие прямой зависимости между уровнем этого нейромедиатора и тяжестью алкогольного делирия – у пациентов с развившимся психозом концентрация дофамина достигала 300% от нормы. Тем не менее блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики) при алкогольном делирии неэффективны. По-видимому, это можно объяснить влиянием не столько нарушенного обмена других нейромедиаторов и модуляторов ЦНС (серотонина, эндорфинов и др.), а также изменением биологического эффекта дофамина при взаимодействии нейромедиатора с продуктами катаболизма и патологически измененными нейропептидами.

Ведущим фактором патогенеза при алкогольном делирии, по-видимому, является нарушение обменных и нейровегетативных процессов. Поражение печени приводит к нарушению ее детоксикационной функции, а также угнетению синтеза белковых фракций крови и других важных соединений. Как следствие этого, развивается токсическое поражение центральной нервной системы, прежде всего, ее диэнцефальных отделов, что, в свою очередь, приводит к срыву нейрогуморальных компенсаторных механизмов. Снижение детоксикационных резервов печени нарушает и замедляет процессы окисления алкоголя, в результате образуется токсичный продукт его превращения – ацетальдегид. Следующим важным предрасполагающим фактом в развитии делирия является нарушение электролитного обмена, особенно перераспределение электролитов между клетками и внеклеточной жидкостью. Пусковым механизмом при развитии делирия считается резкое изменение внутреннего гомеостаза – развитие абстинентного синдрома, присоединяющиеся соматические заболевания, возможно – локальные нарушения кровообращения и повышение проницаемости сосудов для токсических веществ.

4. Диагностика заболевания

Диагноз наркологического заболевания устанавливается врачом психиатром-наркологом путем сбора анамнеза (история жизни и болезни), проведения психопатологического обследования, других врачебных диагностических манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.), клинико-психопатологического обследования.

Медицинские услуги назначаются в соответствии со Стандартами первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи. Медицинские услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и медицинские услуги, которые проводятся больному по медицинским показаниям (табл. 5).

Медицинские услуги включают:

- Консультации врачей-специалистов. При диагностике синдрома зависимости обязательной является консультация врача психиатра-нарколога. Остальные специалисты, в том числе психотерапевты и психологи, привлекаются, если имеются соответствующие показания.
- Лабораторные методы исследования. При диагностике заболевания врач должен располагать необходимым минимумом данных лабораторных анализов (клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, результаты серологических исследований). В Стандартах первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи данные медицинские услуги не отнесены к обязательным исключительно исходя из возможных различий в оснащении специализированных медицинских учреждений.
- Инструментальные методы исследования. При диагностике заболевания врач учитывает результаты ЭКГ и флюорографии легких, поэтому результаты этих исследований также должны быть актуальными.

Синдром отмены с делирием лечится только в стационарных условиях. После купирования острого состояния больной переводится на амбулаторное лечение и проводится терапия, направленная на профилактику рецидивов синдрома зависимости.

Таблица 5. Медицинские услуги для диагностики абстинентного синдрома с делирием

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none">• Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога	<ul style="list-style-type: none">• Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога• Прием (осмотр, консультация) врача-невролога• Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра

	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта • Осмотр (консультация) врача анестезиолога-реаниматолога
2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови • Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин • Актуальный анализ проведение реакции Вассермана (RW) • актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый • Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический • Иметь актуальный анализ мочи общий • Актуальный анализ определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови • Иметь актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови • Актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией данных • Актуальное исследование флюорографии легких 	<ul style="list-style-type: none"> • Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • Эхоэнцефалография • Электроэнцефалография • Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях • Рентгенография легких • Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Например, если пациент поступает на лечение в стационарное или амбулаторное отделение, ему обязательно должен быть проведен комплекс следующих медицинских услуг:

- прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога,
- реакция Вассермана (RW),
- общий (клинический) анализ крови,

- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- анализ мочи общий,
- ЭКГ,
- флюорография легких,
- определение антигена к вирусу гепатита В, антител к вирусному гепатиту С и к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови.

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.

Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

5. Клиническая диагностика абстинентного состояния с делирием

5.1. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя

Алкогольный делирий (*белая горячка, delirium tremens*) – самая частая форма алкогольных психозов, а также осложненный абстинентного синдрома. Алкогольный делирий – острый психоз с помрачением сознания, сопровождающийся иллюзиями и сценородными истинными галлюцинациями, нарушением ориентировки в месте и времени (при сохраненной оценке собственной личности) и психомоторным возбуждением.

Как показывают эпидемиологические исследования, чаще всего первый делирий развивается не ранее 7-10 лет существования развернутой стадии зависимости от алкоголя. Делирий развивается обычно на высоте алкогольного абстинентного синдрома (чаще всего на 2-4-й день) и, как правило, манифестирует в вечернее или ночное время. Наиболее часто делирий возникает после тяжелых и длительных запоев, при употреблении суррогатов алкоголя, на фоне выраженной соматической патологии, у больных с признаками органического поражения головного мозга, с черепно-мозговыми травмами в анамнезе.

Ранними признаками (продромальный период) (табл. 6) наступающего делирия являются: беспокойство и неусидчивость больного, выраженная тревога и расстройства сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями, а днем – астенические явления и изменчивый аффект в форме пугливости и тревоги. У женщин часто выявляются депрессивные расстройства. Одновременно начинают нарастать признаки возбуждения симпатoadреналовой системы – бледность кожных покровов, часто с цианотическим оттенком, тахикардия и артериальная гипертензия, гипергидроз, умеренная гипертермия. В той или иной степени выраженности всегда присутствуют вегетативные нарушения (атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор). Наблюдаются и характерные изменения водно-электролитного баланса (обезвоживание, гиперазотемия, метаболический ацидоз и пр.); картины крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, повышенное содержание билирубина и пр.). Однако продромальный период может отсутствовать. Вегетативные и неврологические нарушения возникают до появления расстройств сознания и достаточно продолжительное время сохраняются после их редукции.

Затем к вышеописанным расстройствам присоединяются наплывы образных представлений и воспоминаний; зрительные иллюзии, а в ряде случаев – парейдолические иллюзии – «кино на стенке» с сохранностью критического отношения к ним (Жислин С. Г., 1935), преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени.

