

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СЕДАТИВНЫХ И СНОТВОРНЫХ
СРЕДСТВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18ЛЕТ)

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

МКБ-10	
Код	Название
F 13.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Острая интоксикация
F 13.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Пагубное употребление
F 13.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Синдром зависимости
F 13.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Абстинентное состояние
F 13.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Синдром отмены с делирием
F 13.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Психотическое расстройство
F 13.6	Амнестический синдром в результате употребления седативных или снотворных средств
F 13.7	Резидуальные психотические расстройства в результате употребления седативных или снотворных средств
F 13.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Другие психические и поведенческие расстройства
F13.9	Неуточненное психическое и поведенческое расстройство в результате употребления седативных или снотворных средств.

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
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
JWH		Синтетический каннабиноид (John W. Huffman)

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

1.5. Категория пациентов: дети и подростки в возрасте от 7 до 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 мнение экспертов.

1.7. Определение.

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств – это комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление седативных и снотворных средств начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

1.8. Клиническая классификация

1.8.1. Классификация по МКБ-10 [3]: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств.

F13.0 – Острая интоксикация в результате употребления седативных или снотворных средств;

F13.1 – Употребление седативных или снотворных средств с вредными последствиями;

F13.2 – Синдром зависимости при употреблении седативных или снотворных средств

F13.3 - Состояние отмены в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.4 – Состояние отмены с делирием в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.5 – Психотическое состояние в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.6 – Амнестический синдром в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.7 – Резидуальные психотические расстройства в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.8 – Другие психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных средств

F13.9 – Неуточненное психическое и поведенческое расстройство в результате употребления седативных или снотворных средств.

1.8.2. Клиническая классификация по стадиям течения:

- I первая (начальная) стадия;
- II вторая (средняя) стадия;
- III третья (конечная) стадия [55].

1.8.3. Классификация по типу принимаемых седативных и снотворных средств:

- a. Бензодиазепиновые средства:
 - a) короткого действия (триазолам, мидазолам);
 - b) среднего действия (алпразолам, нозепам, лоразепам);
 - c) длительного действия (флуразепам, диазепам, феназепам, хлордиазепоксид);
 - d) «дневные» (мезапам).
- b. Барбитураты:
 - a) ультракороткого действия - $t_{1/2}$ 30 минут (тиопентал, мефобарбиал, барбитон);
 - b) короткого действия - $t_{1/2}$ - меньше 4 часов (секобарбитал, пентобарбитон);
 - c) среднего действия - $t_{1/2}$ - 4-8 часов (аллобарбитал, гексобарбитон, пентогекситапнатрия);
 - d) длительного действия - $t_{1/2}$ - больше 8 часов (фенобарбитал);
- c. прочие седативные и снотворные средства:
 - a) хлоралгидрат;
 - b) глутетимид;
 - c) метаквалон;
 - d) мепробомат;
 - e) ксилазин;
 - f) небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов или «z-средства» - золпидем, зопиклон, залеплон, эсзопиклон;
- d. прекурсоры ГАМК - гамма-гидроксibuтират, гамма-бутиролактон [14, 17].

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

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 [3, 4, 5, 9, 13, 16, 19, 24, 26, 28, 29, 35].

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

Рекомендуется обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, инъецированности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений [4, 13, 29, 32, 35, 44; 53].

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 [4, 13, 28, 29, 32, 35, 41, 44, 49, 53].

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

Клинические критерии:

2. Диагностические критерии

Синдром острой интоксикации - это преходящее состояние вслед за приемом психоактивного вещества, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций.

Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: эйфория и расторможенность; апатия и седация; грубость или агрессивность; лабильность настроения; нарушения внимания; антероградная амнезия; нарушения социального функционирования.

Могут присутствовать признаки из числа следующих: шаткость походки; нарушения статики и координации движений; смазанная речь; нистагм; угнетение сознания (например, сопор, кома); эритематозные или буллезные высыпания на коже.

В тяжелых случаях острая интоксикация седативными или снотворными препаратами может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением глотательного рефлекса.

