

# **Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного употребления психоактивных веществ**

2014

## Коллектив авторов

Агibalова Татьяна Васильевна	Заведующий 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	Заведующий 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	Заведующий 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

## Оглавление

1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ.	7
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ	8
4. ДИАГНОСТИКА ПАГУБНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ	11
5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАГУБНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	12
5.1. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	12
5.2. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ОПИОИДОВ	13
5.3. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ.	14
5.4. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СЕДАТИВНЫХ И СНОТВОРНЫХ СРЕДСТВ	14
5.5. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КОКАИНА	14
5.6. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СТИМУЛЯТОРОВ	15
5.7. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ	15
5.8. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА	16
5.9. ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ	16
5.10. СОЧЕТАННОЕ ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ	16
6. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПАГУБНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ.	17
6.2. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.	20
6.3. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАГУБНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ	22
6.4. ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ	23
7. ПСИХОТЕРАПИЯ	24
8. ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ	33
9. ПРОГНОЗ	34

## 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.

### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, 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
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

### Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- 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. Был использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

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

**Таблицы доказательств:**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

консенсус экспертов.

**Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, 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>B</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+
<b>C</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 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### **Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился и 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 независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

### **Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ННЦН ([nncn.ru](http://nncn.ru)), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества 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 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.

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

**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, 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 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 делимы, применяется код F 19.

**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 психоактивных веществ, сопровождающемся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего психоактивным веществом (веществами), при этом отсутствуют признаки синдрома зависимости, как они сформулированы в F1x.2xxx.</p> <p>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 психоактивным веществом.</p>
4	пример диагноза	<p><b>F10.1.</b> Пагубное употребление алкоголя</p> <p><b>F11.1.</b> Пагубное употребление опиоидов</p>

### 3. Этиология и патогенез синдрома зависимости

В настоящее время установлено, что психоактивные вещества (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.

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)

**Таблица 5. Этиология и патогенез синдрома зависимости.**

Факторы	Описание
<b>Биологические факторы</b>	Влияние алкоголя и наркотиков на нейрохимические процессы мозга являются основой развития синдрома зависимости. В патогенезе алкоголизма и наркоманий участвуют: 1 – дофаминовая (ДА) система в лимбических структурах мозга; 2 – эндогенная опиоидная система 3 – ГАМК-ергическая система 4 – холинергические и никотиновые рецепторы
<b>Генетические факторы</b>	<i>1 - Основные клинические маркеры предрасположенности к алкогольной зависимости</i> -наличие в роду не менее двух кровных родственников (отец, мать, родной брат и сестра) с достоверно установленным диагнозом алкоголизм; -раннее начало злоупотребления алкоголем и курение табака; -синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве; -эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям; -трудный пубертат с преобладанием черт психического инфантилизма; -дефицит внимания; -постоянный поиск новизны. <i>2 - 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. <i>3 - Основные генотипические маркеры:</i> - индивидуальный генотипический профиль по трем генам DRD2, DRD4, COMT - коэффициент генетического риска более 10%.
<b>Личностные (индивидуальные) факторы</b>	Выделяют следующие группы риска: 1 - возбудимые и неустойчивые психопатические личности; 2 - психопатии астенического круга с преобладанием повышенной истощаемости

