

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)**

1. Вводная часть**1.1. Код(ы) МКБ-10:**

F18.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Острая интоксикация
F18.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Пагубное употребление
F18.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Синдром зависимости
F18.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Состояние отмены
F18.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Абстинентное состояние с делирием
F18.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Психотическое расстройство
F18.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства
F18.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Другие психические расстройства и расстройства поведения
F18.9	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.**1.3. Сокращения, используемые в протоколе:**

АД	–	артериальное давление
АлТ	–	аланинаминотрансфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ИППП	–	Инфекции, передающиеся половым путем
КЩС	-	кислотно-щелочное состояние
ЛОС	-	Летучие органические соединения

МКБ 10	–	Международная классификация болезней 10го пересмотра
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ОАК	-	Общий анализ крови
ОАМ	-	Общий анализ мочи
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦНС	–	центральная нервная система
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
Эхо-КГ		эхокардиография
ЭХО-ЭГ	–	эхоэнцефалография
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
ТГК	–	тетрагидроканнабинол
t _{1/2}	–	период полувыведения
ЧМТ		черепно-мозговая травма

1.4. Пользователи протокола: психиатр взрослый, детский (нарколог); терапевт; педиатр; токсиколог; врач скорой медицинской помощи; семейный врач; фельдшер.

1.5. Категория пациентов: несовершеннолетние (7-18 лет)

1.6. 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
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7. Определение

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление летучих растворителей начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [1, 2, 13, 21-22, 27, 29, 30, 33, 41-42, 53, 55].

1.8. Классификация (по этиологии, стадиям).

1.8.1. Классификация по типу потребляемых средств (этиологии):

- летучие растворители: разбавители и удалители краски, жидкости для химической чистки, обезжириватели, бензин, клеи, корректирующие жидкости и фломастеры.
- спреи: распылительные краски, дезодоранты и аэрозоли для волос, спреи для растительного масла для приготовления пищи и спреи для защиты тканей.
- газы: хлороформ, галотан, закись азота.
- нитриты: изоамилнитрит, изобутилнитрит [3].

1.8.2. Классификация по стадиям:

1. Аддиктивное поведение:

- полисубстантное аддиктивное поведение;
 - этап первых проб;
 - этап поискового наркотизма;
 - этап выбора предпочитаемого вещества;
 - этап групповой психической зависимости
- моносубстантное аддиктивное поведение;
 - этап первых случайных проб
 - эпизодическое злоупотребление
 - этап групповой психической зависимости

2. Первая стадия зависимости:

- индивидуальная психическая зависимость;
- стёртая картина абстиненции;
- угасание защитных рефлексов на передозировку;
- повышение толерантности;
- социальная дезадаптация.

3. Вторая стадия зависимости:

- физическая зависимость;
- признаки выраженной хронической интоксикации;
- абстинентный синдром выраженного характера;
- компульсивное влечение;
- анозогнозия;
- изменение картины опьянения;
- продолжающийся рост толерантности;
- нарастающая социальная дезадаптация [4].

2. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

Диагноз устанавливается путем клинико-психопатологического обследования – расспроса, выявления жалоб, сбора объективного и субъективного анамнеза жизни и заболевания, наблюдения и описания психического статуса, а также физикального, лабораторного, в частности - иммунохимического анализа и инструментального обследования.

Идентификация употребляемых психоактивных веществ осуществляется на основе заявления самого пациента, объективного лабораторного анализа биологических сред или других данных (наличие у пациента седативных и снотворных средств, клинические признаки и симптомы, сообщения из информированных третьих источников). Всегда желательно получить подобные данные более чем из одного источника.

Объективные (лабораторные) анализы дают наиболее очевидные доказательства употребления психоактивных веществ в настоящее время или в недавнем прошлом, хотя возможности этого метода ограничены по отношению к прошлому употреблению или уровню употребления в настоящем.

Рекомендуется при проведении клинико-психопатологического обследования обращать внимание на диагностические критерии острой интоксикации, пагубного употребления, синдрома зависимости, абстинентного состояния, а также психотических и других симптомов по Международной классификации болезней 10 пересмотра [4, 12, 13, 16, 19, 21, 22, 27, 30, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

Рекомендуется обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, инъекционности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений [4, 12, 13, 16, 19, 21, 22, 27, 30, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической

нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации [1, 12, 13, 16, 19, 21, 22, 27, 30, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

2.1. Диагностические критерии:

Синдром острой интоксикации:

Жалобы:

- перепады настроения;
- чувство страха;
- переживание «необычных» образов, «мультиков»;
- головокружение;
- тошнота, головная боль;
- вялость;
- апатия.