Жалобы: сонливость, слабость, трудность сосредоточения внимания, перепады настроения, урежение сердцебиения или чувство «замирания» ритма сердца, головокружение, подергивание мышц, трудности в целостном оценивании ситуации, ощущение «парения» или чувство «отделения от тела», шум в ушах, «потемнение в голове», ощущение «удара в голове», дрожь тела, затруднение дыхания, головная боль, выпадение отдельных событий из памяти («блэкауты»), тошнота, рвота, отсутствие аппетита после периода сна.

Анамнез: эпизод употребления седативных или снотворных средств в основном перорально (таблетированные формы, пилюли, жидкость), а также внутривенно, внутримышечно, возможно путем курения, вдыхания, сублингвально, ректально, интравагинально.

Психический статус: обвисшие губы, опущенные веки, попытка прилечь, дезориентация, дереализация, деперсонализация, циклическая смена «психомоторная заторможенность – возбуждение – заторможенность» с дозозависимым эффектом, антероградная амнезия, агрессия, дезорганизация поведения, ответы на вопросы не впопад или с задержкой, поле внимания сужено, внимание отвлекаемо, восприятие кататимное, при утяжелении состоянии сопор, кома.

Физикальное обследование:

Соматовегетативный и неврологический статус: дизартрия, гиперемия кожных покровов особенно верхней половины тела, гипергидроз, брадикардия, напряженный пульс, латеральный нистагм, диплопия, дизметрия, сниженные сухожильные рефлексы, мышечная слабость, явное нарушение координации или затруднение в выполнении проб на координацию движений (поза Ромберга), размашистость/заторможенность движений, снижение артериального давления, брадикардия, снижение температуры тела на 0,5-1⁰ С, горячий пот, гиперсаливация, кожа с сальным оттенком, язык обложен грязноватым налетом [19, 24].

Синдром острой интоксикации с делирием:

Жалобы: ощущение преследования, убежденность в угрозе для жизни, подавленный фон настроения, тревога.

Анамнез: преимущественно повторное или регулярное употребление седативных средств, употребление в комбинации с антихолинэргическими веществами (например антидепрессантами, теофиллином, стероидами, антиаритмическими препаратами), пожилой возраст, возрастание принимаемых доз седативных и снотворных средств.

Психический статус: дезориентация, нарушение восприятия, паранойяльные тенденции, дереализация, деперсонализация, зрительные, слуховые галлюцинации, психомоторное возбуждение, злоба, агрессия, паника, страх, бредовые идеи преследования, при утяжелении состоянии сопор, кома.

Физикальное обследование:

Соматовегетативный и неврологический статус: дизартрия, бледность кожи, возможна сальность при употреблении барбитуратов, кожные эритемы, пустулы, сухость во рту, несмываемый коричневый налет на спинке языка, брадикардия, нарушение координации движений, размашистость/заторможенность движений, снижение артериального давления, брадикардия, уреженное дыхание, рвота, судороги [5, 28].

Синдром употребления с вредными последствиями - это модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья.

Жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении седативных и снотворных, либо укладываться в рамки первичного расстройства, по поводу которого инициирован медицинский или немедицинский прием указанных средств, жалобы на потерю или снижение желаемого седативного эффекта и появление парадоксального возбуждения, рассеянность, несобранность, медлительность, сниженное настроение.

Анамнез: длительное эпизодическое нерегулярное употребление седативных и снотворных, либо длительный регулярный прием седативных и снотворных по назначению врача или самостоятельно, в том числе в дневное время вне требуемого режима приема соответствующих лекарственных средств.

Психический статус: астения, вялость, пассивность, снижение когнитивной активности, моторная неловкость.

Физикальное обследование:

Соматовегетативный и неврологический статус: брадикардия; ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов [16, 23].

Синдром зависимости – это сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Жалобы: навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению седативных и снотворных, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны наркотического содержания, утрата контроля над приемом седативных и снотворных в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе седативных и снотворных в 5-10 раз по сравнению с первоначальной, так как прежние дозы седативных и снотворных не вызывают эйфории, снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, дискоординация, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни.

