

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

1. Вводная часть

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

2) Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

3) Сокращения, используемые в протоколе:

КТ – компьютерная томография

ЛР - летучие растворители,

МКБ 10 – Международная классификация болезней

МСР – медико-социальная реабилитация

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПАВ – психоактивное вещество/психоактивные вещества

ПВ – патологическое влечение

ППР – психические и поведенческие расстройства

РЭГ – реоэнцефалография

УЗИ – ультразвуковое исследование

УД – уровень доказательности
 УО – умственная отсталость
 ЦНС – центральная нервная система
 ЭКГ – электрокардиографическое исследование
 ЭХО-ЭГ – эхоэнцефалография
 ЭЭГ – электроэнцефалография
 IQ – intelligence quotient, количественная оценка уровня интеллекта человека (коэффициент умственного развития)

4) Пользователи протокола: врачи общей практики, педиатры, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера, врачи-психиатры, в том числе (наркологи, психотерапевты).

5) Категория пациентов: несовершеннолетние (7-18 лет)

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.

7) Определение

ППР, 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].

8) Классификация (по этиологии, стадиям).

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].

Классификация по стадиям:

1. Аддиктивное поведение (донологический этап):

- 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;
- угасание защитных рефлексов на повышение дозы ПАВ;
- повышение толерантности;
- социальная дезадаптация.

3. Вторая стадия зависимости:

- проявления абстинентного синдрома;
- компульсивное влечение;
- анозогнозия;
- изменение картины опьянения;
- продолжающийся рост толерантности;
- сомато-неврологические признаки хронической интоксикации;
 - нарастающая социальная дезадаптация [4, 5].

2. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

1) Диагностические критерии:

Синдром острой интоксикации (опьянения) Уровень убедительности рекомендаций С ()

Жалобы:

- чаще не предъявляют в состоянии опьянения;
на выходе из опьянения жалобы на:
- головокружение;
- перепады настроения;
- чувство тревоги, страха;
- хорошее или приподнятое настроение;
- раздражение, злость;
- переживание «необычных» образов, «мультиков»;
- тошнота, головная боль;
- вялость, слабость.

Анамнез:

- указание со стороны взрослых на изменение интересов, снижение академической успеваемости, изменение круга привычных друзей;
- обнаружение у ребенка следов от употребляемого ПАВ на руках, лице, одежде;
- резкий специфический запах от одежды и тела ребенка;
- следы летучих растворителей на одежде, руках, лице;
- в некоторых случаях сообщают об обнаружении ребенка/подростка в компании с другими потребителями летучих растворителей;
- указание на приём летучего растворителя различными способами, чаще путем вдыхания.

Физикальное обследование:

психический статус:

состояние сознания в зависимости от вида ЛР, стадии и степени опьянения (делирий, онейроидоподобное состояние, онейроид, сопор, кома);

расстройства восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций (чаще зрительные, реже слуховые и тактильные), сенсопатий (нарушение ощущений) и психосенсорных расстройств (изменение схемы тела, дереализация и деперсонализация, метаморфозии)

нарушение стройности мышления, речь отрывочна, бредовые идеи в рамках онейроидного помрачения сознания; эффект растерянности, «вчувствования», ощущение «управляемости» из вне;

психомоторное возбуждение или заторможенность;

импульсивность, подвижный аффект, агрессия, дисфория;

частичная, реже полная амнезия по выходу из состояния интоксикации, нарушение запоминания реальных событий, запоминание болезненных переживаний.

соматовегетативный и неврологический статус:

расширение зрачков (мидриаз), замедленная реакция зрачка на свет, толчкообразный горизонтальный нистагм, нарушение аккомодации,

нарушение артикуляции речи, координации (шаткая походка, движения замедлены, неточны, затруднение в выполнении координационных проб),

крупный тремор пальцев, век,

специфический химический запах от одежды и в выдыхаемом воздухе, бледность, цианоз, тошнота, рвота, гиперсаливация, тахикардия [4, 5, 6, 7, 8].