Таблица 6. Продромальный период алкогольного делирия

Манифестация	<ul style="list-style-type: none">• вечернее или ночное время• беспокойство, неусидчивость, страхи – выраженная тревога
--------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • расстройства сна с кошмарными сновидениями, пробуждениями • днем – астенические явления и изменчивый аффект
Вегетативные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки возбуждения симпато-адреналовой системы • бледность кожных покровов, часто с цианотическим оттенком • тахикардия и артериальная гипертензия • гипергидроз • умеренная гипертермия
Неврологические нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Атаксия • Мышечная гипотония • Гиперрефлексия • Тремор
Изменения водно-электролитного баланса	<ul style="list-style-type: none"> • Обезвоживание • Гиперазотемия • Метаболический ацидоз и др.
Изменения картины крови	<ul style="list-style-type: none"> • Лейкоцитоз • Сдвиг лейкоцитарной формулы влево • Ускорение СОЭ • Повышенное содержание билирубина и пр.

Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется появлением истинных зрительных галлюцинаций. При углублении делирия появляются слуховые и среди них вербальные, а также обонятельные, термические и тактильные галлюцинации. Часты расстройства схемы тела, ощущения изменения положения тела в пространстве. Поведение, аффект и тематика бредовых высказываний соответствуют содержанию галлюцинаций. Речь состоит из немногочисленных, отрывочных, коротких фраз или слов. Внимание сверхотвлекаемо. Психоз усиливается к вечеру и ночью (табл. 7).

Таблица 7. Стадии типичного делирия

Стадия I	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрая смена противоположных аффектов: подавленность, беспокойство – эйфория, беспричинное веселье • акатизия • дезориентировка/неполная ориентировка в месте и времени • ориентировка в собственной личности (сохраняется даже на развернутых стадиях делирия) • психическая гиперестезия • эпизоды слуховых галлюцинаций в виде акаозмов и фонем • элементы образного бреда • нарастание симптоматики к вечеру • частые пробуждения в состоянии тревоги
Стадия II	<ul style="list-style-type: none"> • парейдолии – зрительные иллюзии фантастического содержания • гипнагогические галлюцинации различной интенсивности • светобоязнь • оглушенность

Стадия III	<ul style="list-style-type: none"> • Полная бессонница • истинные зрительные галлюцинации • тактильные галлюцинации • при углублении делирия присоединяются слуховые, обонятельные, термические, тактильные, галлюцинации общего чувства. • внимание становится сверхотвлекаемым: символ Рейхарта (лист бумаги) символ Ашаффенбурга (телефонная трубка) символ Липмана (надавливание на закрытые глаза) симптомы психоза могут ослабевать под влиянием внешних факторов • симптом пробуждаемости (люцидные промежутки)
Выход	<ul style="list-style-type: none"> • Критический – после глубокого продолжительного сна • литический – реже воспоминания о пережитом психическом расстройстве фрагментарны эмоционально-гиперестетическая слабость, отвлекаемость внимания: • симптом Бехтерева: стойкие зрительные галлюцинации после окончания делирия, если заставить больного всматриваться в блестящие предметы переходные синдромы: резидуальный бред мышление последовательное (выраженной инкогеренции и распада нет)

Алкогольный делирий обычно бывает кратковременным. Чаще всего выздоровление наступает критически – после глубокого продолжительного сна, значительно реже – постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде. При относительно благоприятном течении психоза можно говорить о редуцированном алкогольном делирии (табл. 8).

Таблица 8. Особые формы делириев: редуцированные

Гипнагогический делирий	Сценopodobные сновидения или зрительные галлюцинации при засыпании, закрытии глаз
Гипнагогический фантастического содержания (гипнагогический ониризм)	Фантастическое содержание обильных, чувственно-ярких зрительных галлюцинаций Сценopodobность При открывании глаз грезы прерываются, а при их закрытии – вновь возобновляются
«Делирий без делирия»	Атипичная форма, нет галлюцинаций и бреда Преобладает неврологическая симптоматика
Абортивный делирий	Нет продрома Единичные зрительные иллюзии и микроскопические галлюцинации Акоазмы и фонемы

Однако встречаются и тяжелые формы делириев, некоторые из которых весьма вероятно могут закончиться летальным исходом (табл. 9)

Таблица 9. Особые формы делириев: тяжелые

Профессиональный делирий	Интенсивность галлюцинаций уменьшается, ослабевает или исчезает бред преследования Молчаливое возбуждение или возбуждение с редкими спонтанными репликами Исчезновение люцидных промежутков или их отсутствие с самого начала психоза Оглушение появляется уже днем
Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием)	Обычно сменяет профессиональный делирий, реже – другие формы делириев при их неблагоприятном течении или присоединении интеркуррентных заболеваний Развивается очень быстро Практически без галлюцинаторно-бредовых переживаний Глубокое помрачение сознания Специфические расстройства моторной сферы: двигательное возбуждение в пределах постели, в виде хватания, разглаживания, обирания (<i>карфология</i>) Речевое возбуждение – набор коротких слов, слогов Тяжелые неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма, глазодвигательные нарушения – страбизм, нистагм, птоз; атаксия, тремор, гиперкинезы, ригидность мышц затылка; недержание мочи и кала (неблагоприятный клинический признак). Выздоровление возможно

5.2. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов

Делирий в структуре опийного абстинентного синдрома является крайне редким осложнением. В клинической картине психоза отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

5.3. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиоидов

При абстинентном гашишном психозе наиболее часто встречается делириозный синдром. Нечасто, но могут встречаться сумеречные помрачения сознания и острый галлюцинаторно-параноидный синдром. Длительность абстинентного гашишного психоза обычно не превышает длительности алкогольного абстинентного, редко затягиваясь дольше недели. Картина сходна с алкогольным делирием, но практически не выражены соматоневрологические расстройства: не бывает гиперемии лица, гипергидроза, полиурии, крупноразмашистого и общего тремо-

ра, явлений атаксии; специфического запаха, исходящего от больного с алкогольным делирием. Наблюдаются симпатикотонические явления: бледность кожи, блеск глаз, сухость слизистых дыхательных путей и ротовой полости, характерным признаком чего является хриплый голос. Психоз разрешается литически без критического сна. При выходе из этого состояния признаков абстинентного синдрома не обнаруживается, имеются лишь астенические явления и влечение к наркотику. Воспоминания о перенесенном психозе неполны, фрагментарны, иногда отмечается потеря памяти на ближайшие события и на время выхода из психоза.

