

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
8 ноября 2022 г. № 108

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет
судебных экспертиз
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.11.2022 № 108

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, соответствующими шифрам F10-F19 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь

от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХП «О правах ребенка», а также следующие термины и их определения:

алкоголь – алкогольные и слабоалкогольные напитки, пиво, лекарственные средства (далее – ЛС) содержащие этиловый спирт, непищевая спиртосодержащая продукция, суррогаты алкоголя;

психоактивные вещества (далее – ПАВ) – алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества.

4. Госпитализация пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики ЛС и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

8. К психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления ПАВ относят расстройства, обусловленные употреблением одного или нескольких веществ и варьирует от неосложненной интоксикации и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции.

9. В настоящем клиническом протоколе рассматриваются:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F13 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F15 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов (F16 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F17 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18 по МКБ-10);

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19 по МКБ-10).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

10. При диагностике психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ проводится:

отдельная консультация врача-специалиста с самим пациентом и затем с его близкими родственниками (при их наличии) для сбора сведений об анамнезе (первый контакт с ПАВ, начало, регулярность, длительность употребления, способ употребления ПАВ, применявшееся ранее лечение, наличие спонтанных и терапевтических ремиссий, контекст употребления данного ПАВ и других ПАВ, отношение к употреблению ПАВ в кругу друзей, описание состояний интоксикации, субъективно переживаемое действие ПАВ и состояния отмены, социальные проблемы и негативные последствия употребления ПАВ на семейную жизнь, работу или учебу, криминальная активность, наличие психопатологической и неврологической симптоматики (нарушения пищевого поведения, бред и галлюцинации, судорожные припадки и другие), перенесенные соматические заболевания);

определение концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и (или) исследование крови (слюны) на наличие алкоголя (обязательно при наличии острой интоксикации алкоголем или другими ПАВ, состояния отмены алкоголя или других ПАВ);

исследование мочи на наличие ПАВ с помощью экспресс-тестов или в лаборатории, конкретный вид экспресс-тестов определяет врач-специалист, при подозрении на употребление новых ПАВ, экспресс-тесты на определение которых отсутствуют, рекомендуется лабораторное исследование на наличие ПАВ (обязательно при подозрении на употребление пациентом ПАВ, наличии острой интоксикации ПАВ, при необходимости – при состоянии отмены ПАВ).

11. По медицинским показаниям проводится дополнительное обследование:

биохимическое исследование крови: определение концентрации билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, калия, натрия, хлора; определение активности печеночных ферментов – аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидазы (или результат биохимического исследования крови согласно выписки из медицинских документов), при этом определение концентрации печеночных ферментов (прежде всего, гаммаглутамилтранспептидазы) повторяется в течение лечения, как правило, 1 раз в месяц; далее – по медицинским показаниям;

консультация врача-терапевта (врача общей практики), врача-невролога, несовершеннолетним пациентам – консультация врача-педиатра, врача-детского невролога;

электроэнцефалография;

магнитно-резонансная томография головного мозга;

электрокардиография;

флюорография органов грудной клетки (рентгенография, рентгеноскопия) (пациентам старше 18 лет);

определение маркеров гепатитов В и С при употреблении ПАВ: исследование на наличие поверхностного антигена вируса гепатита В – HbsAg, определение антител к вирусу гепатита С (anti-HCV);

обследование на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) при употреблении ПАВ;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при подозрении на наличие беременности (для пациенток женского пола старше 18 лет);

консультация психолога с целью психологической диагностики;

диагностическая консультация специалиста по социальной работе.

12. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами, указанными в пунктах 10–11 настоящего клинического протокола обследований, проведенных не позднее чем за три месяца до оказания медицинской помощи.

ГЛАВА 4

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

13. Для повышения мотивации пациентов к прохождению лечения и медицинской реабилитации используется мотивационное консультирование. Мотивационное консультирование проводится врачами-специалистами, врачами иных специальностей, медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием, психологами, специалистами по социальной работе, а с согласия пациента – сотрудниками и консультантами общественных (религиозных) организаций и волонтеров программ опиоидной заместительной терапии.

14. Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ направлено на прекращение (существенное сокращение) употребления ПАВ и (или) уменьшение вреда от употребления ПАВ: профилактика передозировок, лечение острой интоксикации (состояния опьянения), состояния отмены или иных острых психических расстройств, вызванных употреблением ПАВ, уменьшение негативных последствий употребления ПАВ, а также повышение мотивации пациента для лечения и медицинской реабилитации синдрома зависимости от ПАВ.

15. Начинают оказание медицинской помощи с детоксикации, которую проводят как в организациях здравоохранения в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, так и вне организации здравоохранения.

Детоксикация занимает от 1 недели до 1 месяца в зависимости от типа ПАВ. В организациях здравоохранения также могут организовываться программы снижения вреда от употребления ПАВ (программы вторичной и третичной медицинской профилактики), особенно инъекционного употребления (комнаты безопасных инъекций, дроп-ин центры, пункты обмена игл и шприцов, программы консультирования, поддержки и социального сопровождения, медицинской профилактики и лечения ВИЧ, вирусных гепатитов).

16. После детоксикации по желанию пациента начинается лечение синдрома зависимости от ПАВ, которое включает подавление влечения к ПАВ, при необходимости, с использованием ЛС, и стабилизацию состояния воздержания от употребления ПАВ путем применения фармакотерапии, индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии, психологической коррекции. Для лечения синдрома зависимости от опиоидов или синдрома сочетанной зависимости от опиоидов и других ПАВ применяется назначение заместительного поддерживающего лечения опиоидными анальгетиками. Пациента информируют о правилах внутреннего распорядка для пациентов, в которых отражены его права и обязанности, а также об ответственности за незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их употребление без назначения врача-специалиста.

17. После лечения с синдромом зависимости от ПАВ при наличии мотивации и реабилитационного потенциала осуществляется медицинская реабилитация пациентов после достижения воздержания от употребления ПАВ, а также при необходимости, использование ЛС.

18. После завершения медицинской реабилитации в государственных организациях здравоохранения пациент направляется (сопровождается социальными работниками) для продолжения реабилитации в реабилитационные центры общественных (религиозных) организаций.

19. После медицинской реабилитации поддержка пациентов, осуществляется в амбулаторных условиях или вне организаций здравоохранения от 1 года до 3 лет.

Поддержка предусматривает посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы» и других групп самопомощи, участие в терапевтических сообществах пациентов на базе организаций здравоохранения, реабилитационных центров общественных (религиозных) организаций, а также оказание социальных услуг.

20. Лечение резистентных случаев, терапия пациентов с сочетанными психическими и поведенческими расстройствами и синдромом зависимости от ПАВ, разработка и апробация новых методов оказания медицинской помощи, в том числе программ медицинской реабилитации, консультирование с целью уточнения диагноза, определения тактики лечения пациентов с состоянием отмены ПАВ, синдромом зависимости от ПАВ и другими психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, осуществляется в психиатрических (психоневрологических) организациях.

21. Основные принципы оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления ПАВ:

приоритетность мер профилактического воздействия;

повышение мотивации пациентов к современному обращению за оказанием медицинской помощи, выполнению рекомендаций медицинских работников, сохранению собственного здоровья;

развитие программ снижения вреда от употребления ПАВ;

создание условий для максимального соблюдения требований законодательства, прав человека, норм и правил медицинской этики и деонтологии;

комплексность (биопсихосоциальный подход, реализуемый посредством работы мультидисциплинарной команды специалистов);

приоритетность оказания первичной медицинской помощи в диагностике и лечении пациентов с острой интоксикацией ПАВ, неосложненным состоянием отмены ПАВ и употреблением ПАВ с вредными последствиями, не требующих специализированной медицинской помощи;

приоритетность оказания медицинской помощи несовершеннолетним пациентам, женщинам, прежде всего, во время беременности, родов и в послеродовой период, пациентам пожилого возраста, инвалидам;

приоритетность мер медицинской реабилитации и социальной адаптации.

22. Формирование мотивации пациента на прекращение употребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ, на прекращение рискованных видов употребления ПАВ и их сочетаний), является важным компонентом оказания медицинской помощи.

23. Лечение употребления ПАВ с вредными последствиями в большинстве случаев осуществляется в амбулаторных условиях. Длительность лечения при употреблении ПАВ с вредными последствиями определяется индивидуально.

24. Медицинские показания к лечению синдрома зависимости от ПАВ:

в стационарных условиях – при желании пациента, сочетанной зависимости от нескольких ПАВ, зависимости от новых ПАВ, наличии резидуальных психотических психических расстройств, при безуспешном лечении синдрома зависимости от ПАВ в анамнезе в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания, при многочисленных случаях лечения синдрома зависимости от ПАВ в стационарных условиях, с учетом наличия неблагоприятного социального окружения и отсутствие поддержки близких родственников;

в условиях отделения дневного пребывания – при желании пациента, при безуспешном лечении в анамнезе в амбулаторных условиях, при категорическом отказе пациента от лечения в стационарных условиях при отсутствии состояния отмены ПАВ, требующего лечения в стационарных условиях;

в амбулаторных условиях – в остальных случаях.