Анамнез: сведения о систематическом употреблении седативных и снотворных, сведения о сформированной зависимости от седативных и снотворных, нарушенная способность контролировать прием седативных и снотворных, запойная форма приема седативных средств, с частыми эпизодами тяжелых форм опьянения, психотические симптомы при опьянении, озабоченность употреблением седативных и снотворных, состояние отмены, изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам седативных и снотворных, устойчивое употребление седативных и снотворных вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от седативных и снотворных при сформированной зависимости различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены.

Психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение.

Физикальное обследование:

Соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, утрата четкости речи, коричневатый налет на языке, трудности с координацией движений, пастозность кожных покровов, гнойничковая сыпь на теле, тусклые волосы [55].

Абстинентное состояние (синдром отмены) – это группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами.

Абстинентное состояние (синдром отмены)" входит в структуру средней и конечной стадий зависимости от психоактивных веществ.

Жалобы: общее беспокойство, подозрительность, ощущение угрозы, обманы восприятия в виде зрительных образов, слуховых сигналов, трудность с концентрацией внимания, дезориентация, бессонница, тахикардия, затрудненное дыхание, нарушение аппетита/потеря веса, тошнота, рвота, дрожь в пальцах, веках и кончике языка, сны наркотического содержания, неприятные ощущения в области сердца, беспокойство, тошнота, рвота, головокружение, потемнение в глазах и чувство дурноты при резкой перемене положения тела в пространстве, судорожные подергивания в мышцах, ощущение «сведения челюстей и икроножных мышц», боль в желудке и крупных суставах, непереносимость шума, громких голосов, света, давящие и тянущие ощущения в области сердца;

Анамнез: сведения о регулярном употреблении седативных и снотворных средств, сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа и более (максимально до 72 часов).

Психический статус: психомоторное возбуждение, параноидная

настроенность, подозрительность, тревога, обманы восприятия (чаще слуховые, реже зрительные), идеи преследования, раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение, тоскливо-злобный аффект.

Физикальное обследование:

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения, тонико-клонические судороги в рамках больших судорожных припадков (на 3-5 сутки абстиненции, регистрируются в течение 3 суток) [10, 55].

Абстинентное состояние (синдром отмены) с судорожными припадками - для употребления психоактивных веществ, обладающих противосудорожной активностью, например, таких как барбитураты, судорожные припадки являются одним из типичных проявлений состояния отмены.

Могут присутствовать признаки из числа следующих: тремор языка, век или вытянутых рук; тошнота или рвота; тахикардия; постуральная гипотензия; психомоторное возбуждение; головная боль; бессонница; чувство недомогания или слабости; эпизодические зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации или иллюзии; параноидная настроенность; большие судорожные припадки; дисфория; желание употребить снотворное или седативное средство [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Синдром отмены с делирием - Здесь имеется в виду кратковременное (преходящее), вызванное психоактивными веществами, иногда опасное для жизни острое психотическое состояние, протекающее с расстройством сознания, галлюцинациями и сопутствующими соматическими расстройствами. Оно возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема вещества у лиц с зависимостью от него, употребляющих вещество в течение долгого времени. В тех случаях, когда делирий возникает на выходе из тяжелого эксцесса, он также кодируется в данном пункте.

Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, тремор, тревогу и страх. Перед началом могут возникать судорожные припадки. Классическая триада симптомов включает расстройство сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, возбуждение, бессонница или инверсия цикла сна и вегетативные нарушения [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Жалобы: дополнительно к жалобам при синдроме отмены присоединяются жалобы на ощущение преследования, убежденность в угрозе для жизни, подавленный фон настроения, тревогу, чувственное переживание угрожающих «голосов» и звуков, реже образов.

Анамнез: сведения о регулярном употреблении седативных и снотворных средств, сведения о прекращении потребления данных средств в ближайшие 72-120 часов.

Психический статус: выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, глубокая степень помрачения сознания, дезориентация во времени и пространстве, амнезия на выходе из психоза, интенсивная цветовая окраска зрительных обманов восприятия.

Физикальное обследование:

Соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения, тонико-клонические судороги в рамках больших судорожных припадков (на 3-5 сутки абстиненции, регистрируются в течение 3 суток) [55].