	<p>3 - психопатии астенического круга с преобладанием ипохондрических расстройств.</p> <p>4 -лица с психопатоподобным вариантом психоорганического синдрома.</p> <p>5 - сниженная устойчивость к стрессам;</p> <p>6 - эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревоги, комплекс неполноценности, сниженная коммуникабельность;</p> <p>7 - сниженный интеллект, слабая мотивация к деятельности, отсутствие социально-позитивных установок и заинтересованности в труде;</p> <p>8 - органические поражения головного мозга: нейроинфекции, интоксикационные поражения, черепно-мозговые травмы, задержка интеллектуального и физического развития, нарушения развития речи, ночной энурез.</p> <p>9 - безразличное отношение к досугу и неумение им распорядиться.</p>
<b>Семейные факторы</b>	<p>К семейным факторам, способствующим формированию алкогольной зависимости или наркомании относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-наличие психических расстройств, в том числе и алкоголизма, у родителей и родственников;</li> <li>- воспитание в неполной семье, родственниками, в детском доме и пр.;</li> <li>-дисгармоничный характер взаимоотношений в родительской семье;</li> <li>- безразличные и недоброжелательные межличностные отношения родителей. На формирование синдрома зависимости может оказать влияние отсутствие эмоционального и духовного контакта, совместного отдыха и деятельности детей, особенно подростков и родителей</li> <li>- криминальная и антисоциальная направленность членов семьи.</li> </ul>
<b>Средовые факторы</b>	<p>Причинами, влияющими на употребление ПАВ можно назвать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение авторитета личности в группе</li> <li>- мода на употребление ПАВ</li> <li>- безразличие или одобрение потребления наркотиков семьей и сверстниками;</li> <li>- принуждение к употреблению ПАВ;</li> <li>- большее влияние сверстников, а не родителей;</li> <li>- несовместимость мировоззрения родителей и их детей;</li> <li>- высокая потребность в общении с группой, в развлечениях и включенность подростка в увеселительные компании;</li> </ul> <p>Начальный этап употребления ПАВ, наблюдающийся преимущественно в подростковом возрасте связан со следующими мотивациями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- демонстрация взрослого поведения</li> <li>- отчуждение от родительской опеки.</li> <li>- выражение социального протеста и вызовом по отношению к</li> </ul>

	ценностям среды, - экспериментирование, - стремление поучить новый опыт, - поиск удовольствия или расслабления, - средство стать участником субкультурного жизненного стиля, - способ разрешения конфликта или снижения напряжения, - акт отчаяния и пр.
--	--

#### 4. Диагностика пагубного употребления

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.

**Таблица 6. Медицинские услуги для диагностики пагубного употребления ПАВ**

<b>1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
– 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
<b>2. Лабораторные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
– Проведение реакции Вассермана (RW) – Общий (клинический) анализ крови – Анализ крови биохимический общетерапевтический – Анализ мочи общий	– Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови – Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови – Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human

	immunodeficiency virus HIV1) в крови
<b>3. Инструментальные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Регистрация электрокардиограммы</li> <li>– Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</li> <li>– Эхоэнцефалография</li> <li>– Электроэнцефалография</li> <li>– Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях</li> <li>– Флюорография легких</li> <li>– Рентгенография легких</li> <li>– Описание и интерпретация рентгенографических изображений</li> </ul>

## 5. Клиническая диагностика пагубного употребления ПАВ

### 5.1. Пагубное употребление алкоголя

Продолжительное пагубное употребление алкоголя может приводить к формированию алкогольной зависимости и росту толерантности, в результате чего резкое прерывание употребления может приводить к развитию абстинентного синдрома. Кроме того, постоянная алкоголизация с вредными последствиями наносит урон практически всем органам и системам организма, включая повреждение печени, панкреатит и энцефалопатию Вернике.

Кроме того, помимо физических, наблюдаются социальные последствия пагубного употребления алкоголя. Они различаются в зависимости от возраста, однако могут носить разрушительный характер: например, антисоциальное поведение и подростковые беременности у молодежи, домашнее насилие и проблемы с трудоустройством в среднем возрасте и социальная изоляция у пожилых людей.

Острые состояния, связанные со злоупотреблением алкоголя:

- Несчастные случаи и травмы;
- Острые алкогольные отравления
- Аспирационная пневмония
- Эзофагит
- Синдром Маллори-Вайсса
- Гастрит
- Панкреатит
- Сердечная аритмия
- Нарушения мозгового кровообращения
- Миопатия/ рабдомиолиз
- Гипогликемия

Хронические заболевания, связанные со злоупотреблением алкоголя

- Болезни печени
- Периферическая нейропатия
- Миопатия
- Гепатит

- Остеопороз
- Цирроз
- Кожные заболевания
- Гипертензия
- Кардиомиопатия
- Сексуальная дисфункция
- Ишемическая болезнь сердца
- Нарушения внутриутробного развития
- Бесплодие
- Нарушения мозгового кровообращения
- Несчастные случаи и травмы
- Нарушения мозговой деятельности
- Эзофагит
- Деменция
- Гастрит
- Синдром Вернике-Корсакова
- Синдром Мальабсорбции
- Энцефалопатия
- Нарушение питания
- Болезнь Маркиафавы-Биньями
- Панкреатит

#### ***Дифференциальный диагноз***

- Синдром зависимости.