Многочисленные случаи лечения состояния отмены ПАВ в стационарных условиях не должны рассматриваться как медицинские противопоказания для лечения синдрома зависимости от ПАВ в условиях отделения дневного пребывания или в амбулаторных условиях.

Средняя длительность лечения при синдроме зависимости от ПАВ составляет:

в стационарных условиях – от 14 дней до 2 месяцев (при медицинской реабилитации – от 1 до 6 месяцев);

в условиях отделения дневного пребывания – от 14 дней до 28 дней (при медицинской реабилитации – от 1 до 6 месяцев);

в амбулаторных условиях – от 10–14 дней до 6–12 месяцев, а при необходимости – неограниченно долгое время (заместительное поддерживающее лечение, терапевтическое сообщество, группы самопомощи).

25. Лечение состояния отмены ПАВ проводится вне организаций здравоохранения, в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и стационарных условиях организаций здравоохранения;

Медицинские показания для оказания медицинской помощи при состояниях отмены ПАВ в стационарных условиях следующие:

тяжелое и осложненное состояние отмены двух и более ПАВ;

состояние отмены с судорогами вследствие употребления седативных и снотворных ЛС (барбитуратов, бензодиазепиновых анксиолитиков, противоэпилептических ЛС или небензодиазепиновых снотворных);

повторная рвота и невозможность приема жидкости внутрь;

агрессивные и суицидальные тенденции;

тяжелые, длительно протекающие психические и поведенческие расстройства, в том числе расстройства личности в стадии декомпенсированные;

коморбидные хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;

соматические заболевания в стадии обострения.

Медицинским показанием к лечению состояния отмены ПАВ в условиях отделения дневного пребывания является безуспешная попытка лечения в анамнезе в амбулаторных условиях при желании пациента (кроме случаев, когда необходима экстренная психиатрическая помощь).

Лечение состояния отмены ПАВ в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения проводится при отсутствии осложнений, отказе пациента от госпитализации, а также отсутствии медицинских противопоказаний.

Средняя длительность лечения состояния отмены ПАВ в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и вне организации здравоохранения может составлять от 1 до 28 дней.

26. Лечение психотических психических расстройств, в том числе резидуальных и отсроченных, вследствие употребления ПАВ осуществляется, как правило, в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания. Длительность лечения психотических психических расстройств – до 2–4 недель. Долечивание осуществляется в амбулаторных условиях.

27. Лечение при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах вследствие употребления ПАВ проводится:

в стационарных условиях – в случае неэффективности предшествующего лечения в амбулаторных условиях и лечения в условиях отделения дневного пребывания;

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

Средняя длительность лечения в стационарных условиях при резидуальных и отсроченных непсихотических психических расстройствах и в условиях отделения дневного пребывания – от 10–14 дней до 2 месяцев, в амбулаторных условиях – неопределенно долго.

28. Психотерапия и психологическая помощь должны быть ведущими подходами в лечении синдрома зависимости от ПАВ и включают:

проблемно-ориентированные подходы (поведенческий подход, когнитивно-поведенческий подход, тренинг социальных навыков, методы профилактики рецидивов, тренинг стратегий совладания и другие);

лично-ориентированные подходы (гештальт-терапия, экзистенциально-гуманистическая терапия, арт-терапия и другие) и психодинамические подходы; духовно-ориентированные подходы (группы самопомощи «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и другие); социально-ориентированные подходы (семейная терапия, социальное сопровождение, оказание социальных услуг, работа с семьей, терапия занятостью, спорт, общественная работа и другие).

29. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя (F10.0 по МКБ-10):

медицинская помощь при интоксикации алкоголем оказывается в районных и региональных организациях здравоохранения.

Лечение:

неосложненная интоксикация алкоголем легкой и средней степени не требует специального лечения. Необходимо собрать у пациента сведения об объеме и характере выпитого и организовать медицинское наблюдение за пациентом с интоксикацией алкоголем средней степени в течение 1–3 часов и повторное определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе. Может проводиться промывание желудка;

при интоксикации алкоголем осложненной тошнотой, рвотой принимаются меры по предотвращению аспирационно-обтурационных осложнений, санация ротовой полости, зондовое промывание желудка, внутривенное введение раствора 400 мг/мл глюкозы (25–50 г) при отсутствии медицинских противопоказаний. Также проводится введение тиамина 100 мг внутримышечно, меглюмина натрия сукцинат 500 мг, 15 мг/мл, внутривенно, контроль уровня артериального давления, уровня глюкозы в крови, пульсоксиметрия, контроль концентрации алкоголя в воздухе;

при психомоторном возбуждении по медицинским показаниям назначается фиксация пациента и назначение раствора галоперидола в дозировке 5–15 мг с учетом возраста, массы тела;

лечение интоксикации алкоголем средней или тяжелой степени с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем должно проводиться в отделении реанимации и интенсивной терапии либо в токсикологическом отделении организации здравоохранения любого уровня оказания медицинской помощи;

после купирования состояния интоксикации с пациентом проводится краткосрочное психотерапевтическое вмешательство в стационарных условиях и на уровне первичной медицинской помощи.

Пагубное употребление алкоголя (F10.1 по МКБ-10):

оказания специализированной медицинской помощи в психиатрических (психоневрологических) организациях, в том числе в стационарных условиях, не требуется;

на уровне первичной медицинской помощи курс краткосрочной психотерапии проводят врачи всех специальностей, медицинские работники со средним специальным медицинским образованием;

в психиатрических (психоневрологических) организациях консультирование может проводиться врачами-специалистами, медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием, психологами, специалистами по социальной работе, также могут привлекаться сотрудники и консультанты общественных (религиозных) организаций;

показано короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня употребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью собеседования может быть полное воздержание от спиртного, уменьшение количества и частоты употребления алкоголя;

при наличии медицинских показаний могут применяться антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС): пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки), циталопрам (10–60 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки) в течение 4–12 недель, другие психоаналептики (венлафаксин) и противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием (топирамат, габапентин).

Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (F10.2 по МКБ-10):

лечение синдрома зависимости от алкоголя включает подавление влечения и стабилизацию состояния трезвости путем применения индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии и психологической коррекции, а при необходимости – и использование ЛС. Лечение длится обычно от 1 до 6 месяцев.

Психотерапевтическое лечение синдрома зависимости от алкоголя включает следующие методы: поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, гипносуггестивные методы, телесно-ориентированная терапия. При наличии медицинских показаний для повышения эффективности лечения может применяться сочетание различных методов психотерапии, в том числе, в групповой форме.

При проведении индивидуальной психотерапии рекомендуются методики, направленные на сдерживание агрессии, психическую релаксацию, методы управления стрессом, групповая психотерапия в малых (до 10 пациентов) и больших (до 30 пациентов) группах, а также терапевтические сообщества (до 60 пациентов).

При синдроме зависимости от алкоголя рекомендуется применение психологического консультирования и психологической коррекции, как в индивидуальной, так и в групповой формах. Используются программы в виде групповых лекций, обсуждений (дискуссий), ролевых игр, семинарских занятий.

Медицинская реабилитация используется после достижения воздержания от употребления алкоголя.

Медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях (в течение 2–6 недель и более), в условиях отделения дневного пребывания, в амбулаторных условиях (в течение 4–12 недель и более), или в виде длительной (до 6 месяцев) поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях.

Медицинские показания для медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в стационарных условиях:

неудачные попытки медицинской реабилитации в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания;

слабая социальная поддержка;

сопутствующие соматические или психические заболевания;

стойкое желание пациента проходить медицинскую реабилитацию в стационарных условиях.

Основными ЛС для лечения синдрома зависимости от алкоголя являются:

ЛС для лечения алкогольной зависимости (дисульфирам);

СИОЗС;

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (далее – СИОЗСН);

противоэпилептические ЛС с нормотимической активностью (окскарбамазепин, карбамазепин и другие).

Дисульфирам обладает способностью вызывать аверсивный эффект при приеме алкогольных напитков (в том числе пива и слабоалкогольных напитков), но не уменьшает влечение к алкоголю. В сочетании с алкоголем дисульфирам вызывает реакцию непереносимости, которая в легких случаях проявляется небольшим недомоганием, в тяжелых – чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения. В особенно тяжелых случаях – возможны

острая сердечная недостаточность, судороги, кома, остановка дыхания и смерть. Суточная доза данного ЛС обычно составляет 0,5 г.

Перед назначением дисульфирама пациенту объясняют цели лечения. Врач-специалист должен быть уверен, что пациент не будет употреблять спиртное в течение 12 часов перед приемом дисульфирама.