Психотическое расстройство – это расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Расстройство обычно проходит, по крайней мере, частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Психотическое расстройство может возникать на любой стадии зависимости, но преимущественно в средней и конечной.

Психотические симптомы развиваются на фоне употребления вещества или в пределах 2 недель после его приема.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Амнестический синдром - синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, должен отвечать общим критериям органического амнестического синдрома.

Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Амнестический синдром преимущественно встречается в конечной стадии зависимости от психоактивных веществ (как исход острых энцефалопатий). При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила:

Нарушение памяти, проявляющееся двумя признаками:

1) нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки;

2) сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта.

Необходимо отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков:

1) помрачения сознания и расстройства внимания.

2) общего интеллектуального снижения (деменции).

Отсутствие объективных данных (физического и неврологического обследования, лабораторных тестов) и/или анамнестических сведений о заболевании мозга, кроме алкогольной энцефалопатии, которые могли бы обоснованно считаться причиной клинических проявлений в соответствии с критериями нарушений памяти, описанными выше [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Резидуальные и отсроченные психические расстройства - расстройства, вызванные психоактивными веществами, характеризующиеся изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжают за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества.

Расстройство должно продолжаться по окончании периода непосредственного воздействия психоактивного вещества.

Слабоумие, вызванное употреблением психоактивных веществ, не всегда необратимо, после долгого периода полного воздержания интеллектуальные функции и память могут улучшиться.

Расстройство необходимо отличать от состояний, связанных с синдромом отмены.

Необходимо помнить, что при определенных условиях и типах психоактивного вещества синдром отмены может проявляться в течение многих дней или недель после прекращения приема вещества. Состояния, вызванные психоактивными веществами и сохраняющиеся после их употребления, и отвечающие критериям диагностики психотических расстройств, должны быть отнесены в F1x.5xx (психотическое расстройство). Хронические конечные состояния синдрома Корсакова должны кодироваться в F1x.6x.

Резидуальные явления можно отличить от психотического состояния (как оно определено в F1x.5xx) отчасти по их эпизодичности, преимущественно очень короткой продолжительности, дублирования предшествующих проявлений приема психоактивных веществ [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Другие психические расстройства и расстройства поведения - Здесь кодируются любые другие расстройства, когда идентифицируется

употребление вещества как непосредственно влияющее на состояние пациента, не отвечающие критериям вышеперечисленных расстройств [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное

- При дифференциации данных расстройств следует учитывать возможность наличия предшествующих психических расстройств, маскируемых употреблением психоактивных веществ и возобновляющихся в период исчезновения действия алкоголя или других психоактивных веществ (например, тревога, связанная с фобиями, депрессивное расстройство или шизотипическое расстройство) [3, 4, 13, 29, 35, 38, 53, 58, 59].

Лабораторные исследования

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 [15, 16, 17, 19, 23, 24, 43, 56].

✓ общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза;

✓ биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);

✓ иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов барбитуратов и бензодиазепинов.

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 [38, 45, 52, 54, 55, 58]:

✓ ЭЭГ – признаки судорожной готовности в период абстиненции, судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции.

✓ РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ внутренних органов: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей сомато-неврологической 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 (для всех вышеуказанных синдромов):

- ✓ 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.

2.1. Диагностический алгоритм:



2.2. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
<p>Травмы головы, гипогликемия, коматозные состояния другого генеза, интоксикации в результате употребления нескольких веществ.</p> <p>Гипогликемическая кома.</p> <p>Кетоацидотическая кома.</p>	<p>Расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций.</p>	<p>Осмотр, физикальное и неврологическое обследование, оценка сознания по шкале Глазго, Пульсоксиметрия, ЭКГ-мониторинг, глюкометрия, Исследование уровня этилового алкоголя в крови и моче, ОАК, ОАМ - тест на глюкозурия, кетонурия, Биохимический анализ крови (общий и прямой билирубин, общий белок, глюкоза, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, калий, натрий, показатели КЩС)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию. - Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) как это определяется ниже и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения. - Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством. - Острая интоксикация часто имеет место у лиц, у которых дополнительно имеются проблемы в связи с употреблением алкоголя или наркотиков. При наличии таких проблем, например, пагубное употребление (употребление с вредными последствиями) (F1x.1x), синдромы зависимости (F1x.2xx) или психотического расстройства (F1x.5xx), они также должны быть отмечены.
<p>Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05)</p>	<p>Повышенный риск травматизма, в том числе наличие ЧМТ у потребителей седативных и</p>	<p>Неврологическое обследование (физикальное – неврологический статус, инструментальное обследование - РЭГ, ЭХОЭГ, ЭЭГ,</p>	<p>Отсутствие объективных данных при физикальном и инструментальных обследованиях, подтверждающих наличие мозгового синдрома.</p>