Синдром употребления с вредными последствиями

Жалобы со стороны пациентов:

- астения, вялость, апатия;
- сниженный фон настроения, раздражительность;
- головная боль, тошнота;
- желание повторного вдыхания паров ЛР, особенно в «кругу друзей»;
- скука, желание проводить время со своей компанией друзей;

Жалобы со стороны взрослых:

- перепады настроения в последнее время;
- появление или большая чем обычно конфликтность;
- проблемы во взаимоотношениях с родителями, педагогами, сверстниками;
- затруднения в сосредоточении, запоминании учебного материала, снижение академической успеваемости;
- прогулы, уклонение от учебы и/ или работы, в некоторых случаях деликвентность;
- «огрубение личности»: появление несвойственных ранее развязности, грубости, вызывающее отношение к старшим, утрата тонкой эмоциональности

Анамнез:

- эпизодическое употребление летучих растворителей;
- появление признаков психической зависимости (повышение толерантности в виде увеличения времени и частоты вдыхания ЛР, влечения к употреблению ЛР, способность достигать психологического комфорта в состоянии опьянения);
- указание со стороны взрослых на изменение интересов, снижение академической успеваемости, прогулы школьных занятий, изменение круга привычных друзей; утрата интереса к привычным увлечениям, нарастающая скрытность ребенка/подростка,
- рост расхода денег на ежедневные нужды, пропажи денег из дома,
- в коммуникации с родителями/опекунами лживость, изворотливость, скрытность;
- перепады настроения, не обусловленные ситуационно;
- изменение ритма сна-бодрствования,
- появление неопрятности внешнего вида,
- регулярный специфический химический запах от одежды, волос.

Физикальное обследование:

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

комплекс «оживления» при рассказе об употреблении ЛР (актуальность переживаний в виде рассказов о переживаемых ощущениях, «блеск глаз, расширение глазных щелей», в некоторых случаях появление румянца, гипергидроза ладоней, подмышечных впадин); психические проявления хронической токсической энцефалопатии в случае развития осложнения на этой стадии заболевания

соматовегетативный и неврологический статус: неустойчивость пульса, аритмии, ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов, нарушение циркадных ритмов [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Синдром зависимости:

Жалобы:

- нарушения сна;
- сниженный фон настроения, перепады настроения;
- влечение к употреблению летучих растворителей (компульсивное либо обсессивное в зависимости от периода – активной наркотизации или воздержания от употребления ЛР).

Анамнез:

- сведения о систематическом употреблении летучих растворителей,
- стойкое употребление летучих растворителей вопреки ясным доказательствам вредных последствий;
- нарушенная способность контролировать прием летучих растворителей;
- способность достижения приятных комфортных телесных ощущений в состоянии опьянения;
- снижение эффекта опьянения от первоначальных доз (исчезновение ярких образных приятных переживаний в состоянии опьянения, появление менее приятных, серых, чаще устрашающих образов, переживаний);
- повышение толерантности к ЛР (учащается либо количество дней в неделю, либо частота употребления в день, либо большее количество часов на ингаляции в день; несовершеннолетние могут сообщить, что ЛР уходит больше чем раньше);
- употребление ЛР в одиночку, не ищет свою прежнюю компанию;
- сведения о состоянии отмены в анамнезе;
- в период воздержания от летучих растворителей при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены;
- прекращение попыток скрыть ингаляции от родителей, других взрослых, посторонних.

Физикальное обследование:

психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, апатия, депрессии, патологическое влечение

(раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования).

соматовегетативный и неврологический статус: стойкий запах от тела, волос запаха ЛР; тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов, гиперемия и сыпь, воспаление в области носогубного треугольника (при вдыхании места прикладывания пакета с ЛР), отек и гиперемия слизистых носа и ротовой полости, конъюнктивы, кожных покровов лица, тусклые волосы [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Синдром отмены:

Жалобы:

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

Анамнез:

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

Физикальное обследование:

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

На выходе из абстинентного синдрома – эмоциональная неустойчивость, астения, апатия, бездеятельность, эпизодическая, реже постоянная тяга к повторному употреблению ЛР

соматовегетативный и неврологический статус: повышение сухожильных рефлексов, установочный грубый нистагм при крайних отведениях глазных яблок, тремор пальцев рук и кистей, языка, шаткость походки, аритмия сердечных сокращений, судороги отдельных групп мышц [4, 5, 6, 8, 9, 10].