Во время лечения дисульфирамом нельзя употреблять внутрь и наружно любые продукты и вещества, которые содержат этиловый спирт (кефир и кумыс, квас, безалкогольное пиво, соусы, уксус, спиртосодержащие лекарственные настойки, зубные эликсиры, лосьоны, солнцезащитные кремы, духи, дезодоранты). Если же реакция непереносимости развилась, то основная цель ее лечения – поддержание артериального давления и купирование сердечной недостаточности. Вводят 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно, что блокирует превращение этанола в ацетальдегид, способствуя выведению неизмененного этанола; с целью детоксикации – унитиол.

Дисульфирам изменяет метаболизм многих ЛС. Его назначение противопоказано пациентам с полинейропатией, циррозом печени, психотическими психическими расстройствами, беременностью и кормящими грудью, суицидальными наклонностями, депрессией, несовершеннолетним пациентам.

Карбамазепин (окскарбазепин), топирамат, габапентин, прегабалин, СИОЗС (сертралин, пароксетин, эсциталопрам и другие), уменьшают влечение к алкоголю, снижая частоту рецидивов при зависимости от алкоголя.

Налтрексон позволяет снизить влечение к алкоголю и таким образом повысить вероятность достижения долгосрочной ремиссии или снижения частоты и длительности рецидивов.

Доза налтрексона при пероральном назначении составляет 50 мг в сутки. При внутримышечном введении пролонгированной формы – 380 мг каждые 4 недели. Продолжительность лечения составляет 8–12 недель.

Акампросат реализует свое действие через нормализацию работы глутаматной системы, снижая влечение и увеличивая продолжительность ремиссий.

Суточная доза акампросата составляет 1,3–2 г в сутки, разбивается на равные части. Принимается независимо от еды.

Акампросат может применяться в качестве дополнительной терапии с налтрексоном или дисульфирамом.

Карбамазепин (окскарбазепин) назначают для уменьшения патологического влечения к алкоголю и устранения дисфории в дозах 200–600 мг/сутки. Длительность лечения – не менее 6 месяцев. При положительном эффекте лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго.

Лечение топираматом начинают с 25 мг/сутки, дозу повышают каждые 2 недели на 25 мг/сутки, доводя суточную дозу до 100–400 мг.

Лечение габапентином начинают с 900 мг/сутки, дозу повышают ежедневно на 300 мг/сутки, доводя суточную дозу 3600 мг.

Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг в сутки, дозу повышают до 300 мг/сутки через 3–7 дней и, при необходимости, до максимальной дозы 600 мг/сутки еще через 7 дней.

Антидепрессанты из группы СИОЗС применяют в следующих дозировках: пароксетин 20–50 мг/сутки, флувоксамин 100–300 мг/сутки, эсциталопрам 5–20 мг/сутки, сертралин 50–150 мг/сутки, флуоксетин 40–60 мг/сутки, а также венлафаксин 75–375 мг/сутки в течение 6 месяцев и более.

Важным этапом лечения синдрома зависимости от алкоголя у пациента является одновременное психологическое консультирование или психотерапия близких родственников.

В отношении несовершеннолетних пациентов с синдромом зависимости от алкоголя рекомендуется применять программы медицинской реабилитации в стационарных условиях (от 28 дней).

Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя (F10.3 по МКБ-10): медицинская помощь оказывается в организациях здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи.

При неосложненном состоянии отмены алкоголя лечение проводится в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения при наличии близких родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом.

Медицинские показания для лечения в условиях отделения дневного пребывания:

выраженный тремор;

повышенное артериальное давление;

тяжело протекающие состояния отмены алкоголя в анамнезе;

в анамнезе: безуспешные попытки лечения в амбулаторных условиях, делирии, судорожные припадки, травма головы с потерей сознания;

имеется возможность частого контакта с пациентом.

Оказание медицинской помощи в стационарных условиях рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих медицинских показаний:

тяжелый тремор;

осложненное состояние отмены алкоголя;

выраженная дегидратация;

упорная рвота, препятствующая приему ЛС;

тахикардия (частота пульса более 90 ударов в мин);

артериальное давление 180/100 мм рт. ст.;

температура тела выше 38,3 °С;

выраженное беспокойство;

эпилептический припадок без указаний на эпилепсию в анамнезе;

суицидальные тенденции;

беременность;

соматическое заболевание в стадии обострения;

хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации (в соматическом стационаре);

признаки энцефалопатии Гайе-Вернике – атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;

сопутствующие психические расстройства, затрудняющие лечение в амбулаторных условиях.

Лечение несовершеннолетних пациентов рекомендовано в стационарных условиях.

Фармакологическое лечение состоит из следующих компонентов:

медицинская профилактика развития судорожных состояний и делирия – карбамазепин (окскарбазепин), анксиолитики группы бензодиазепинов;

купирование вегетативной симптоматики – клонидин, бета-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол);

медицинская профилактика развития энцефалопатии Гайе-Вернике и амнестического (корсаковского) синдрома – тиамин и никотиновая кислота и другие витамины.

Всем пациентам, которые обращаются по поводу злоупотребления алкоголем, назначается тиамин. В течение трех дней указанное ЛС назначают внутримышечно по 100–300 мг/сутки, затем продолжают его применение перорально в течение срока до 1 недели.

Для купирования вегетативной симптоматики состояния отмены (потливость, артериальная гипертензия, тахикардия, тремор) назначают бета-адреноблокаторы или клонидин. Из числа бета-адреноблокаторов применяют пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки. Клонидин обладает некоторым седативным эффектом, который усиливается в сочетании с антипсихотиками и анксиолитиками. ЛС назначается внутрь в дозировке 75–150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают. При лечении в амбулаторных условиях необходимо предупредить пациента и его близких родственников о недопустимости сочетания ЛС с алкоголем из-за взаимного усиления токсических эффектов. Бета-адреноблокаторы,

рекомендуется назначать в комбинации с анксиолитиками группы бензодиазепинов или карбамазепином, так как они являются основным ЛС в лечении состояния отмены алкоголя, они уменьшают вероятность развития судорог и делирия, назначаются согласно приложениям 1–3. Доза ЛС в последующие дни применения понижается на 25 % ежедневно.

При наиболее выраженных состояниях отмены алкоголя рекомендуется парентеральное применение анксиолитиков группы бензодиазепинов (мидазолам, диазепам).

Длительно действующие анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) более эффективны в предупреждении развития судорог. Недостатком данных ЛС является возможность кумуляции и развитие избыточного седативного эффекта, риск спутанности и падений у пациентов пожилого возраста.

У пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к действию анксиолитиков группы бензодиазепинов, поэтому для достижения эффекта требуются более высокие дозировки данных ЛС, чем другим категориям пациентов. Следует учитывать, что пациенты с тяжелым состоянием отмены могут требовать назначения анксиолитиков группы бензодиазепинов в течение 10 дней и в более высоких дозировках. У некоторых пациентов даже при неосложненном состоянии отмены алкоголя для достижения терапевтического эффекта требуются значительно большие дозы (до 100 мг диазепама в сутки). При лечении в амбулаторных условиях рекомендуется пероральное применение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам и другие) в течение не более 7 дней с постепенным снижением дозировки.

Схема лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама в амбулаторных условиях приведена в приложении 2.

Карбамазепин (окскарбазепин) эффективен в отношении всех симптомов при состоянии отмены алкоголя и может быть ЛС выбора при лечении состояния отмены при легком и среднетяжелом течении. Допускается применение карбамазепина (окскарбазепина) при наличии алкоголя в крови в условиях, исключающих риск падений и травмирования вследствие усиления головокружения и мышечной слабости. Рекомендуется применять карбамазепин (окскарбазепин) в первые два дня в дозе 600–1200 мг/сутки, на третий и четвертый день – 600 мг/сутки, на пятый и шестой день – 400 мг/сутки, на седьмой день – 200 мг/сутки. При комбинации данных ЛС карбамазепин (окскарбазепин) назначается в дозе 600–800 мг/сутки. Использование пролонгированных форм карбамазепина (карбамазепин-ретард) показано при поддерживающей терапии зависимости от алкоголя.

Инфузионная терапия состояния отмены алкоголя показана при упорной рвоте (и лишь после введения метоклопрамида), выраженном обезвоживании: рекомендуется введение до 3,5 литра в сутки, из них: 0,9 раствор гидрохлорида натрия или 50 мг/мл раствор глюкозы до 2 литров, полиионные растворы: ацесоль, раствор Рингера – до 1,5 литра.

При состоянии отмены алкоголя не следует назначать мочегонные ЛС, коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин), ноотропы со стимулирующим эффектом (пирацетам), антипсихотики группы фенотиазин (хлорпромазин, трифлуоперазин).

После устранения симптомов состояния отмены алкоголя рекомендуется проведение мотивирующей беседы.

При развитии судорог в состоянии отмены алкоголя медицинская помощь оказывается в любых организациях здравоохранения.

Лечение: при развитии судорог – введение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам в дозировке до 40 мг) парентерально. Другие ЛС при развитии судорог назначаются согласно частям тридцать шестой – сорок пятой настоящего пункта.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением алкоголя (F10.4 по МКБ-10):

состояние отмены алкоголя с делирием является медицинским показанием для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе соматического стационара при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии.

