



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

23 апреля 2019 г.

Донецк

№ 744

Об утверждении унифицированного
клинического протокола
медицинской помощи по
наркологии

С целью унификации требований к оказанию медицинской помощи, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Психотическое расстройство вследствие употребления психоактивных веществ», прилагается.

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение, утвержденного пунктом 1 настоящего Приказа, унифицированного клинического протокола медицинской помощи.

2.2. Разработку, внедрение локального протокола оказания медицинской помощи, на основе утвержденного пунктом 1 настоящего Приказа,

унифицированного клинического протокола медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27 января 2016 года №100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09 февраля 2016 года под регистрационным №981.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на вр.и.о. директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Окуневу Е.А.

5. Настоящий Приказ вступает в силу с момента его подписания.

Министр



О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕН
Приказом _____ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
№ _____

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
«ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»**

I. Паспортная часть

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или непосредственно после употребления вещества, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены. Расстройство характеризуется яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), искажениями восприятий, бредом (часто параноидального характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), патологическим аффектом, варьирующим от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Продолжительность психотического расстройства может достигать 1 месяца, резидуальная симптоматика может сохраняться в течение 6 месяцев.

Включаются алкогольные: галлюциноз, паранойя, психоз БДУ, ревность.

F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя
F11.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов
F12.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов
F13.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина
F15.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)

F16.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением никотина
F18.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей
F19.5	Психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

Исключаются вызванные алкоголем или другими ПАВ резидуальное психотическое расстройство с поздним (отсроченным) дебютом (F10- F19 с общим четвертым знаком 7)

Диагноз по МКБ-10

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

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

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

В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F 19.

Диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Донецкой Народной Республике (Список I, II, III)».

Состав рабочей группы по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю «Наркология»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1	Гуричева Юлия Олеговна	Главный специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, председатель Рабочей группы
2	Цыба Игорь Владимирович	Внештатный республиканский специалист по наркологии МЗ ДНР, заместитель председателя

3	Морозова Лариса Анатольевна	Главный врач наркологического диспансера г. Макеевка
4	Прокопович Евгений Алексеевич	Главный врач наркологического диспансера г. Горловка
5	Кононенко Игорь Николаевич	Заместитель главного врача Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
6	Кучерявая Виктория Ивановна	Заместитель главного врача Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
7	Максютенко Елена Васильевна	Заместитель главного врача Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
8	Долинная Анна Владимировна	Заместитель главного врача Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
9	Мицук Дмитрий Алексеевич	Заведующий отделением №1 Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
10	Матвеева Лариса Викторовна	Заведующий отделением №2 Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
11	Скороходов Максим Анатольевич	Заведующий отделением №7 Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
12	Рябцев Александр Станиславович	Заведующий отделением №3 Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
13	Кукта Владимир Васильевич	Заведующий приемно-экспертным отделением Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
14	Губа Геннадий Борисович	Заведующий отделением интенсивной терапии Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
15	Мильнер Игорь Александрович	Заведующий отделением медицинских осмотров Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
16	Мицук Алексей Викторович	Заведующий Донецким региональным медицинским центром безопасности дорожного движения Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
17	Панченко Сергей Владимирович	Юрисконсульт Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
18	Бурлет Галина Васильевна	Начальник отдела кадров Республиканского наркологического центра МЗ ДНР
18	Клюева Ирина Борисовна	Врач-нарколог отделения заместительной терапии Республиканского наркологического центра МЗ ДНР

Приглашенные специалисты

1	Рымарь Ирина Борисовна	Врач-нарколог отделения №2 Республиканского наркологического центра МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
---	---------------------------	---

Дата составления протокола: 28.03.2019

Дата пересмотра протокола: 28.03.2021

II. Общая часть

2.1. Этиология и патогенез острой интоксикации

Биологические факторы.

Причиной психотического расстройства является нарушение обмена нейромедиаторов в результате длительного, систематического злоупотребления психоактивным веществом. Как правило пусковым моментом в развитии такого расстройства является большая продолжительность очередного цикла наркотизации и/или особенно высокие дозы принятого психоактивного вещества.

