

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 ОПИОИДОВ(7-18 лет)**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов у несовершеннолетних (7-18 лет).

**2. Код протокола:**

#### **3. КодыМКБ-10:**

F11.xx Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F11.0 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Острая интоксикация

F11.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Пагубное употребление

F11.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости

F11.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Абстинентное состояние

#### **4. Сокращения, используемые в протоколе: в таблицу**

МКБ-10	–	международная классификация болезней
АД	–	артериальное давление
АлаТ	–	аланинаминотрансфераза
АсаТ	–	аспартатаминотрансфераза
ДУ	–	без дополнительного уточнения
в/в	–	внутривенно
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
в/м	–	внутримышечно
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества

ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
УД	–	уровень доказательности
ЭКГ	–	электрокардиограмма
ЭХОЭС	–	эхоэнцефалография
ЭЭГ	–	электроэнцефалография

**5. Дата разработки/пересмотра протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** дети

**7. Пользователи протокола:** детские психиатры, детские наркологи, детские психотерапевты, врачи-токсикологи, педиатры, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой медицинской помощи.

## II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	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.
C	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:** ППР, вызванные употреблением опиоидов – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса ПАВ из группы опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [15].

## **9. Клиническая классификация [13]:**

### **По стадии заболевания:**

- начальная (первая) стадия зависимости;
- средняя (вторая) стадия зависимости;
- конечная (третья) стадия зависимости.

### **По периодам зависимости:**

#### **Абстинентный период:**

- Ранний постабстинентный период;
- Поздний постабстинентный период;
- Период устойчивой ремиссии.

#### **Фазы абстинентного периода:**

- I фаза абстинентного периода;
- II фаза абстинентного периода;
- III фаза абстинентного периода;
- IV фаза абстинентного периода.

## **10. Показания для госпитализации**

### **Показания для экстренной госпитализации:**

- острая интоксикация опиоидами - передозировка, отравления, вызванные употреблением опиоидов.

### **Показания для плановой госпитализации:**

- синдром зависимости от опиоидов;
- опиоидный абстинентный синдром.

## **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) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови);
- диагностическая флюорография органов грудной клетки (с 12 лет), рентгенография обзорная грудной клетки (до 12 лет при необходимости).

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- постановка реакции Вассермана в сыворотке крови с 14 лет, до 14 лет - при наличии сексуальных контактов в анамнезе;
- определение антител к ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение опиатов в моче для контроля трезвости.

**11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:** 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 (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови).

**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:**

- ЭКГ;
- УЗИ внутренних органов;
- ЭЭГ;
- ЭХОЭС;
- РЭГ;
- определение опиатов в моче для контроля трезвости.

**12. Диагностические критерии постановки диагноза:**

**12.1. Жалобы и анамнез [3]:**

**Жалобы**

*Острое отравление [6] (УД - С):*

- зуд кончика носа, подбородка, лба;
- стеснение в горле, сухость во рту;
- одышка;
- чувство тяжести и тепла в руках и ногах;
- головная боль;
- тошнота и рвота.

*Пагубное употребление [16] (УД - С):*

- пациент жалоб не предъявляет/но не отрицает эпизодическое употребление опиоидов.

*Синдром зависимости [13, 40] (УД - С):*

- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта,

- жалобы на нарушения сна,
- тоскливое настроение,
- перепады настроения.

*Синдром отмены [40](УД – GPP):*

- выраженные боли в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей поясничной и ишиокруральной областей, тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставах, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях, ощущения носят симметричный характер, не только топически, но и являются равномерными, по интенсивности их переживаний;
- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта,
  - раздражительность, гневливость
  - тоскливое настроение,
  - стойкие нарушения сна,
  - озноб,
  - чихание,
  - зевота,
  - ринорея,
  - диарея,
  - тошнота,
  - рвота

**Анамнез:**

*Острое отравление [6](УД - С):*

- введение в течение последнего ближайший час парентерально (в/в, в/м, п/к), сублингвально, перорально, интрагастрально, ингаляционно опиоида.

*Пагубное употребление [16] (УД - С):*

Родители (опекуны и др.) могут отмечать:

- неуправляемость;
- уходы из дома;
- противоправные действия;
- пропуски занятий, академическую неуспеваемость;
- взрывчатость, агрессивность[8].

*Синдром зависимости [13, 40] (УД - С):*

- повышение толерантности;
- изменение картины опьянения;
- симптомы отмены при прекращении либо снижении ежедневной дозы употребляемого наркотика опиоидной группы;
- наркоманические изменения личности;
- отрицательные соматические и социальные последствия наркомании.

