



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

07.08. 2019 г.

Донецк

№ 1382

Об утверждении унифицированного клинического протокола
медицинской помощи «Амнестический синдром вследствие употребления
психоактивных веществ»

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 «Амнестический синдром 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 и 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 директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

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

Министр



О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения

Донецкой Народной Республики

07.08.2019 № 1382

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
«АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»**

I. Паспортная часть

Амнестический синдром (далее – АС) – когнитивное расстройство, обусловленное злоупотреблением психоактивными веществами (далее – ПАВ) и характеризующееся доминированием снижения кратковременной памяти на недавние и отдаленные события. Отмечаются нарушения чувства времени, затруднения при установлении порядка событий. Нарушается способность к усвоению нового материала. Иногда могут быть конфабуляции и псевдореминисценции. Другие когнитивные функции сравнительно сохранены. Непосредственное запоминание обычно не нарушено.

Включаются:

- амнестическое расстройство, обусловленное ПАВ
- корсаковский психоз или синдром, вызванный ПАВ или неуточненный.

Исключается:

- корсаковский психоз или синдром неалкогольный и не вызванный другим психоактивным веществом (F04.х).

Диагноз по МКБ – 10:

F10.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя
F11.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением опиоидов
F12.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением каннабиноидов
F13.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением седативных или снотворных веществ
F14.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением кокаина
F15.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением других стимуляторов, включая кофеин

F16.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением галлюциногенов
F18.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением летучих растворителей
F19.6	Амнестический синдром, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

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

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 «Амнестический синдром вследствие употребления ПАВ» 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)».

1	Определение	Расстройство, возникающее при длительном злоупотреблении алкоголя и других психоактивных веществ, характеризующееся выраженным хроническим нарушением памяти преимущественно на недавние и более отдаленные события, вызывающие затруднения в повседневной жизни. Продолжительность психотического расстройства может достигать месяцы, резидуальная симптоматика может сохраняться в течение 6 месяцев.
2	Диагностические критерии	<ol style="list-style-type: none"> 1.Наличие дефекта памяти на недавние события, нарушение усвоения нового материала, что выражается в нарушениях повседневной жизни. 2.Наличие снижения способности к воспроизведению прошлого опыта. 3.Отсутствие или относительное отсутствие нарушений непосредственного воспроизведения (например: цифрового ряда). 4.Отсутствие помрачения сознания, т.е. снижения ясности осознания окружающей действительности. 5.Отсутствие расстройств внимания. Сохраняется

		способность сосредоточивать, поддерживать или переключать внимание. 6.Отсутствие или относительное отсутствие интеллектуального снижения (деменции).
3	Уточнения	Отсутствуют объективные данные и/или анамнестические сведения о заболевании мозга, кроме токсической энцефалопатии, вызванной алкоголем и/или другими ПАВ, включая токсические вещества. Могут присутствовать также личностные изменения, волевые нарушения и астенические расстройства.
4	Пример диагноза	F10.6 Амнестический синдром вследствие употребления алкоголя F18.6 Амнестический синдром вследствие употребления летучих растворителей (пары бензина)

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

	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	Вр.и.о. 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	Заведующий отделением №1 Республиканского

	Алексеевич	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
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, доцент кафедры дефектологии ГОУВПО «Донецкий педагогический институт» МОН ДНР
---	------------------------	--

Дата составления протокола: 01.06. 2019 г.

Дата пересмотра протокола: 01.06. 2021 г

II. Общая часть

2.1. Этиология и патогенез амнестического синдрома

Биологические факторы.

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

Возникают метаболические нарушения (ацидоз, накопление кетоновых тел и др.), что ведет к множеству вторичных изменений на клеточном и органном уровнях. Токсические эффекты и расстройство резорбции тиамин (витамин В1) приводят к дегенерации (в более тяжелых случаях – демиелинизация и глиоз) нервных клеток.

АС развивается, если патологический процесс обуславливает билатеральное повреждение коры, гипоталамуса, гиппокампа и таламуса, а также ретикулярной формации, миндалина и септума.