#### **5.2. Пагубное употребление опиоидов**

Злоупотребление часто начинается с эпизодического употребления опиоидов, когда пациенты наркотизируются от случая к случаю и не превышают дозу. Продолжительность этапа эпизодического употребления зависит от вида наркотика, доступа к нему и способа введения и, в среднем, достигает 1,5-3 месяцев, но может длиться и несколько лет (например, в случае употребления опия-сырца). Уже на этом этапе диагностируются передозировки из-за неопытности употребляющих, а также различные инфекционные осложнения, связанные с внутривенным введением наркотика.

#### ***Дифференциальная 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. Пагубное употребление каннабиноидов.

Эпизодическое употребление препаратов конопли может быть достаточно длительным. Даже в течение нескольких лет оно может не сопровождаться формированием зависимости.

#### ***Дифференциальная диагностика***

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Пароксизмальная тахикардия
- Панические атаки
- Эндогенные психозы
- Органический амнестический синдром, органическое бредовое расстройство, расстройство личности и поведения органического генеза.

### 5.4. Пагубное употребление седативных и снотворных средств

Можно выделить две основных группы пациентов. Первая категория включает в себя больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств. Риск возникновения пагубного употребления высок. 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 опьяняющие, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты седативно-снотворных препаратов. Появляется потребность в утреннем и дневном приеме барбитуратов.

#### ***Дифференциальный диагноз***

- Психические и поведенческие расстройства при употреблении других психоактивных веществ (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

### 5.5. Пагубное употребление кокаина

Эпизодический прием кокаина короткий, систематическое употребление формируется через 2-6 приемов.

#### ***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

#### **5.6. Пагубное употребление стимуляторов**

Психостимуляторы чаще употребляют периодически. Количество дней употребления наркотика и дней отдыха индивидуально. Это необходимо учитывать при диагностике пагубного употребления.

##### ***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

#### **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) формирование синдрома зависимости не описано.

##### ***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.

## 5.8. Пагубное употребление табака

### **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 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.

Одним из основных признаков сформировавшейся зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному.

### **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

## 5.10. Сочетанное пагубное употребление ПАВ

Клиника пагубного употребления с вредными последствиями зависит от преобладающего психоактивного вещества. 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. Медикаментозная терапия пагубного употребления.

*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

**Таблица 7. Медицинские услуги для лечения пагубного употребления и контроля за лечением**

<b>1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога (в условиях амбулаторного лечения)</li> <li>– Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога</li> <li>– Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом</li> <li>– Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом (в условиях стационарного лечения)</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-невролога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта</li> <li>– Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта</li> </ul>
<b>2. Лабораторные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Исследование уровня психоактивных веществ в крови</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски</li> <li>– Тест на кровь в моче</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в моче</li> <li>– Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски</li> <li>– Общий (клинический) анализ крови</li> <li>– Анализ мочи общий</li> </ul>

	– Анализ крови биохимический общетерапевтический
<b>3. Инструментальные методы исследования</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)</li> <li>– Эхоэнцефалография</li> <li>– Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных</li> <li>– Регистрация электрокардиограммы</li> <li>– Электроэнцефалография</li> <li>– Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях</li> <li>– Рентгенография легких</li> <li>– Флюорография легких</li> <li>– Описание и интерпретация рентгенографических изображений</li> </ul>
<b>4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
	– 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.

## 6.1. Психотропные препараты.

### 6.1.1. Антидепрессанты

Применение *антидепрессантов* считается терапией выбора при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ (*таблица 8*).