Анамнез:

- указание на приём летучего растворителя путем вдыхания;
- обнаружение ребенка/подростка в компании с другими потребителями летучих растворителей.

Физикальное обследование:

психический статус: отмечаются расстройства во всех видах психической деятельности: восприятие нарушено, извращение ощущений, психосенсорные расстройства, изменение схемы тела, дереализация и деперсонализация, регистрируются объективные признаки переживаемых обманов восприятия, нарушение стройности мышления, речь отрывочна, яркие, образные зрительные обманы восприятия, с эффектом сделанности, сюжетностью, реже слуховые обманы в виде отдельных звуков, бредовые идеи в рамках онейроидного помрачения сознания, эффект растерянности, «вчувствования», ощущение «управляемости» из вне, психомоторное возбуждение или заторможенность, импульсивность, кататонические элементы (замирание, принятие причудливых поз, появление отдельных эпизодов восковой гибкости), подвижный аффект, агрессия, дисфория, амнезия по выходу или нарушение восприятия реальных событий, запоминание болезненных переживаний.

соматовегетативный и неврологический статус: гиперемия, отечность лица, блеск глаз, расширение зрачков, толчкообразный горизонтальный нистагм, шаткая походка, движения замедлены, неточны, крупный тремор пальцев, век, затруднение в выполнении координационных проб, специфический химический запах от одежды и в выдыхаемом воздухе [5].

Синдром употребления с вредными последствиями:

Жалобы:

- перепады настроения;
- конфликтность;
- проблемы во взаимоотношениях с родителями, педагогами, сверстниками;

- затруднения в сосредоточении, запоминании учебного материала;
- лёгкая истощаемость.

Анамнез:

- нарастающая скрытность ребенка/подростка,
- изменение ритма сна-бодрствования,
- снижение успеваемости,
- прогулы школьных занятий,
- утрата интереса к учёбе и привычным увлечениям,
- длительное эпизодическое нерегулярное употребление летучих растворителей,
- усиление финансовых запросов, выпрашивание денег, пропажи денег из дома,
- неопрятность внешнего вида,
- перепады настроения. не обусловленные ситуационно,
- в коммуникации с родителями/опекунами лживость, изворотливость, скрытность,
- регулярный специфический химический запах от одежды, волос.

Физикальное обследование:

психический статус: перепады настроения, раздражительность, утомляемость, медлительность, снижение остроты внимания, агрессия, дисфория;

соматовегетативный и неврологический статус: неустойчивость пульса, аритмии, ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов, нарушение циркадных ритмов [6].

Синдром зависимости:

Жалобы:

- влечение к употреблению летучих растворителей, компульсивного либо обсессивного варианта;
- жалобы на нарушения сна;
- тоскливое настроение;
- перепады настроения.

Анамнез:

- сведения о систематическом употреблении летучих растворителей,
- сведения о сформированной зависимости от летучих растворителей, нарушенная способность контролировать прием летучих растворителей, снижение эффекта от первоначальных доз,
- стирание яркости переживаемых обманов восприятия,
- состояние отмены,
- стойкое употребление летучих растворителей вопреки ясным доказательствам вредных последствий,
- в период воздержания от летучих растворителей при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены.

Физикальное обследование:

психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования).
соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов гиперемия и воспаление слизистых носа и ротовой полости, конъюнктивы, кожных покровов лица, тусклые волосы [6].

Синдром отмены:

Жалобы:

- выраженное влечение к употреблению летучего растворителя, компульсивного либо обсессивного варианта;
- раздражительность, гневливость;
- тоскливое настроение;
- стойкие нарушения сна;
- потливость;
- головная боль;
- бессонница;
- шаткость походки;
- боли в мышцах плечевого пояса;
- дрожь тела;
- ощущение дурноты.

Анамнез:

- сведения о регулярном употреблении летучих растворителей,
- сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа и более (максимально до 48 часов);

Физикальное обследование:

психический статус: психомоторное возбуждение, напряженная дисфория, подозрительность, тревога, подавленный фон настроения, дисфория, агрессия, возможны обманы восприятия при ясном сознании;

соматовегетативный и неврологический статус: повышение сухожильных рефлексов, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышенные сухожильные рефлексы [7].

Синдром отмены с делирием:

Жалобы:

- дополнительно к жалобам при синдроме отмены присоединяются жалобы на ощущение преследования,
- убежденность в угрозе для жизни,
- подавленный фон настроения,
- тревога выраженного характера, страх,
- чувственное переживание истинных зрительных галлюцинаций.

