

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «27» августа 2015 года
Протокол № 7

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ (ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ)

I. Вводная часть:

1. Название протокола. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (для взрослых).

2. Коды протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

F10 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

F10.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Пагубное (с вредными последствиями) употребление;

F10.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости;

F10.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние (синдром отмены);

F10.4 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием;

F10.5 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Психотическое расстройство;

F10.20 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание;

F10.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление;

4. Сокращения, используемые в протоколе: сделать с таблице по образцу

АлТ	– аланинаминотрансфераза
АсТ	– аспартатаминотрансфераза
МКБ-10	– международная классификация болезней
ОАК	– общий анализ крови

ОАМ	– общий анализ мочи
ОГК	– органы грудной клетки
УЗИ ОБП	– ультразвуковое исследование органов брюшной полости
УФО	– ультрафиолетовое облучение
ЭКГ	– электрокардиографическое исследование
ЭхоЭГ	– эхоэнцефалография
КТ	– компьютерная томография
АД	– артериальное давление
ВГД	– внутриглазное давление

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протоколов: врачи общей практики, терапевты, психиатры, токсикологи, врачи скорой медицинской помощи, наркологи, психотерапевты, психологи.

II. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций [17].

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя – это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности [7].

9. Клиническая классификация[2]:

По стадии заболевания:

- I стадия(начальная);
- II стадия(промежуточная);
- III стадия(конечная).

По формам злоупотребления алкоголем:

- однодневные эксцессы с перерывами в 2-3 дня без опохмеления;
- однодневные процессы с опохмелением;
- непостоянное пьянство с опохмелением;
- постоянное пьянство с опохмелением на фоне нарастающей или высокой толерантности;
- периодический тип пьянства в виде псевдозапоев;
- перемежающееся пьянство;
- постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности;
- периодическое пьянство в виде истинных запоев (дипсомания);

По оценке прогрессивности:

- злокачественно-прогрессивный;
- прогрессивный с медленным течением;
- стационарное течение;
- ремиттирующее течение;
- регрессивное течение.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- абстинентное состояние (синдром отмены) тяжёлой степени или с судорожными припадками;
- абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием;
- психотическое расстройство.

Показания для плановой госпитализации:

- абстинентное состояние (синдром отмены) не осложнённое;
- в настоящее время воздержание;
- в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление..

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови (6 параметров);
- общий анализ мочи;
- флюорография ОГК;

- микрореакция крови..

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне [7.17]:

- анализ крови на ВИЧ методом ИФА (по клиническим показаниям);
- биохимический анализ крови (определение общего белка, креатинина, АсТ, АлТ, глюкозы крови, определение билирубина, тимоловая проба);
- ЭКГ.

11.3 Минимальный перечень обследования, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию [7,17,18]: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- флюорография ОГК;
- микрореакция на сифилис;
- биохимический анализ крови (определение общего белка, креатинина, АсТ, АлТ, глюкозы крови, определение билирубина, тимоловая проба);
- психодиагностика.

11.5. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом;
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА (по клиническим показаниям);
- ЭКГ;
- ЭХО ЭГ;
- КТ головного мозга;
- УЗИ ОБП;
- рентгенография ОГК;
- экспериментально-психологическое исследование;
- ВГД.

11.6. Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование.

Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез:

Состояние отмены тяжёлой степени (осложнённое):

Жалобы:

- наличие непреодолимого влечения к алкоголю;
- нарушение сна;
- тремор рук, век, языка;
- головные боли;
- тошнота, рвота;
- отсутствие аппетита;
- судорожный припадок, психотические расстройства;
- тахикардия;
- потливость, общая слабость;
- повышение АД;
- раздражительность;
- чувство тревоги, напряжения.

Анамнез:

- сильное желание/чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков/алкоголь содержащих веществ;
- сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;
- состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием алкогольных напитков уменьшается или прекращается,
- повышение толерантности к эффектам алкоголя;
- поглощенность употреблением алкогольных напитков,

Состояние отмены с делирием;

Жалобы:

- наличие непреодолимого влечения к алкоголю;
- отсутствие сна;
- тремор рук, век, языка;
- головные боли;
- отсутствие аппетита;
- судорожный припадок (до 20%);
- наличие расстройств восприятия (преимущественно зрительные галлюцинации);
- чувство страха, тревоги;
- неусидчивость, суетливость;
- учащённое сердцебиение;
- потливость, общая слабость;

- повышение АД.