2.2. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: необходимо выяснить, принимал ли пациент до того, как изменилось его состояние, какие-либо психоактивные вещества; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение также внешний вид больного, произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинко-психопатологического обследования; лабораторного исследования. Следует обратить внимание на информацию о длительности злоупотребления психоактивным веществом, изменении его количества и/или качества, предшествующее развитию психотического состояния. Психотическое расстройство чаще всего возникает в течение суток после употребления психоактивного вещества, но может манифестировать и в течении 2 недель после прекращения приема ПАВ. Основные клинические проявления острого психотического состояния редуцируются в течение нескольких дней, максимальная продолжительность острого психоза может достигать одного месяца, остаточная бредовая симптоматика может сохраняться в течение полугода. Клинические проявления указанных выше расстройств нельзя объяснить проявлениями острой интоксикации, и они не являются составной частью синдрома отмены.

Лабораторные методы:

- 1) общий (клинический) анализ крови;
- 2) анализ крови биохимический общетерапевтический;
- 3) анализ мочи общий;
- 4) иммунохроматографическая экспресс-диагностика содержания психоактивного вещества в биологических средах (моча, слюна);

5) токсикологическое исследование биологических сред (крови, мочи, желудочного содержимого) в случае, если данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт развития психотического расстройства вследствие употребления психоактивного вещества, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат или применение их не представляется возможным.

Инструментальные методы:

1) Регистрация электрокардиограммы.

III. Основная часть

3.1. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя

Острые психотические расстройства вследствие употребления алкоголя крайне разнообразны. Здесь рассматриваются все психотические нарушения, за исключением алкогольного делирия, возникающие во время запоя или в течение 2 недель после окончания употребления алкоголя.

F10.51 Алкогольное бредовое расстройство. Алкогольный бред является третьей по частоте формой психотического расстройства, после делирия и галлюциноза, чаще возникает у мужчин. В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) как правило развивается внезапно, часто ему предшествуют аффективные расстройства в виде тревоги, страха, обманы восприятия в виде слуховых иллюзий и/или вербальных галлюцинаций. Затем появляется уверенность, что за пациентом следят, его обсуждают, существует заговор с целью причинить ему вред. Как правило круг людей, стремящихся «навредить» пациенту включает его близких или персонал лечебного учреждения, где он находится. Чаще всего подобный бред имеет соответствующее эмоциональное сопровождение в виде сильной тревоги, страха, сопровождается двигательным беспокойством. При этом пациенты с целью самозащиты могут совершать действия агрессивного характера, в этом состоянии они могут причинить вред и себе, например, нанести себе самопорезы, чтобы покинуть лечебное учреждение, где им «грозит опасность».

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) обычно наблюдается у пожилых пациентов, как правило развитию психоза предшествуют идеи супружеской неверности, появляющиеся в состоянии алкогольной интоксикации или при состоянии отмены алкоголя. При развитии алкогольной паранойи возникает непреодолимая уверенность в измене жены, при этом любые факты, подчас прямо противоречащие идее супружеской неверности, трактуются в ее пользу. Пациент выстраивает целую систему доказательств того, что жена изменяет ему уже много лет, что дети рождены от любовника и пр. Довольно часто к идеям ревности присоединяются идеи материального ущерба (пациент уверен, что жена вышла за него замуж с целью

завладеть его имуществом), отравления, сутяжничества и пр. Алкогольная паранойя часто сопровождается измененным поведением с грубостью, агрессией в отношении жены, реже мнимого соперника.

F10.52— Алкогольный галлюциноз, является вторым по частоте возникновения острым психозом после делирия, чаще возникает у женщин. Острый галлюциноз развивается на фоне употребления алкоголя или в течение двух недель после прекращения его приема, сопровождается тревогой, сниженным фоном настроения, часто бредовыми идеями отношения. Дебют психоза как правило наблюдается в вечернее или ночное время. Вначале возникают акоазмы и фонемы, затем присоединяются вербальные галлюцинации. Обманы восприятия сопровождаются аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, растерянности. Чаще всего вербальные галлюцинации носят характер разговора двух и более лиц, обсуждающих личность пациента, обвиняющих его, осуждающих, угрожающих различными карами. На этом фоне часто развиваются бредовые переживания (отношения, обвинения и пр.), сопровождающиеся двигательным возбуждением, расстройствами поведения (попытками обратиться за помощью в полицию, агрессией по отношению к окружающим или суицидом. Течение острого алкогольного галлюциноза может носить abortивный характер. Описаны также сложные формы алкогольного галлюциноза: галлюциноз с делирием, с преобладанием бредовых расстройств, а также галлюциноз с психическими автоматизмами.