Анамнез:

- сведения о регулярном длительном употреблении летучих растворителей,
- сведения о формировании зависимости к летучим растворителям,

- сведения о прекращении потребления данных средств в ближайшие 48-72 часов.

Физикальное обследование:

в психическом статусе: выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, дезориентация во времени и пространстве, истинные зрительные галлюцинации преобладают, бредовые идеи преследования,

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения [7].

2.2. Лабораторные исследования: Для всех вышеуказанных синдромов:

Необходимость в лабораторной диагностике возникает в случаях затруднения определения ПАВ по клинической картине, при проведении дифференциального диагноза, а также для подтверждения факта употребления ПАВ. Лабораторные биомаркеры отражают факт потребления ПАВ, но не позволяют установить диагноз. Они являются важным объективным показателем в дополнении к классической клинической диагностике [45, 46, 49, 50, 51, 59].

- ✓ общий анализ крови: возможно повышение гематокрита как следствия дегидратации, снижение уровня гемоглобина алиментарного или токсического генеза;
- ✓ биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб, подъём креатининфосфокиназы и лактатдегидрогеназы как результат кардиотоксичности летучих растворителей) [45-46, 49, 50-51, 59].

Инструментальные исследования:

Инструментальные методы проводятся по клиническим показаниям при возможном негативном влиянии на центральную нервную систему (ЦНС), развитии сопутствующих заболеваний соматической сферы и проведении дифференциального диагноза [45-46, 49, 50-51, 59]:

- ✓ РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, УЗИ способствуют диагностированию сопутствующей неврологической и соматической патологии;
- ✓ Эхо-КГ, ЭКГ – ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

Дополнительное обследование:

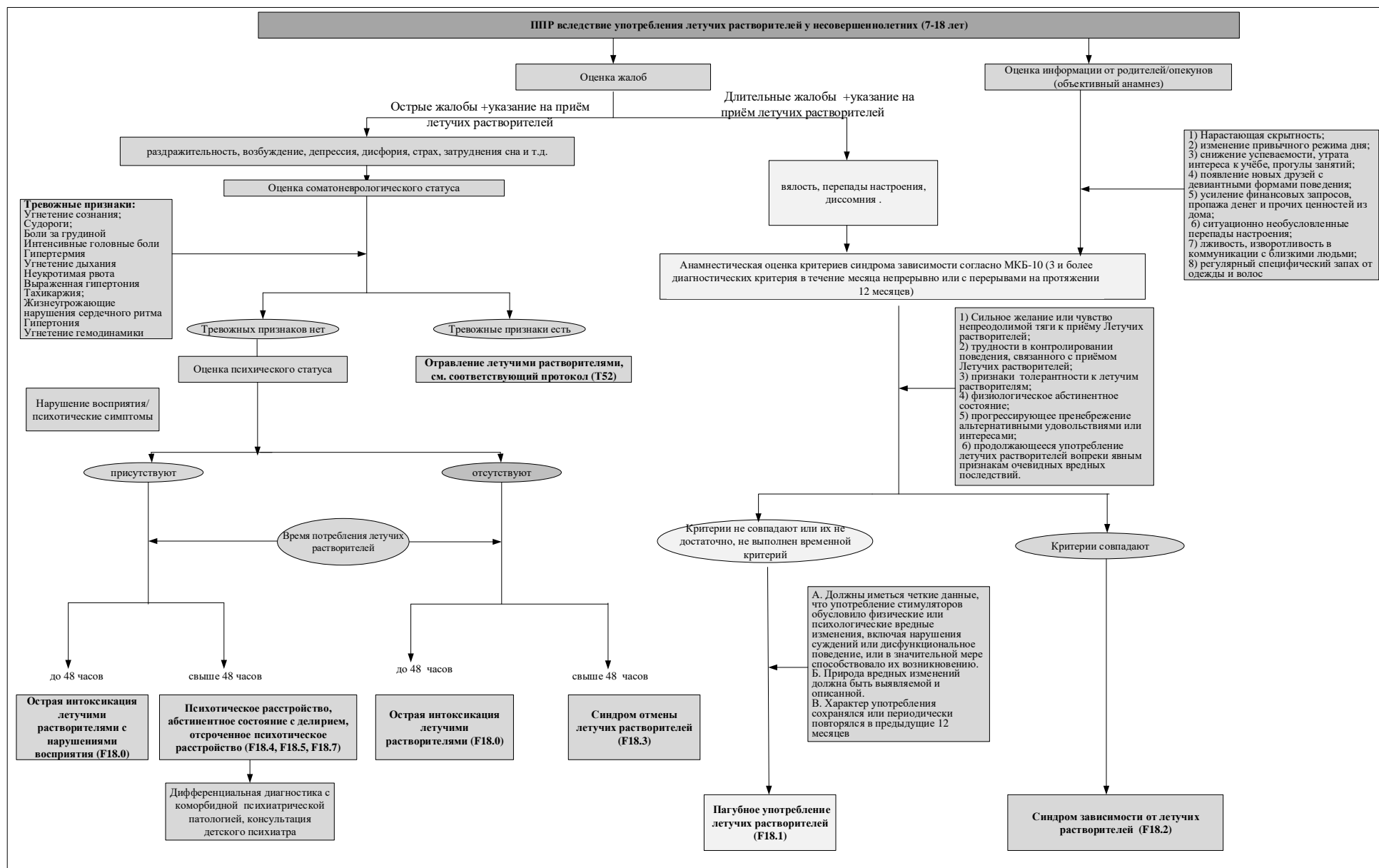
Экспериментально-психологическая диагностика - по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки

депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

Показания для консультации специалистов:

- консультация педиатра для выявления возможной коморбидной патологии внутренних органов;
- консультация детского невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация детского психиатра для выявления возможной коморбидной психической патологии;
- консультация хирурга при хирургических патологиях;
- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- консультация гастроэнтеролога при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта;
- консультация дерматолога при патологии кожных покровов;
- консультация уролога при выявлении патологии мочеполовой системы; консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов;
- консультация детского гинеколога при выявлении патологии половой системы у девочек и девушек-подростков, подозрение на беременность у девушек-подростков.

2) Диагностический алгоритм:



3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизофрения (F20.0-22.0)	<p>Фактор возраста играет ключевую роль в манифестации шизофренического процесса;</p> <p>Высокая коморбидность шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе летучими растворителями): употребление ПАВ среди лиц с шизофренией в 2 раза чаще</p> <p>Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации, синдрома отмены летучих растворителей</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие диагностических критериев, установленных клиническим протоколом «Шизофрения», а именно: На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).</p> <p>1) Минимум один из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей; • бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; • бредовое восприятие; • галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы

			<p>галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;</p> <ul style="list-style-type: none">• стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами). <p>2) или минимум два признака из числа следующих:</p> <ul style="list-style-type: none">• хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;• неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;• кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;• "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение
--	--	--	---

			и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией).
Аффективные расстройства (F30-39)	Возраст является одним из факторов в манифестации аффективных расстройств (распространенность аффективных симптомов у несовершеннолетних по оценке Национального Института Психического Здоровья США - 6% , распространенность сформированных расстройств – 1%); Высокая коморбидность аффективных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе летучими растворителями): преципитирующая роль летучих растворителей в манифесте аффективных расстройств; аффективные расстройства утяжеляют течение зависимости от летучих растворителей Высокая частота психотических и аффективных расстройств в клинике всех синдромов ППР, вызванных употреблением летучих растворителей	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования (гормональный профиль)	Возникновение и персистирования симптомов возникает вслед за употреблением ПАВ (летучих растворителей) Присутствует указание на прием летучих растворителей, специфический запах от одежды и волос; Отсутствуют диагностические критерии согласно клиническим протоколам «Маниакальный эпизод», «Депрессивный эпизод», «биполярное аффективное расстройство», «Реккурентное аффективное расстройство», «Устойчивые расстройства настроения»
Органическое психическое расстройство в детском возрасте	Высокая частота органических психических расстройств среди несовершеннолетних; Клиническое течение органических психических расстройств может происходить с психопатизацией,	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования: общий анализ крови,	Отсутствие органических признаков нарушений головного мозга, подтверждаемых инструментально Отсутствие объективных подтверждений соматических нарушений (физикальных,