Анамнез:

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ;
- сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков;
- состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием алкогольных напитков уменьшается или прекращается;
- повышение толерантности к эффектам алкоголя;
- поглощенность употреблением алкогольных напитков;
- недавнее прекращение приема или снижение дозы алкоголя после употребления алкоголя в течение длительного времени и/или в высоких дозах.

Психотическое расстройство;

Жалобы:

- наличие непреодолимого влечения к алкоголю;
- нарушение сна;
- тремор рук, век, языка;
- сознание обычно ясное, но возможна некоторая степень его помрачения;
- наличие расстройств восприятия (обычно слуховые галлюцинации, но могут затрагивать более одной сферы чувств) ложными узнаваниями, бредовыми идеями отношения;
- двигательное возбуждение с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убегать или ступор;
- аномальный аффект (обычно страх или экстаз)
- учащённое сердцебиение;
- повышение АД.

Анамнез:

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ;
- сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков;
- состояние отмены или абстинентный синдром;
- повышение толерантности к эффектам алкоголя;
- поглощенность употреблением алкогольных напитков;
- чаще возникает во время или после непосредственного употребления, реже в последние дни запоя;
- развитию психоза предшествуют аффективные нарушения — тревога, бредовая настороженность, у женщин чаще депрессия.

12.2 Физикальное обследование:

Состояние отмены тяжёлой степени

Психический статус:

- эмоциональная напряженность;
- беспокойство;
- тревога.

Соматовегетативный и неврологический статус:

- гиперемия лица, шеи;
- инъекция склер;
- боли в области сердца, в области правого подреберья, в эпигастральной области;
- сухость во рту;
- повышение АД, ЧСС, ЧД;
- гипергидроз;
- тремор языка, век, конечностей;
- мышечная гипотония;
- грубые промахивания при выполнении пальценосовой пробы;
- парестезии в различных частях тела;
- судорожные сведения мышц рук и ног, эпилептиформные припадки.

Состояние отмены с делирием:

Психический статус:

- психомоторное возбуждение с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убежать;
- нарушения ориентировки во времени, в окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности;
- нарушения восприятия- иллюзии и галлюцинации (преимущественно зрительные галлюцинации, парейдолии);
- неустойчивость и повышенная отвлекаемость внимания (иногда достигающая степени свехотвлекаемости);
- аффективная лабильность;
- наличие образного бреда преследования или физического уничтожения, реже бредовые идеи иного содержания.

Соматовегетативный и неврологический статус:

- гиперемия лица, шеи;
- инъекция склер;
- потливость со специфическим запахом пота;
- повышение температуры тела (субфебрильная);
- повышение АД, ЧСС, ЧД;
- мелкое дрожание (тремор);
- атаксия;
- мышечная гипотония;
- гиперрефлексия;
- в 10-19% случаев развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки;
- болезненность в правом подреберье, в эпигастральной области;
- увеличение печени.

Психотическое расстройство:

Психический статус:

- истинные слуховые галлюцинаций, часто множественного характера, усиливающиеся в вечернее время;
- бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения), содержание которых тесно связано с галлюцинациями;
- бредовое поведение с психомоторным возбуждением может сменяться периодами относительно упорядоченного поведения, маскирующим психоз;
- все виды ориентировки сохранены.

Соматовегетативный и неврологический статус:

- гиперемия лица, шеи;
- инъекция склер;
- тахикардия;
- повышение АД, ЧД;
- мелкое дрожание (тремор);
- атаксия;
- мышечная гипотония;
- гиперрефлексия;
- болезненность в правом подреберье, в эпигастральной области;
- увеличение печени.

12.3.Лабораторные исследования [1,2,3]:

- **Общий анализ крови:** норма/умеренное увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, гипохромия эритроцитов, снижение цветного показателя, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов.
- **Биохимический анализ крови:** норма/повышение содержания, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы мочевого кислоты, холестерина и триглицеридов, общего билирубина, тимоловой пробы, гипогликемия, гипергликемия; снижение содержания К, Na, Mg, Zn и P в сыворотке.
- **Общий анализ мочи:** норма/лейкоцитурия различной степени выраженности, микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия.

12.4. Инструментальные критерий:

УЗИ ОБП - увеличение печени, селезёнки, диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы;

ЭКГ: норма/

- смещение интервала ST книзу от изолинии (иногда даже горизонтальный тип смещения, что требует дифференциальной диагностики с ИБС);
- снижение амплитуды зубца Т, его сглаженность или даже негативность;
- в грудных отведениях регистрируется зубец двухфазный или высокий Т;
- увеличение амплитуды положительного зубца Т;

- расширение и расщепление зубцов P_{II}/ увеличение амплитуды зубцов P_{II-III}.