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,
- нарушения сна
- 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 последние 48-72 часа.

Физикальное обследование:

в психическом статусе:

дезориентация во времени и пространстве, преобладают истинные зрительные и слуховые галлюцинации, возможно развития бреда отношения и преследования выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, страх, тревога; двигательно возбуждены

соматовегетативный и неврологический статус:

тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения [5, 9].

Для всех вышеуказанных синдромов:

Лабораторные исследования: (уровень доказательности С) [9, 11, 12, 13]

- общий анализ крови с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов: возможно повышение гематокрита как следствия дегидратации, снижение уровня гемоглобина алиментарного или токсического генеза;
- биохимический анализ крови с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов (общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза. Чаще всего не имеют специфической картины и могут свидетельствовать об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб, подъём креатининфосфокиназы и лактатдегидрогеназы как результат кардиотоксичности летучих растворителей)
- общий анализ мочи: не имеют специфической картины, необходимо с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов

Инструментальные исследования (при обосновании необходимости в исследовании):

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

Показания для консультации специалистов:

- Консультация психолога (медицинского, клинического):
 - исследования личностных особенностей (всем пациентам);
 - объективизация клинических проявлений в отношении тревожных и депрессивных расстройств, а так же суицидальных тенденций (исследование всех пациентов; возможные рекомендуемые шкалы: депрессии Бека версия для подростков, тревоги Прихожан А.М. для детей, суицидального риска Разуваевой для детей)
 - особенностей психопатологии - исследование мышления, внимания, памяти, интеллекта, восприятия, эмоций для проведения дифференциального диагноза коморбидой психической патологии (по запросу врача);
 - диагностика семейной и социальной дисфункции.
- консультация детского психиатра для уточнения диагноза в отношении коморбидной психической патологии (при необходимости);
- консультация педиатра для выявления возможной коморбидной патологии внутренних органов (при необходимости);
- консультация детского невролога при выявлении патологии со стороны нервной системы (при необходимости);
- консультация детского гинеколога при выявлении патологии половой системы у девочек и девушек-подростков, подозрение на беременность у девушек-подростков (при необходимости);
- консультация детского уролога при выявлении патологии мочеполовой системы у мальчиков и юношей (при необходимости);
- 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 оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

2) диагностический алгоритм:

Для удобства врачам общей практики, педиатрам, врачам скорой медицинской помощи, фельдшерам при подозрении на употребление ЛР несовершеннолетними возможно использование скрининговых методик.

Выбор методик остается за специалистами. В качестве примера приведены следующие: скрининговый тест C RAFFT (C – CAR (автомобиль), R – RELAX (расслабляться), A – ALONE (в одиночестве) F – FORGET (забывать), F – FRIENDS (друзья), T – TROUBLE (неприятность) для диагностики алкоголизма и наркомании и у подростков [6],

Личко, Лавкай (1987), Иванов, Личко (1992) ПДО для подростков (патохарактерологический диагностический опросник) – шкала патологической склонности к алкоголизации – позволяют выявить склонность к алкоголизации, а также на выявление групп риска употребления ПАВ в подростковой популяции [6].