	снотворных средств, с высокой частотой развития делириозного синдрома в случае потребления седативных и снотворных, а Также при травме	рентгенография черепа); Консультация невропатолога	
Другие психические расстройства, Обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической Болезнью (F06)	Повышенный риск травматизма, в том числе наличие ЧМТ у потребителей седативных и снотворных средств, с высокой частотой развития психотических расстройств в случае потребления седативных и снотворных, а также при травме	Неврологическое обследование (физикальное – неврологический статус, инструментальное обследование - РЭГ, ЭХОЭГ, ЭЭГ, рентгенография черепа); консультация невропатолога	Отсутствие объективных данных при физикальном и инструментальных обследованиях, подтверждающих наличие мозгового синдрома.
Шизофрения (F20.0-22.0)	Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации, синдрома отмены седативных и снотворных средств	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально- Психологическое обследование	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). 1) Минимум один из следующих признаков: "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;

			<p>Бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям;</p> <p>Бредовое восприятие;</p> <p>галлюцинаторные голоса",</p> <p>Представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;</p> <p>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 об общении с инопланетянами).</p> <p>2) или минимум два признака из числа следующих:</p> <p>Хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;</p> <p>Неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;</p> <p>Кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;</p> <p>"негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и</p> <p>Сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены</p> <p>Депрессией или нейролептической терапией.</p>
Психические и поведенческие расстройства, вызванные	Наличие у синтетических каннабиноидов в (группа	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая	-отсутствие сведений о потреблении курительной смеси со специфическим «химическим запахом» жженной пластмассы;

<p>употреблением синтетических каннабиноидов (F12)</p>	<p>НПВ) схожих токсикодинамических эффектов – комбинации седативного и психодислептического действия. Высокая частота развития психотических симптомов, судорожных припадков во время интоксикации и при синдроме отмены в случае потребления обеих групп ПАВ: седативных/снотворных и синтетических каннабиноидов</p>	<p>оценка психического статуса), иммунохимический анализ</p>	<p>-отрицательный результат Иммунохимического анализа на группу JWH в период «диагностического окна» - до 6 часов от потребления психоактивного вещества; -положительный результат иммунохимического анализа на группу бензодиазепинов и барбитуратов в период «диагностического окна» - до 6 часов от потребления психоактивного вещества при потреблении седативных/снотворных; - четкая фазность абстинентного периода: возбуждение - болевой синдром – рекуррентный судорожный синдром, продолжительностью 3-5 суток – делириозный синдром – сумеречный синдром – глубокая амнезия;; -присутствие «объективных» знаков хроническо интоксикации снотворными/седативными средствами: сальность и пустилирование кожи, гипорефлексия, прогрессирующая атаксия, смазанность речи, гиперемия, пастозность, Стойкий темный налет на языке</p>
<p>Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены с делирием (F10.4)</p>	<p>Принадлежность алкоголя и седативных/снотворных к одной токсикодинамической группе ПАВ – супрессоры ЦНС; схожесть картины интоксикации, частое развитие психотических осложнений в структуре тяжелой абстиненции</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), иммунохимический и токсикологический анализ</p>	<p>-указание на потребление таблетированных форм седативных/снотворных веществ, возможен прием жидких форм веществ (например гамма-гидроксибутират, гамма-бутиролактон), однако не исключена комбинация с алкоголем; -ускоренное формирование синдрома зависимости (в течение нескольких месяцев); -выраженная интенсивность патологического влечения к седативным/снотворным веществам, -положительный результат иммунохимического анализа на группу бензодиазепинов и барбитуратов в период «диагностического окна» - до 6 часов от потребления психоактивного вещества; -отрицательный результат теста</p>