**Таблица 8. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антидепрессанты<sup>1</sup>**

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
------------------------	--	-------------------

<sup>1</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **A** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **B** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **C** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

Амитриптилин	Тревожно-депрессивные состояния, ажитация, собственно депрессивные проявления при алкогольной зависимости и наркомании <sup>A</sup>	25-200 мг, средняя суточная доза 75-100 мг
Имипрамин	Астенодепрессивные состояния, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, бездеятельностью в структуре постабстинентных расстройств при опиийной зависимости <sup>B</sup> . Алкогольная депрессия. Синдром отмены кокаина <sup>B</sup> .	25-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Кломипрамин	Депрессивные состояния у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup> . В комплексной терапии постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости, зависимости от амфетаминов, кокаинизме <sup>B</sup> . Патологическое влечение к ПАВ, проявляющееся компульсивными расстройствами и с навязчивостями <sup>B</sup>	75-250 мг, средняя суточная доза 75-150 мг
Мапротилин	Абстинентные <sup>C</sup> и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией, в т.ч. амфетаминовая и кокаиновая зависимость <sup>B</sup> .	25-225 мг, средняя суточная доза 50-75 мг
Миансерин	Абстинентные <sup>C</sup> и постабстинентные аффективные нарушения у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>B</sup> . Диссомнические расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup>	30-90 мг, оптимальная доза – 60 мг
Пипофезин	Аффективные нарушения легкой и умеренной степени выраженности с преобладанием тревоги у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>B</sup>	50-200 мг, средняя суточная доза – 75-150 мг
Тразодон	Неглубокая алкогольная депрессия <sup>B</sup> . Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений при опиийной наркомании <sup>B</sup> ; зависимость от бензодиазепинов <sup>B</sup> . В комплексной терапии постабстинентных расстройств при зависимости от амфетаминов <sup>B</sup> . Диссомнические расстройства у наркологических больных <sup>B</sup> .	50-600 мг, средняя суточная доза 225–450 мг
Пирлиндол	ААС <sup>C</sup> . Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>B</sup> . Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>B</sup> .	50-300 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Пароксетин	Депрессивные состояния обсессивно-компульсивного, фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>A</sup> .	10-60 мг, средняя суточная доза 10-20 мг
Сертралин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>A</sup> . Комплексная терапия постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>B</sup> .	25-200 мг, средняя суточная доза 25-150 мг

Флувоксамин	Депрессивные состояния ипохондрического, обсессивно-фобического и тревожного характера у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> . Комплексная терапия абстинентных и постабстинентных нарушений опиоидной и психостимуляторной зависимости <sup>В</sup> .	50-200 мг, средняя суточная доза 50-150 мг
Флуоксетин	Депрессивные, обсессивно-фобические и компульсивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью <sup>А</sup> . Патологическое влечение к алкоголю. Психопатические расстройства, дисфорические проявления и негативизм в отношении лечения у больных опишной наркоманией <sup>В</sup> . Постабстинентные нарушения при зависимости от психостимуляторов <sup>В</sup>	20 мг. Максимальная доза – 80 мг
Циталопрам	Комбинированная терапия алкогольной зависимости и наркомании <sup>В</sup> . Алкогольная депрессия с тревогой, обсессивными и ипохондрическими расстройствами <sup>В</sup>	20 мг. Максимальная доза – 40 мг
Эсциталопрам	См. Циталопрам	20 мг. Максимальная доза – 40 мг
Адеметионин	Легкая и умеренная депрессия при алкогольной зависимости <sup>В</sup> .	400-1600 мг. Средняя суточная доза 800-1600 мг
Венлафаксин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>В</sup>	75-225-375 мг. Средняя суточная доза 75-225 мг
Дулоксетин	Депрессия у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией <sup>В</sup>	60-120 мг в день

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

В случае использования антидепрессантов следует понимать, что речь идет о купировании синдрома патологического влечения, то есть депрессивной симптоматики в его структуре. *Важно отметить, что эффект редукции влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие. Таким образом, подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным их свойством (В.Б. Альтшулер, 2009).*

Следует отметить, что антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается СИОЗС, СИОЗСН, как более безопасным лекарственным средствам.