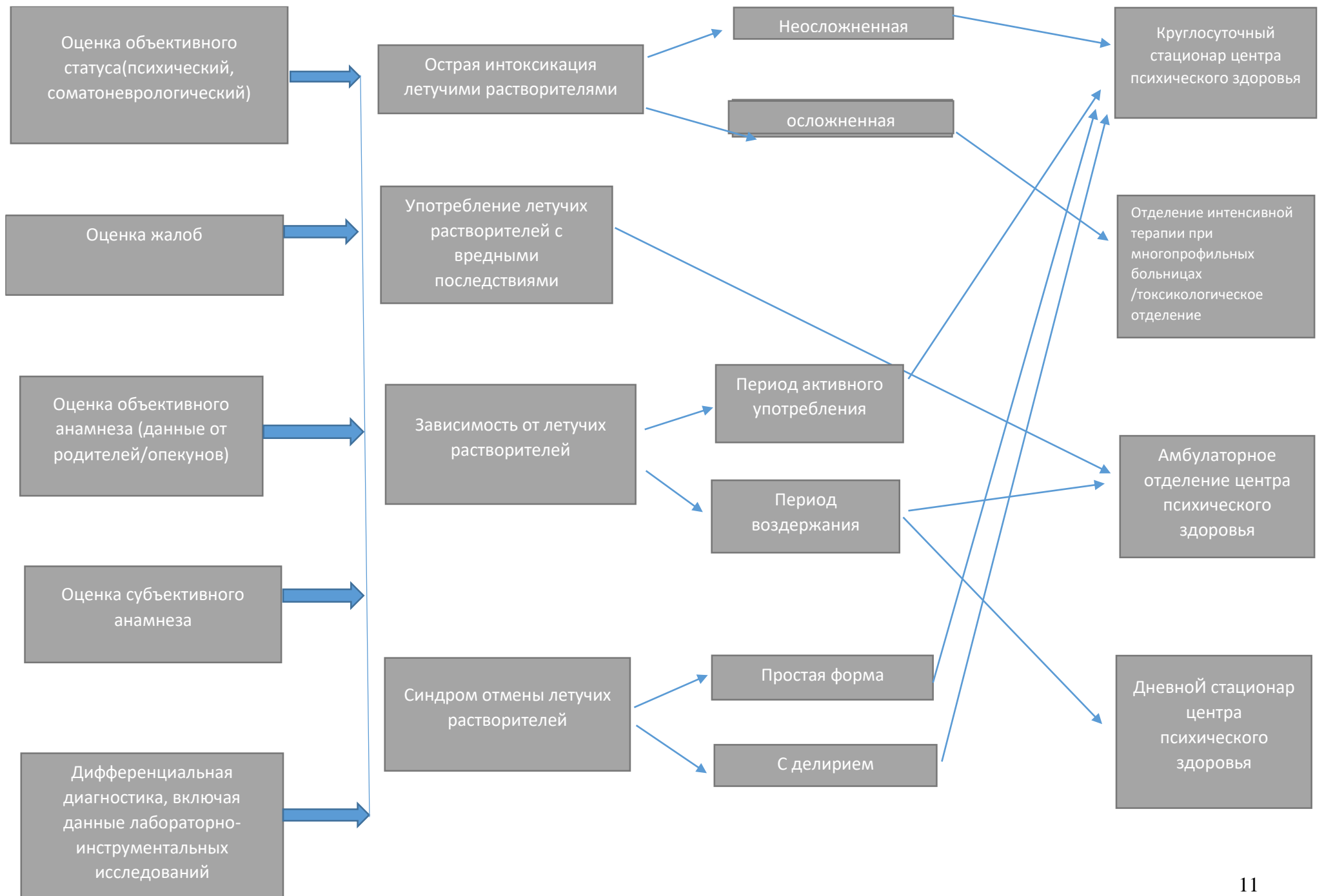


Схема 1 – Диагностический алгоритм

3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [14]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизофрения (F20.0-22.0)	Фактор возраста играет ключевую роль в манифестации шизофренического процесса; Высокая коморбидность шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе летучими растворителями): употребление ПАВ среди лиц с шизофренией в 2 раза чаще Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации, синдрома отмены летучих растворителей	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; • бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям

			<p>или ощущениям;</p> <ul style="list-style-type: none">• бредовое восприятие;• галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;• 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>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 полуформленным) без отчетливого аффективного содержания;
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<p>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%);</p> <p>Высокая коморбидность аффективных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе летучими растворителями): преципитирующая роль летучих растворителей в манифесте аффективных расстройств;</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования (гормональный профиль)</p>	<p>Возникновение и персистирования симптомов возникает вслед за употреблением ПАВ (летучих растворителей)</p> <p>Присутствует указание на прием летучих растворителей, специфический запах от одежды и волос;</p> <p>Отсутствуют диагностические критерии согласно клиническим протоколам «Маниакальный эпизод», «Депрессивный эпизод», «биполярное аффективное расстройство», «Рекуррентное аффективное расстройство», «Устойчивые расстройства настроения»</p>