F10.54 — Психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики характеризуется сочетанием депрессивных нарушений (снижения настроения, самооценки, активности, характерной пессимистичной оценки происходящего) с продуктивной симптоматикой в виде галлюцинаций и бреда. Наиболее характерными являются вербальные галлюцинации в виде голосов, осуждающих пациента, бред виновности, отношения, самоуничужения.

F10.55 — Психотическое расстройство с преобладанием маниакальной симптоматики. Данное расстройство определяется характерным для маниакального состояния возбуждением, повышенной двигательной и психической активностью, в сочетании с галлюцинаторными или псевдогаллюцинаторными нарушениями и бредом величия.

В случаях, когда клиническая картина психотического расстройства изменчива и трудно выделить ведущий синдром, состояние характеризуется как полиморфное, F10.53.

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенный психоз.
3. Соматогенный психоз.

3.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов

Синдром отмены опиоидов может осложняться развитием психотических нарушений с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (F11.54.); крайне редко при отмене опиоидов наблюдаются шизофреноподобными психозы (F11.50) и острые параноиды (F11.51).

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенные психозы.

3.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов

При тяжелой степени интоксикации, длительном злоупотреблении препаратами конопли или повышенной чувствительности к этим препаратам может развиваться психотическое расстройство, для которого характерна шизофреноподобная симптоматика (F12.50x). Для этих состояний характерны сложные вербальные, зрительные и тактильные галлюцинации и псевдогаллюцинации, бред отношения, воздействия, ущерба, явления психического автоматизма. В последнее время участились случаи развития острых психотических состояний при употреблении синтетических каннабиноидов («спайсов»). Наиболее часто тяжелые шизофреноподобные психотические расстройства возникают у подростков.

Дифференциальный диагноз:

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенный психоз.

3.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ

В период отмены седативных и снотворных препаратов возможно развитие психотических расстройств в виде галлюциноза (F13.52) или параноида (F13.51), характерен полиморфизм клинических проявлений (F13.53). При отмене бензодиазепинов наблюдались (крайне редко) шизофреноподобные психотические состояния (F13.50) и психозы с преобладанием депрессивной симптоматики (F13.54). Данные состояния могут наблюдаться при длительном (более 6 месяцев) злоупотреблении седативными препаратами в высоких дозах.

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.

2. Эндогенный психоз.
3. Соматогенный психоз.

3.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина

У пациентов длительно (более 2 недель в течение одного цикла) злоупотребляющих кокаином в высоких дозах, могут наблюдаться острые психотические расстройства с галлюцинациями, бредовыми идеями величия, отношения, преследования, неадекватным поведением. Чаще всего наблюдается острый параноид (F14.51), маниакальный психоз (F14.55) или шизофреноподобное состояние (F14.50). Характерны слуховые, чаще всего вербальные галлюцинации, тактильные галлюцинации, аффективные нарушения в виде растерянности, тревоги и страха. Может иметь место импульсивность в сочетании с агрессивным или суицидальным поведением.

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенный психоз.

3.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин

При длительном злоупотреблении психостимуляторами часто развиваются психотические расстройства как правило в виде острых параноидов (F15.51) с выраженной тревогой, подозрительностью, чувственным бредом преследования. Может преобладать маниакальная симптоматика (F15.55) с яркими зрительными, обонятельными и тактильными галлюцинациями, бредом величия или особого значения, эротическим бредом. После отмены стимуляторов может развиваться психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики (F15.54) — характерна апатическая депрессия с бредовыми идеями виновности, отношения, самообвинения, самоуничужения.

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенные психозы.
3. Соматогенный психоз.

3.5. Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов

Эффекты галлюциногенов малопредсказуемы, даже однократный прием наркотика может спровоцировать развитие острого психотического состояния с

преобладанием шизофреноподобной симптоматики (F16.50) или острого параноида (F16.51) с различными аффективными расстройствами, разнообразными расстройствами восприятия, несистематизированным бредом, психомоторным возбуждением, непредсказуемым поведением. При возникновении психотических нарушений непосредственно после приема галлюциногена диагноз психотического расстройства не должен ставиться только на основании наличия продуктивной симптоматики. В подобных случаях, а также при состояниях спутанности, следует рассмотреть возможность диагноза острой интоксикации (F16.0xx).