*Синдром отмены [13, 40](УД – GPP):*

- сформированная зависимость к наркотику;
- резкий обрыв приема наркотика на фоне его регулярного потребления.

## 12.2 Физикальное обследование [21, 32, 37](УД – GPP):

### Общий осмотр:

*При остром отравлении:* сужение зрачков, бледность кожи, сухость кожи и слизистых, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, дыхательный цианоз.

*При пагубном употреблении:* следы инъекций в области магистральных венозных сосудов, увеличение печени, катаральные явления верхних дыхательных путей, боли в области поясницы, болезненное мочеиспускание, аллергический дерматит.

*При синдроме зависимости:* следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности, признаки склерозирования сосудов (венозные дорожки), лимфостатические признаки, ломкость, тусклость ногтей, сухость кожи, суховатость слизистых, субиктеричность склер, распространённый кариозный процесс в полости рта, дефицит массы тела, увеличение печени.

*При синдроме отмены дополнительно:* выраженная тахикардия (нормальная/пониженная АД).

**Пальпация:** *при синдромах зависимости и отмены:* снижение тургора кожи;

### Неврологический осмотр:

*при остром отравлении:* повышение сухожильных рефлексов;

*при пагубном употреблении:* нистагм, нарушения координации легкой степени, повышение сухожильных рефлексов;

*при синдроме отмены:* оживление глубоких и брюшных рефлексов; повышение Ахилловых рефлексов вплоть до выявления клонуса стопы; усиленные пиломоторные реакции и постуральный тремор дистальных отделов конечностей, положительный симптом Маринеско-Радовичи; горизонтальный нистагм, нарушения конвергенции и длительное снижение реакции зрачков на свет, мидриаз;

### Психический статус:

*при остром отравлении:* апатия, безучастность или повышенное настроение с оттенком благодушия, беспечности, довольства, аффективная неустойчивость, снижение целенаправленности мышления, нарушения сосредоточения и памяти, психомоторная заторможенность, снижение умственной продуктивности, при передозировке – сопор, кома;

*при пагубном употреблении:* аффективные и интеллектуально-мнестические расстройства;

*при синдроме зависимости:* эмоциональное уплощение, снижение целенаправленной психической активности, прогрессирующее угасание жизненных интересов, конструктивных поведенческих навыков;

*при синдроме отмены:* тревога, раздражительность, эмоциональная лабильность, дисфория, атипичные депрессивные реакции.

Спецификой формирования изменения личности и поведения при употреблении опиоидов в детском возрасте является наличие следующих особенностей: частые уходы из дома, бродяжничество; эмоциональное уплощение, прогрессирующее снижение целенаправленной психической активности; прогрессирующее угасание жизненных интересов, конструктивных поведенческих навыков. Признаки толерантности (увеличение дозы вещества, необходимой для

достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами) у детей появляются быстрее, чем у взрослых пациентов. Особенностью проявлений абстиненции в детском возрасте является сравнительно более быстрое развитие основных симптомов отмены (по сравнению с взрослыми потребителями); период острых соматовегетативных проявлений короче, сравнительно меньшая дифференцированность и степень выраженности симптомов абстиненции; преобладание дисфункций эмоциональной сферы; преобладание астенических проявлений. Состояние отмены в детском возрасте характеризуется большим удельным весом психического компонента.

### **12.3 Лабораторные исследования [8] (УД - С):**

- *при остром отравлении и пагубном употреблении:* биохимический анализ крови - подъем АлаТ, АсаТ, определение опиатов в моче экспресс методом для контроля трезвости;
- *при синдромах зависимости и отмены:* общий анализ крови - норма или лимфоцитоз, нейтропения, повышенная вязкость крови, биохимический анализ крови – гипергликемия, подъем АлаТ, АсаТ, показателя тимоловой пробы, рост коэффициента Де Ритиса (АлаТ, АсаТ), подъем кальция, холестерина, снижение калия, колебания уровня глюкозы. Перечисленные изменения в клинических анализах могут отсутствовать у детей в связи с непродолжительным сроком употребления ПАВ.

### **12.4 Инструментальные исследования [2] (УД - С):**

- *при остром отравлении:* ЭЭГ - легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с ирритацией коры;
- *при пагубном употреблении:* ЭЭГ - уменьшенная амплитуда или отсутствие Р300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале и избыточная бета-активность;
- *при синдромах зависимости и отмены:* ЭЭГ - низкая биоэлектрическая активность в  $\alpha$ -диапазоне на фоне высокой  $\beta$ -активности; дезорганизация  $\alpha$ -ритма, дизритмия  $\beta$ -ритма; неустойчивость  $\alpha$ -ритма; преобладание  $\beta$ -волн; межполушарная асимметрия волн с преобладанием  $\alpha$ -ритма в правом полушарии и  $\beta$ -активности в левом; усиление  $\theta$ - и  $\delta$ -ритмов в правом полушарии; на фоне общей дезорганизованности ритма регистрация комплексов «острая - медленная волна».