Эхокардиография: норма/

- дилатация всех четырех полостей сердца;
- глобальное снижение функции желудочков;
- митральная и трикуспидальная регургитация;
- легочная гипертензия;
- диастолической дисфункции левого желудочка присоединяется систолическая дисфункция;
- наличие внутрисердечных (внутрипредсердных или внутривентрикулярных) тромбов;
- гипертрофия левого желудочка.

КТ, МРТ головного мозга: норма/признаки энцефалопатии, атрофические изменения коры головного мозга.

12.5. Показания для консультации узких специалистов [2,3]:

- консультация кардиолога при патологии сердечно-сосудистой системы;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;
- консультация онколога при подозрении на онкопатологию;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб;
- консультация хирурга (общего, сосудистого, кардиохирурга) при хирургических патологиях;
- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
- консультация гастроэнтеролога при выявлении патологии ЖКТ;
- консультация инфекциониста при выявлении инфекционных заболеваний;
- консультация дерматолога при неспецифических изменениях кожных покровов;
- консультация уролога при выявлении патологии мочеполовой систем;
- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

12.6. Дифференциальный диагноз:

Таблица -1. Дифференциальная диагностика бытового пьянства и хронического алкоголизма I, II и III стадии (Иванец Н.Н., 2002г)

Признак	Бытовое пьянство	I стадия	II стадия	III стадия
Толерантность к алкоголю	Низкая	Увеличение толерантности в 2-3 раза	Увеличение толерантности в 5-6 раз, плато толерантности	Снижение толерантности на 50%
Защитный рвотный рефлекс	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Появление защитного рвотного рефлекса
Ситуационный контроль	Сохранен	Сохранен	Утрачен	Утрачен
Количественный контроль	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Утрачен со снижением критической дозы алкоголя
Опьянение	Очерченный этап эйфории	Постепенное уменьшение эйфории и нарастание дисфории, алкогольные палимпсесты	Появление измененных форм опьянения, амнестические формы опьянения	Отсутствует или слабо выражена эйфория, уменьшение агрессивности и расторможенности, при передозировке быстро наступает оглушение и сопорозные явления, амнестические формы опьянения
Алкогольный абстинентный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Сформирован	Сформирован

Форма употребления алкоголя	Эпизодическое или ситуационное пьянство	Алкогольные эксцессы сочетаются с периодами воздержания или ежедневным приемом небольших доз алкоголя	Постоянное пьянство или псевдозапой	Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности или периодические, циклические запои
Изменения личности	Отсутствуют	Морально-этическое снижение	Заострение преморбидных личностных черт	Деградация личности, психоорганический синдром
Алкогольные психозы	Отсутствуют	Отсутствуют	Острые и затяжные	Острые, затяжные и хронические

Таблица -2. Дифференциальная диагностика состояние отмены алкоголя и постинтоксикационного состояния (алкогольного отравления, возникающего после употребления токсических доз алкоголя у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью)

Признак	Состояние отмены алкоголя	Алкогольное постинтоксикационное состояние
Влечение к алкоголю	Сопровождается выраженным влечением к алкоголю	Отсутствие влечения к алкоголю, чаще отвращение к спиртному
Доза алкоголя	Возникает независимо от дозы алкоголя вслед за резким прекращением его приема	Возникает после употребления индивидуально высоких доз алкоголя
Клинические проявления	Комплекс психопатологических, соматических и неврологических расстройств, характерных для ААС	Преобладание астении и проявлений токсикоза (рвота, сонливость, оглушение)
Влияние алкоголя на клинические проявления	Устраняет клинические проявления ААС	Не снимает, а наоборот, усиливает токсические явления

Таблица - 3. Дифференциальная диагностика острых алкогольных галлюцинозов, и галлюцинозов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерий	Алкогольный галлюциноз	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем обычно более 5-ти лет, давность похмельного синдрома чаще не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный	Давность злоупотребления алкоголизмом обычно 2-3 года, давность похмельного синдрома нередко 1-2 года, длительность запоя перед психозом нередко 1-2 дня. Темп формирования алкоголизма часто ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением личностных особенностей	В опьянении нередко идеи ревности, отношения, отравления, преследования, бессвязность высказываний, кататонические включения, тяжелое речевое возбуждение
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Тревога, возможен тоскливый аффект, умеренно выраженные соматоневрологические расстройства	Тревожно-бредовое состояние с растерянностью, идеи преследования, отношения особого значения, отравления, ревности. Неадекватность аффекта в бреду. Неадекватность поведения аффекту и бреду
4	Особенности алкоголизма	Возникновение запоев и псевдозапоев в связи с ситуационными моментами, случайными употреблением алкоголя, в связи с постоянным или периодическим влечением к алкоголю	Возможно возникновение запоев и псевдозапоев в связи с депрессивными или гипоманиакальными состояниями, в связи с тревожно-депрессивными состояниями. Хаотический характер злоупотребления алкоголем, ничем не объяснимые спонтанные ремиссии
5	Особенности личности до	Алкогольные изменения личности или хопатические черты характера	Снижение активности, замкнутость, неадекватность поведения, манерность