	<p>аффективные расстройства утяжеляют течение зависимости от летучих растворителей</p> <p>Высокая частота психотических и аффективных расстройств в клинике всех синдромов ППР, вызванных употреблением летучих растворителей</p>		
<p>Органическое психическое расстройство в детском возрасте</p>	<p>Высокая частота органических психических расстройств среди несовершеннолетних.</p> <p>Клиническое течение органических психических расстройств может происходить с психопатизацией, волевыми нарушениями, которые обеспечивают 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>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, гормональный профиль, нейрофизиологические исследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ), По показаниям КТ, МРТ головного мозга</p>	<p>Отсутствие органических признаков нарушений головного мозга, подтверждаемых инструментально</p> <p>Отсутствие объективных подтверждений соматических нарушений (физикальных, лабораторных, инструментальных)</p>
<p>Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и</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>подростковом возрасте</p>			<p>Расстройства поведения предшествуют первым эпизодам проб ПАВ (летучих растворителей) Отсутствие социализации интеграции в связи с ровесниками Эмоциональные расстройства по типу тревоги, социальных фобий, в том числе вызванных разлукой, сиблинговым соперничеством</p>
<p>Олигофрения (F70, F71, F78 F79)</p>	<p>Высокая коморбидность олигофрении и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе летучими растворителями)</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие диагностических критериев, установленных клиническим протоколом «Олигофрения», а именно:</p> <p>Ориентировочный IQ составляет 35-69</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Физикальное обследование – без видимых пороков развития и грубых неврологических расстройств, либо могут быть стигмы дизонтогенеза, отставание в физическом развитии, аномальное развитие нервной системы. 2. Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. При умеренной УО речь слабо развита и состоит из небольших, однотипных фраз, также для них типично косноязычие. 3. Основные затруднения в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму. При умеренной УО в школе развиваются только базисные

			<p>навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы).</p> <p>4. Мышление предметно-конкретное, повышена имитативность. Абстрактное мышление недостаточно развито. При умеренной УО отсутствие способности к абстрактному мышлению; неумение обобщать происходящие события; конкретность мышления; большие затруднения при образовании понятий.</p> <p>Память, внимание и воля недоразвиты, мысли примитивны</p>
ППР вследствие употребления ПАВ (F10-F16)	Высокий риск трансформации зависимости и перехода на злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование	Наличие указаний на употребление ПАВ, иных, нежели летучие растворители Положительные токсикологические тесты на ПАВ иные, нежели летучие растворители
T52 – токсическое действие органических растворителей, T 53 – токсическое действие галогенизированных алифатических и ароматических углеводородов	Высокий риск осложнения состояния при опьянении летучими растворителями	Физикальное обследование (динамическая оценка соматического статуса). Анамнез при наличии сопровождающих	Крайняя форма тяжелой интоксикации – отравление. Нуждаются в неотложной помощи в отделении токсикологии или интенсивной терапии Критерии: - глубокое помрачение сознания до состояния комы - тяжелое угнетение гемодинамики, нарушение ритма сердца - тяжелое угнетение дыхания (глубокое шумное дыхание)

			- метаболический ацидоз, шок
--	--	--	------------------------------

3. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

1) Немедикаментозное лечение:

- режим общий;
- диета – стол №15;
- социально-психологическое и психотерапевтическое лечение (реализуются в программах МСР)

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, психолог	
2	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в программе лечения.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Когнитивно-поведенческая терапия, ДВТ [20, 21, 22, 23, 24]	Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий. Задачи: 1. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива: - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления,	Врач-психотерапевт, психолог	УД- С [16]

		<ul style="list-style-type: none"> - выявление и конфронтация мыслей об употреблении; 2. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением); 3. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ; 4. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий); 5. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ. 		
4	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Социотерапия - терапия средой, трудотерапия, терапия занятостью	Включение ребенка в образовательную, трудовую и развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	Психолог, социальный работник	УД- С [16]
4	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]

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

4.1 Показания для экстренной госпитализации в отделение токсикологии или интенсивной терапии многопрофильной больницы:

- острая интоксикация летучими растворителями осложнённая;
- токсическое действие органических растворителей (Т52, Т 53).