5.4. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств

Абстинентные барбитуровые психозы возникают на 3-и – 8-е сутки лишения или резкого снижения суточных доз. Чаще всего они представлены делирием, сходным по клиническим проявлениям с алкогольным. В отличие от последнего, отмечается большая выраженность тревоги, напряженности, злобности, большой удельный вес слуховых галлюцинаций, наличие мышечных галлюцинаций. Редко встречаются яркие зрительные фантастические галлюцинации. Продолжительность таких психозов от 2-3 суток до 2 недель. Также редко встречаются вербальный галлюциноз, галлюцинаторно-бредовые психозы с субступором и паническими реакциями. Длительность барбитурового синдрома отмены составляет в среднем около 4 недель.

При синдроме отмены бензодиазепинов судорожная и делириозная формы осложнений встречаются часто, они сходны с таковыми при злоупотреблении барбитуратами.

Для синдрома отмены гипноседативных препаратов не характерны припадки и делириозные расстройства.

5.5. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина

При употреблении высоких доз, особенно внутривенно, могут развиваться психотические расстройства. Развиваясь, как правило, с острого приступа бреда преследования, кокаиновый делирий сопровождается тактильными, слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, а также повышенной агрессивностью, особенно по отношению к предметам (стекла, зеркала). Характерной особенностью кокаинового делирия является сохраненная ориентировка в собственной личности при дезориентировке в месте и времени. Такие пациенты ведут себя нелепо – нередко стремятся полностью снять с себя одежду, убегают и прячутся от окружающих. Кокаиновый психоз обычно носит транзиторный, обратимый характер и исчезает вместе с окончанием эпизода, часто вслед за ночным сном. Иногда, однако, могут наблюдаться психотические эпизоды, длящиеся несколько дней и более. Делирий является одним из самых серьезных психических осложнений кокаиновой зависимости. В случае возникновения кокаинового делирия высока вероятность внезапной смерти.

5.6. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением стимуляторов

При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением, как правило, они длительные, продолжаются от 2-3 недель до нескольких месяцев.

5.7. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в выраженное астенопатическое состояние. Делириозные расстройства нехарактерны.

В связи с тем, что галлюциногены имеют первичный галлюциногенный эффект, психотические состояния рассматриваются в структуре острой интоксикации.

5.8. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением табака

Не характерно, не типично.

5.9. Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей

Острый психоз по типу делириозного развивается на 4-5-е сутки синдрома отмены, длится от нескольких часов до 3 суток. Клиническая картина не отличается от классического делирия: иллюзии, истинные зрительные и слуховые галлюцинации и пр.

5.10. Абстинентное состояние с делирием, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

Клиника синдрома отмены и психозов зависит от преобладающего ПАВ.

Дифференциальный диагноз

- Соматогенные психозы
- Эндогенные психозы

6. Терапия абстинентного состояния с делирием

6.1. Принципы терапии

- 1) создание охранительного режима (по возможности исключить внешние раздражители);
- 2) постоянное наблюдение за пациентом (при необходимости фиксация, полноценное питание, очистительная клизма, катетеризация мочевого пузыря, выявление и терапия сопутствующих заболеваний – пневмонии, желудочно-кишечных кровотечений, декомпенсации печеночных функций, острый панкреатит, субдуральная гематома, переломы);
- 3) патогенетическая терапия (детоксикация, мониторинг содержания жидкости, при обезвоживании – гидратация, корректировка электролитного, кислотно-щелочного баланса, средства, нормализующие мозговую гемодинамику) (препараты и дозы см. табл. 1);
- 4) симптоматическая терапия (витаминотерапия, ноотропы, гепатопротекторы, противосудорожные препараты, сосудистые средства и др.);
- 5) психотропные средства (бензодиазепины, высокопотенцированные антипсихотики – за исключением тяжелых форм делирия);
- 6) альтернативные способы терапии (β -блокаторы, антагонисты кальция).

6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 10).

Таблица 10. Медицинские услуги для лечения абстинентного состояния с делирием и контроля за лечением

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none">• Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	<ul style="list-style-type: none">• Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом• Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом• Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта• Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога• Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога• Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога• Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста

	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-невролога • Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта • Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ крови биохимический общетерапевтический • Общий клинический анализ крови • Исследование уровня гамма-глутамил-трансферазы в крови • Анализ крови на углеводный дефицитный трансферрин • Тест на кровь в моче • Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ • Исследование уровня ПАВ в крови • Анализ мочи общий
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • Эхоэнцефалография • Регистрация и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы • Электроэнцефалография • Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях • Рентгенография легких • Флюорография легких • Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	

<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) • Ксеноновый наркоз
5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация • Семейное психологическое консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы • Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы • Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы • Электросон • Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты • Воздействие переменным магнитным полем

7. Средства, применяемые для лечения алкогольных делириев

Применяемые средства для лечения алкогольных делириев приведены в табл. 11.

Таблица 11. Рекомендуемые схемы терапии

Состояние	Рекомендуемое лечение
Продромальный период алкогольного делирия	<p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детоксикация: <ul style="list-style-type: none"> - Плазмаферез – 20-30% объема циркулирующей плазмы. - Повидон по 5 г 3 раза в сутки внутрь в разведении водой. - Декстран (реополиглюкин) 200-400 мл в/в капельно. 2. При ацидозе – стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно. 3. При алкалозе – раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе). 4. Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл в сутки или пентоксифиллин 5мл на 5% глюкозе в/в капельно. 5. Профилактика отека и гипоксии головного мозга – раствор сульфата магния 25% по 10 мл 2 раза в сутки; мексидол по 2-5 мл 2-3 раза в сутки. <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Витаминотерапия: витамин В1 6% 4 мл в/м, витамин В6 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В12 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1 мг внутрь. 2. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20% раствор 5 мл в/м в сутки, семакс 0,1 % раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 г 3 раза в сутки. 3. Гепатопротекторы – метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки. <p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, инсомнических расстройств: раствор диазепам 0,5% 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; раствор феназепам 0,1% 1-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, до 0,01 г в сутки. <p style="text-align: center;">Альтернативные способы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атенолол при ЧСС менее 50 уд в мин – не назначается, ЧСС – 50-79 уд в мин – по 50 мг, ЧСС выше 80 уд в мин – 100 мг 1 раз в сутки
Развернутый делирий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фиксация больного. <p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детоксикация: Инфузионная терапия в объеме 40-50 мл/кг под контролем центрального венозного давления, электролитного баланса, КЩС крови, сахара крови и диуреза, при необходимости назначаются диуретики, инсулин.