### **12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- педиатра для уточнения коморбидной соматической патологии;
- невропатолога для уточнения коморбидной неврологической патологии;
- психотерапевт детский для определения методик психотерапевтического лечения;
- инфекционист для уточнения коморбидной соматической патологии.

### **12.6 Дифференциальный диагноз:**

**Таблица 1. Дифференциальная диагностика ППР, вызванных употреблением опиоидов**

Вариант ППР, вызванных употреблением опиоидов	Ведущий синдром при ППР, вызванных употреблением опиоидов	Круг дифференциальной диагностики	Дифференциально-диагностические критерии
ППР, вызванные употреблением опиоидов, острая интоксикация	Острая энцефалопатия	Аноксическая энцефалопатия, черепно-мозговая травма, отравление другими ПАВ	Указание на употребление опиоидов, положительная реакция на введение специфического антидота (налоксона гидрохлорид), сужение зрачков [6]
ППР, вызванные употреблением опиоидов, пагубное употребление	-	Пагубное потребление других ПАВ	Положительный анализ мочи на опиоиды [16]
ППР, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости.	Синдром ПВ по типу психопатоподобного	Расстройства личности (психопатии)	<i>Психопатический синдром – триада Ганнушкина-Кербикова; психопатоподобный синдром – возникает в комплексе с другими симптомами ПВ, имеет волнообразное течение, чаще всего развивается по истеро-возбудимому радикалу [14].</i>
	Синдром ПВ по типу аффективного	Эндогенные депрессии	<i>Эндогенные депрессии – чаще тоскливая форма, суточная и сезонная цикличность, акцент на утренних часах, ангедония, триада Бека, идеи самоуничтожения; наркогенная депрессия – чаще дисфорическая форма, протекает в</i>



			<p>комплексе с иными симптомами ПВ, сопровождается демонстративно-шантажным поведением, психопатоподобными включениями, цикличность подчиняется глубине обсессивно-компульсивного влечения, акцент на вечернее время [14].</p>
	<p>Синдром ПВ по типу вегетативного</p>	<p>Нейроциркуляторная дистония Артериальная гипертензия Синдром раздраженного кишечника Острые респираторные заболевания</p>	<p><i>Соматогенный вегетативный синдром</i> – указания в анамнезе на соматические заболевания, наличие физикально, лабораторно и инструментально подтверждённых сдвигов, динамика, типичная для конкретной соматической нозологии; <i>наркогенный вегетативный синдром</i> – цикличность, подчиняемая обсессивно-компульсивной наркотической доминанте, усиление в вечерние часы, подвижность, мозаичность симптомов, разрешение в виде психопатологических симптомов [41] (АД-С)</p>
ППР,	Алгический	Вертеброгенный	<i>Алгии соматического</i>

вызванные употребление м опиоидов, абстинентное состояние	синдром	болевого синдром	<i>гене́за</i> – наличие вертебральной неврологической симптоматики, подтверждаемой, в том числе физикально; <i>наркогенные алгии</i> – боли подвижные, выраженный сенестопатический компонент, положительный симптом Пятницкой, сопровождаются другими симптомами абстиненции [31].
	Вегетативный синдром	Гастродуоденит Энтериты Колиты, Панкреатит Острые респираторные заболевания	<i>См. выше пункт «Синдром ПВ по типу вегетативного»</i> [11]

### 13. Цели лечения:

- купирование синдрома острой интоксикации;
- купирование абстинентного синдрома;
- купирование синдрома ПВ к наркотикам;
- формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости;
- нивелирование проявлений физической и психической зависимости, мотивация на полную ремиссию.

### 14. Тактика лечения:

Тактика ведения и объем терапии, которую получают пациенты с ППР, вызванными употреблением опиоидов, зависит от спецификации диагнозадиагнозаи может быть изменен на усмотрение лечащего врача.

*При остром отравлении* лечение осуществляется в условиях:

- реанимационной отделении;
- токсикологической отделении;
- палат интенсивной терапии.

*При пагубном употреблении* лечение осуществляется в условиях амбулатории и включают в себя:

- контроль над употреблением препаратов группы опия и других психоактивных веществ;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического влечения к опиоидам;
- программы психолого-социальной поддержки;
- противорецидивные социально-психологические тренинги;
- семейная психотерапия с участием пациента, родительские тренинги [16].