	психоза		
6	Особенности бреда	Типичен бред преследования, принимающий характер бреда физического уничтожения. Возможен бред воздействия, который всегда связан с истинными обманами восприятия и патологическими ощущениями. Бред конструктивно прост, нагляден, содержание его связано с повседневной реальностью. Идеи величия редки, содержание их лишено фантастичности	Возможно возникновение бреда воздействия, сочетающегося с галлюцинациями. Содержание бреда часто оторвано от реальности. Возможно возникновение фантастического бреда, сочетающегося с фантастическим галлюцинозом
7	Особенности аффекта	Страх, тоска, отчаяние, тоскливо-тревожный аффект. Очень редка смена аффекта с появлением смешанного состояния (страх, идеи величия)	Возможна депрессия с растерянностью, идеями самообвинения. Аффект может не соответствовать содержанию бреда
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством от мнимых преследователей, суицидальные попытки	Возможны поступки не адекватные содержанию бреда и аффекту, агрессия в отношении окружающих, нелепое поведение, суицидальные попытки, превращение в «преследуемых преследователей»
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Сочетание бреда воздействия с истинными словесными галлюцинациями и телесными ощущениями. Галлюцинаторный вариант синдрома открытости	Сочетание бреда воздействия с псевдогаллюцинациями. Идеаторные, сенсопатические, кинестетические автоматизмы. Бредовый и псевдогаллюцинаторный варианты синдрома открытости
10	Сочетание вербального галлюциноза с другими синдромами	Вербальный галлюциноз может смениться делириозным помрачением сознания. На высоте галлюциноза могут возникнуть делириозные расстройства или даже фантастический делирий	Вербальный галлюциноз может смениться депрессивно-параноидальным состоянием, тревожно-бредовым состоянием с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма, другими бредовыми и аффективно-бредовыми синдромами

11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Если обманы восприятия исчезли во время лечения нейролептиками, то после их отмены они вновь не появляются	Вербальные галлюцинации, исчезнувшие во время лечения нейролептиками, после их отмены могут вновь возникнуть
12	Отношение к алкоголизму	Стремление преуменьшить тяжесть злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
13	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Медленное наступление критики или ее отсутствие. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить многие поступки во время психоза
14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Необщительность, пассивность, формальные контакты с окружающими, эмоциональная холодность

Таблица – 4. Дифференциальная диагностика алкогольных параноидов и параноидов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983).

№	Диагностические критерий	Алкогольный параноид	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность существования алкоголизма не менее 3-х лет. Наличие абстинентного синдрома. Длительность запоя не менее 5-6 дней. Обычные темпы формирования алкоголизма	Давность злоупотребления алкоголем или хронической алкогольной интоксикации может быть менее 3-х лет. Абстинентный синдром может отсутствовать. Длительность запоя нередко 2-3 дня

2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с выявлением особенностей личности	Возможно ускоренное формирование алкоголизма. В опьянении идеи отношения преследования, отравления, ревности, речевое возбуждение, бессвязность речи
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Возникновение психоза во время похмелья на фоне умеренно выраженных соматоневрологических нарушений	Соматоневрологические нарушения могут быть очень легкими. Настроение снижено, иногда тревожно-тоскливое или тоскливо-злобное
4	Особенности алкоголизма	Связь запоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Запой часто появляются в связи с эндогенными нарушениями настроения
5	Особенности личности до психоза	Изменения, характерные для алкоголизма, или психопатические черты характера	Замкнутость, неразговорчивость, подозрительность, избирательная общительность
6	Особенности бредач	Образный бред преследования, чаще всего, принимающий форму бреда физического уничтожения. Бред конструктивно прост, нагляден, мотивы преследования обыденные	Полиморфизм бредовых идей. Возможно появление идей особой значимости, символики, ложных узнаваний. Часто сочетание идей преследования и отравления. Мотивы преследования нередко отсутствуют или очень усложнены
7	Особенности аффекта	Выраженный страх, тревога	Страха менее выражен. Часто возникает растерянность с чувством собственной измененности, явления деперсонализации и дереализации
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством. Напряженное ожидание	Часто поведение не адекватно содержанию бреда и аффекту. Поступки противоречивы и непоследовательны