## 6.2. Препараты для купирования последствий хронической интоксикации.

### 6.2.1. Ноотропы (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. Некоторые нейрометаболические стимуляторы (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают седативными или транквилизирующими свойствами, но большинство ЛС (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 ноотропы 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).

Ноотропные препараты применяются на всех этапах терапевтического процесса. При пагубном употреблении ПАВ действие ноотропов направлено, в основном, на *астенические и астено-депрессивные 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 3-4-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 переработке информации, но и преодолению алкогольной анозогнозии.

Таким образом, если в клинической картине преобладают расстройства астено-депрессивного круга, тоскливость, апатия, церебрастенические жалобы, то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропов (таблица 9).

**Таблица 9. Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы<sup>2</sup>**

Лекарственное средство	Показания <small>степень доказательности</small>	Дозы и применение
------------------------	--	-------------------

<sup>2</sup> Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: **A** – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; **B** – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; **C** – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств

<b>Пирацетам</b>	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. ургентных явлений ААС <sup>В</sup> , при выраженных церебральных сосудистых расстройствах. Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности <sup>А</sup> , ПВА при алкогольной зависимости <sup>В</sup>	Разовая доза 400–1200 мг Средняя суточная 2400–3200 мг
<b>Гамма-аминомасляная кислота</b>	Алкогольные энцефалопатии <sup>В</sup> , полиневриты, слабоумие <sup>В</sup>	Средняя суточная доза 3000–3750 мг
<b>Никотиноил гамма-аминомасляная кислота</b>	Комплексная терапия купирования острых, в т.ч. ургентных явлений ААС <sup>В</sup> . Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной завиисмостью <sup>В</sup>	Разовая доза 20–50 мг Средняя суточная 40–300 мг
<b>Пиритинол</b>	Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями заторможенности, астенические состояния, адинамия, неврозоподобные расстройства у больных с алкогольной зависимостью, явлениях алкогольной энцефалопатии <sup>В</sup> . Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опийной наркоманией, зависимости от психостимуляторов <sup>В</sup>	Средняя суточная доза 200–600 мг
<b>Церебролизин</b>	Явления алкогольной энцефалопатии <sup>В</sup>	Только парентерально: в/м 1–5 мл, в/в 10–60 мл. Курс ежедневно в течение 4 недель
<b>Этилметилгидрокс ипиридина сукцинат</b>	ААС <sup>В</sup> .	50-300 мг Максимальная доза – 800 мг

### 6.2.2. Гепатотропные препараты.

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении пагубного употребления и зависимости от всех видов ПАВ. Отличий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при различных видах зависимости не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал),  $\alpha$ -липоевая кислота (тиоктовая кислота) , L-орнитин- L-аспартат (Гепа-Мерц).

### 6.3. Некоторые особенности терапии пагубного употребления

#### *Кокаин и другие психостимуляторы (включая кофеин)*

Препаратами выбора, способствующими снижению влечения к кокаину или другому психостимулятору, в настоящее время считаются трициклические антидепрессанты, СИОЗС. При сочетанном пагубном употреблении кокаина и алкоголя эффективно может быть использование дисульфирама

### Каннабиноиды (марихуана)

Учитывая, что при прекращении употребления марихуаны развиваются депрессивные расстройства, тревога различной степени выраженности, назначение антидепрессантов является терапией выбора.

### Галлюциногены (ЛСД, ДМТ, псилоцибин, МДМА и некоторые другие)

Тактика лечения несколько различается при употреблении галлюциногенов различных групп. При употреблении ЛСД, ДМТ, МДМА (экстази) и псилоцибина достаточно бывает следующих мероприятий: лицу, находящемуся в психотическом состоянии необходимо надежное, поддерживающее, спокойное окружение и позитивное психотерапевтическое внушение, так как галлюцинации носят «внушаемый» характер. Все симптомы со временем исчезнут. Если галлюцинаторные расстройства длятся более 12 часов, необходимо применять терапию. Назначаются транквилизаторы (диазепам, феназепам), барбитураты (чтобы вызвать сон). В зарубежной практике более распространено купирование психозов, вызванных употреблением галлюциногенов, ЭСТ.