	<p>- Реамберин 400-800 мл 1,5% раствора внутривенно капельно со скоростью 4-4,5 мл в минуту курсом 2-3 дня.</p> <p>- Цитофлавин 20-40 мл в разведении 200-400 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 4-4,5мл в минуту курсом 2-3 дня.</p> <p>- Реополиглюкин 200-400 мл в сутки.</p> <p>- Плазмаферез.</p> <p>2. При ацидозе – стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно.</p> <p>3. При алкалозе - раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе).</p> <p>4. Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл до 2 раз в сутки или пентоксифиллин 5 мл на 5% глюкозе в/в капельно.</p> <p>5. Профилактика отека и гипоксии головного мозга – мелдоний 10% раствор 10 мл в сутки, этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) – 5% раствор по 2-5 мл 2-3 раза в сутки, раствор сульфата магния 25% по 1 г каждые 6 часов в течение 2 дней.</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Витаминотерапия: витамин В1 6% 5-10 мл в/в до 2 раз в сутки, витамин В6 5% 5 мл в/в (чередовать с В1), никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В12 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1 мг внутрь.</p> <p>2. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20% раствор 5-10 мл в/в в сутки, семакс 0,1 % раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 г 3 раза сутки.</p> <p>3. Гепатопротекторы – метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки.</p> <p>4. Снотворные средства - реладорм 0,11-0,22 г в сутки.</p> <p>5. Оксигенотерапия или гипербарическая оксигенация.</p> <p>6. Симптоматическое лечение соматических осложнений.</p> <p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <p>1. Для купирования психотических расстройств: галоперидол 5-10 мг в сутки, левомепромазин до 50 мг в сутки, диазепам до 40 мг в сутки парентерально, феназепам до 3 мг в сутки, лоразепам по 2 мг в/в до 6 раз в сутки.</p> <p>2. При некупирующемся возбуждении, судорожном состоянии – барбитураты короткого действия (тиопентал натрия, гексенал до 1 г в сутки в/в капельно под постоянным контролем дыхания и кровообращения)</p>
Тяжелые формы алкогольного делирия	<p>1. Мониторинг жизненно важных функций (дыхание, сердцебиение, диурез), регулярный контроль кислотно-щелочного состояния, К, Na, глюкозы в периферической крови.</p> <p style="text-align: center;">Патогенетическая терапия</p> <p>1. Сбалансированная инфузионная терапия с учетом имеющихся нарушений (см. ранее).</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Краниальная гипотермия.</p>

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">2. Ноотропные средства: пирацетам 20% раствор 10-30 мл в/в, кортексин по 10 мг внутримышечно в 1 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия; антиоксиданты: мексидол по 5-10 мл 2-3 раза в сутки.3. Витаминотерапия (см. ранее)4. Курс ГБО5. Симптоматическое лечение соматических осложнений |
|--|--|

8. Немедикаментозные методы лечения

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в условиях стационарного лечения, назначаются по показаниям, после консультации врача-физиотерапевта. Минимальный перечень физиотерапевтических процедур в наркологии представлен в табл.12.

Таблица 12. Методы физиотерапии, использующиеся в наркологической практике

1	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	Электросон
8	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты
9	Воздействие переменным магнитным полем

9. Психотерапия

Возможности применения различных методов в период синдрома отмены с делирием резко ограничены. Активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций, после купирования психотических явлений. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций. И уже в этот период необходимо провести семейное консультирование таким образом, чтобы вовлечь членов семьи и значимых людей в терапевтические программы (табл. 13, 14).

Задачи психотерапии: развитие и тренировка когнитивных функций, эмоциональная поддержка и мотивирование больного на лечение, на прием медикаментозной терапии, отказ от приема ПАВ, продолжение лечения и реабилитацию.

Тактика терапии: проведение медикаментозного лечения является приоритетным. Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни или амбулаторной карте.

Критерием эффективности психотерапии является удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Таблица 13. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога
2. Психотерапевтическое лечение	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация • Семейное психологическое консультирование 	

Таблица 14. Медицинские услуги для психотерапевтического лечения

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений

Психологическое консультирование <ul style="list-style-type: none"> • Семейное психологическое консультирование 	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Родственникам пациентов с алкогольным делирием необходимо семейное консультирование: сюда относится непосредственная работа с родственниками зависимых, после купирования психотических явлений и улучшения соматического состояния к семейному консультированию подключают пациента
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе. Для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений

Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А. Р. Довженко, В. Е. Рожнову) не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема ПАВ, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата или препарата с плацебо-эффектом, оперировать наукообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Недопустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).



10. Школа для пациентов

Для пациентов с алкогольным делирием проводится ограниченно, после купирования психотических явлений возможно ознакомление с работой Школы.



11. Прогноз

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный.



**Клинические рекомендации
по диагностике и лечению психотического
расстройства, вызванного употреблением
психоактивных веществ**

Содержание

Коллектив авторов	313
Профильная группа экспертов	314
1. Методология	315
2. Определение и принципы диагностики	319
3. Этиология и патогенез психотического расстройства	322
4. Диагностика заболевания	323
5. Клиническая диагностика психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ	326
5.1. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя	326
5.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов	327
5.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов	327
5.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ	328
5.5. Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина	328
5.6. Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин	329
5.7. Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов	329
5.8. Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей	329
5.9. Психотическое расстройство, вызванное сочетанным употреблением ПАВ	330
6. Терапия психотических расстройств	331
6.1. Общие принципы терапии	331
6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением	331
6.3. Рекомендуемые лекарственные средства	333
7. Психотерапия	336
8. Прогноз	338

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующая клиническим отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующая научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Иванович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Профильная группа экспертов