Основным ЛС лечения являются анксиолитики группы бензодиазепинов, которые назначают в первые дни лечения внутримышечно или внутривенно, а после купирования острого возбуждения – внутрь.

В дополнение к анксиолитикам группы бензодиазепинов назначают антипсихотики, например, галоперидол в дозе 1,5–5 мг каждые 6 часов до 30 мг/сутки. Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов. При развитии острых экстрапирамидных гиперкинезов вводится диазепам.

Применение антипсихотиков группы фенотиазин (хлорпромазин, трифлуоперазин) противопоказано, так как эти ЛС увеличивают вероятность развития соматических и неврологических осложнений.

При наличии рвоты у пациента назначают метоклопрамид.

Инфузионную терапию 9 мг/мл раствором натрия хлорида или полиионными растворами (ацесоль, раствор Рингера) назначают под контролем центрального венозного давления с целью регидратации в случаях, если пациент не принимает жидкость внутрь вследствие рвоты или тяжелого состояния: до 3,5 литра в сутки из них, 9 мг/мл раствор хлорида натрия или 50 мг/мл раствор глюкозы до 2 литров и полиионные растворы: ацесоль, раствор Рингера – до 1,5 литра. В остальных случаях рекомендуется оральная регидратация: обильное питье (питьевая или минеральная вода в объеме до 3 л/сут.).

Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя (F10.5 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи, в том числе неотложной осуществляется в стационарных условиях организаций здравоохранения любого профиля.

Для лечения психотических психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя, назначают галоперидол (суточная доза – от 3 до 20 мг), рисперидон (1–6 мг), зуклопентиксол (суточная доза – от 50 мг), кветиапин (суточная доза – от 50 до 400 мг). При наличии психомоторного возбуждения, агрессии предпочтительно применение галоперидола или азуклопентиксола в сочетании с анксиолитиками группы бензодиазепинов в виде внутримышечных инъекций.

Анксиолитики группы бензодиазепинов применяют в течение 2–3 недель в соответствии с приложениями 1–3. Если в течение 3 недель психотические симптомы сохраняются, то прекращается прием анксиолитиков группы бензодиазепинов и показана монотерапия антипсихотиками.

При хроническом течении заболевания, отсутствии критики к своему состоянию, мотивации к приему ЛС рекомендуется применение пролонгированных форм антипсихотиков (флуфеназин деканоат, галоперидол деканоат, рисперидон пролонгированного действия, флупентиксол деканоат, зуклопентиксол деканоат и другие).

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя (F10.6 по МКБ-10):

медицинская помощь оказывается в любых организациях здравоохранения в стационарных или амбулаторных условиях.

Лечение:

ЛС выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома являются тиамин и никотиновая кислота, которые вводят в течение 7–15 дней внутримышечно в дозе 200–300 мг/сутки. Внутрь назначают поливитаминные ЛС, содержащие тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолаты. Лечение поведенческих и других нарушений, которые могут сопутствовать алкогольному амнестическому синдрому и алкогольной деменции, зависит от психопатологического синдрома. Предпочтительна монотерапия. В зависимости от преобладающих симптомов (психомоторное возбуждение, параноидные симптомы, нарушения восприятия, беспокойство, агрессивность, тревога, депрессия) назначаются следующие ЛС:

антипсихотики:

арипипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, по 5–20 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, по 1,5–5 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, по 2–50 мг/сутки внутрь, начальная доза в 20 мг/сутки может при необходимости увеличиваться на 10–20 мг/сутки через 2–3 дня,

поддерживающая доза 20–40 мг/сутки, для лечения пациентов пожилого возраста – 2–6 мг/сутки, при необходимости доза может увеличиваться до 10–20 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, начальная доза для лечения пациентов пожилого возраста составляет 25 мг/сут, дозу следует увеличивать ежедневно на 25–50 мг до достижения эффективной;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, по 12,5–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 2,5 мг, 5 мг, по 2,5–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема;

перициазин, капсулы 10 мг, внутрь по 30–100 мг в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг, для лечения пациентов пожилого возраста дозы снижаются в 2–4 раза;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг, по 0,5–3 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг);

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, по 5 мг 2 раза в сутки внутрь, при необходимости в течение 2–3 недель дозу повышают до 15–20 мг в сутки;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, по 25–100 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, пациентам пожилого возраста назначается с осторожностью 15–150 мг/сутки;

антидепрессанты:

флувоксамин, таблетки 50 мг, 100 мг, внутрь, в начале лечения суточная доза составляет 50–100 мг, рекомендуется принимать на ночь, при недостаточной эффективности суточная доза может быть увеличена до 150–200 мг, максимальная суточная доза 300 мг, суточную дозу более 100 мг следует делить на 2–3 приема;

флуоксетин, капсулы 10 мг, 20 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема в течение 4–6 месяцев;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, 75 мг и 150 мг, внутрь, одновременно с приемом пищи, рекомендуемая начальная доза 75 мг в 2 приема ежедневно, в зависимости от переносимости и эффективности возможно повышение дозы постепенно до 150–225 мг/сутки;

сертралин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 50–150 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

при выраженности тревожных компонентов депрессии – антидепрессантам с седативным действием:

миртазапин, таблетки 30 мг, 15–45 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, флувоксамин 100–200 мг/сутки, в течение 4–6 месяцев;

эсциталопрам, таблетки 10 мг, от 5–10 мг до 40 мг/сутки внутрь, 1 раз в сутки, в течение 4–6 месяцев;

пароксетин, таблетки 20 мг, 30 мг, по 20–40 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, в течение 4–6 месяцев;

тианептин, таблетки 12,5 мг, внутрь, перед приемом пищи, по 12,5 мг 3 раза в день, пациентам пожилого возраста – по 12,5 мг 2 раза в сутки;

кломипрамин, таблетки 25 мг, лечение начинают с 25 мг 2–3 раза в день, дозу ЛС постепенно повышают, на 25 мг через каждые несколько дней до достижения суточной дозы 100–150 мг, максимальная суточная доза 250 мг;

мапротилин, таблетки 25 мг, по 25–75 мг, внутрь в 1–3 приема, пациентам пожилого возраста – 10 мг 3 раза/сут; при необходимости разовую дозу постепенно увеличивают до 25 мг/сутки;

анксиолитики:

тофизопам, таблетки 50 мг, по 50–100 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, 7–14 дней;

буспирон, таблетки 5 мг, 10 мг, по 5 мг внутрь. 3 раза в сутки, при необходимости ее можно увеличивать на 5 мг каждые 2–3 дня, средняя суточная доза составляет 20–30 мг, максимальная разовая доза – 30 мг;

феназепам, таблетки 1 мг, внутрь, независимо от приема пищи, начальная доза составляет 0,5–1 мг 2–3 раза в день. Через 2–4 дня с учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 4–6 мг/сут;

оксазепам, таблетки 10 мг, внутрь независимо от приема пищи, по 10–20 мг 2–3 раза в день, пациентам пожилого возраста: 10 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза при лечении в стационарных условиях – 120 мг;

диазепам, таблетки 2 мг, 5 мг, 10 мг, по 2,5–10 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема до 10–14 дней, отмена постепенная, ампулы, раствор для инъекций 10 мг/2 мл, парентерально 10 мг до 3 раз в сутки, рекомендованная продолжительность 3–10 дней;

клоназепам, таблетки 0,5 мг, 2 мг, по 4–8 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема, первоначальная суточная доза не более 1,5 мг, для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 0,5 мг, дозу следует увеличивать постепенно на 0,5–1 мг каждые 3 дня, в зависимости от реакции пациента на данное ЛС, до достижения поддерживающей дозы, достижение поддерживающей суточной дозы – в течение 2–4 недель лечения;

небензодиазепиновые снотворные:

зопиклон, таблетки 3,75 мг, 7,5 мг, внутрь, по 3,75–7,5 мг, на ночь однократно, не более 4 недель;

ЛС с нормотимическим эффектом:

карбамазепин, таблетки 200 мг, по 400–600 мг/сутки внутрь, в 2 приема, 2–6 месяцев;

соли вальпроевой кислоты, таблетки 300 мг, 500 мг, по 300–1000 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

ламотриджин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, по 25–150 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема, 2–6 месяцев;

лития карбонат, таблетки 300 мг, начальная доза 600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема, с последующим увеличением суточной дозы до 1200 мг/сутки;

прегабалин, капсулы 75 мг, 150 мг, 300 мг, по 150–600 мг/сут в 2–3 приема, максимальная суточная доза 600 мг.

30. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0 по МКБ-10):

при острой интоксикации опиоидами без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется.

Неотложная медицинская помощь оказывается врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в токсикологическое отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии ближайшей организации здравоохранения. Острое отравление опиоидами с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи в случае угнетения сознания и гиповентиляции.