При злоупотреблении фенциклидином галлюцинации не носят «внушаемого» характера, поэтому необходима тихая обстановка. Возбуждение купируется транквилизаторами (диазепам); психотическое состояние - нейролептиками (галоперидол). В данном случае следует избегать назначения нейролептиков, обладающих холинолитическим действием (хлорпромазин, левомепромазин). Рекомендована инфузионная терапия с подкислением мочи (с использованием зонда вводят 2,75 мэкв/кг аммония хлорида в 60 мл физиологического раствора, а также аскорбиновой кислоты (до 2 г аскорбиновой кислоты в 500 мл физиологического раствора)).

### Ингалянты

Поскольку употребление приводит к декомпенсации нескольких систем организма (нарушение сердечного ритма, угнетение костного мозга, органическое поражение ЦНС, повреждение печени, почек, периферической нервной системы), необходимо проводить адекватную детоксикационную и восстановительную терапию с использованием инфузионных растворов, ноотропов, метаболических препаратов, а также необходимы симптоматических средств. Подходы к купированию патологического влечения идентичны вышеизложенным.

## 6.4. 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 *таблицах* 15-20.

**Таблица 11. Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов.**

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Ан ти де	Транквилизатор, Нейролептик	Замедление метаболизма, повышение С 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 <sub>6</sub>	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина.

**Примечание:** *C* – концентрация

**Таблица 12. 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

## 7. Психотерапия

**Таблица 13. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации**

1. Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия средой</li> <li>• Психологическая адаптация</li> <li>• Психологическое консультирование</li> <li>• Индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>• Групповое психологическое консультирование</li> <li>• Семейное психологическое консультирование</li> <li>• Психологическая коррекция</li> <li>• Индивидуальная психологическая коррекция</li> <li>• Групповая психологическая коррекция</li> <li>• Психотерапия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трудотерапия</li> <li>• Арттерапия</li> <li>• Социально-реабилитационная работа</li> <li>• Аутогенная тренировка</li> <li>• Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга</li> <li>• Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга</li> <li>• Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы</li> <li>• Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы</li> <li>• Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы</li> </ul>



	<p>системы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы</li> <li>• Электросон</li> <li>• Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)</li> <li>• Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)</li> </ul>
<b>2. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапия средой</li> <li>• Психологическая адаптация</li> <li>• Психологическое консультирование</li> <li>• Индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>• Групповое психологическое консультирование</li> <li>• Семейное психологическое консультирование</li> <li>• Психологическая коррекция</li> <li>• Индивидуальная психологическая коррекция</li> <li>• Групповая психологическая коррекция</li> <li>• Психотерапия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Арттерапия</li> <li>• Социально-реабилитационная работа</li> <li>• Аутогенная тренировка</li> </ul>

**Таблица 14. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики**

Медицинская услуга	Применение
<b>Психологическая адаптация</b>	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.
<b>Психологическое консультирование</b> <b>-Индивидуальное психологическое консультирование</b>	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

<p><b>-Групповое психологическое консультирование</b> <b>-Семейное психологическое консультирование</b></p>	<p>с родственниками пагубно употребляющих, 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. Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы.</p>
<p><b>Психологическая коррекция</b> <b>-Индивидуальная психологическая коррекция</b> <b>-Групповая психологическая коррекция</b></p>	<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><b>Трудотерапия</b></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><b>Терапия средой</b></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><b>Арттерапия</b></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<sup>С</sup>. Применяется у пациентов с выраженной алекситемией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных,</p>

	задержанных эмоций.
<b>Социально-реабилитационная работа</b>	система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресoциализацию 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.
<b>Аутогенная тренировка</b>	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.