Академический резерв		
1	Бохан Николай Александрович	Член-корр. РАН
2	Белокрылов Игорь Владленович	Д.м.н., профессор
3	Бойко Елена Олеговна	Д.м.н., профессор
4	Брюн Евгений Алексеевич	Д.м.н., профессор
5	Гофман Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
6	Егоров Алексей Юрьевич	Д.м.н., профессор
7	Иванец Николай Николаевич	Член-корр. РАН
8	Клименко Татьяна Валентиновна	Д.м.н., профессор
9	Кошкина Евгения Анатольевна	Д.м.н., профессор
10	Крупницкий Евгений Михайлович	Д.м.н., профессор
11	Менделевич Владимир Давыдович	Д.м.н., профессор
12	Погосов Альберт Вазгенович	Д.м.н., профессор
13	Рохлина Майя Леоновна	Д.м.н., профессор
14	Селедцов Александр Михайлович	Д.м.н., профессор
15	Сиволап Юрий Павлович	Д.м.н., профессор
16	Софронов Александр Генрихович	Д.м.н., профессор
Главные наркологи федеральных округов		
17	Быкова Наталья Ивановна	Врач
18	Волков Александр Васильевич	Врач
19	Изаровский Борис Васильевич	Врач
20	Карпец Владимир Васильевич	Врач
21	Лопатин Андрей Анатольевич	Д.м.н., профессор
22	Михалева Людмила Дмитриевна	К.м.н.
23	Скалин Юрий Евгеньевич	К.м.н.
24	Улезко Татьяна Александровна	Врач

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных
- поиск литературных научных источников

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

*Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание уровней доказательств)*

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных метаанализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т. е. по меньшей мере двумя членами рабочей группы¹. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе до достижения консенсуса.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы в соответствии с рейтинговой схемой силы рекомендаций (табл. 2).

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

*Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций
(описание силы доказательств)*

Сила	Описание
А	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+

¹ Члены рабочей группы – коллектив авторов.

С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Индикаторы доброкачественной клинической практики использовались в следующих случаях:

- по этическим и/или витальным причинам сравнительные рандомизированные плацебо-контролируемые исследования не проводятся;
- рассматриваемые клинические состояния выходят за рамки доступных в электронных базах систематических метаанализов, но клинические рекомендации необходимы.

К таким случаям относятся тяжелые, угрожающие жизни состояния, куда входят и неотложные состояния в наркологической практике: острые интоксикации средней и тяжелой степени, психотические состояния, абстинентные синдромы, осложненные делириями или судорогами, и некоторые другие.

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется:

- на представлениях о патогенезе выделенных неотложных состояний;
- на описании общепринятых подходов к терапии этих состояний, основанных на клиническом опыте врачей смежных специальностей;
- на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился, публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей психиатров-наркологов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ННЦН» МЗ РФ (<http://nncn.ru/>), РНЛ (<http://r-n-l.ru/>), ННО (<http://nsam.ru/>), РОП (<http://psychiatr.ru/>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект клинических рекомендаций был рецензирован также профильной группой экспертов, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя
F11.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов
F12.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов
F13.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина
F15.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)
F16.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением никотина
F18.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей
F19.5	Психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. В данной главе акцент сделан на тех диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболевания, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Список 1, 2, 3)». То есть в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (табл. 3, 4).

Таблица 4. Диагностика психотического расстройства: F 1x.5 третья цифра (четвертый знак) «5»

1	Определение	<p>Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся обманами восприятия (чаще всего слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями), бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аффективными расстройствами. Сознание, как правило, не нарушено, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Продолжительность психотического расстройства может достигать 1 месяца, резидуальная симптоматика может сохраняться в течение 6 месяцев.</p> <p><i>Диагностические указания:</i></p> <p>Психотическое расстройство, возникшее во время или в течение 2 недель после употребления ПАВ и сохраняющееся после детоксикации, при отсутствии ПАВ в организме.</p> <p>Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F 1x.03x Острая интоксикация с делирием - F 1x.04x Острая интоксикация с нарушением восприятия - F 1x.4 Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием - F 1x.7xx Психотические расстройства с поздним дебютом
2	Диагностические критерии	<ul style="list-style-type: none"> - Наличие достоверных анамнестических данных о недавнем факте употребления ПАВ (не более 2 недель с момента последнего приема ПАВ) - Наличие достоверных анамнестических данных о систематическом злоупотреблении данным ПАВ
3	Уточнения	<p>Характер психотического расстройства уточняется пятым знаком:</p> <p>F 1x.50x Шизофреноподобное расстройство</p> <p>F 1x.51x Преимущественно бредовое расстройство</p> <p>Включается:</p> <ul style="list-style-type: none"> - начальный период бреда ревности <p>Исключается:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отдаленный период бреда ревности (F 1x.75x)

		<p>F1x.52x Преимущественно галлюцинаторное расстройство (включает алкогольный галлюциноз)</p> <p>F1x.53 Преимущественно полиморфное психотическое расстройство</p> <p>F1x.54x Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами</p> <p>F1x.55x Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами</p>
4	Пример диагноза	<p>F12.503 Шизофреноподобное расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов. Тяжелая степень</p> <p>F10.512 Алкогольный бред ревности. Средняя степень</p> <p>F13.543 Психотическое расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами, вызванное употреблением седативных или снотворных средств. Тяжелая степень. Токсикомания (Фенобарбитал)</p>

3. Этиология и патогенез психотического расстройства

Причиной психотического расстройства является нарушение обмена нейромедиаторов в результате длительного, систематического злоупотребления ПАВ. Как правило, пусковым моментом в развитии такого расстройства является большая продолжительность очередного цикла наркотизации и/или особенно высокие дозы принятого ПАВ.

4. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: необходимо выяснить, принимал ли пациент до того, как изменилось его состояние, какие-либо ПАВ; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение также внешний вид больного, произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т. д.); клинико-психопатологического обследования; лабораторного исследования. Следует обратить внимание на информацию о длительности злоупотребления ПАВ, изменении его количества и/или качества, предшествующее развитию психотического состояния. Психотическое расстройство чаще всего возникает в течение суток после употребления ПАВ, но может манифестировать и в течение 2 недель после прекращения приема ПАВ. Основные клинические проявления острого психотического состояния редуцируются в течение нескольких дней, максимальная продолжительность острого психоза может достигать одного месяца, остаточная бредовая симптоматика может сохраняться в течение полугода. Клинические проявления указанных выше расстройств нельзя объяснить проявлениями острой интоксикации, и они не являются составной частью синдрома отмены (табл. 5).