МСР проводится в 3 этапа:

#### **Первый этап МСР (стационарный этап медикаментозной коррекции):**

При синдроме опиоидной отмены и с активным употреблением опиоидов проводится:

- нормализация неврологического статуса;
- нормализация сомато-вегетативных и психических расстройств (перевод на стационарный этап МСР/на динамическое наблюдение в амбулаторный этап).

При синдроме зависимости и раннем постабстинентном периоде проводится:

- коррекция постабстинентных расстройств;
- коррекция сомато-вегетативных и психических расстройств.

#### **Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):**

При синдроме зависимости и раннем и позднем постабстинентном периоде проводится:

- купирование синдрома ПВ;
- психотерапевтическая реабилитация;
- противорецидивная терапия (начальная фаза).

#### **Третий этап МСР (этап социальной реабилитации):**

При синдроме зависимости, в позднем постабстинентном периоде проводится:

- противорецидивная терапия;
- социальная реабилитация.

Алгоритм ведения пациентов в рамках этапов наркологической помощи [11] представлен в Приложении 1.

### **14.1 Немедикаментозное лечение**

**Режим I, II (лечебно-охранительный);**

**Диета** – стол №15.

Основным компонентом немедикаментозного лечения ППР, вызванных употреблением опиоидов, является **психотерапия**, которая имеет следующие цели:

1. Обеспечение воздержания от употребления опиоидов и других ПАВ.
2. Восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, его полноценная реинтеграция в общество (см. Приложение 2).

Таблица - 2. Психотерапия при ППР, вызванных употреблением опиоидов

Модальность психотерапии	Степень убедительности доказательств	Показание к применению
Мотивационное интервью [26]	УД -А	Мишень №6
Когнитивно-поведенческая психотерапия [26]	УД - А	Мишени №№2-6
Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу [46]	УД -В	Мишень №4
Гипносуггестивная психотерапия [27]	УД -С	Мишень №2
Психодрама [23]	УД -С	Мишени №№3-5
Психодинамическая психотерапия [26]	УД -В	Мишени №3, №4
Транзактный анализ [49, 50.]	УД - В	Мишени №3-5
Семейная психотерапия [26]	УД -В	Мишень №5
Интегративно-развивающая терапия [7]	УД -В	Мишени №№2-6

## 14.2 Медикаментозное лечение:

*При острой интоксикации:* [6, 8]

- налоксон (УД – С) – конкурентный антагонист, его эффективность зависит от дозы: чем больше доза наркотика, тем больше дозу налоксона надо ввести, в дозе 0,4 мг (0,01 - 0,1 мг/кг массы тела ребенка) внутривенно медленно в течение 3 - 5 минут («титрованное введение»), повторная доза составляет 0,4 мг внутривенно или 0,4 мг подкожно. Вводят налоксон ежечасно, пока больной не придёт в сознание. Введение налоксона немедленно устраняет кардиореспираторное угнетение, восстанавливает сознание, ликвидирует судороги, связанные с гипоксией. Возможен синдром «крикошета» при введении налоксона в больших дозах - тахикардия, гипертензия, судорожный синдром [54]. При лечении налоксоном необходимо учитывать следующее:

а) период полувыведения налоксона меньше, чем у большинства опиоидов. Поэтому пациент нуждается в продолжительном наблюдении и, возможно, во введении дополнительной дозы после того, как он уже пришел в сознание;

б) из-за возможности длительного действия опиатов при передозировке больных не следует отпускать из стационара сразу после начальной реакции на налоксон. Их необходимо наблюдать, по крайней мере, в течение 24 ч;

- после восстановления нормального дыхания назначается активированный уголь per os 1 г/кг массы тела в 3-4 приема [18] (УД – С);

- форсированный диурез (фуросемид, в/в струйно или в/м в разовой дозе 40-80 мг 1 раз в сут., в отдельных случаях - 2 раза в сут.) в случае отсутствия признаков начинающегося отёка лёгких [18] (УД – С);

- при возникновении гистаминовых реакций (гиперемия и одутловатость лица, кожный зуд) - хлоропирамин в суточной дозе 1-2 мг /кг.

- *При пагубном употреблении [8]:* в амбулаторных условиях медикаментозная терапия не рекомендуется.