			газовой хроматографии на этиловый спирт и его Метаболиты в крови и моче; -четкая фазность абстиненции: возбуждение - болевой синдром – рекуррентный судорожный синдром, продолжительностью 3-5 суток – делириозный синдром – сумеречный синдром – глубокая амнезия: -присутствие «объективных» знаков хронической интоксикации снотворными/седативными средствами: сальность и пустулирование кожи, гипорефлексия, прогрессирующая атаксия, смазанность речи, гиперемия, пастозность, Стойкий темный налет на языке.
--	--	--	---

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

3.1. Немедикаментозное лечение.

- ✓ режим общий;
- ✓ диета – стол №15.

Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

- ✓ информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- ✓ мотивационное консультирование;
- ✓ психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- ✓ семейное психологическое консультирование;
- ✓ психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- ✓ психотерапия (индивидуальная и групповая);
- ✓ консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;
- ✓ терапия творческим самовыражением (арт-терапия);
- ✓ аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, релаксационные техники, самомассаж.

3.2. Медикаментозное лечение:

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений при острой интоксикации, абстинентном периоде, психотических проявлениях, противорецидивной терапии обострений патологического влечения.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

Данный перечень не исключает использование при лечении коморбидных расстройств других лекарственных средств в соответствии с рекомендациями и стандартами по каждому расстройству

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
<i>Антидепрессант</i>	<i>Сертралин</i>	<p>В качестве дополнительной терапии при развитии у детей и подростков обсессивно-компульсивных и диссоциативных расстройств на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления седативных и снотворных средств и формирования зависимости от них:</p> <p>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.</p> <p>Для детей с 13 лет - начальная доза для составляет 50 мг в сутки.</p>	В [57, 61, 62]
<i>Антидепрессант</i>	<i>Флувоксамин</i>	<p>В качестве дополнительной терапии при развитии у детей и подростков обсессивно-компульсивных расстройств на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления седативных и снотворных средств и формирования зависимости от них:</p> <p>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.</p> <p>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>	В [57, 61, 62]
<i>Нейролептик</i>	<i>Рisperидон</i>	В качестве терапии при развитии у детей и подростков психотических нарушений на фоне психических и поведенческих расстройств в	В [57, 61, 62]

		результате употребления седативных и снотворных средств и формирования 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.	
<i>Нейролептик</i>	<i>Хлорпромазин</i>	В качестве терапии при развитии у детей и подростков психотических нарушений на фоне психических и поведенческих расстройств в результате употребления седативных и снотворных средств и формирования зависимости от них 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).	С [57, 61, 62]

3.2 Хирургическое вмешательство: нет.

3.3 Дальнейшее ведение:

Осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

3.4 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнено клинико – психопатологическое, параклиническое обследование	Да/Нет
2	Верифицирован окончательный диагноз	Да/Нет
3	Проведена терапия лекарственными препаратами, влияющими на коррекцию психических симптомов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4	Проведена немедикаментозная терапия	Да/Нет
5	Оказана психокоррекционная и социально-реабилитационная помощь	Да/Нет
6	Достигнуто смягчение/устранение психических, сомато-неврологических нарушений	Да/Нет
7	Достигнуто смягчение/устранение патологического влечения к седативным и снотворным средствам	Да/Нет
8	Достигнуто формирование, поддержание и усиление мотивации на отказ от приема седативных и снотворных	Да/Нет

веществ и участие в лечебной программе.

4 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- ✓ Пагубное употребление седативных и снотворных средств;
- ✓ Синдром зависимости от седативных и снотворных средств.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- ✓ острая интоксикация в результате употребления седативных и снотворных средств средней или тяжелой степени тяжести;
- ✓ острая интоксикация в результате употребления седативных и снотворных средств с делирием;
- ✓ острая интоксикация в результате употребления седативных и снотворных средств с судорогами;
- ✓ абстинентное состояние вследствие употребления седативных и снотворных средств, тяжелой степени;
- ✓ абстинентное состояние вследствие употребления седативных и снотворных средств с делирием;
- ✓ психотическое расстройство вследствие употребления седативных и снотворных средств;
- ✓ нестабильное психическое состояние пациента с выраженностью патологического влечения к седативным и снотворным средствам;
- ✓ сомато-неврологические нарушения в результате употребления седативных и снотворных средств средней или тяжелой степени тяжести.