Основное ЛС для лечения острого отравления опиоидами – антагонист опиоидных рецепторов налоксон. Налоксон вводят внутривенно в дозировке по 0,4 мг. Инъекции повторяют каждые 2–3 минуты при условии, что предыдущие были неэффективны. Суммарная доза налоксона при внутривенном введении может достигать 10 мг. При невозможности внутривенного введения можно ввести его внутримышечно или подкожно, в том числе сквозь одежду. Может применяться интраназальная форма (2, 4 или 8 мг в мл), инъекционные формы с повышенной концентрацией, такие как шприц-ручки и другие (зарегистрированные в Республике Беларусь). Признаком эффективности налоксона является восстановление дыхания через 1 минуту после инъекции, затем несколько проясняется сознание, повышается артериальное давление, расширяются зрачки. Если по достижении общей дозы в 10 мг улучшение не наступает, то тяжесть состояния обусловлена не только опиоидной интоксикацией. При отсутствии эффекта от налоксона необходимо исключить другие состояния:

состояние после эпилептического припадка;

отравление алкоголем, седативными или снотворными ЛС (производные барбитуровой кислоты, производные бензодиазепина);

отравление комбинацией ПАВ;

отравление опиоидами с очень высокой степенью связи с опиоидными рецепторами (производные фентанила);

- гипоксическая энцефалопатия;
- тяжелая черепно-мозговая травма;
- гипогликемия; гипергликемия;
- острая сердечная недостаточность.

Если после введения нескольких доз налоксона нет положительного эффекта, то показана интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания.

После введения налоксона возможно развитие выраженного состояния отмены, артериальная гипертензия, в редких случаях могут развиваться пароксизм мерцательной аритмии, отек легких.

Действие налоксона продолжается 30–70 минут, в связи с этим в случае необходимости повторных инъекций пациенту рекомендуется находиться под медицинским наблюдением врача организации здравоохранения не менее суток. После нормализации состояния психического здоровья пациента рекомендуется мотивирующая беседа с обсуждением негативных последствий употребления опиоидов.

Медицинская профилактика передозировок осуществляется путем назначения и распространения налоксона в группах с повышенным риском передозировок:

страдающие синдромом зависимости от опиоидов, в том числе, получающие опиоидную заместительную терапию (далее – ОЗТ) или лечение состояния отмены опиоидов;

- употребляющие с вредными последствиями;
- получающие опиоиды для лечения боли.

Пагубное употребление опиоидов (F11.1 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи осуществляется в организациях здравоохранения: районных, городских, межрайонных, республиканских (в сложных случаях или у несовершеннолетних пациентов с сопутствующими тяжелыми психическими и поведенческими расстройствами).

При выявлении пациента первичную медицинскую помощь (краткосрочное медицинское вмешательство) оказывают медицинские работники.

В психиатрических (психоневрологических) организациях консультирование проводится медицинскими работниками, психологами, специалистами по социальной работе. Лечение оказывается в организациях здравоохранения в амбулаторных условиях. Госпитализация осуществляется по желанию пациента или только при подозрении на сопутствующее психическое заболевание.

Показано краткосрочное медицинское вмешательство – короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня употребления пациентом опиоидов, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья употребления опиоидов, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции – полное воздержание, уменьшение количества и частоты потребляемых ПАВ.

Применяются антидепрессанты группы СИОЗС, СИОЗСН, антидепрессанты с другими механизмами действия, противоэпилептические ЛС с нормотимическим действием.

Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов (F11.2 по МКБ-10):

наиболее эффективна ОЗТ, которая осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 августа 2021 г. № 98 «О медицинской помощи пациентам с синдромом зависимости от наркотических средств опиоидной группы».

Этапы лечения:

- 1 этап – определение мотивации и ее усиление;
- 2 этап – лечение основных проявлений зависимости;
- 3 этап – медицинская реабилитация.

Определение целесообразности лечебных мероприятий, целей и тактики лечения выполняются на 1 этапе. Этапы 2 и 3 включают в себя проведение фармакотерапии, психотерапии, оказание психологической помощи.

Показано оказание медицинской помощи в реабилитационных центрах, длительная психотерапия в амбулаторных условиях. Пациентам рекомендуется посещение групп самопомощи «Анонимные наркоманы».

Абстинентное состояние, вызванное употреблением опиоидов (F11.3 по МКБ-10):
медицинские показания к лечению состояния отмены в амбулаторных условиях и вне организации здравоохранения:

наличие поддержки со стороны близких родственников;

отсутствие агрессивных и суицидальных тенденций.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в условиях отделения дневного пребывания:

сопутствующая зависимость от алкоголя или других ПАВ в настоящее время;

неуспешная попытка лечения состояния отмены в амбулаторных условиях.

Медицинские показания к лечению состояния отмены в стационарных условиях:
состояние отмены двух и более ПАВ, сопутствующее тяжелое состояние отмены седативных и снотворных ЛС;

наличие сопутствующих тяжелых психических расстройств;

декомпенсированные соматические заболевания (лечение проводится в соматическом стационаре).

Для купирования состояния отмены опиоидов основными ЛС являются агонисты опиоидных рецепторов (опиоидные анальгетики) – трамадол, метадон, бупренорфин, морфин.

Применяют ЛС центрального действия, уменьшающее стимулирующее влияние адренергической иннервации (агонист альфа-1-имидазолиновых рецепторов) – клонидин; анксиолитики группы бензодиазепинов – диазепам, клоназепам;

снотворное ЛС – зопиклон;

противоэпилептические ЛС – прегабалин, габапентин, соли вальпроевой кислоты;

антипсихотики (предпочтительно атипичные) – кветиапин, оланзапин и другие;

антидепрессанты – СИОЗС, СИОЗСН и другие;

ЛС, тормозящее перистальтику желудочно-кишечного тракта, – лоперамид;

миорелаксант центрального действия – баклофен;

прокинетики – метоклопрамид;

нестероидные противовоспалительные ЛС – кеторолак, ибупрофен.

При наличии острого или хронического активного гепатита следует воздержаться от назначения антипсихотиков группы фенотиазин, трициклических антидепрессантов, карбамазепина, сочетания ЛС, повышающих нагрузку на печень.

При лечении состояния отмены опиоидов применяются:

метадон или бупренорфин;

сочетание клонидина и анксиолитиков группы бензодиазепинов;

сочетание антипсихотиков, антидепрессантов и анксиолитиков группы бензодиазепинов между собой.

Метадон назначают внутрь в начальной дозе 20–60 мг/сутки. Далее, при необходимости, повышают до дозы, которая купирует состояние отмены, и затем каждые 1–2 дня понижают суточную дозу на 5 мг до полной отмены. Детоксификация с применением метадона может проводиться в стационарных условиях, а также в условиях отделения дневного пребывания или в амбулаторных условиях.

Бупренорфин назначают сублингвально в дозе 4–16 мг/сутки, далее – каждые несколько дней понижают суточную дозу на 2 мг до полной его отмены.

Трамадол назначают внутрь в дозе 100–600 мг/сутки, далее – каждые 1–2 дня суточную дозу понижают на 25–50 мг до полной его отмены.

Клонидин является α -адреномиметиком и хорошо купирует вегетативный компонент состояния отмены. Его нежелательными реакциями являются гипотензия,

атриовентрикулярной блокада, брадикардия, запоры, сухость во рту. При применении в больших дозах может развиваться лекарственный делирий.

Требуется мониторинг артериального давления перед приемом каждой дозы клонидина. Если на момент приема очередной дозы клонидина артериальное давление ниже 90/60 мм ртутного столба или ЧСС меньше 60 ударов в минуту, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС.

Клонидин применяют в суточной дозе 0,0375–0,3 мг/сутки, кратность приема составляет 3–5 раз в день.

При тревожной симптоматике в сочетании с нарушением сна назначают внутрь диазепам 40–60 мг/сутки, можно прибегнуть к внутримышечным инъекциям.

Для купирования диареи используется лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид, при сильных болях в мышцах назначаются нестероидные противовоспалительные ЛС (ибупрофен) и ЛС, воздействующие на мышечный тонус (баклофен), габапентиноиды (прегабалин, габапентин) в течение 5–7 дней. Затем необходимо постепенно снизить их дозировки и полностью отменить через 10–15 дней, в случае состояния отмены метадона через 20 дней.

Назначение противосудорожных ЛС (соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности.

Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов проводится только при невозможности приема жидкости внутрь.

Для купирования симптомов бессонницы используют антидепрессанты (миртазапин, амитриптилин); седативные антипсихотики (кветиапин, оланзапин) и небензодиапиновые снотворные ЛС (зопиклон, доксиламин, мелатонин). Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение ЛС группы бензодиазепинов.

Для терапии бессонницы и тревоги при состоянии отмены опиоидов также применимы анксиолитики и противосудорожные ЛС.

При беременности детоксификация (лечение состояния отмены опиоидов) противопоказана и рекомендовано назначение ОЗТ на весь период беременности.

31. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0 по МКБ-10): лечение проводится в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – при неосложненной интоксикации; в стационарных условиях – при любых состояниях осложненной острой интоксикации, при употреблении синтетических каннабиноидов – в условиях токсикологического отделения, в отделении реанимации и интенсивной терапии соматического стационара, в психиатрическом стационаре.

Лечение продолжается от 1 до 7 суток и более.

При сопоре или коме лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии. Главным методом лечения интоксикации, передозировки (отравления) является проведение дезинтоксикационных мероприятий. Специфических антидотов к каннабиноидам не существует. Показано промывание желудка. При пероральном приеме каннабиноидов – активированный уголь, применение 9 мг/мл раствора натрия хлорида, 50 мг/мл раствора глюкозы. Анксиолитики группы бензодиазепинов являются основными ЛС в лечении возбуждения при интоксикации и психотических психических расстройствах (панические реакции, тревога, агитация и кататонические расстройства, делирий).

При наличии психотической симптоматики (бред, галлюцинации) назначаются ЛС антипсихотического действия (рисперидон 2–6 мг/сутки, оланзапин 5–10 мг/сутки, кветиапин 100–600 мг/сутки, галоперидол 1,5–10 мг/сутки). Галоперидол рекомендовано сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

После устранения интоксикации рекомендуется проведение краткосрочного медицинского вмешательства по поводу прекращения употребления каннабиноидов.

Применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин) увеличивает вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно

при парентеральном введении. Применение трициклических антидепрессантов и клозапина увеличивает вероятность развития делирия;

Пагубное употребление каннабиноидов (F12.1 по МКБ-10):

рекомендуется психотерапия, особенно когнитивно-поведенческая.

Назначение антидепрессантов, анксиолитиков показано при сохраняющейся тревожной симптоматике, аффективных нарушениях.

Назначение противоэпилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепина или солей вальпроевой кислоты) показано при дисфории и импульсивности.

ЛС, вызывающие зависимость (анксиолитики группы бензодиазепинов), к применению не рекомендуется. Следует избегать применения антипсихотиков.

Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов (F12.2 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания при наличии резидуальных психотических расстройств и желании пациента в течение 14–28 дней, в амбулаторных условиях – до устойчивого подавления симптомов зависимости.

Проводятся краткие и структурированные психотерапевтические вмешательства в группе или при индивидуальном консультировании. Показана поддерживающая психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, тренинги навыков, работа в группах и семейная психотерапия. Медицинская и социальная реабилитация направлены на достижение пациентом адаптации в обществе. Специфические ЛС для подавления зависимости от каннабиноидов не разработаны. Возможным ЛС для подавления влечения являются антидепрессанты. Они также показаны при сохраняющейся тревожной и аффективной симптоматике. Применяются венлафаксин, сертралин, дулоксетин, анксиолитики в течение 1–3 месяцев.

Назначение противоэпилептических ЛС (солей вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, габапентина, прегабалина) показано при дисфории и импульсивности для улучшения восприятия пациентом психотерапии.

Стабильное воздержание от употребления каннабиноидов может быть достигнуто при комплексной терапии в течение 2–4 недель.

Следует воздерживаться от применения антипсихотиков, особенно депо-форм, поскольку они часто вызывают экстрапирамидные симптомы, седацию и гипотензию.

Медицинская реабилитация и психотерапия осуществляются как при синдроме зависимости от алкоголя и других ПАВ.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением каннабиноидов (F12.3 по МКБ-10):

лечение в стационарных условиях – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах до 7 суток и более; в амбулаторных условиях или условиях отделения дневного пребывания.

Специфическая терапия состояния отмены каннабиноидов – ЛС, содержащие тетрагидроканнабиол или его синтетические аналоги, суточная доза, как правило, составляет 10–60 мг, с постепенным снижением дозы на 5–10 мг в сутки. Могут применяться комбинированные ЛС, содержащие тетрагидроканнабиол и каннабидиол.

Применяются анксиолитики из группы бензодиазепинов для купирования состояния тревоги, возбуждения, панических атак. Назначаются продолжительностью 3–5 дней.

Назначение противоэпилептических ЛС (вальпроевой кислоты, карбамазепина, топирамата, габапентина, прегабалина) показано при дисфории и импульсивности для улучшения способности пациента к психотерапии.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики (пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол – 50–100 мг/сутки).

При бессоннице показаны небензодиапиновые снотворные ЛС (зопиклон) и мелатонин. Не рекомендуется длительное (более 2 недель) применение снотворных ЛС из группы бензодиазепинов (нитразепам).

Расстройства обычно купируются в течение нескольких суток.

Не рекомендовано применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазина), так как они увеличивают вероятность развития делирия, судорог, обладают проаритмическим эффектом, особенно при парентеральном введении.

Не рекомендовано назначение трициклических антидепрессантов и клозапина, так как данные ЛС также увеличивают вероятность развития делирия.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов (F12.5 по МКБ-10), Резидуальные и отсроченные психотические расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12.7 по МКБ-10):

лечение проводится в стационарных условиях до 2 недель и включает организацию спокойного и безопасного окружения для возможного спонтанного разрешения симптомов и применение анксиолитиков группы бензодиазепинов быстрого действия в течение суток.

ЛС антипсихотического действия применяются при наличии продуктивной психотической симптоматики (рисперидон 2–6 мг/сутки, оланзапин 5–10 мг/сутки, кветиапин 100–600 мг/сутки, галоперидол 1,5–10 мг/сутки). Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Психотические психические расстройства могут купироваться спонтанно в течение нескольких дней, но лечение продолжают в течение недели.

Психотические психические расстройства с поздним дебютом могут сохраняться на протяжении месяцев и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

Для достижения седации возможно применение парентеральных форм анксиолитиков группы бензодиазепинов.

Употребление синтетических каннабиноидов сопряжено с большей вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств и могут требовать длительного лечения с применением антипсихотических ЛС.

Лечение направлено на устранение психопатологических расстройств и восстановление социального функционирования, продолжается до 2–4 месяцев и включает медикаментозное лечение. Специфическое лечение расстройств личности и поведения, вызванных употреблением каннабиноидов, отсутствует. Рекомендуется использование психотерапии, при отсутствии результата – длительная психотерапия и социальная реабилитация.

32. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств (F13 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств (F13.0 по МКБ-10):

при острой интоксикации седативными и снотворными ЛС без нарушения сознания и дыхательной функции специальных лечебных мероприятий не требуется. Острое отравление седативными и снотворными ЛС с нарушениями дыхательной функции и сознания требует неотложной медицинской помощи врачами скорой медицинской помощи, затем рекомендуется госпитализация в токсикологическое отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Лечение:

антагонист бензодиазепиновых рецепторов флумазенила.

Оказание медицинской помощи при сопоре или коме осуществляется в стационарных условиях в токсикологическом отделении, отделении реанимации и интенсивной терапии в организации здравоохранения.

Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств (F13.2 по МКБ-10):

для терапевтических целей зависимость от седативных и снотворных ЛС подразделяется на два вида – низкодозную и высокодозную.

Для расчета вида зависимости и дозировок ЛС используют эквивалентные дозы бензодиазепинов и фенобарбитала: диазепам – 5 мг, клозазепам – 0,5 мг, фенобарбитала – 30 мг, зопиклона – 7 мг.

При низкодозной зависимости суточная доза анксиолитического, снотворного или ЛС нормотимического действия в пересчете на диазепам составляет до 40 мг (в пересчете на фенобарбитал – до 240 мг, на зопиклон – до 60 мг в сутки). При высокодозной зависимости суточная доза анксиолитического или снотворного ЛС в пересчете на диазепам составляет более 40 мг в сутки (в пересчете на фенобарбитал – более 240 мг в сутки, на зопиклон – более 60 мг в сутки. При зависимости от седативных и снотворных ЛС, как правило, имеет место сопутствующее психическое расстройство (расстройство сна, алкогольная зависимость, паническое расстройство, расстройство личности и другие).

Лечение:

после отмены назначения седативных и снотворных ЛС дальнейшее лечение зависит от сопутствующих психических расстройств, выявленных у пациента. При их отсутствии показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанта группы СИОЗС, противоэпилептические ЛС), когнитивно-поведенческой и групповой психотерапии.

При сопутствующих тревожных расстройствах показано сочетание фармакологического лечения (антидепрессанта группы СИОЗС, противоэпилептические ЛС) и когнитивно-поведенческой психотерапии.

При сопутствующей зависимости от алкоголя рекомендуется фармакологическое лечение (дисульфирам), когнитивно-поведенческая психотерапия, групповая психотерапия или посещение групп самопомощи «Анонимные алкоголики».

При сопутствующей зависимости от опиоидов рекомендуется ОЗТ.

При сопутствующей бессоннице неорганической природы показано применение небензодиапиновых снотворных (зопиклон) и мелатонина.