Таблица 5. Медицинские услуги для диагностики психотического расстройства

1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога 	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога • Прием (осмотр, консультация) врача-невролога • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта • Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом
2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальный анализ исследования уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови • Актуальный анализ проведение реакции Вассермана (RW) • Актуальный общий (клинический) анализ крови развернутый • Актуальный анализ крови биохимический общетерапевтический 	<ul style="list-style-type: none"> • Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ

<ul style="list-style-type: none"> • Актуальный анализ мочи общий • Актуальный анализ определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови • Актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови • Актуальный анализ определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови 	
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Актуальное исследование электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией данных • Актуальное исследование флюорографии легких 	<ul style="list-style-type: none"> • Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • Эхоэнцефалография • Электроэнцефалография • Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях • Рентгенография легких • Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Например, если пациент поступает на лечение в стационарное или амбулаторное отделение, ему обязательно должен быть проведен комплекс следующих медицинских услуг:

- прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога,
- реакция Вассермана (RW),
- общий (клинический) анализ крови,
- анализ крови биохимический общетерапевтический,
- анализ мочи общий,
- ЭКГ,
- флюорография легких,
- определение антигена к вирусу гепатита В, антител к вирусному гепатиту С и к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови.

Лабораторные анализы, инструментальные и физикальные исследования могут быть сделаны не только в том медицинском учреждении, куда поступает пациент на лечение.

Актуальные результаты вышеперечисленных исследований являются минимально необходимыми для установления диагноза.

Остальные консультационные, лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся по показаниям.

При психотическом расстройстве следует помнить о целесообразности проведения иммунохроматографической экспресс-диагностики содержания ПАВ в биологических средах (моча, слюна) и токсикологических исследованиях биологических сред (кровь, моча, желудочное содержимое) в случае, если данные



анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт развития психотического расстройства вследствие употребления ПАВ, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат или применение их не представляется возможным.

5. Клиническая диагностика психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ

5.1. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя

Острые психотические расстройства вследствие употребления алкоголя крайне разнообразны. Здесь рассматриваются все психотические нарушения, за исключением алкогольного делирия, возникающие во время запоя или в течение 2 недель после окончания употребления алкоголя.

F10.51 – Алкогольное бредовое расстройство. Алкогольный бред является третьей по частоте формой психотического расстройства после делирия и галлюциноза, чаще возникает у мужчин. В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования), как правило, развивается внезапно, часто ему предшествуют аффективные расстройства в виде тревоги, страха, обманы восприятия в виде слуховых иллюзий и/или вербальных галлюцинаций. Затем появляется уверенность, что за пациентом следят, его обсуждают, существует заговор с целью причинить ему вред. Как правило, круг людей, стремящихся «навредить» пациенту, включает его близких или персонал лечебного учреждения, где он находится. Чаще всего подобный бред имеет соответствующее эмоциональное сопровождение в виде сильной тревоги, страха, сопровождается двигательным беспокойством. При этом пациенты с целью самозащиты могут совершать действия агрессивного характера, в этом состоянии они могут причинить вред и себе, например, нанести себе самопорезы, чтобы покинуть лечебное учреждение, где им «грозит опасность».

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) обычно наблюдается у пожилых пациентов, как правило, развитию психоза предшествуют идеи супружеской неверности, появляющиеся в состоянии алкогольной интоксикации или при состоянии отмены алкоголя. При развитии алкогольной паранойи возникает непреодолимая уверенность в измене жены, при этом любые факты, подчас прямо противоречащие идее супружеской неверности, трактуются в ее пользу. Пациент выстраивает целую систему доказательств того, что жена изменяет ему уже много лет, что дети рождены от любовника и пр. Довольно часто к идеям ревности присоединяются идеи материального ущерба (пациент уверен, что жена вышла за него замуж с целью завладеть его имуществом), отравления, сутяжничества и пр. Алкогольная паранойя часто сопровождается измененным поведением с грубостью, агрессией в отношении жены, реже мнимого соперника.

F10.52 – Алкогольный галлюциноз является вторым по частоте возникновения острым психозом после делирия, чаще возникает у женщин. Острый галлюциноз развивается на фоне употребления алкоголя или в течение двух недель после прекращения его приема, сопровождается тревогой, сниженным фоном настроения, часто бредовыми идеями отношения. Дебют психоза, как правило, наблюдается в вечернее или ночное время. Вначале возникают аоазмы и фонемы, затем присоединяются вербальные галлюцинации. Обманы восприятия сопровождаются аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, растерянности. Чаще всего

вербальные галлюцинации носят характер разговора двух лиц и более, обсуждающих личность пациента, обвиняющих его, осуждающих, угрожающих различными карами. На этом фоне часто развиваются бредовые переживания (отношения, обвинения и пр.), сопровождающиеся двигательным возбуждением, расстройствами поведения (попытками обратиться за помощью в полицию, агрессией по отношению к окружающим или суицидом). Течение острого алкогольного галлюциноза может носить abortивный характер. Описаны также сложные формы алкогольного галлюциноза: галлюциноз с делирием, с преобладанием бредовых расстройств, а также галлюциноз с психическими автоматизмами.

F10.54 – Психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики характеризуется сочетанием депрессивных нарушений (снижения настроения, самооценки, активности, характерной пессимистичной оценки происходящего) с продуктивной симптоматикой в виде галлюцинаций и бреда. Наиболее характерными являются вербальные галлюцинации в виде голосов, осуждающих пациента, бред виновности, отношения, самоуничижения.

F10.55 – Психотическое расстройство с преобладанием маниакальной симптоматики. Данное расстройство определяется характерным для маниакального состояния возбуждением, повышенной двигательной и психической активностью, в сочетании с галлюцинаторными или псевдогаллюцинаторными нарушениями и бредом величия.

В случаях, когда клиническая картина психотического расстройства изменчива и трудно выделить ведущий синдром, состояние характеризуется как полиморфное, F10.53.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз
- Соматогенный психоз

5.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов

Синдром отмены опиоидов может осложняться развитием психотических нарушений с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (F11.54.); крайне редко при отмене опиоидов наблюдаются шизофреноподобные психозы (F11.50) и острые параноиды (F11.51).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
- Эндогенные психозы.