9	Сочетание с другими синдромами	Психоз обычно протекает как моносиндром. Возможна в редких случаях смена синдрома: развитие галлюциноза или делирия	Часто отмечается присоединение депрессивно-параноидной симптоматики с появлением растерянности, затруднением в понимании поведения окружающих и их высказываний, проявлениями синдрома психического автоматизма, ложными узнаваниями, симптомом «двойников»
10	Влияние нейролептиков	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	После отмены нейролептиков часто вновь возникают бред, страх, тревога, растерянность
11	Отношение к алкоголизму	Имеются признаки алкогольной анозогнозии. Стремление объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
12	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Критика наступает медленно. В ряде случаев — не возникает. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить свое поведение во время психоза
13	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Замкнутость, необщительность, формальный характер контакта с окружающими, эмоциональная сдержанность или холодность, неадекватность, склонность к рассуждательству, манерность

Таблица - 5. Дифференциальная диагностика атипичного алкогольного фантастического делирия и онейроида, возникающего у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерий	Фантастический делирий	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
---	--------------------------	------------------------	---

1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный или несколько ускоренный	Давность злоупотребления алкоголем не имеет решающего значения, может быть самой различной. Нередко запои прекращаются за несколько недель до возникновения психоза. Темп формирования алкоголизма нередко ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением в период опьянения личностных особенностей	Опьянение способствует в ряде случаев возникновению аффективных расстройств. Выражена тревога, часто кошмарные сновидения. Характер опьянения почти ничем не отличается от случаев неосложненного алкоголизма
3.	Особенности продромального периода	Для продромального периода характерно появление на фоне алкогольного абстинентного синдрома тревоги, подозрительности, идей отношения или подавленности с чувством одиночества	Возникает растерянность или подавленность, задумчивость, излишняя скрытность
4	Особенности алкоголизма	Имеется связь запоев и псевдозапоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Имеется связь запоев и псевдозапоев с колебаниями настроения. Характер пьянства хаотический. Последовательная смена стадий алкоголизма отсутствует
5	Особенности личности до психоза	Специфические алкогольные изменения личности	Типичные алкогольные изменения личности отсутствуют. Характерна общительность, синтонность, достаточная работоспособность
6	Особенности бреда	Развивается галлюцинаторный, фантастический, образный бред, иногда нелепый бред величия. Часто бред собственного психического воздействия. Отсутствует строгая последовательность в смене этапов. Бывает этап двойной, бредовой ориентировки в начале делирия, затем — фантастический галлюцинаторный бред	Отмечается последовательная смена типа этапов: а) аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации; б) фантастической дереализации и деперсонализации; в) иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации; г) истинного онейроида (встречается крайне редко). Фантастический бред сочетается с псевдогаллюцинациями

7	Особенности аффекта	В начале психоза чаще аффект удивления и любопытства. Затем нарастает растерянность	Разнообразие, сменяемость и калейдоскопичность аффективных нарушений
8	Особенности поведения	Чаще обездвиженность на фоне галлюцинаторной отрешенности	Кататонические расстройства (субступор, ступор с восковой гибкостью, негативизмом)
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Идеаторные, сенсорные и двигательные психические автоматизмы со сравнительно простой структурой возникают только на высоте психоза	Проявления синдрома психического автоматизма весьма разнообразны и сложны
10	Продолжительность психоза	Несколько дней	Возможно несколько недель и даже месяцев
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	При преждевременной отмене нейролептиков симптоматика может возникнуть вновь
12	Отношение к алкоголизму	Склонность к некоторому преуменьшению тяжести злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Часто имеется критическое отношение к злоупотреблению алкоголем, хотя связь психоза с пьянством улавливается не всегда
13	Отношение к перенесенному психозу	Постепенно (иногда внезапно) возникает полная критика	В большинстве случаев наблюдается достаточно полная критика к психозу (несмотря на возможную частичную амнезию)

14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Незначительно выраженные черты эмоциональной нивелировки, склонность к астенизации, некоторая лабильность аффективной сферы
----	--	--	---

Таблица -6. Дифференциальная диагностика алкогольного и интоксикационного делирия (Иванец Н.Н.,2002)