2.2. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных: истории жизни и заболевания, а также общего осмотра пациента по системам и органам последовательно (соматическое и неврологическое обследование), произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования, функциональных исследований (эхеоэнцефалография, электроэнцефалография, компьютерная томография головного мозга, рентгенография черепа).

Медицинские услуги для диагностики амнестического синдрома,
вызванного употреблением психоактивных веществ

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
В условиях стационарного и амбулаторного отделения	
Прием (осмотр, консультация) врача нарколога	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта

Лабораторные методы исследования	
обязательно	по показаниям
Проведение реакции Вассермана (RW); Общий (клинический) анализ крови; Анализ крови биохимический; Анализ мочи общий	Определение наличия ПАВ в моче; Исследование уровня ПАВ в крови; Определение наличия ПАВ в слюне с помощью тест-полоски; Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови; Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови; Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови
Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
В условиях стационарного и амбулаторного отделения	
Регистрация электрокардиограммы; Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных;	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное); Эхоэнцефалография; Электроэнцефалография; Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях; Компьютерная томография головного мозга; Флюорография легких; Рентгенография легких; Описание и интерпретация рентгенографических изображений

2.3. Клиническая диагностика амнестического синдрома вследствие употребления ПАВ.

F1x.6x Амнестический синдром

Синдром, связанный с выраженным хроническим нарушением памяти на недавние события и с возможным расстройством памяти на отдаленные события, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке. Страдает также способность к усвоению нового материала. Могут присутствовать викарные ложные воспоминания – галлюцинации памяти (конфабуляции) и иллюзии памяти (псевдореминисценции). Амнестический синдром является наиболее тяжёлым этапным синдромом сквозного

психоорганического процесса. Нарушено абстрактное мышление. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений. Имеется сознание болезни, но жалобы на плохую память нестойкие и быстро забываются, сменяясь безучастностью.

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

Следует отметить: АС преимущественно встречается в конечной стадии зависимости вследствие употребления психоактивных веществ (как исход острых, подострых и хронических энцефалопатий и тяжелых алкогольных делириев).

2.4. Дифференциальный диагноз

Для дифференциальной диагностики следует учитывать возможность развития органического (неалкогольного) АС (F 04.-); других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция или делирий, не обусловленный алкоголем и другими ПАВ) (F 00-F03, F05.-), депрессивного расстройства (F 31-F33), диссоциативной амнезии (F 44.0), расстройства личности (F 61), антероградной и ретроградной амнезии другого генеза (R 41.1- 41.2).

В острой стадии дифференциальный диагноз основан только на данных объективного клинко-психопатологического и углубленного неврологического исследования, а также анамнезе. При деменциях течение амнезии уже хроническое и присоединяются нарушения других когнитивных функций, речи. При злоупотреблении ПАВ нарушается непосредственное воспроизведение событий, то есть фиксационные расстройства, которые редки при органических амнезиях. Диссоциативная амнезия является результатом вытеснения травматического события и непосредственно с ним связана, при ней не обнаруживается органического фона. При полиморфных расстройствах личности амнезии предшествуют характерные изменения поведения, мотиваций и памяти, относящиеся к другой личности.

III. Лечение амнестического синдрома.

Медицинская помощь при АС легкой степени выраженности (не грубые изменения памяти, не точная ориентировка в месте и времени) может быть оказана в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

При невозможности оказания медицинской помощи в данных условиях, при наличии медицинских показаний, пациент направляется в учреждение здравоохранения, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю «наркология».

Лечение АС средней степени (отчетливые нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии) и тяжелой степени (очень грубые расстройства памяти, выраженная дезориентировка в месте и во времени, выраженная ретроградная и антероградная амнезия, возможны конфабуляции и псевдореминисценции) рекомендуется оказывать в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение – в стационарных условиях специализированных наркологических учреждений.

Основные задачи:

1. Снижение выраженности интеллектуально-мнестических расстройств и уменьшение когнитивного дефицита;
2. Стабилизация сомато-неврологического состояния;
3. Выработка установки на воздержание от ПАВ.

Терапия амнестического синдрома вследствие употребления алкоголя и других ПАВ – комплексный, индивидуальный и длительный процесс.