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенные психозы.

3.6. Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей

При хронической интоксикации летучими органическими веществами могут развиваться шизофреноподобные психотические расстройства (F18.50), аффективно насыщенные состояния со слуховыми истинными и псевдогаллюцинаторными проявлениями, с идеями отношения и преследования, явлениями психического автоматизма.

Дифференциальный диагноз

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ.
2. Эндогенные психозы.
3. Соматогенный психоз.

3.7. Психотическое расстройство, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

При злоупотреблении несколькими психоактивными веществами в состоянии интоксикации и после отмены ПАВ могут наблюдаться различные психические нарушения. Их структура зависит как правило от вида, предпочитаемого психоактивного вещества, преобладают шизофреноподобные состояния, острые параноиды, полиморфные психозы.

3.8. Терапия психотических расстройств

Задачи терапии:

- 1) купирование психотических нарушений;
- 2) коррекция расстройств поведения;
- 3) лечение соматоневрологических расстройств.

Тактика терапии: проведение комплексного лечения, направленного на выведение больного из психотического состояния, лечение психомоторного возбуждения и расстройств поведения, поддержание жизнедеятельности и лечение соматоневрологических расстройств.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- 1) фиксация больного в функциональной кровати, купирование психомоторного возбуждения, (при необходимости);
- 2) назначение психофармакотерапии;
- 3) назначение инфузионной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств кислотно-основного состояния (при необходимости);
- 4) назначение метаболической терапии, симптоматического лечения, ноотропных, кардиотропных, гепатотропных средств.

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
Ежедневный осмотр врачом-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта. Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога. Прием (осмотр, консультация) врача-невролога. Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра. Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта. Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта.
2. Лабораторные методы исследования	
обязательно	по показаниям
Общий (клинический) анализ крови Анализ крови биохимический общетерапевтический Анализ мочи общий.	Исследование уровня психоактивных веществ в крови Тест на кровь в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски
– Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
Рентгенография или флюорография легких.	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное).

Описание интерпретация рентгенографических изображений	и Эхоэнцефалография. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. Регистрация электрокардиограммы. Электроэнцефалография. Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях.
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
обязательно	по показаниям
	<p>Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга.</p> <p>Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга.</p> <p>Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы.</p> <p>Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы.</p> <p>Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы.</p> <p>Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы.</p> <p>Электросон.</p> <p>Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ).</p> <p>Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП).</p>

Рекомендуемые лекарственные средства

Для купирования психомоторного возбуждения назначается комбинация диазепама 0,5% раствор не более 6 мл разово, не более 12мл в сутки и галоперидола 5-10 мг, не более 20мг в сутки внутривенно медленно в разведении физраствором или внутримышечно.

При наличии выраженных расстройств поведения, тенденциях к агрессии, суициду назначаются антипсихотические средства с седативным действием (хлорпромазин по 50-100 мг, не более 400 мг в сутки внутримышечно или внутрь, перициазин по 3-10 мг, не более 30 мг в сутки внутрь, зуклопентиксол по 10-25 мг, не более 100 мг в сутки внутрь).

С целью лечения продуктивных психопатологических расстройств (обманов восприятия, бреда) назначаются активные антипсихотические препараты: галоперидол по 1-5 мг, не более 20 мг в сутки, рисперидон по 1-2 мг, не более 4мг в сутки, трифлуоперазин по 5 мг, не более 20 мг в сутки.

Для лечения тревожных расстройств при недостаточной эффективности антипсихотических средств применяются гидроксизин (атаракс) до 150-200 мг в сутки внутрь или феназепам до 6 мг в сутки внутрь и/или внутримышечно.

При бессоннице назначается зопиклон 7,5-15 мг или золпидем 5-10 мг, фенибут 750-1500 мг в вечернее и ночное время.

Рекомендуемое лечение при острых галлюцинозах и бредовых психозах Психотропные средства

1. Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием - галоперидол по 5-10 мг 2-3 раза в сутки, рисперидон по 4-6 мг в сутки, хлорпромазин по 50 мг 3 раза в сутки, хлорпротиксен по 15 мг 3 раза в сутки, зуклопентиксол 10-30 мг в сутки.