При лечении в стационарных условиях с нормотимической и вегетостабилизирующей целью – вводится карбамазепин [18] (УД – С) начальная доза – 100 мг в сутки с увеличением: до 10 лет – до 200-400 мг, от 10 до 15 лет – 200-600 мг в сутки или тиоридазин [18] (УД – С) – 8-14 лет - 20-30 мг/сут, 15-18 лет - 30-50мг/сут.;

с целью редукции неврастенического синдрома – пирацетам [23] (УД – С) 800-1200 мг в течение 20 дней;

с целью редукции психомоторного возбуждения – хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней;

с целью купирования тревоги, агитации и депрессии - амитриптилин - с 12 до 15 лет - 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 лет до 100 мг в сутки или флувоксамин - начальная доза 25мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг; с целью редукции психомоторного возбуждения и гипноседации – хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней (УД – С).[18]

*При абстинентном состоянии:*

**детоксикационная терапия:**

- карбамазепин, начальная доза 100 мг/сутки в 2-3 приема, в течение двух дней доза препарата постепенно увеличивают с акцентом на вечернее время в следующих возрастных дозировках - до 10 лет - 0,2-0,6; от 10 до 15 лет 0,4-0,8 г в сутки. 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. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения[42, 43](УД – С);

- трамадол –250-500 мг в сутки в течение 1-2 дней для снятия алгического симптома [28, 46, 51] (УД –С);

- диазепам – максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дня для коррекции диссомнических расстройств и в качестве анксиолитика [23] (УД –В);

**терапия нейролептиками:** с целью купирования возбуждения, подавления ПВ, коррекции поведения назначаются хлорпромазин – до 75 мг в сутки[18] (УД –С).

**терапия антидепрессантами:** с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента ПВ к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: амитриптилин – с 12 до 15 летнего возраста - 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 летнего возраста до 100 мг в сутки, или флувоксамин – начальная доза 25 мг/сутки однократный прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг[17, 28] (УД – С и В);

**терапия диссомнических расстройств:** препаратом выбора является диазепам – максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дней [13, 35] (УД – В);

*При синдроме зависимости:*

**фармакологическая противорецидивная терапия:** карбамазепин – 100-200 мг сутки. [34, 43, 44] (УД – С).

**терапия нейролептиками:** с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику препаратами выбора являются: хлорпромазин – до 75 мг в сутки [22](УД –С).

**терапия антиконвульсантами:** для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмотропными свойствами: карбамазепин в дозе 100-400 мг в сутки[34, 43, 44] (УД –В).

**терапия антидепрессантами:** с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: амитриптилин – с 12 до 15 летнего возраста – 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 летнего возраста до 100 мг в сутки, флувоксамин – начальная доза 25мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг [29](УД –В).

**терапия диссомнических расстройств:** диазепам – максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дня [23](УД –В).

**терапия интеллектуально-мнестических расстройств:** для коррекции интеллектуально-мнестических расстройств, препаратами выбора являются пирацетам 30-50 мг/кг/сутки[1, 45](УД – С).

### **14.3. Другие виды лечения:**

#### **14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:**

- лечебно-физическая культура.

#### **14.4. Хирургическое вмешательство:** нет

#### **14.5 Профилактические мероприятия:** нет

#### **14.6. Дальнейшее ведение [11]:**

У пациентов с зависимостью при формировании терапевтической ремиссии проводится динамическое наблюдение в амбулаторном порядке:

Сроки наблюдения пациентов:

- первая группа – пациенты, обратившиеся за медицинской помощью впервые, пациенты, у которых заболевание протекает практически без ремиссий (длительность ремиссии менее 1 года) – частота осмотров составляет в среднем не реже 1 раза в месяц;
- вторая группа – пациенты с ремиссией от 1 года до 2-х лет – частота осмотров 1 раз в 2 месяца;
- третья группа – пациенты с ремиссией свыше 2-х лет – частота осмотров устанавливается с учетом течения заболевания;
- четвертая группа – пациенты с ремиссиями свыше 3-х лет – не реже 1 раза в 4 месяца (Приложение).

### **15. Индикаторы эффективности лечения:**

- полное воздержание от употребления опиоидов и других ПАВ с идентификацией в биологических средах;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катamnестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

#### **16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Мусабекова Жаннат Камельхановна – 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-инфекции в Казахстане, проект «Содействие/ICAP» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова Гульнара 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 Астаны», клинический фармаколог.

#### **17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет**

#### **18. Рецензенты:**

Каражанова Анар Серикказыевна – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский Университет Астана».

**19. Указание условий пересмотра 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) Альтшулер В. Б., Кравченко С.Л., Плетнев В.А. Пирацетам при терапии агрипнических расстройств и патологического влечения к алкоголю и наркотикам: Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. Т.3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – с. 458-469.