4.2 Показания для плановой госпитализации в наркологический/психиатрический стационар:

- острая интоксикация летучими растворителями неосложнённая;
- синдром зависимости от летучих растворителей;
- абстинентное состояние вследствие употребления летучих растворителей неосложненное/ осложненное;
- психотическое расстройство вследствие употребления летучих растворителей.

4.3 Показания для плановой госпитализации в дневной стационар:

- синдром зависимости от летучих растворителей (воздержание от употребления ЛР).

Лечение в условиях дневного стационара при соответствующей поддержке со стороны родителей, способствует более быстрой адаптации несовершеннолетних к социальному функционированию: продолжение обучения в средней школе, взаимодействие с родителями и другими значимыми лицами

5. Тактика лечения на стационарном уровне:

1) карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента

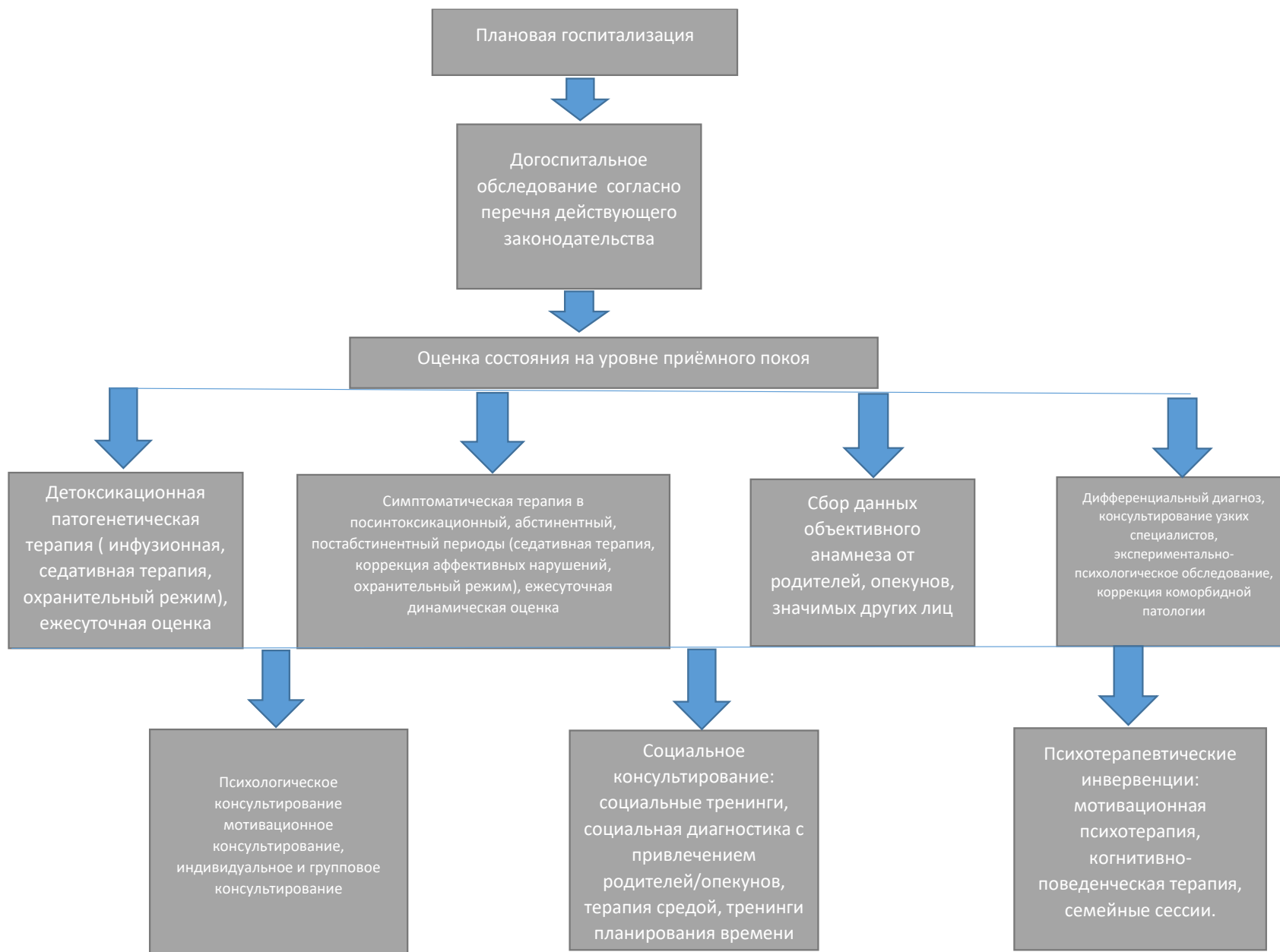


Схема – Алгоритм ведения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационара

[Brouette T, Anton R. Clinical review of inhalants. Am J Addict. 2001 Winter;10(1):79-94. doi: 10.1080/105504901750160529. PMID: 11268830.]

2) Немедикаментозное лечение:

- режим общий;
- диета – стол №15;
- социально-психологическое сопровождение в условиях дневного стационара (реализуются в программах МСР)

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, психолог	
2	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в программе лечения.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
4	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				

1	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Когнитивно-поведенческая терапия, ДВТ [20, 21, 22, 23, 24]	<p>Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения.</p> <p>Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.</p> <p>Задачи:</p> <p>2. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления, - выявление и конфронтация мыслей об употреблении; <p>6. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</p> <p>7. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</p> <p>8. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</p> <p>9. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</p>	Врач-психотерапевт, психолог	УД- С [16]
3	Социотерапия - терапия средой, трудотерапия, терапия занятостью	Включение ребенка в образовательную, трудовую и развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	Психолог, социальный работник	УД- С [16]
4	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, психолог, социальный	УД- С [16]

			работник	
--	--	--	----------	--

- социально-психологическое сопровождение в условиях круглосуточного стационара (реализуются в программах МСР)

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, психолог	