2. Транквилизаторы, с целью купирования аффективных расстройств: диазепам 0,5% 2-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; феназепам 0,1% 1-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,01 г в сутки.

Симптоматическая терапия

1. Витаминотерапия: витамин В₁ 6% 4 мл в/м, витамин В₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В₁₂ 0,01% 2 мл в/м.

2. Нейрометаболическая терапия: Гамма-аминомасляная кислота (аминалон) по 0,25 3 раза в сутки, никотиноилгаммааминомасляная кислота (пикамилон) 0,05 г 3 раза в сутки или аминокфенилмасляная кислота (фенибут) по 0,25 3 раза в сутки.

3. Гепатопротекторы: метадоксин по 500 мг 2-3 раза в сутки, адеметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки).

При депрессивных нарушениях назначаются антидепрессанты (миртазапин по 30-60 мг внутрь в вечернее время или миансерин по 60-90 мг в дневное и вечернее время, сертралин по 25-50 мг утром или вечером).

Назначаются также средства, улучшающие обменные процессы: витамины (тиамин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии, пиридоксин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии; во избежание нежелательных реакций препараты назначаются через день, чередуя), тиоктовая кислота 600 мг в сутки внутрь или в инфузии.

Также назначаются ноотропные препараты - гопантеновая кислота до 3000 мг в сутки, пирацетам до 1200 мг внутрь, глицин до 1000 мг внутрь.

При необходимости коррекции водно-электролитных расстройств назначается инфузионная терапия.

Психотерапия

Активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема психоактивного вещества, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать наукообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом.

Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

Патопсихологическая диагностика, психотерапия, психологическое консультирование и оценка психотерапевтической динамики

	Применение
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с психотическим расстройством проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.
Психологическое консультирование. Семейное психологическое консультирование.	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Родственникам пациентов с психотическим расстройством необходимо семейное консультирование: сюда относится непосредственная работа с родственниками зависимых, после купирования психотических явлений и улучшения соматического состояния к семейному консультированию подключают пациента.

Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе. Для пациентов с психотическим расстройством проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.
----------------	--

Школа для пациентов с психотическим расстройством

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

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

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

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям

болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий.

IV. Прогноз

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный, но возможна хронизация процесса, длительное сохранение резидуальной симптоматики.

V. Сроки лечения

В стационарном отделении – до 20 дней.

В амбулаторных условиях – до 1 года.

Диспансерное наблюдение – до 5 лет

VI. Индикаторы качества медицинской помощи

№ п\п	Индикаторы качества	Показатель
1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях	20,0
2.	Удельный вес повторных госпитализаций в течении первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций	3,0
3.	Удельный вес повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания, в течении года, в % от общего количества госпитализаций	10,0
4.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев	0
5.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии	0,1

VII. Источники и литература

1. Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления. // "Психическое здоровье". — РАМН, 2014. — №2. — С. 73-99.

2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению «Психотическое расстройство вследствие употребления психоактивных веществ. МОСКВА 2014

3. Софронов Г. А., Головки А. И., Баринов В. А., Башарин В. А., Бонитенко Е. Ю., Иванов М. Б. Наркология // Наркология. — МОСКВА, 2012. — Т. 1. — С. 97-110.
4. Дворская О.Н., Катаев С.С, Мелентьев А.Б., Курдина Л.Н. Маркеры новых каннабимиметиков в моче // Ж. Наркология. — 2014. — Т. №3. . — С. С. 55-65 .
5. Международная классификация болезней. — 1994.
6. Kosior DA, Filipiak KJ, Stolarz P, Opolski G: Paroxysmal atrial fibrillation following marijuana intoxication: a two-case report of possible association // Int J Cardiol. — 2001. — Т. 78. — С. 183-184.
7. Cohen J, Morrison S, Greenberg J, Saidinejad M. 2012. , Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids. — Pediatrics. — Т. 129. — С. 1064–1067.
8. Н. Пятницкая И. Наркомании: Руководство для врачей. — 1994: М.: Медицина.
9. Под редакцией Иванца Н.Н. Руководство по наркологии. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. — 945 стр. с.
10. Брусин К.М., Забродин О.В., Уразаев Т.Х., и др. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия // Информационное письмо для врачей. — Екатеринбург, 2011.

Министр здравоохранения



О.Н. Долгошапка

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

16.04.2019 протокол № 13