5.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов

При тяжелой степени интоксикации, длительном злоупотреблении препаратами конопли или повышенной чувствительности к этим препаратам может

развиться психотическое расстройство, для которого характерна шизофреноподобная симптоматика (F12.50x). Для этих состояний характерны сложные вербальные, зрительные и тактильные галлюцинации и псевдогаллюцинации, бред отношения, воздействия, ущерба, явления психического автоматизма. В последнее время участились случаи развития острых психотических состояний при употреблении синтетических каннабиноидов («спайсов»). Наиболее часто тяжелые шизофреноподобные психотические расстройства возникают у подростков.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз

5.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ

В период отмены седативных и снотворных препаратов возможно развитие психотических расстройств в виде галлюциноза (F13.52) или параноида (F13.51), характерен полиморфизм клинических проявлений (F13.53). При отмене бензодиазепинов наблюдались (крайне редко) шизофреноподобные психотические состояния (F13.50) и психозы с преобладанием депрессивной симптоматики (F13.54). Данные состояния могут наблюдаться при длительном (более 6 месяцев) злоупотреблении седативными препаратами в высоких дозах.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз
- Соматогенный психоз

5.5. Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина

У пациентов, длительно (более 2 недель в течение одного цикла) злоупотребляющих кокаином в высоких дозах, могут наблюдаться острые психотические расстройства с галлюцинациями, бредовыми идеями величия, отношения, преследования, неадекватным поведением. Чаще всего наблюдается острый параноид (F14.51), маниакальный психоз (F14.55) или шизофреноподобное состояние (F14.50). Характерны слуховые, чаще всего вербальные галлюцинации, тактильные галлюцинации, аффективные нарушения в виде растерянности, тревоги и страха. Может иметь место импульсивность в сочетании с агрессивным или суицидальным поведением.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз

5.6. Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин

При длительном злоупотреблении психостимуляторами часто развиваются психотические расстройства, как правило, в виде острых параноидов (F15.51) с выраженной тревогой, подозрительностью, чувственным бредом преследования. Может преобладать маниакальная симптоматика (F15.55) с яркими зрительными, обонятельными и тактильными галлюцинациями, бредом величия или особого значения, эротическим бредом. После отмены стимуляторов может развиться психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики (F15.54) – характерна апатическая депрессия с бредовыми идеями виновности, отношения, самообвинения, самоуничижения.

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ

- Эндогенные психозы
- Соматогенный психоз

5.7. Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов

Эффекты галлюциногенов малопредсказуемы, даже однократный прием наркотика может спровоцировать развитие острого психотического состояния с преобладанием шизофреноподобной симптоматики (F16.50) или острого параноида (F16.51) с различными аффективными расстройствами, разнообразными расстройствами восприятия, несистематизированным бредом, психомоторным возбуждением, непредсказуемым поведением. При возникновении психотических нарушений непосредственно после приема галлюциногена диагноз психотического расстройства не должен ставиться только на основании наличия продуктивной симптоматики. В подобных случаях, а также при состояниях спутанности следует рассмотреть возможность диагноза острой интоксикации (F16.0xx).

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ

- Эндогенные психозы

5.8. Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей

При хронической интоксикации летучими органическими веществами могут развиваться шизофреноподобные психотические расстройства (F18.50), аффективно насыщенные состояния со слуховыми истинными и псевдогаллюцинаторными проявлениями, с идеями отношения и преследования, явлениями психического автоматизма.

Дифференциальный диагноз

• Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ

- Эндогенные психозы
- Соматогенный психоз

5.9. Психотическое расстройство, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

При злоупотреблении несколькими ПАВ в состоянии интоксикации и после отмены ПАВ могут наблюдаться различные психические нарушения. Их структура зависит, как правило, от вида предпочитаемого ПАВ, преобладают шизофреноподобные состояния, острые параноиды, полиморфные психозы.

6. Терапия психотических расстройств

6.1. Общие принципы терапии

Задачи терапии:

- 1 – купирование психотических нарушений;
- 2 – коррекция расстройств поведения;
- 3 – лечение соматоневрологических расстройств.

Тактика терапии: проведение комплексного лечения, направленного на выведение больного из психотического состояния, лечение психомоторного возбуждения и расстройств поведения, поддержание жизнедеятельности и лечение соматоневрологических расстройств.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- 1 – фиксация больного в функциональной кровати, купирование психомоторного возбуждения (при необходимости);
- 2 – назначение психофармакотерапии;
- 3 – назначение инфузионной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств кислотно-основного состояния (при необходимости);
- 4 – назначение метаболической терапии, симптоматического лечения, ноотропных, кардиотропных, гепатотропных средств.

6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 6).

Таблица 6. Медицинские услуги для лечения психотического расстройства и контроля за лечением

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
<ul style="list-style-type: none">• Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала	<ul style="list-style-type: none">• Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом• Суточное наблюдение врачом анестезиологом-реаниматологом• Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта• Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога• Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога

	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога • Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста • Прием (осмотр, консультация) врача-невролога • Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра • Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового • Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта • Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
2. Лабораторные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ крови биохимический общетерапевтический • Общий клинический анализ крови • Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови • Анализ крови на карбогидрат дефицитный трансферрин • Тест на кровь в моче • Проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ • Исследование уровня ПАВ в крови • Анализ мочи общий
3. Инструментальные методы исследования	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • Эхоэнцефалография • Регистрация и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиограммы • Электроэнцефалография • Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях • Рентгенография легких • Флюорография легких

	<ul style="list-style-type: none"> • Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) • Ксеноновый наркоз
5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Семейное психологическое консультирование	<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга • Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы • Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы • Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы • Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы • Электросон • Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты • Воздействие переменным магнитным полем

6.3. Рекомендуемые лекарственные средства

Для купирования психомоторного возбуждения назначается комбинация диазепама 0,5% раствор не более 6 мл разово, не более 12 мл в сутки и галоперидола 5-10 мг, не более 20 мг в сутки внутривенно медленно в разведении физраствором или внутримышечно. При наличии выраженных расстройств поведения, тенденциях к агрессии, суициду назначаются антипсихотические средства с седативным действием (хлорпромазин по 50-100 мг, не более 400 мг в сутки внутримышечно или внутрь, перициазин по 3-10 мг, не более 30 мг в сутки внутрь, зуклопентиксол по 10-25 мг, не более 100 мг в сутки внутрь). С целью лечения продуктивных психопатологических расстройств (обманов восприятия, бреда) назначаются активные антипсихотические препараты: гало-

перидол по 1-5 мг, не более 20 мг в сутки, рисперидон по 1-2 мг, не более 4 мг в сутки, трифлуоперазин по 5 мг, не более 20 мг в сутки. Для лечения тревожных расстройств при недостаточной эффективности антипсихотических средств применяются гидроксизин (атаракс) до 150-200 мг в сутки внутрь или феназепам до 6 мг в сутки внутрь и/или внутримышечно. При бессоннице назначается зопиклон 7,5-15 мг или золпидем 5-10 мг, фенибут 750-1500 мг в вечернее и ночное время (табл. 7).