2	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в программе лечения.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
4	Когнитивно-поведенческая терапия, ДВТ [20, 21, 22, 23, 24]	Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических	Врач-психотерапевт, психолог	УД- С [16]

		<p>сессий.</p> <p>Задачи:</p> <p>3. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления, - выявление и конфронтация мыслей об употреблении; <p>10. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</p> <p>11. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</p> <p>12. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</p> <p>13. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</p>		
5	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Социотерапия - терапия средой, трудотерапия, терапия занятостью	Включение ребенка в образовательную, трудовую и развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	Психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]

3) медикаментозное лечение

Перечень основных лекарственных средств в условиях круглосуточного стационара (имеющих 100 % вероятность применения): не предусмотрен.

Перечень основных лекарственных средств в условиях дневного стационара (имеющих 100 % вероятность применения): не предусмотрен.

Перечень дополнительных лекарственных средств в условиях круглосуточного стационара (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ингибитор обратного захвата серотонина (антидепрессант)	Флуоксетин	Перорально, 10-60 мг в сутки	УД- С [28]
Атипичный нейролептик	Кветиапин	Перорально, 50-10 мг в сутки	УД-Д [28]
Атипичный нейролептик	Оланзапин	Перорально, инъекционно, 2,5-20 мг в сутки	УД-А [29]
Атипичный нейролептик	Рisperидон	Перорально, для детей свыше 20 кг 1 мг в сутки	УД-А [29]
Анксиолитик	Диазепам	Перорально, инъекционно, 0,1–0,8 мг/кг в сутки в 3–4 приема	УД-А [30]
Нейролептик	Тиоридазин	Перорально, 75-150 мг в сутки	УД-Д [5]
Нейролептик	Галоперидол	Инъекционно, перорально, 2,5-5 мг в сутки	УД - А [31]
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Натрия хлорид, раствор 0,9%	Инъекционно, 15-20 мл/кг*час	УД – Д [32]
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Глюкоза, раствор 5%	Инъекционно, 15-20 мл/кг*час	УД – Д [32.]
Противосудорожный препарат	Карбамазепин	Перорально, 6-10 лет – от 100 до 400 мг (в 2-3 приема), для 11-15 лет - 600-1000 мг (в 2-3 приема).	УД – С [33]
Витамины	Витамин В ₁ 5% Витамин В ₁₂	Внутримышечно, инфузионно	

	0,05% Витамин В ₆ 5%		
--	------------------------------------	--	--

Перечень дополнительных лекарственных средств в условиях дневного стационара (менее 100 % вероятности применения):

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

4) Хирургическое вмешательство: нет.