Диагностические критерий	Делириозный синдром при алкогольной зависимости	Делириозный синдром при интоксикации
Анамнез	Длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки алкогольной зависимости	Эпидемиологический анамнез Данные о продроме инфекционного заболевания; Хирургическая патология, Злоупотребление психоактивными веществами (стимуляторы, летучие органические вещества, холинолитики)
Клинические данные	Отсутствие признаков острой интоксикации психоактивными веществами; инфекционного заболевания; хирургической патологии; лихорадки	Признаки интоксикации психоактивными веществами Инфекционное заболевание; Острая хирургическая патология; Высокая температура;
Лабораторные данные	Признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печёночных ферментов), хронической интоксикации (увеличение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Определение психоактивных веществ в биологических средах Выявление инфекционного агента; Признаки хирургической патологии (например, высокий уровень амилазы при остром панкреатите)

13. Цели лечения:

- обеспечение воздержания от употребления спиртных напитков;
- мероприятия по нивелированию абстинентных проявлений;
- формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к спиртному;
- профилактика срывов и рецидивов заболевания.

14. Тактика лечения:

Современные принципы лечения наркологических больных:

- принцип добровольности;
- принцип максимальной индивидуализации лечения;
- комплексный подход к лечению;
- принцип отказа от психоактивных веществ (ПАВ);
- принцип патогенетического подхода к терапии.

Медико-социальная реабилитация пациентов с психическими поведенческими расстройствами вызванными употреблением алкоголя проводится на двух уровнях:

- амбулаторный уровень;
- стационарный уровень.

В стационарных условиях лечение проводится непрерывно в три этапа:

- 1 этап медикаментозной коррекции;
- 2 этап психотерапии и реабилитации;
- 3 этап социальной реабилитации.

14.1. Немедикаментозное лечение:

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия на амбулаторном уровне:

- анализ психосоциальной ситуации пациента;
- психотерапевтическая помощь, основанная на развивающих технологиях и направленная на развитие адаптационных способностей и навыков;
- психосоциальная помощь пациенту;
- оказание поддержки и мотивирование пациента на дальнейшее лечение, социальную реабилитацию;
- направление и сотрудничество с другими организациями;
- направление в другие ЛПУ для дальнейшего, повторного или специализированного лечения.

Основные психотерапевтические мероприятия на амбулаторном уровне:

- индивидуальная и групповая психотерапия;
- мотивационная психотерапия (УД-А);
- социально-психологические тренинги, направленные на развитие навыков коммуникативности, асертивности, креативности, а также развитие нормативных субличностей (УД-В);
- программа адаптированных тренингов;

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия на стационарном уровне:

- обеспечение воздержания от употребления алкоголя;
- формирование мотивации на участие в программе МСР;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска ПВА;
- адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения;
- мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества;
- информационно-образовательные лекции (УД-А).

Основные психотерапевтические мероприятия на стационарном уровне:

- терапевтическое сообщество;
- интегративно-развивающая психотерапия (УД-С);
- рациональная психотерапия;
- групповая психотерапия;
- когнитивно-поведенческая психотерапия (УД-А);
- телесно-ориентированная психотерапия;
- арт-терапия (УД-С);
- семейная психотерапия (УД-С);
- психологическое консультирование (индивидуальный и групповой формат) (УД-А);
- социально-психологические тренинги (УД-В);
- индивидуальная психотерапия.

Дополнительные психотерапевтические мероприятия:

- духовно-ориентированная психотерапия (УД-ГРР);
- «12-ти шаговая программа» общества АА (УД-А);
- гипносуггестивная терапия.

14.1. Немедикаментозное лечение

- Режим I, II.
- Диета – стол №15.

14.2 Медикаментозное лечение:

Терапия синдрома отмены:

- возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача;
- лечение синдрома отмены алкоголя в большей степени симптоматическое.

Продолжительность терапии зависит от состояния пациента:

Дезинтоксикационная терапия:

- декстроза 5% – 400,0 внутривенно, капельно в течении 3-5 дней в сочетании с аскорбиновой кислотой 5%-до 5 мл в сутки;
- раствора натрия хлорид 400,0 внутривенно, в течение 3-5 дней в сочетании с пиридоксином гидрохлоридом 1% – до 4-6 мл/сутки, тиамин бромидом 5% – до 4-6

мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин) – 1% р-р 1 мл;