	<p>волевыми нарушениями, которые обеспечивают и играют патогенетическую роль в аддиктивном поведении</p> <p>Отсутствие своевременной диагностики органических психических расстройств снижает терапевтические и реабилитационные возможности при работе с несовершеннолетним в отношении употребления летучих растворителей</p> <p>Высокий риск вторичного развития органической патологии ЦНС на фоне употребления летучих растворителей</p>	<p>биохимический анализ крови, гормональный профиль, нейрофизиологические исследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ),</p> <p>По показаниям КТ, МРТ головного мозга</p>	<p>лабораторных, инструментальных)</p>
<p>Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте</p>	<p>Специфичны для несовершеннолетних</p> <p>Высокий процент коморбидности данной группы расстройств и ППР, вызванных употреблением летучих растворителей</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие первичности следующих симптомов в текущей клинике или анамнезе:</p> <p>Киперкинетические расстройства (нарушения внимания и гиперактивность) с началом до 6 лет;</p> <p>Расстройства поведения предшествуют первым эпизодам проб ПАВ (летучих растворителей)</p> <p>Отсутствие социализации интеграции в связи с ровесниками</p> <p>Эмоциональные расстройства по типу тревоги, социальных фобий, в том числе вызванных разлукой, сиблинговым соперничеством</p>
<p>ППР вследствие употребления ПАВ (F10-F16)</p>	<p>Высокий риск трансформации зависимости и перехода на злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Наличие указаний на употребление ПАВ, иных, нежели летучие растворители</p> <p>Положительные токсикологические тесты на ПАВ иные, нежели летучие</p>

			растворители
--	--	--	--------------

Тактика лечения на амбулаторном уровне:

1) Немедикаментозное лечение [14, 15, 16, 26]:
режим общий;
диета – стол №15.

Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

информационно-образовательные лекции (УД-А);
мотивационное консультирование;
психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
семейное психологическое консультирование;
психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
психотерапия (индивидуальная и групповая);
консультирование социального работника;
терапия творческим самовыражением (арт-терапия);
аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики
релаксационные техники, самомассаж

2) Медикаментозное лечение:

на амбулаторном уровне используется медикаментозное лечение исключительно коморбидной патологии согласно соответствующим ей клиническим протоколам

3) Хирургическое вмешательство: нет.

4) Дальнейшее ведение: несовершеннолетнего пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

5) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- ✓ отсутствие злоупотребления психоактивных веществ (любых);
- ✓ улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- ✓ нормализация социально-психологического статуса пациента (учебная деятельность, досуг, хобби, взаимоотношений в семье, учебном коллективе).

4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации

Показания для экстренной госпитализации в токсикологический стационар:

- Острая интоксикация летучими рпстворителями осложнённая

Показания для экстренной госпитализации в наркологический/психиатрический стационар:

- ✓ Острая интоксикация летучими растворителями неосложнённая
- ✓ Острая интоксикация летучими растворителями осложнённая нарушениями восприятия
- ✓ Абстинентное состояние вследствие употребления летучих растворителей, в том числе с нарушениями восприятия

- ✓ Психотическое расстройство вследствие употребления летучих растворителей.

Показания для плановой госпитализации:

- ✓ Пагубное употребление летучих растворителей
- ✓ синдром зависимости от летучих растворителей.

5. Тактика лечения на стационарном уровне:

1) карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (см. ниже) [8];

1) немедикаментозное лечение:

режим – I, II, (охранительный, препятствующий употреблению психоактивных веществ в условиях лечения);

диета – стол №15.

Психолого-психотерапевтическое лечение стационарный уровень [23, 27, 29, 30, 33]:

информационно-образовательные лекции (УД-А);

мотивационное консультирование;

психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);

семейное психологическое консультирование;

психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);

психотерапия (индивидуальная и групповая);

консультирование социального работника;

терапия творческим самовыражением (арт-терапия);

аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики релаксационные техники, самомассаж