- 2) Арзуманов Ю. Л., Судаков С. К. Нейрофизиологические аспекты наркологии, . Руководство по наркологии под ред Н.Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.1 – с. 124-140.
- 3) Благов Л. Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. Клинические аспекты и фармакотерапия опиоидной зависимости. // Наркология, 2002; 5: 41-43
- 4) Валентик Ю. В. Психогенетическая модель личности пациента с завивисмостью от психоактивных веществ// Вопросы наркологии – 2002 - №9. – С. 21-26.
- 5) Звартау Э. Э., Цой М. В., и соавт. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. Т.3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – с. 673-686]
- 6) Зобнин Ю. В. Острые отравления наркотическими веществами: суррогатами опия и наркотическими анальгетиками, Методические рекомендации, Иркутск, 2003.
- 7) Каражанова А. С. Создание и поддержка реабилитационной среды в программе медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих различными классами психоактивных веществ или зависимых от них. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. X, № 3. – С. 97
- 8) Каражанова А. С. Основные принципы и особенности медикаментозной коррекции несовершеннолетних, зависимых от психоактивных веществ, /Известия Таджикского отделения Международной Академии наук высшей школы. – Душанбе, 2010. – № 2 – С. 77- 83
- 9) Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая терапия больных наркоманией – Павлодар. – 2003 г. – 267 с.]
- 10) Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии. Подред. Н. Сарториус (ВОЗ) ([globalteka.ru/books/doc\\_details/14482-----10---.html](http://globalteka.ru/books/doc_details/14482-----10---.html))
- 11) Миронюк М. Ю. Способ лечения наркотических зависимостей / Патент Российской Федерации RU2288717 – 2003.
- 12) Москаленко В. Д., Агибалова Г. В., Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ. Руководство по наркологии под ред. Н. Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.2 – с. 405-415.
- 13) Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар–Мед – 2008.
- 14) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».
- 15) Руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. М., Медпрактика – М, 2002.– т.2с.67-68
- 16) Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова - М. Медицина – 1999 г- Т.2. – с. 414-415.
- 17) Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: ВОЗ. Женева – перевод с английского В.Е. Пелипаса. – 1994. – 90 с.



- 18) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного потребления психоактивных веществ, сайт Российского общества психиатров psichiatr.ru, июнь, 2014
- 19) Alex M Gray The effect of fluvoxamine and sertraline on the opioid withdrawal syndrome: a combined in vivo cerebral microdialysis and behavioural study.//EurNeuropsychopharmacol 2002 - Jun;12(3):245-54.
- 20) Ansari MA, Memon Z, Ahmed SP, Ali M. Comparison of the efficacy and safety of Chlorpromazine with Verapamil for the treatment of acute opioid abstinence syndrome. Pak J Med Sci 2009;25(4):641-645.
- 21) Beswick T, Best D, Bearn J, et al. The effectiveness of combined naloxone/lofexidine in opiate detoxification: Results from a double-blind randomized and placebo-controlled trial. Am J Addict. 2003;12:295–305
- 22) Cheng Yang, Yan Chen, Lei Tang, and Zaijie Jim Wang Haloperidol Disrupts Opioid-Antinociceptive Tolerance and Physical Dependence // J PharmacolExpTher. 2011 Jul; 338(1): 164–172.
- 23) Classifying Skin Lesions of Injection Drug Users: A Method for Corroborating Disease Risk, NCADI Order No.AVD 154, DHHS Publication No. (SMA) 02-3753, Printed 2002.
- 24) Curreen M, Lidmila J. Zopiclone: Is there cause for concern in addiction services and general practice? //Int J Risk Saf Med. 2014; 26(4):183-9.
- 25) Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- 26) Detoxification of opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs. methadone. //Pharmacopsychiatry. 2002 Sep;35(5):159-64.
- 27) Drug misuse – psychosocial interventions NICE clinical guideline 51 – July 2007 – 36 p,
- 28) Handford C, Kahan M, Srivastava A, Cirone S, Sanghera S, Palda V, Lester MD, Janecek E, Franklyn M, Cord M, Selby P, Ordean A. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); 2011. 145 p.
- 29) Hartman B. J. The use of hypnosis in the treatment of drug addiction // J Natl Med Assoc. 1972 Jan; 64(1): 35–38.
- 30) Hartz I., Jørgen G. Bramness and Svetlana Skurtveit, Prescription of antidepressants to patients on opioids maintenance therapy – a pharmacoepidemiological study // NorskEpidemiologi 2011; 21 (1): 77-83 77.
- 31) Klimas J, Tobin H, Field CA, O'Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, Saunders J, Bury G, Dunne C, Cullen W. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users.// Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 3;12
- 32) Kouros D, Tahereh H, Mohammadreza A, MinoomZ. Opium and heroin alter biochemical parameters of human's serum.// Am J Drug Alcohol Abuse. 2010 May;36(3):135-9.