- диуретики: маннитол – 200,0 капельно, медленно, фуросемид 1 таблетку (0,04) 1 – 2 раза per os;
- транквилизаторы (диазепам 0,01-0,06 г/сут);
- антиконвульсанты: карбамазепин рекомендуемая доза до 400-600 мг/сут. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы.
- при выраженных поведенческих и аффективных расстройствах (с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к алкоголю, коррекции поведения) назначаются нейролептики. Препаратами выбора являются: тиоридазин 0,03-0,1 г/сут, хлорпротиксен 0,075-0,1 г/сут, галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин 100 - 200 мг/сут; рисперидон 4-6 мг/сут,
- с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к алкоголю рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: амитриптилин, дозировка подбирается индивидуально. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

Терапия состояния отмены с психотическими расстройствами:

Алкогольные психотические расстройства можно рассматривать как этап неблагоприятного развития и крайнее проявление алкогольного похмельного синдрома. Алкогольный делирий, галлюциноз являются проявлением острой церебральной недостаточности и представляет собой неотложное состояние, требующее интенсивной (иногда реанимационной) терапии.

Терапия делириозных состояний у больных алкоголизмом обязательно включает клиренсовую детоксикацию с коррекцией электролитного состояния, витаминотерапию, введение нейрометаболических и психотропных средств.

Дезинтоксикационная терапия:

- декстроза 5% – 400,0 внутривенно, капельно в течение 3-5 дней в сочетании с аскорбиновой кислотой 5%-до 5 мл в сутки
- раствора натрия хлорид 400,0 внутривенно в течение 3-5 дней в сочетании с пиридоксином гидрохлоридом 1% – до 4-6 мл/сутки, тиамин бромидом 5% – до 4-6 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин) – 1% р-р 1 мл;
- диуретики: маннитол – 200,0 в/в капельно, медленно, фуросемид 1 таблетку (0,04) 1-2 раза per os,
- для купирования психоза используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам, амп, 10 мг/ 2мл до 4-6 мл в/м или в/в; диазепам таб. 10 мг внутрь до 10-20 мг в сутки (до 3-4 раз в день).
- применять нейролептики для купирования острых состояний у больных наркологического профиля следует осторожно и ограниченно – в том лишь случае, когда быстро вывести из состояния делирия с помощью бензодиазепинов не удастся,

из-за выраженного психотропного возбуждения и склонности к агрессии. Вводится хлорпромазин до 2-3 мл в/м (растворенный в 0,5% прокаине) до 2-3 раз в сутки в сочетании с 1-2 мл никотинамидом. Достаточно эффективным средством является также введение левомепромазина до 2-3 мл в/м в сочетании с кордиамином.

Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна).

- Использование транквилизаторов рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4-6 мл/сут).

Терапия больных с алкогольной зависимостью с агрессивным поведением на этапах неустойчивой ремиссии и становления ремиссии.

- Тиоридазин купирует дисфорические, истерические и депрессивные расстройства, протекающие с различными вариантами ауто- и гетероагрессии, особенно при развитии алкогольной зависимости на фоне органического поражения головного мозга. При назначении в малых дозах тиоридазин обладает активирующим действием, а в более высоких – проявляется его седативный эффект. Дозы подбираются индивидуально от 0,01г 2-3 раза в день до 0,05-0,1 г 2-3 раза в день. Препарат можно назначать на срок до 3 мес. с динамической коррекцией дозировок.

- Если в психическом статусе пациента на фоне астенизации преобладает тревога, подавленное настроение предпочтителен хлорпротиксен от 0,045 до 0,1 г в сутки на 3 приема. При превалировании тревожной напряженности, агитации, беспокойства, выраженной подавленности необходимо увеличение дозы хлорпротиксена до 0,2 г в сутки.

- В случае резко выраженного психомоторного возбуждения, протекающего с брутальностью, демонстративностью следует применять разовые инъекции раствора хлорпромазина (по 0,05-0,1г в/м) обязательно в сочетании с раствором никетамида (2-4 мл).

- раствор галоперидола по 1-2 мл (0,005-0,01г) внутримышечно. После купирования острого психомоторного возбуждения в течение 2-3 дней этот препарат назначают по 1,5 мг 2-3 раза в день. При более длительном применении галоперидола (в течение нескольких недель) возникает необходимость добавлять корректор экстрапирамидных расстройств – тригексифенидил.

- сильным седативным действием при практическом отсутствии экстрапирамидных расстройств обладает клозапин. Назначают внутрь, начиная с 0,025 г 1 раз в сутки, с увеличением дозы до 0,05г 2-3 раза в день в течение 10-14 дней. Длительное (свыше 4 недель) назначение клозапина нежелательно из-за возможных изменений картины крови (развитие агранулоцитоза, в среднем, в 1% случаев).

14.3. Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

Экстрокорпоральная детоксикация (по показаниям):

- плазмаферез;
- УФО крови;
- гемосорбция.