5 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента.

Алгоритм мероприятий на стационарном уровне



5.1 немедикаментозное лечение:

- ✓ режим – I, II, (охранительный, препятствующий употреблению седативных и снотворных средств в условиях лечения);
- ✓ диета – стол №15.

Психолого-психотерапевтическое лечение стационарный уровень:

Этап реабилитации (по выбору 2 или более методов) [26, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 49, 51, 58, 59]:

- ✓ информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- ✓ программы снижения вреда (УД-А);
- ✓ мотивационное консультирование (УД-А);
- ✓ психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) (УД-В);
- ✓ психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- ✓ когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- ✓ психотерапия (гештальт-терапия, НЛП, психодрама);
- ✓ психическая саморегуляция;
- ✓ телесно-ориентированная психотерапия;
- ✓ трансактный анализ;
- ✓ логотерапия и экзистенциальная психотерапия;
- ✓ духовно-ориентированная психотерапия (УД-GPP);
- ✓ семейное психологическое консультирование (УД-С);
- ✓ арт-терапия (УД - С);
- ✓ социально-реабилитационная работа (УД-С);
- ✓ аутогенная тренировка (УД-GPP);
- ✓ БОС-терапия (УД-GPP);
- ✓ танцедвигательная терапия (УД-С);
- ✓ трансперсональная терапия (холоotropное дыхание) (УД-С);
- ✓ программа «Анонимные наркоманы» (12-шаговая терапия) (УД-А);
- ✓ неструктурированная вспомогательная психотерапия;
- ✓ мотивационные методы собеседования;
- ✓ ситуационные вмешательства структурированного, прозрачного подхода, стимулирующего желаемые типы поведения через вознаграждение или наказание [44]

Этап социальной реабилитации [38, 39, 40, 41, 42, 44, 48]:

- ✓ терапевтическое сообщество (УД-А);
- ✓ психосоциальная поддержка решения вопросов жилья, трудоустройства, образования, социального обеспечения, юридических проблем;
- ✓ семейная психотерапия;
- ✓ помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей (пища, одежда, базовая медико-санитарная помощь, принадлежность к сообществу);

- ✓ профессионально-техническое обучение;
- ✓ программы занятий на досуге;
- ✓ группы самопомощи;
- ✓ обучение социальным навыкам.

5.2 Медикаментозное лечение:

Лечение острой интоксикации тяжелой степени вследствие употребления седативных и снотворных средств должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения (смотрите КП отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими средствами (взрослые и дети). В наркологических отделениях рекомендуется терапия средней степени тяжести интоксикации.

Терапия острой интоксикации и абстинентного синдрома при употреблении седативных и снотворных средств представляет собой детоксикационное, патогенетическое и симптоматическое лечение с применением традиционных подходов, направленных на нормализацию основных жизненно важных функций.

Главная цель терапии – блокирование каскада патогенетических механизмов, сопряженных с высоким риском полиорганных осложнений.

Нейролептики: с целью купирования острой психопродуктивной симптоматики и подавления патологического влечения к седативным и снотворным средствам [4, 53, 55, 57, 58, 59, 61, 62].

Антидепрессанты: назначаются с целью нормализации настроения, нивелирования раздражительности (возможно являющейся у детей и подростков проявлением депрессии), тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивно-компульсивного компонента патологического влечения к наркотику [13, 48, 57, 61, 62].

5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

5.5 Дальнейшее ведение осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

Определяется комплекс необходимых мероприятий третичной профилактики - в окружении - семье, детских учреждениях, школе, задачами которой является решение вопросов социальной адаптации/реадаптации, определение профиля обучения, межведомственное взаимодействие.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

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

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

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 ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, филиал г. Павлодар

6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3. Рецензент: Павленко Валерий Петрович – ответственный по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно – Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», д.м.н., доцент.