Медицинской профилактикой зависимости от седативных и снотворных ЛС является соблюдение следующих правил:

- разработка четкой схемы применения ЛС;
- учет пользы и возможных отрицательных последствий лечения;
- информирование пациента о риске развития зависимости;
- постепенное уменьшение дозировок ЛС в течение 2 месяцев;
- назначение ЛС с длительным периодом выведения (диазепам, клоназепам) и сочетание с назначением других ЛС (психоаналептиков);
- сочетание фармакотерапии с психотерапией;
- по возможности следует избегать длительного применения седативных и снотворных ЛС у пациентов с зависимостью от ПАВ и с расстройствами личности.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением седативных или снотворных средств (F13.3 по МКБ-10):

при отмене назначения седативных и снотворных ЛС наблюдаются тревога, бессонница, шум в ушах, тошнота, гиперактузия, тремор, потливость, миоклонии, судороги, делирий.

Лечение:

тактика зависит от дозы принимаемого ЛС, длительности его приема.

Медицинские показания к лечению в амбулаторных условиях или вне организации здравоохранения:

- суточная доза менее 40 мг/сутки в пересчете на диазепам;
- отсутствие тяжелых сопутствующих психических расстройств;
- возможность регулярного контакта с врачом-специалистом;
- хороший контакт с близкими родственниками пациента.

Во всех остальных случаях показано лечение в условиях отделения дневного пребывания или в стационарных условиях.

Одномоментная отмена седативного или снотворного ЛС возможна в случаях низкодозовой зависимости и ее можно проводить только в стационарных условиях. При этом назначают карбамазепин в дозировке 600–800 мг/сутки. Недостаток одномоментной отмены – повышенный риск развития осложненного состояния отмены с психотическими психическими расстройствами и судорожными припадками.

Постепенная отмена седативного или снотворного ЛС может проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. ЛС, к которому сформировалась

зависимость, заменяют на анксиолитик группы бензодиазепинов длительного действия в эквивалентной дозировке – клоназепам или диазепам. После этого начинают постепенное уменьшение дозировки (на 1–2 эквивалентных дозы в неделю). После полной отмены седативного или снотворного ЛС рекомендовано назначение карбамазепина в дозе 800 мг/сутки в виде двукратного приема пролонгированной формы, длительностью не менее 1 месяца для нормотимического эффекта, медицинской профилактики развития судорожных припадков.

Назначение других противосудорожных ЛС (соли вальпроевой кислоты, топирамат, габапентин, прегабалин) показано при дисфории и импульсивности для улучшения восприятия психотерапии.

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики: пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50–100 мг/сутки.

Клонидин применяют в суточной дозе 0,45–1,5 мг, кратность приема составляет 3–5 раз в день под контролем артериального давления и пульса. Если на момент приема очередной дозы клонидина артериальное давление ниже 90/60 мм ртутного столба или частота сердечных сокращений меньше 60 ударов в минуту, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения частоты пульса.

При бессоннице назначают на ночь психоаналептик или антипсихотик, обладающий седативным эффектом (хлорпротиксен, кветиапин, amitриптилин и другие).

Медицинской профилактикой развития состояния отмены седативных и снотворных ЛС является соблюдение следующих правил:

по возможности следует избегать длительного терапевтического применения (более 1 месяца) седативных и снотворных ЛС;

назначение седативных и снотворных ЛС с длительным периодом выведения (диазепам, клоназепам);

при отмене постепенно уменьшать дозировки данных ЛС.

33. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина (F14.0 по МКБ-10):

лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии – при отравлении с угнетением сознания (сопоре или коме);

при сохранении психотической симптоматики – в психиатрическом отделении – при психотических и выраженных поведенческих расстройствах, агрессивности, судорогах;

в условиях отделения дневного пребывания – при тревожных и аффективных расстройствах настроения с сохранением упорядоченного поведения;

в амбулаторных условиях – при неосложненной интоксикации.

Показано промывание желудка и активированный уголь при пероральном приеме кокаина.

При гипертермии показано проведение инфузионной терапии: 9 мг/мл раствор натрия хлорида, 50 мг/мл раствор глюкозы. Возможно внешнее охлаждение с помощью льда.

Анксиолитики группы бензодиазепинов являются основными ЛС в лечении возбуждения при интоксикации и психотических психических расстройствах (инъекции 2–4 мл 5 мг/мл раствора диазепама, схема применения ЛС при лечении интоксикации ПАВ приведена в приложении 3).

Бета-адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – тахикардии, артериальной гипертензии (пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол в дозировке 50–100 мг/сутки).

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг. Для предупреждения нежелательных реакций галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Для купирования бессонницы применяются зопиклон и иные снотворные, а также седативный психоаналептик (амитриптилин), антипсихотики (хлорпротиксен, кветиапин).

Расстройства обычно купируются в течение нескольких часов.

Пагубное употребление кокаина (F14.1 по МКБ-10):

проводится психотерапия, наиболее эффективна когнитивно-поведенческая (краткосрочное психотерапевтическое вмешательство). Возможно проведение психологического консультирования.

Назначение антидепрессантов показано при сохраняющейся тревожной симптоматике и стойких аффективных нарушениях.

Назначение противозепилептических ЛС с нормотимическим действием показано при дисфории и импульсивности, для улучшения настроения и способности пациента к участию в психотерапии.

Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина (F14.2 по МКБ-10):

проводится поддерживающая психотерапия, психологическая коррекция.

Продолжительность лечения в стационарных условиях или в условиях отделения дневного пребывания составляет 14–28 дней.

Фармакологическое лечение направлено на подавление влечения к кокаину, устранение эмоциональных расстройств.

Рекомендовано применение дисульфирама в дозе 500 мг/сутки в течение 6–12 месяцев.

Для подавления влечения к кокаину применяют антипсихотики с мощным дофаминблокирующим эффектом (рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, реже галоперидол и флуфеназин), в форме таблеток или в пролонгированной форме. Дозировки антипсихотиков указаны в части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

Применяют антидепрессанты:

гетероциклические (мапротилин – 100–150 мг/сутки);

трициклические (кломипрамин – 150–250 мг/сутки);

группы СИОЗС – пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки, циталопрам (10–60 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки), венлафаксин (75–375 мг/сутки).

Поддерживающее лечение антипсихотиками или антидепрессантами назначается на срок от 3–6 месяцев до года и более.

Для устранения эмоциональных (дисфории и импульсивности) и вегетативных расстройств показано назначение противозепилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепина или солей вальпроевой кислоты), в дозах: карбамазепин – 400–600 мг/сутки (в простой или ретардной форме), соли вальпроевой кислоты – 600–900 мг в сутки (в простой или ретардной форме). Лечение продолжают 3–6 месяцев.

Не рекомендуется применение седативных и снотворных ЛС.

Рекомендуется индивидуальная или групповая психотерапия, посещение групп самопомощи «Анонимные Наркоманы».

При отсутствии результата показано сочетание фармакологического лечения, психотерапии и социальной помощи или помещение пациента в реабилитационный центр на длительный срок, госпитализация, назначение непрямого агониста дофамина (амантадин).

Абстинентное состояние, вызванное употреблением кокаина (F14.3 по МКБ-10):

продолжительность лечения в стационарных условиях составляет 7–10 дней.

Применение антидепрессантов является терапией выбора состояния отмены кокаина. Их прием продолжают после устранения проявлений состояния отмены при стойких аффективных нарушениях. Используют ЛС группы СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин), группы СИОЗНС (венлафаксин).

Для устранения психомоторного возбуждения, бессонницы при состоянии отмены кокаина применяются анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) не более 1 недели.

При выраженной дисфории или ажитации лечение начинают с внутримышечной инъекции 2–4 мл 5 мг/мл раствора диазепама.

Для купирования вегетативной симптоматики (тахикардии, артериальной гипертензии) назначаются бета-адреноблокаторы: пропранолол – 40–100 мг/сутки, атенолол – 50–100 мг/сутки.

При тяжелой дисфории применяется перициазин в каплях (раствор 40 мг/мл, в 1 капле содержится 1 мг), начиная с 10 мг 3 раза в день (дозу можно увеличить до 20–30 мг на прием).

Для лечения бессонницы применяются снотворные ЛС с коротким периодом полувыведения (зопиклон).

При дисфории и импульсивности, выраженных вегетативных расстройствах показано назначение противоэпилептических ЛС с нормотимическим действием (карбамазепин или соли вальпроевой кислоты): карбамазепин – 400–600 мг/сутки (простой или ретард), соли вальпроевой кислоты – 600–900 мг/сутки, – в течение 14–28 дней.

После устранения состояния отмены рекомендуется проведение собеседования и назначение ЛС согласно частям пятнадцатой – двадцать шестой настоящего пункта.

При отсутствии результата применяют антидепрессант из другой группы, дофаминэргические ЛС (амантадин, бромокриптин).