14.4. Хирургическое вмешательство: нет.

14.5. Профилактические мероприятия:

- формирование мотивации на здоровый образ жизни;
- развитие защитных факторов здорового и социально эффективного поведения;
- повышение уровня устойчивости к стрессовым факторам;
- развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

14.6. Дальнейшее ведение:

Пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, включаются в одну из трех групп динамического наблюдения:

Первая группа:

- пациенты, обратившиеся за медицинской помощью впервые;
- пациенты, у которых заболевание протекает практически без ремиссий (длительность ремиссии менее 1 года);
- пациенты, выписанные из специализированных учреждений по окончании принудительного лечения;
- пациенты, освобожденные из исправительных учреждений, где к ним применялись принудительные меры медицинского характера.

Вторая группа – пациенты с ремиссией от 1 года до 2-х лет;

Третья группа – пациенты с ремиссией свыше 2-х лет;

- рекомендуемая частота осмотров варьирует во всех группах динамического наблюдения в зависимости от структуры контингента и в порядке дифференцированного подхода к пациенту;
- среднее расчетное число осмотров одного пациента в год рекомендуется устанавливать не менее пяти.

15. Индикаторы эффективности лечения:

- купирование проявлений физической и психической зависимости от алкоголя;
- редукция патологического влечения к алкоголю;
- редукция психотических расстройств;
- редукция соматических осложнений;
- наличие мотивации к воздержанию от алкоголя и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

III. Организационные аспекты внедрения протокола:

16.Список разработчиков:

1) Мусабекова Жаннат Камелхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.

- 2) Гафарова Нурия Вильдановна – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 4) Кусаинов Алмас Абихасович – кандидат медицинских наук, специалист по программам профилактики ВИЧ в Республике Казахстан, проект «Содействие /ICAP» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова Гульнар Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
- 6) Бектаева Гаухар Темиржановна - заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации г. Астана.
- 7) Гурцкая Гульнара Марсовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский Университет Астана», клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: нет

18. Рецензенты: Каражанова Анар Серикказыевна - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский Университет Астана».

19. Условие пересмотра клинического протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Руководство по аддиктологии, // под редакцией проф. В.Д. Менделевича. СПб: Речь, 2007.
- 2) Клиническая наркология // Д.И. Малин, В.М. Медведев. Москва «Вузовская книга» 2008г
- 3) Руководство по наркологии // под редакцией слена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н. Иванца, Москва 2002г I. II том
- 4) Аддиктология //, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.М. Институт консультирования и системных решений, Общероссийская психотерапевтическая лига, 2012г
- 5) Лечение алкоголизма // Г.М. Энтин, Москва «Медицина» 1990г
- 6) Фармакотерапия в наркологии // Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков, Москва, Медицина, 2000г
- 7) Управление качеством наркологической помощи, Катков А.Л., Павлодар, 2009г.
- 8) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ» том I. Павлодар, 2008год
- 9) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ» том II. Павлодар, 2008год
- 10) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от

психоактивных веществ» том III. Павлодар, 2008год

- 11) Справочник лекарственных средств, включенных в республиканский формуляр. 2012- 2013г.г.
- 12) Стрелец Н.В., Уткин С.И., Деревлев Н.Н. //Комплексная терапия неотложных состояний в наркологии. Пособие для врачей психиатров-наркологов. М.,2000;
- 13) Иванец Н. Н. //Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Лекции по клинической наркологии. М, 1995, с.109
- 14) Иванец Н.Н. //Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
- 15) Батищев В.В., Негериш Н.В. //Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
- 16) Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н. и др. //Патогенетическая терапия алкогольного абстинентного синдрома . Учебно-методическое пособие. М. 1995;
- 17) Под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежневского //Руководство по психиатрии, том 2, Москва «Медицина»1983;
- 18) Учебное пособие //Реабилитация в наркологии: модели и сценарии, МЗ РК РНПЦ МСПН, Г.И. Алтынбекова, А.Ю. Толстикова, Алматы 2010;
- 19) Шумский Н. Г. Алкогольные (металкогольные) психозы // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.
- 20) Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. Л.: Медицина, 1988.
- 21) Морфологические и функциональные изменения головного мозга больных алкоголизмом по данным исследований с применением магнитно-резонансной томографии и психологических тестов. //Альтшулер В.Б., Тучкова Н.Е. Клиническая наркология/, №10,2002,
- 22) Litten R Z, Allen JP. Pharmacotherapies for alcoholism Promising agents and clinical issues, Alcohol Clin Exp Res, 1991, Vol 15, №14.