Применяемые лекарственные средства можно разделить на 3 группы:

1. Психотропные препараты: применяют как в психиатрии и неврологии, так и в наркологии;
2. Специфические препараты: применяют преимущественно в наркологии;
3. Системные (соматотропные) препараты: применяют в терапии, неврологии, наркологии.

3.1. Психотропные препараты

Препараты для восстановления когнитивных и интеллектуально-мнестических функций:

1. Ноотропные препараты (стимуляторы клеточного метаболизма нейронов, церебропротекторы).

В зависимости от исходного состояния больного, они могут оказывать психотонизирующее, антиастеническое, седативное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Независимо от регистра нарушения психической деятельности их основное действие адресуется к острой и резидуальной органической недостаточности ЦНС. Клинически стимулирующее действие ноотропных препаратов ограничивается их благотворным влиянием в основном или даже исключительно на высшие психические, т.е. кортикальные, функции. Тем самым повышается степень самоконтроля, уровень критики и устанавливается более тонкое дифференцирование поведения. Ноотропные препараты способствуют восстановлению умственной работоспособности, укреплению памяти и внимания, но вместе с тем – активного торможения. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства.

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

1. Препараты, оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции – мемантин, пирацетам, пиритинол и др.

2. Гамма-аминомасляная кислота, кислота гопантенная, аминокислота фенилмасляная.

3. Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение – циннаризин, винпоцетин, винкамин, пентоксифиллин.

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропные препараты.

Лекарственное средство	Показания	Дозы и применение
Пирацетам	Комплексная терапия острых, в т.ч. ургентных состояний. При выраженных церебральных сосудистых расстройствах. Интеллектуально-мнестические нарушения, патологическое влечение к ПАВ, тревога, раздражительность, бессонница при алкогольной зависимости.	Разовая доза 400–1200 мг Средняя суточная 2400–4500 мг
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии, полиневриты, слабоумие	Средняя суточная доза 3000–3750 мг
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Комплексная терапия острых, в т.ч. ургентных состояний. Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью.	Разовая доза 20–50 мг Средняя суточная 40–300 мг
Пиритинол	Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями апатии и адинамии, астенические состояния, неврозоподобные расстройства у больных алкогольной зависимостью, при алкогольной энцефалопатии. Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опиоидной наркоманией, зависимости от психостимуляторов.	Средняя суточная доза 200–600 мг
Церебролизин	Психоорганический синдром у больных алкогольной зависимостью.	Только парентерально: в/м 3–5 мл, в/в 10–60 мл. Курс

		ежедневно в течение 4 недель
Мемантин	Мнестические расстройства, конфабуляции, умеренное интеллектуальное снижение	10-15 мг 1 раз в день в течение 3-4 недель
Холина альфосцерат	Психоорганический синдром, когнитивные расстройства	400 мг 3 раза в день

Осуществление коррекции когнитивных функций у больных с АС не меняет того факта, что в каждом данном случае сохраняется зависимость от ПАВ, которая требует продолжения специальной наркологической терапии – соответственно протоколам лечения синдрома зависимости и абстинентного синдрома. Болезнь у таких пациентов отличается сравнительно большой давностью, снижением компенсаторных возможностей организма и личности, тенденцией к срывам ремиссии и рецидивам, связанным как с семейно-ситуационными факторами, так и с аутохтонными обострениями патологического влечения. Предотвращение этих обострений, т.е. стабилизация формирующейся ремиссии, осуществляется, в частности, путем медикаментозной терапии.

3.2. Антипсихотические препараты, как средства лечения обострений патологического влечения к ПАВ, у больных с амнестическим синдромом.

Надо учитывать, что больные с АС, в силу накопившихся у них последствий хронической интоксикации в виде органической неполноценности головного мозга обнаруживают повышенную чувствительность к побочному действию ряда психотропных средств, особенно антипсихотиков, что требует внимательного учета противопоказаний. Кроме того, больные с АС относятся к поздним стадиям заболевания и характеризуются выраженным психическим дефектом (психическая деградация), при котором симптоматика патологического влечения лишена отчетливых продуктивно-психопатологических признаков. Поэтому среди данной группы препаратов можно ограничиться теми, которым свойственно относительно мягкое антипсихотическое действие и которые в меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты или сердечно-сосудистые осложнения. Например: тиоридазин, рисперидон.