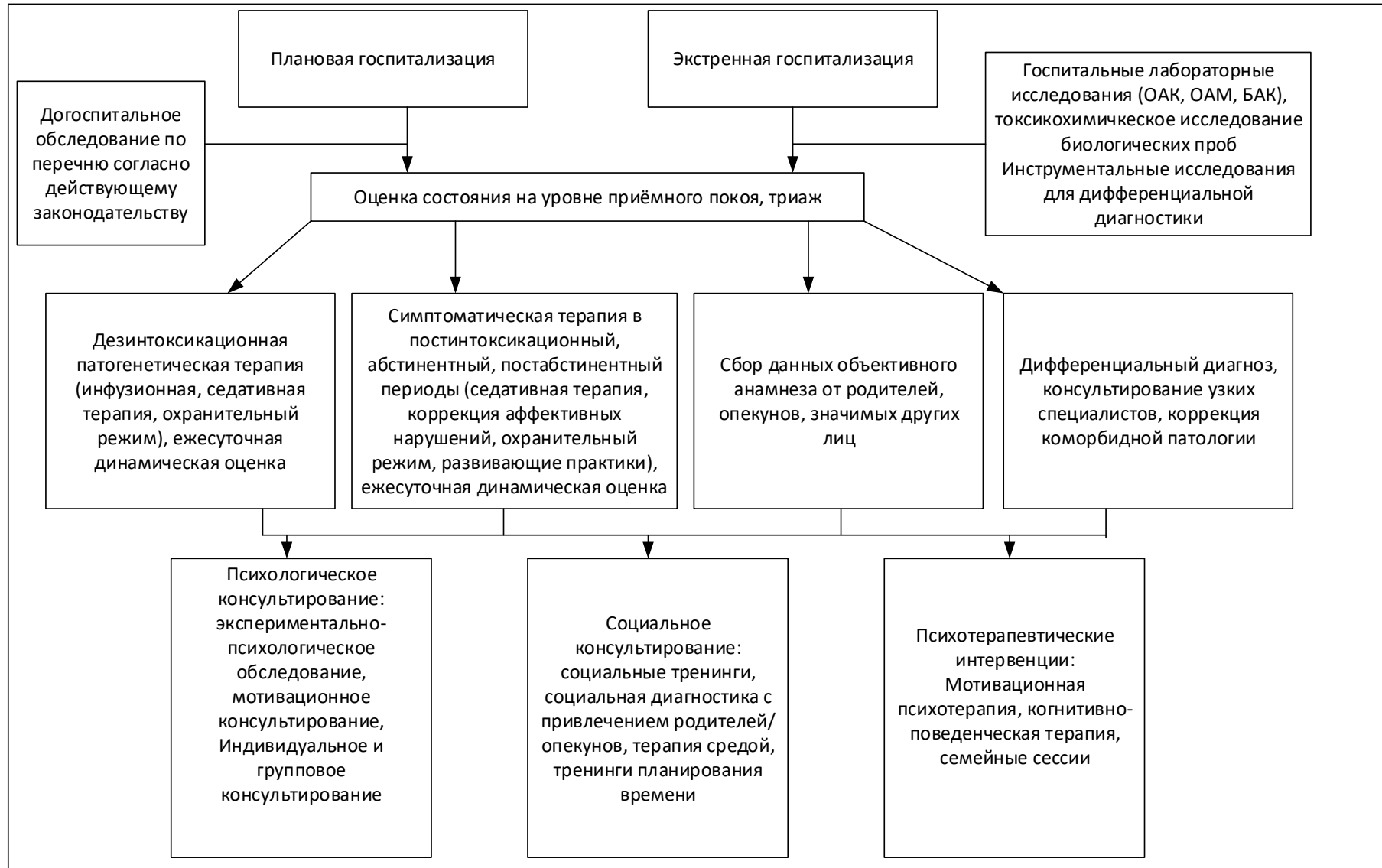


Схема – Алгоритм стационарного лечения

3) медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): не предусмотрен.

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Сертралин	В качестве дополнительной терапии при развитии у детей и подростков обсессивно-компульсивных и диссоциативных расстройств на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления ЛОС и формирования зависимости от них: Внутрь. Для детей с 6 до 12 лет – начальная доза 25 мг внутрь однократно. Поддерживающая доза – от 25 до 200 мг в сутки. Повышение дозы по необходимости можно производить еженедельно. Для детей с 13 лет - начальная доза для составляет 50 мг в сутки.	В [30, 32, 33, 35, 36]
Антидепрессант	Флувоксамин	В качестве дополнительной терапии при развитии у детей	В [60, 61, 62]

		<p>и подростков обсессивно- компульсивных расстройств на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления ЛОС и формирования зависимости от них: Внутрь. Для детей с 8 до 11 лет начальная доза 25 мг в сутки однократно, поддерживающая доза варьируется от 25 до максимальных 200 мг в сутки. Для детей с 11 до 17 лет максимальная доза 300 мг в сутки. Дозу более 50 мг рекомендовано делить на 2 приема, а повышение дозы производить с шагом 25 мг каждые 4-7 дней</p>	
Нейролептик	Рисперидон	<p>В качестве терапии при развитии у детей и подростков психотических нарушений на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления ЛОС и формирования</p>	В [37, 47, 53]

		<p>зависимости от них: Внутрь. Детям в возрасте с 5 лет - в каплях, с 15 лет – в таблетках. Для пациентов с массой тела 50 кг и более начальная доза 0,5 мг один раз в день. Для пациентов с массой тела < 50 кг рекомендована начальная доза 0,25 мг один раз в день.</p>	
Нейролептик	Хлорпромазин	<p>В качестве терапии при развитии у детей и подростков психотических нарушений на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления ЛОС и формирования зависимости от них</p> <p>Внутрь. Для детей с 3 до 6 лет 500 мкг/кг каждые 4-6 часов (максимально 40 мг в день); 6-12 лет 10 мг 3 раза в день (максимально 75 мг.в день); 12-18 лет 25 мг 3 раза в день или 75 мг на ночь, средняя доза 75-300 мг в день (максимально 1 г).</p>	С [23. 27, 29, 30, 33]

4) Хирургическое вмешательство: нет.