При проведении **психотерапии пагубного употребления на первое место выходит применение Краткосрочных вмешательств (brief intervention)**. Это специфическая лечебная стратегия с целью помочь индивиду прекратить или сократить (реже) употребление психоактивных веществ, используется структурированная терапия короткой продолжительности (обычно 5-30 минут). Она предназначена для применения как врачам общего профиля и другими работниками первичной медико-санитарной помощи, так и психиатрам-наркологами, клиническим психологами. 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 психоактивных веществ на разных этапах лечения заболевания, направлена 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 медико-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 (таблица 15). При проведении психотерапии не допускается противопоставление психотерапевтического и психофармакологического лечения. Наиболее оптимально использовать комплексные программы, сочетающие фармакотерапию и психотерапию.

**Таблица 15. Модификация целей мотивационной психотерапии в зависимости от стадии мотивации**

<b>Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент</b>	<b>Цель мотивационного интервью</b>
<b>Стадия «предварительных размышлений».</b>	- вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ, - помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ через информирование.
<b>Стадия «размышления об изменениях».</b>	- поддержать мысли о возможном изменении поведения, - структурировать ожидаемые изменения.
<b>Стадия «принятие решений».</b>	- помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников).
<b>Стадия «действия».</b>	- помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий.

<b>Стадия «поддержки».</b>	- совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники.
<b>Стадия «срыв (рецидив)».</b>	- 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 используется 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.

**Таблица 16. Методы психотерапии, применяемые при пагубном употреблении (в стандартах обозначаются как А13.29.008 Психотерапия)**

Метод	Характеристика <small>степень доказательности</small>	Применение
-------	---	------------

<p><b>Мотивационное интервью</b></p>	<p>общения с пациентом, в ходе которого изменяется</p> <p>. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов <b>A</b>.</p>	<p>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 от 4 до 12. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.</p>
<p><b>Когнитивно-поведенческая психотерапия</b></p>	<p>Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни</p> <p>анализ собственного поведения – действия – решения – предупреждение рецидивов <b>A</b>.</p>	<p>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. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Комплаенс-психотерапия</b></p>	<p>Базируется на когнитивно-бихевиоральном подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами <b>A</b>.</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, действия лекарств, способах</p>

		лечения зависимости. Рекомендуется от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе).
<b>Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу</b>	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. 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 <b>В</b> . Эмпатические принципы отчетливо прослеживаются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.	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.
<b>Рациональная психотерапия</b>	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.	Широко распространена, обязательная составная часть работы врача-нарколога. Рекомендуется от 6 до 15 психотерапевтических сессий.
<b>Групповая психотерапия</b>	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>В</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)

		<p>апробация новых видов поведения;</p> <p>5) использование межличностных сравнений; б) разделение ответственности за руководство группой с ведущим.</p> <p>Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>
<b>Психодинамическая психотерапия</b>	<p>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 психоактивному веществу. 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>В</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>
<b>Трансакционный анализ</b>	<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 <b>С</b>, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана <b>В</b>, контрактные методики, антисуицидальный контракт <b>В</b>, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности <b>В</b>, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента <b>С</b>. Многие технологии Трансакционного анализа используются в программе «12 шагов» общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, в группах по преодолению созависимости, семейном</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает, как краткосрочное, так и длительное, многолетнее применение, от 4 до 20 психотерапевтических сессий.</p>



	консультировании.	
<b>Семейная психотерапия</b>	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 <b>В</b> .	Специалистам необходимо провести от 1 до 3 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.
<b>Группы само- и взаимопомощи</b>	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 алко  –  , прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния <b>В</b> .	Применение групп само- и взаимопомощи формирует терапию средой. Рекомендуется проводить встречи в формате групп само- и взаимопомощи в количестве от 8 до 12.

## 8. Школа для пациентов с пагубным употреблением

Рекомендуется использование Школы для пациентов с пагубным употреблением – 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 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 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 всех этапов лечения – положительный.