3.3. Применение антидепрессантов

Применение антидепрессантов показано не только при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ, но и в качестве самостоятельных средств подавления патологического влечения как целого синдрома.

При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим, наряду с тимолептическим, седативным или

сбалансированным действием. Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно, а затем переходить на пероральный приём.

В случае использования антидепрессантов надо понимать, что речь идет о купировании синдрома патологического влечения. Важно отметить, что эффект редукции влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие. Таким образом, подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным их свойством. Рекомендуемые препараты: амитриптилина гидрохлорид, кломипрамин.

3.4. Применение антиконвульсантов

С целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ применяются также некоторые антиконвульсанты, относящиеся к группе нормотимиков. В оптимальных дозах они почти не вызывают побочных эффектов, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов (токсическое влияние на кровь, аллергические реакции). Главной мишенью лечебного действия антиконвульсантов-нормотимиков служат дисфорические расстройства, которые являются типичной манифестацией аффективного компонента в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ. Препараты, рекомендуемые к применению: карбамазепин, вальпроевая кислота.

3.5. Гепатотропные препараты

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

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота, адеметионин, тиоктовая кислота, диаминовалериановая кислота.

Ведущее место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: тиоктовая кислота, метадоксин. Тиоктовая кислота применяется двояко – парентерально и перорально. Парентеральное применение тиоктовая кислота в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в суточной дозе 600 мг (24 мл официального р-ра на 400 мл физ. р-ра) оказывает выраженное детоксицирующее действие. Гепатотропный эффект и благотворное влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при алкогольном абстинентном синдроме, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксин– по 300 мг (5 мл) внутривенно капельно в 0,9% растворе натрия хлорида; терапия нарушений функций печени

алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки.

3.6. Симптоматическая терапия

Витамины и минеральные вещества: Витамин В1, витамин В6, аскорбиновая кислота. Другие витаминные препараты: Витамин Е, витамин В 9 (фолиевая кислота), рибофлавин, никотиновая кислота, витамин РР, витамин В3, витамин В15.

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

3.7. Немедикаментозные методы лечения больных с амнестическим синдромом вследствие употребления ПАВ

Психологическое консультирование - Семейное психологическое консультирование	совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. У пациентов с амнестическим синдромом необходимо семейное консультирование: сюда относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены.
Психологическая коррекция -Индивидуальная психологическая коррекция	Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его

	социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. У больных с амнестическим синдромом проводится индивидуально.
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.
Арттерапия	Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента. Применяется у пациентов с выраженной алекситемией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.

При амнестическом синдроме активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций.

Проведении предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры»), эмоционально-

стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) при выраженном амнестическом синдроме не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники, без применения каких-либо лекарственных 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 научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Недопустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

3.8. Психологическая адаптация

Психологическая адаптация – это 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.

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

Использование школы для пациентов с амнестическим синдромом рекомендуется больным с достаточным восстановлением когнитивных функций – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы, с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания,

профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более возрастные пациенты требуют чаще индивидуальной работы. 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. Также занятия включают в себя формирование и укрепление навыков решения бытовых проблем, умений социального взаимодействия.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради-дневника и выполнение домашних заданий.

3.9. Критерии эффективности лечения

Эффективность лечения АС у пациентов злоупотребляющими ПАВ определяется :

- 1.Стабилизацией психофизического состояния пациента;
- 2.Обратным развитием признаков амнестического синдрома.

IV. Прогноз

Прогноз при амнестическом синдроме вследствие употребления ПАВ средне-благоприятный. Возможно частичное восстановление трудоспособности

V. Сроки лечения

В стационарном отделении– до 20 дней.

В амбулаторных условиях – до 1 года.

Диспансерное наблюдение – до 5 лет

Средний срок лечения АС, включая стационарный и амбулаторный этапы терапии – 90 дней.

VI. Индикаторы качества медицинской помощи

№	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. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10-F19) Москва 2015
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. 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 агенство, 2008. — 945 стр с.

Министр



О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
_____ протокол № _____