- 33) Krupitsky E, NunesEV, Ling W, GastfriendDR, Memisoglu A, Silverman BL. Injectable extended-release naltrexone (XR-NTX) for opioid dependence: long-term safety and effectiveness. // *Addiction*. 2013 Sep;108(9):1628-37.
- 34) Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users.// *Joint Bone Spine*. 2012 Oct;79(5):446-50.
- 35) Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2).
- 36) Maremmanni, M. Pacini, F. Lamanna, P. P. Pani, G. Perugi, J. Deltito, I.M. Salloum, H. Akiskal Mood Stabilizers in the Treatment of Substance Use Disorders // *CNS Spectr*. 2010;15(2)95-109.
- 37) McDuffDR, Schwartz RP, Tommasello A, Tiegel S, Donovan T, Johnson JL.J Outpatient benzodiazepine detoxification procedure for methadone patients. // *Subst Abuse Treat*. 1993 May-Jun;10(3):297-302.
- 38) McNicholas L., M.D., Ph.D. Consensus Panel Chair Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction, A Treatment Improvement Protocol TIP 40 - DHHS Publication No. (SMA) 04-3939 Printed 2004
- 39) Merrill JO, Duncan MH. Addiction disorders. // *Med Clin North Am*. 2014 Sep;98(5):1097-122
- 40) Nabipour S, Ayu Said M<sup>1</sup>, Hussain Habil M<sup>2</sup> Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article.// *Iran J Public Health*. 2014 Aug;43(8):1022-32.
- 41) Opioids enabler. 2012 Jun. 5 p. Electronic copies: Available from the Centre for Addiction and Mental Health Web site
- 42) PinkofskyHB, Hahn AM, Campbell FA, Rueda J, Daley DC, DouaihyAB.J Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine.// *ClinPsychiatry*. 2005 Oct;66(10):1285-8.
- 43) Primary care addiction toolkit. Opioid misuse and addiction. Electronic copies: Available from the Centre for Addiction and Mental Health Web site ☐
- 44) Satel SL, KostenTR, Schuckit MA, Fischman MW. Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? *Am J.Psychiatry*. 1993;150:695–704.
- 45) Schneider, U., Paetzold, W., Eronat, V., Huber, T. J., Seifert, J., Wiese, B. and Emrich, H. M. (2000), Buprenorphine and carbamazepine as a treatment for detoxification of opiate addicts with multiple drug misuse: a pilot study. *Addiction Biology*, 5: 65–69.
- 46) Seifert J, Metzner C, Paetzold W, Borsutzky M, Passie T, Rollnik J, Wiese B, Emrich HM, Schneider U.
- 47) Sofuoglu M, DeVito EE, Waters AJ, Carroll KM..Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. // *Neuropharmacology*. 2013 Jan;64:452-63. Epub 2012 Jun 23
- 48) Substance Use Disorders and the Person-Centered Healthcare Home: National Council for Community Behavioral Healthcare – Washigton – 2010 – 57 p.
- 49) Threlkeld M, Parran TV, Adelman CA, Grey SF, Yu J. Tramadol versus buprenorphine for the management of acute heroin withdrawal: a retrospective matched cohort controlled study. *Am J Addict*. 2006;15(2):186–91.