Таблица 7. Рекомендуемое лечение при острых галлюцинозах

Состояние	Рекомендуемое лечение
Острые галлюцинозы	<p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <p>1. Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием – галоперидол по 5-10 мг 2-3 раза в сутки, рисперидон по 4-6 мг в сутки, хлорпромазин по 50 мг 3 раза в сутки, хлорпротиксен по 15 мг 3 раза в сутки, зуклопентиксол 10-30 мг в сутки.</p> <p>2. Транквилизаторы с целью купирования аффективных расстройств: диазепам 0,5% 2-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; феназепам 0,1% 1-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,01 г в сутки.</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Витаминотерапия: витамин В1 6% 4 мл в/м, витамин В6 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В12 0,01% 2 мл в/м.</p> <p>2. Нейрометаболическая терапия: гамма-аминомасляная кислота (аминалон) по 0,25 г 3 раза в сутки, никотиноил-гамма-аминомасляная кислота (пикамилон) 0,05 г 3 раза в сутки или аминофенилмасляная кислота (фенибут) по 0,25 г 3 раза в сутки.</p> <p>3. Гепатопротекторы: метадоксин по 500 мг 2-3 раза в сутки, адеметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки.</p> <p>4. Симптоматическая терапия соматических осложнений</p>

При депрессивных нарушениях назначаются антидепрессанты (миртазапин по 30-60 мг внутрь в вечернее время или миансерин по 60-90 мг в дневное и вечернее время, сертралин по 25-50 мг утром или вечером).

Назначаются также средства, улучшающие обменные процессы: витамины (тиамин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии, пиридоксин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии; во избежание нежелательных реакций препараты назначаются через день, чередуя), тиоктовая кислота 600 мг в сутки внутрь или в инфузии.

Также назначаются ноотропные препараты – гопантеповая кислота до 3000 мг в сутки, пирацетам до 1200 мг внутрь, глицин до 1000 мг внутрь.

При необходимости коррекции водно-электролитных расстройств назначается инфузионная терапия.

Терапия хронических психозов представлена в табл. 8.

**Таблица 8. Средства, рекомендуемые для лечения хронических
(в т. ч. алкогольных) психозов**

Состояние	Рекомендуемое лечение
Протрагированные и хронические психозы	<p align="center">Психотропные средства</p> <p>1. При наличии психотической симптоматики назначаются нейролептики: кветиапин 150-600 мг в сутки, оланзапин 5-10 мг в сутки. При невозможности применения этих средств или их недостаточной эффективности назначаются галоперидол 10-20 мг в сутки, перфеназин (этаперазин) 8-20 мг в сутки, рисперидон по 4-6 мг в сутки, трифлуоперадазин (трифтазин) по 5-15 мг в сутки, тиоридазин 50-100 мг в сутки.</p> <p>2. При аффективных расстройствах тревожного круга назначаются гидроксизина гидрохлорид (атаракс) 25-75 мг в сутки, алпразолам (ксанакс) 1-4 мг в сутки.</p> <p align="center">Симптоматическая терапия</p> <p>3. Нейрометаболическая терапия: пикамилон 0,05 г 3 раза в сутки или фенибут 0,25 г 3 раза в сутки, кортексин 10 мг в/м 1 раз в сутки не менее 10 дней; антиоксидантная и антигипоксанта́ная терапия: мексидол 2-5 мл 2 раза в день курсом 10 дней, в последующем по 1-2 табл. три раза в сутки 4-6 недель.</p> <p>4. Сосудистые средства: инстенон по 1 таблетке 3 раза в сутки, циннаризин по 25 мг 2-3 раза в сутки.</p> <p>5. Поливитаминные препараты: аэровит, компливит, глутамевит, центрум по 1 драже в сутки.</p> <p>6. Курс ГБО.</p> <p>7. Симптоматическое лечение соматических и неврологических заболеваний</p>

7. Психотерапия

Возможности применения различных методов психотерапии при психотическом расстройстве резко ограничены. Активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций, купировании психотических явлений. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций. Возможно проведение семейного консультирования с целью вовлечь членов семьи и значимых людей в терапевтические программы.

Задачи психотерапии: развитие и тренировка когнитивных функций, эмоциональная поддержка и мотивирование больного на лечение, на прием медикаментозной терапии, отказ от приема ПАВ, продолжение лечения и реабилитацию.

Тактика терапии: проведение медикаментозного лечения является приоритетным. Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни или амбулаторной карте.

Критерием эффективности психотерапии является удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А. Р. Довженко, В. Е. Рожнову) не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема ПАВ, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата или препарата с плацебо-эффектом, оперировать наукообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Недопустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.) (табл. 9, 10).

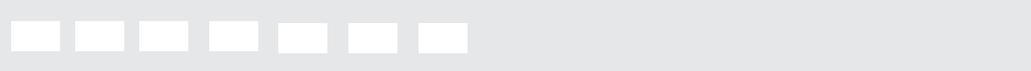
Таблица 9. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога

2. Психотерапевтическое лечение	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
Психологическая адаптация Семейное психологическое консультирование	Терапия средой

Таблица 10. Медицинские услуги для психотерапевтического лечения

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с амнестическим синдромом проводится ежедневно. Обязательно включает тренировку когнитивных функций
Психологическое консультирование • Семейное психологическое консультирование	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. У пациентов с амнестическим синдромом необходимо семейное консультирование: сюда относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе



8. Прогноз

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный, но возможна хронизация процесса, длительное сохранение резидуальной симптоматики.