6.4. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5. Список использованной литературы:

- 1 «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.
- 2 «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.
- 3 Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V Международной классификации болезней 10-го пересмотра). М.: Минздрав

- России, 1998; 511с.
- 4 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.
 - 5 Alagiakrishnan K., Wiens C.A. An approach to drug induced delirium in the elderly // *Postgrad Med J* 2004; 80:388–393,
 - 6 American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*. 2013; № 50 (1); 102–109.
 - 7 Curren 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.
 - 8 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.
 - 9 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association.
 - 10 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
 - 11 Giannini J. A. Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal// *Am Fam Physician*. 2000 May 1;61(9):2763-2774.
 - 12 Global status report on alcohol and health – 2014 ed. [Электронный ресурс]. World Health Organization, 2014; 86 с. URL: www.who.int.
 - 13 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.
 - 14 Gunja N. The Clinical and Forensic Toxicology of Z-drugs // *J Med Toxicol*. 2013 Jun; 9(2): 155–162
 - 15 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.
 - 16 Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? // *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Feb;77(2):295-301.
 - 17 Linjakumpu T1, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä SL, Isoaho R. A model to classify the sedative load of drugs // *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jun;18(6): 542-544
 - 18 Logan D.E., Marlatt G.A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*. 2010; № 66(2):201-14.
 - 19 Michael F. Weaver Focus: Addiction Prescription Sedative Misuse and Abuse// *Yale J Biol Med*. 2015 Sep; 88(3): 247–256,
 - 20 Moeller K.E., Lee K.C., Kissack J.C. Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2008; № 83(1):66–76.
 - 21 Nelson M.E., Bryant S.M., Ahs S.E. Emerging drugs of abuse // *Emerg Med Clin North Am*. — 2014. — T. 32:1-28.

- 22 Niemelä O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; №13(2): 166. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772186/>.
- 23 Paton C. Benzodiazepines and disinhibition: a review. *Psychiatr Bull*. 2002; 26:460–462
- 24 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
- 25 Report of the international committee for drug control – 2016 ed. [Электронный ресурс]. World Health Organization, 2016; 121 с. URL: www.who.int.
- 26 Rolland B., Naassila M. Binge drinking: current diagnostic and therapeutic issues. *CNS Drugs*. 2017; № 31(3):181-186.
- 27 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.
- 28 Sharan P1, Bharadwaj R, Grover S, Padhy SK, Kumar V, Singh Dependence syndrome and intoxication delirium associated with zolpidem. // *J Natl Med J India*. 2007 Jul-Aug;20(4):180-181
- 29 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.
- 30 Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P. Urine drug screening: a valuable office procedure. *Am. Fam. Physician*. 2010; № 81(5): 635-640.
- 31 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.
- 32 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
- 33 Thompson W., Lande R. G., Kalapatapu R. K. Alcoholism Workup. *Laboratory Studies*. [Электронный ресурс]. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#c6>.
- 34 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/.
- 35 World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL:

- http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/.
- 36 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.
 - 37 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.
 - 38 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.
 - 39 Алкоголизм. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011; 856 с.
 - 40 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.
 - 41 Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. «Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией». - Павлодар, 2005. – 287 с.
 - 42 Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; С.233–243.
 - 43 Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. 2003; 215 с.
 - 44 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.
 - 45 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.
 - 46 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.
 - 47 Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение

- алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). М., 2000; 57 с.
- 48 Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). – Павлодар, 2012. – 189 с.
- 49 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.
- 50 Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015- 2016 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017; 183 с.
- 51 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.
- 52 Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 944с.
- 53 Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар. –Мед – 2015
- 54 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.
- 55 Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. — с. 238-283
- 56 Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтера, 2010; 255 с.
- 57 Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. Под редакцией Н.М. Жарикова: Медицина. 2000; 352 с.
- 58 Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб: издательство «Лань», 1999; 352 с.
- 59 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>
- 60 Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. СПб.: СпецЛит; 2016; 416 с.
- 61 [Электронный ресурс] <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1199/treatment-algorithm>.
- 62 [Электронный ресурс] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/chapter/Recommendations>.