Не рекомендовано применение антипсихотиков группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин), клозапина во избежание развития делирия, судорог, гипотензии и аритмий, депрессивной симптоматики. Не рекомендовано назначение антипсихотиков группы бутирофенонов (галоперидол) в связи с риском развития экстрапирамидных нарушений.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина (F14.5 по МКБ-10); Резидуальные и отсроченные психотические расстройства, вызванные употреблением кокаина (F14.7 по МКБ-10):

продолжительность лечения в стационарных условиях до 2 недель.

Используется короткое (от 15 до 30 минут) психотерапевтическое вмешательство.

Показано применение анксиолитиков группы бензодиазепинов.

Галоперидол показан при наличии продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение), которая не купировалась в течение суток после прекращения приема кокаина или при ее значительной выраженности в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг. Галоперидол рекомендуется сочетать с анксиолитиками группы бензодиазепинов.

Антипсихотики (трифлуоперазин, рисперидон, флупентиксол, зуклопентиксол, кветиапин) применяются в дозировках согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола. Антипсихотический эффект развивается в течение нескольких дней или недель.

Психотические расстройства, сохраняющиеся на протяжении месяцев, требуют дифференциальной диагностики с шизофренией и бредовыми расстройствами.

34. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов (включая кофеин) (F15 по МКБ-10):

Специфических ЛС для лечения психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением стимуляторов, в том числе, новых синтетических стимуляторов, не разработано.

Сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства требуют применения анксиолитиков, психоаналептиков, противоэпилептических ЛС, снотворных ЛС согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

Употребление синтетических стимуляторов сопряжено с большей вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств, и требует применения пролонгированных антипсихотиков.

35. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов (F16 по МКБ-10):

употребление галлюциногенов, в том числе, новых ПАВ, сопряжено с вероятностью развития длительных и отсроченных психотических психических расстройств, требует

применения атипичных антипсихотиков (кветиапин, арипипразол, рисперидон, оланзапин), режим дозирования согласно части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола.

36. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F17 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (F17.0 по МКБ-10):

лечение проводится в течение 1–2 суток в амбулаторных условиях – при неосложненной интоксикации у взрослых, при интоксикации несовершеннолетних пациентов – в стационарных условиях.

Специфических антидотов при отравлении табаком не существует. При выраженной тошноте или рвоте применяется метоклопрамид, для устранения обезвоживания – промывание желудка, внутривенное введение 9 мг/мл раствора хлорида натрия, 50 мг/мл раствора глюкозы.

При выраженной вегетативной симптоматике – пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки;

Пагубное употребление табака (F17.1 по МКБ-10):

рекомендовано краткосрочное медицинское вмешательство для увеличения мотивации прекратить (изменить) употребление табака и никотина.

Синдром зависимости, вызванный употреблением табака (F17.2 по МКБ-10):

лечение проводится в амбулаторных условиях в течение 2–3 месяцев в целях:

прекращения табакокурения и употребления никотина;

подавления влечения к табаку или никотину;

устранения сопутствующих поведенческих расстройств (переедание, нарушения сна).

Используется одномоментное прекращение употребления табака (никотина) или постепенное снижение количества потребляемого табака (никотина) в течение до 3–4 недель.

Рекомендованы:

фармакотерапия, психотерапия, собеседование о вреде курения, совет бросить курить, сделанные врачом любой специальности;

краткосрочные психотерапевтические вмешательства, выполняемые врачом любой специальности индивидуально в течение 4 и более недель;

применение группового консультирования, когнитивно-поведенческой психотерапии.

При никотиновой заместительной терапии рекомендовано использование жевательной резинки, содержащей никотин (доза никотина 2 мг). При отсутствии результата применяют авersive вмешательства (спреи, изменяющие восприятия вкуса при курении).

При увеличении массы тела рекомендуется диета и физические упражнения.

Фармакотерапия и поведенческие вмешательства, эффективные у взрослых, могут использоваться и у несовершеннолетних пациентов.

Абстинентное состояние, вызванное употреблением табака (F17.3 по МКБ-10):

при выраженной вегетативной симптоматике назначают пропранолол в дозировке 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки.

Основой лечения является никотиновая заместительная терапия.

Проводится краткосрочное психотерапевтическое вмешательство для увеличения мотивации отказа от продолжения табакокурения.

37. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18 по МКБ-10):

Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей (F18.0 по МКБ-10):

при угнетении сознания и нарушении функции дыхания лечение проводится в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии от 1 до 7 суток. Специфических антидотов не существует. Показана ингаляция кислорода, применение 9 мг/мл раствора хлорида натрия, 50 мг/мл раствора глюкозы. Бета-

адреноблокаторы назначаются для купирования вегетативной симптоматики – с этой целью применяют пропранолол 40–80 мг/сутки или атенолол 50–100 мг/сутки.

Пагубное употребление летучих растворителей (F18.1 по МКБ-10); Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей (F18.2 по МКБ-10):

лечение проводится в течение 3–6 недель:

в стационарных условиях – у несовершеннолетних пациентов при сформировавшейся зависимости с целью изоляции от компании и строгого контроля за поведением, у совершеннолетних пациентов – при наличии выраженных когнитивных нарушений и сопутствующих психических расстройствах;

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – при употреблении летучих растворителей с вредными последствиями.

Специфические ЛС для лечения зависимости от летучих растворителей отсутствуют.

Назначение антипсихотиков рекомендуется только при выраженных поведенческих расстройствах (гетероагрессия и аутоагрессия) и только в стационарных условиях. Применяют перициазин в каплях (1 капля 40 мг/мл раствора содержит 1 мг) по 5–10 мг 2–3 раза в день.

Назначение психоаналептиков группы СИОЗС показано при стойких аффективных нарушениях в следующих дозировках: пароксетин (20–50 мг/сутки), флувоксамин (100–300 мг/сутки), эсциталопрам (5–20 мг/сутки), сертралин (50–150 мг/сутки), флуоксетин (40–60 мг/сутки), психоаналептики двойного действия – венлафаксин (75–375 мг/сутки).

Анксиолитики группы бензодиазепинов применяются длительностью не более 2 недель.

Для устранения когнитивных нарушений рекомендуется нейрокогнитивная реабилитация.

Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей (F18.5 по МКБ-10):

лечение:

проводится в стационарных условиях в течение до 2 недель.

Галоперидол назначается при наличии продуктивной психопатологической симптоматики в дозе 1,5–5 мг внутрь, суточная доза до 10 мг; возможно назначение других антипсихотиков (трифлуоперазин, рисперидон, кветиапин), способ применения и дозы указаны в части пятьдесят восьмой пункта 29 настоящего клинического протокола. При применении антипсихотиков часты нежелательные реакции, в связи, с чем необходимо избегать назначения пролонгированных антипсихотиков.

Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей (F18.6 по МКБ-10); Резидуальные и отсроченные психические расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей (F18.7 по МКБ-10):

лечение направлено на восстановление когнитивного дефицита и устранение сопутствующих психопатологических (поведенческих, аффективных) расстройств.

38. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19 по МКБ-10):

лечение состояния отмены от нескольких ПАВ может проводиться в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и в стационарных условиях. Пациенты с синдромом зависимости от нескольких ПАВ нуждаются в лечении в условиях отделения дневного пребывания и стационарных условиях, и в медицинской и психосоциальной реабилитации в сочетании с фармакотерапией, в том числе ОЗТ (опиоидными агонистами).

При расстройствах вследствие употребления ПАВ, сочетающихся с тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями), показано лечение в стационарных условиях, продолжение лечения – в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях.

Сопутствующие зависимости от других ПАВ тревожные и депрессивные расстройства требуют применения анксиолитиков, антидепрессантов, противоэпилептических ЛС, снотворных ЛС.

В случае сочетанного употребления синтетических ПАВ с развитием длительных и отсроченных психотических расстройств рекомендовано применение пролонгированных антипсихотиков.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема применения анксиолитиков производных бензодиазепа при состоянии отмены алкоголя

Международное непатентованное наименование ЛС	Разовая доза	Интервал	Суточная доза
Диазепам	5–20 мг внутрь, внутримышечно или внутривенно	каждые 6–8 часов	20–80 мг
Мидазолам	2,5 мг внутривенно или внутримышечно начиная с 2,5 мг и далее по 1 мг до достижения седации	по необходимости	7,5–15 мг
Клоназепам	2–4 мг внутрь	каждые 4 часа	8–16 мг

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема лечения состояния отмены алкоголя с применением диазепама в амбулаторных условиях

	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки	6-е сутки	7-е сутки
Суточная доза диазепама (мг) (способ введения)	40 внутримышечно	40 внутрь	30 внутрь	20 внутрь	15 внутрь	10 внутрь	5 внутрь

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
пациентам с психическими
и поведенческими расстройствами
вследствие употребления
психоактивных веществ
(взрослое и детское население)»

Схема назначения анксиолитика группы бензодиазепинов при лечении интоксикации ПАВ

Название ЛС	Разовая доза, способ введения	Интервал	Суточная доза
Диазепам	5–20 мг внутрь или внутривенно	каждые 6 часов	20–80 мг