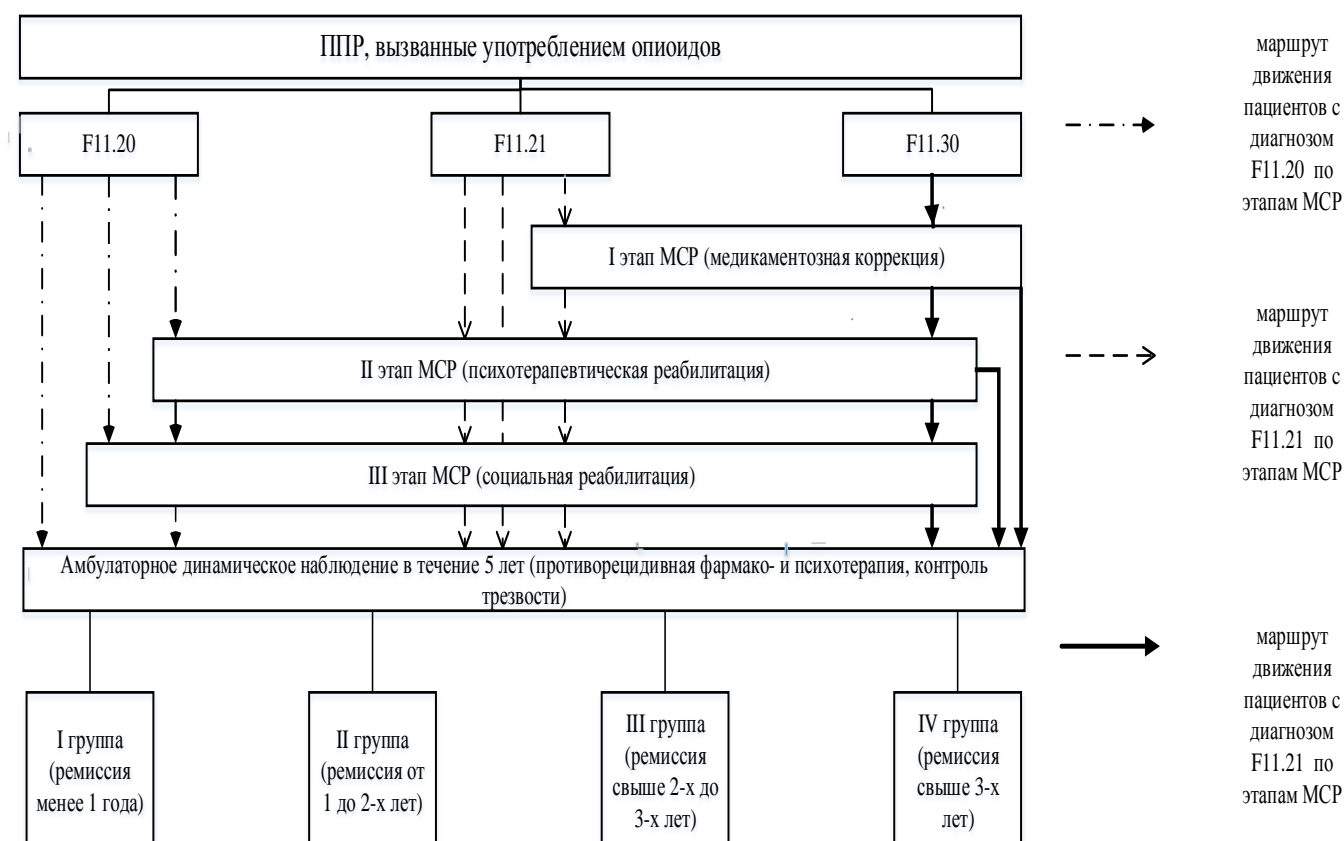
- 50) van den Brink WEvidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. // Curr Drug Abuse Rev. 2012 Mar;5(1):3-3.
- 51) Wills, T.A. & Dishion, T.J. (2004). Temperament and adolescent substance abuse: a transactional analysis of emerging self-control. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33(1), 69-81.
- 52) White, T. (1999). Heroin use as a passive behavior. Transactional Analysis Journal, 29(4), 273- 277
- 53) Ziaaddini H1, Ziaaddini A, Asghari N, Nakhaee N, Eslami M Iran Trial of tramadol plus gabapentin for opioid detoxification//Red Crescent Med J. 2014 Dec 29;17(1):e18202.
- 13) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25902891>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25490611>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25319840>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156759>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24768254>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24738737>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716256>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439102>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782760>

## Приложение 1

### Алгоритм ведения пациентов с пагубным употреблением опиоидов в рамках этапов наркологической помощи [12].



### Алгоритм ведения пациентов с зависимостью в рамках этапов наркологической помощи [12].



### Узловые звенья реабилитационной программы

*Создание реабилитационной среды* обеспечивается совокупностью организационных и функциональных факторов (медицинских, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных). Программа реабилитации направлена на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, формирование или развитие его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности адаптации к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ [4].

Лечебно-реабилитационный процесс основывается на принципах, реализуемых во взаимодействии следующих компонентов: больные (больной) — персонал реабилитационного учреждения (реабилитационная бригада) — реабилитационная среда (терапевтическое сообщество) с условным выделением основных периодов (этапов) и соответствующих клинико-психологических мишеней - узлов формирования наркотической зависимости:

*Мишень № 1* – патологический соматический статус зависимых от опиоидов соматический уровень синдрома зависимости от опиоидов; признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии. Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса.

*Мишень № 2* –патологическое влечение к психоактивному веществу (ПВ к опиоидам) во всех проявлениях данного феномена.

*Мишень № 3* – патологический личностный статус больных (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости).

*Мишень № 4* – нормативный личностный статус больных.

*Мишень № 5* – дефицитарный социальный статус больных (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме).

*Мишень № 6* – уровень мотивации больных на полноценное прохождение реабилитационной программы, соответственно, на достижение стойкой ремиссии и повышение качества жизни.