5) Дальнейшее ведение: несовершеннолетнего пациента осуществляется в амбулаторных условиях 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) Каражанова Анар Серикказыевна, доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, заведующая кафедрой клинической психологии НАО МУА
- 2) Бактыбаева Ляззат Байназаровна, врач психотерапевт отделения психотерапии и реабилитации
- 3) Бикетова Леся Аркадьевна, руководитель отдела Образования и научного менеджмента филиала РНПЦ ПЗ Павлодар, психолог, к.пс.н. РФ
- 4) Нурпеисова Алтын Алданышевна, клинический фармаколог, заведующая клинико-фармакологическим отделом РГП «Больницы МЦ УДП РК»

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. - Л.: Медицина. 1991 – 304 с,

5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002 – 256 с

6. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. - СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. — 272 с.

7. Каражанова А.С., *Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них»*, Алматы, 2010

8. Михайлов М.А.. Уткин С.И. Клинические рекомендации. Острая интоксикация психоактивными веществами. Ассоциация наркологов МЗ РФ. 2020 г

9. Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 944с.

10. Тиганов А.С. Экзогенные психические расстройств, Онлайн Библиотека <http://www.koob.ru>

11. Афанасьев В.В. Неотложная токсикология: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009. - 379 с.

12. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с.: илл.

13. Хоффман Р., Нельсон. Л. Экстренная медицинская помощь при отравлениях «Практика» 2010, 1440 с.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119139/acmdnps2011.pdf

14. Клинические протоколы по соответствующим нозологиям РЦ РЗ <http://rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>

15. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое

вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник. 2010. No 3. С. 25–27

16. National Institute on Drug Abuse. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. 2014

17. Миллер У., Роллник С. *Мотивационное консультирование*. Как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2017; 544 с.

18. Прохазка Д., Норкросс Д., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.

19. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002. 976 с.

20. Кристоф Луз, Питер Грааф, Герхард Зарбок, Рут Холт. Схематерапия для детей и подростков. Практическое руководство, 2021г., 544стр.;

21. Джилл Х. Ратус, Алек Л. Миллер. Диалектическая поведенческая терапия для подростков: руководство по тренингу навыков. 2021г., 544стр

22. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.

23. Бек А.Т., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, Практикум по психотерапии, 2002. 544 с.

24. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.

25. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. 368 с.

26. Вольф К., Серпа Дж. Г. Обучение осознанности. Клиническое руководство. Пошаговая программа для психотерапевтов, изд. Диалектика, 272 стр

27. Бурно М. Е. [Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд. — М.: Академический проект, Альма Матер, 2012. — 487 с.

28. 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>

29. 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

30. Kuang H, Johnson JA, Mulqueen JM, Bloch MH. The efficacy of benzodiazepines as acute anxiolytics in children: A meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):888-896. doi:10.1002/da.22643

31. Connor DF, Boone RT, Steingard RJ, Lopez ID, Melloni RH. Psychopharmacology and Aggression: II. A Meta-Analysis of Nonstimulant Medication Effects on Overt Aggression-Related Behaviors in Youth with SED. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2003;11(3):157-168. doi:[10.1177/10634266030110030301](https://doi.org/10.1177/10634266030110030301)

32. Muller AA, Muller GF. Inhalant abuse. *J Emerg Nurs*. 2006

Oct;32(5):447-8. doi: 10.1016/j.jen.2006.05.018. Epub 2006 Aug 7. PMID: 16997041

33. Hernandez-Avila CA, Ortega-Soto HA, Jasso A, Hasfura-Buenaga CA, Kranzler HR. Treatment of inhalant-induced psychotic disorder with carbamazepine versus haloperidol. *Psychiatr Serv*. 1998 Jun;49(6):812-5. doi: 10.1176/ps.49.6.812. PMID: 9634163.