5) Дальнейшее ведение: несовершеннолетнего пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

6) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие злоупотребления психоактивных веществ (любых);
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента (учебная деятельность, досуг, хобби, взаимоотношений в семье, учебном коллективе).

III. Организационные аспекты внедрения протокола:

16.Список разработчиков:

1) Ешимбетова Саида Закировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр.

2) Распопова Наталья Ивановна – д.м.н., кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр высшей квалификационной категории.

3) Абетова Айгулим Абдурасуловна – к.м.н., руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, врач психиатр высшей квалификационной категории, врач детский психиатр – сертификат.

4) Прилуцкая Мария Валерьевна, врач-психотерапевт Филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК г. Павлодар, и.о. ассоциированного профессора кафедры Персонализированной медицины Павлодарского филиала НАО "Медицинский университет Семей"

5) Тулегенова Бахит Ерулановна - Психиатр-нарколог высшей категории, РГП на ПВХ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, филиал г. Павлодар

17.Конфликт интересов: нет

18.Рецензенты:

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. Basu D, Ghosh A. Substance use and other addictive disorders in international classification of Diseases-11, and their relationship with diagnostic

- and statistical Manual-5 and international classification of Diseases-10. *Indian J Soc Psychiatry* 2018;34, Suppl S1:54-62.
2. Center for Substance Abuse Treatment. *Treatment for Stimulant Use Disorders*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 33.) Chapter 2—How Stimulants Affect the Brain and Behavior. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64328/>
 3. Balster RL1, Cruz SL, Howard MO, Dell CA, Cottler LB. Classification of abused inhalants. // *Addiction*. 2009 Jun;104(6):878-82.
 4. Личко А.Е., Битенский В.С. *Подростковая наркология. Руководство для врачей*. - М. Медицина. 1991 – С. 23-32.
 5. Baydala L Inhalant abuse // *Paediatr Child Health*. 2010 Sep; 15(7): 443–448.
 6. Gaur N, Gautam M, Singh S, Raju VV, Sarkar S. Clinical Practice Guidelines on Assessment and Management of Substance Abuse Disorder in Children and Adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 2):333-349. doi:10.4103/psychiatry
 7. Brian E. Perron, Matthew O. Howard, Michael G. Vaughn, Christopher N. Jarman Inhalant Withdrawal as a Clinically Significant Feature of Inhalant Dependence Disorder // *Med Hypotheses*. 2009 Dec; 73(6): 935–937.
 8. Brouette T, Anton R. Clinical review of inhalants. *Am J Addict*. 2001 Winter;10(1):79-94. doi: 10.1080/105504901750160529. PMID: 11268830
 9. Courtney, D., Milin, R. Pharmacotherapy for Adolescents with Substance Use Disorders. *Curr Treat Options Psych* 2, 312–325 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0053-6>
 10. Xia L, Li WZ, Liu HZ, Hao R, Zhang XY. Olanzapine Versus Risperidone in Children and Adolescents with Psychosis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(4):244-251. doi:10.1089/cap.2017.0120
 11. «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения». Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-305/2020 от 21 декабря 2020 года, Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21856.
 12. «Об утверждении Списка наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, Сводной таблицы об отнесении наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, обнаруженных в незаконном обороте, к небольшим, крупным и особо крупным размерам, Списка заместителей атомов водорода, галогенов и (или) гидроксильных групп в структурных формулах наркотических средств, психотропных веществ». Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 июля 2019 года № 470.
 13. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V Международной классификации болезней 10-го пересмотра). М.:

Минздрав России, 1998; 511с.

14. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. В кн.: Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 699-711.

15. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 688-699.

16. Баранова О.В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике. В кн.: Е.А. Кошкина. Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа, 2011; С. 272–304.

17. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. «Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией». - Павлодар, 2005. – 287 с.

18. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; С.233–243.

19. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. 2003; 215 с.

20. Департамент психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Группа технических экспертов, секретариат Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН). (2010,2015). Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением: 1-148.

21. Ескалиева А.Т., Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды). Методические рекомендации. – 2015.- С.32-34.

22. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: Изд «Гэотар-Медиа», 2009; С. 409-442.

23. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). М., 2000; 57 с.

24. Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). – Павлодар, 2012. – 189 с.

25. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // Вопросы наркологии Казахстана. - 2014. - Т. 2, 1. -С. 30-33.

26. Назыров Р.К., Ремесло М.Б., Ляшковская С.В. и др. Типология

психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014; 19 с.

27. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 944с.

28. Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар. –Мед – 2015

29. Пивень Б.Н., Конева О.П., Лобачева Л.С., Славщик Г.И., Строганов А.Е., Шереметьева И.И., Лещенко Л.В., Колесников Е.А.. Психиатрия и наркология. Методические материалы. – Барнаул: АГМУ, 2005. - 108 с.

30. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. — с. 238-283

31. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтера, 2010; 255 с.

32. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. Под редакцией Н.М. Жарикова: Медицина. 2000; 352 с.

33. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб: издательство «Лань», 1999; 352 с.

34. Шабанов, П. Д. Наркология: руководство для врачей / Шабанов П. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2245-8. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422458.html>

35. [Электронный ресурс] <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1199/treatment-algorithm>.

36. [Электронный ресурс] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/chapter/Recommendations>.

37. Abdulrahim D & Bowden-Jones O, on behalf of the Neptune Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (Neptune). London, 2015.

38. Alagiakrishnan K., Wiens C.A. An approach to drug induced delirium in the elderly // Postgrad Med J 2004; 80:388–393,

39. American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. Psychotherapy. 2013; № 50 (1); 102–109.

40. Darker C.D., Sweeney B.P., Barry J.M., et al. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD009652.

41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association.

42. Ghio L., Cervetti A, Respino M, Belvederi Murri M, Amore M. Management and treatment of gamma butyrolactone withdrawal syndrome: a case report and

- review. //J Psychiatr Pract. 2014 Jul;20(4):294-30
43. Giannini J. A. Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal// Am FamPhysician. 2000 May 1;61(9):2763-2774.
44. Graves S. M., Rafeyan R., Watts J., Napier T. C. Mirtazapine, and mirtazapine-like compounds as possible pharmacotherapy for substance abuse disorders: Evidence from the bench and the bedside //Pharmacol Ther. 2012 Dec; 136(3): 343–353.
45. Gunja N. The Clinical and Forensic Toxicology of Z-drugs //J Med Toxicol. 2013 Jun; 9(2): 155–162
46. Jaffee W.B., Trucco E., Levy S., Weiss R.D. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Subst Abuse Treat.* 2007; № 33(1): 33–42.
47. Logan D.E., Marlatt G.A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2010; № 66(2):201-14.
48. Michael F. Weaver Focus: Addiction Prescription Sedative Misuse and Abuse//YaleJ Biol Med. 2015 Sep; 88(3): 247–256,
49. Moeller K.E., Lee K.C., Kissack J.C. Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2008; № 83(1):66–76.
50. Nelson M.E., Bryant S.M., Aks S.E. Emerging drugs of abuse // *Emerg Med Clin North Am.* — 2014. — T. 32:1-28.
51. Pragst F1, Herre S, Bakdash A. Poisonings with diphenhydramine-a survey of 68 clinical and 55 death cases. //Forensic Sci Int. 2006 Sep 12;161
52. Report of the international committee for drug control – 2016 ed. [Электронный ресурс]. World Health Organization, 2016; 121 с. URL: www.who.int.
53. Rolland B., Naassila M. Binge drinking: current diagnostic and therapeutic issues. *CNS Drugs.* 2017; № 31(3):181-186.
54. Satel SL, Kosten TR, Schuckit MA, Fischman MW. Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? *Am J.Psychiatry.* 2012; 150:695–704.
55. Specimen Validity Testing. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. February 2005. [Электронный ресурс]. — http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files_Drug_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf. Accessed January 7, 2009.
56. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P. Urine drug screening: a valuable office procedure. *Am. Fam. Physician.* 2010; № 81(5): 635-640.
57. Specimen Validity Testing. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. February 2005. [Электронный ресурс]. — http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files_Drug_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf. Accessed January 7, 2009.
58. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (December 13, 2012). The TEDS Report: Admissions Reporting Benzodiazepine and Narcotic Pain Reliever Abuse at

Treatment Entry. Rockville, MD

59. Thompson W., Lande R. G., Kalapatapu R.K Alcoholism Workup. Laboratory Studies. [Электронный ресурс]. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#с6>.

60. US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. Urine specimen collection handbook for federal agency workplace drug testing programs. [Электронный ресурс]. 2004. URL: http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/.

61. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/.

62. Zhang D.X., Li S.T., Lee Q.K., et al. Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare settings. Alcohol Alcohol. 2017; № 52(5): 595-609.