

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (центр временной адаптации и детоксикации)

1. Вводная часть:

1.1. Код(ы) МКБ-10:

F10.0x2 – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, острая интоксикация средней степени.

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

АД	–	артериальное давление
СОЭ	-	скорость оседания эритроцитов
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
ААС	-	алкогольный абстинентный синдром

1.4. Пользователи протоколов: врачи психиатр-нарколог.

1.5. Категория пациентов: взрослые пациенты с диагнозом Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Острая интоксикация средней степени, неосложненная.

1.6. Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое исследование (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 (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).

	Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7. Определение:

Алкоголизм – это заболевание, которое характеризуется возникновением изменением толерантности организма, непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

Алкогольное опьянение, или острая алкогольная интоксикация, — состояние, возникающее в результате воздействия алкоголя на центральную нервную систему, проявляющееся психическими, неврологическими и соматовегетативными нарушениями, являющимися первичным звеном в развитии алкоголизма. Патологическое опьянение - острый транзиторный психоз, протекающий в виде сумеречного помрачения сознания [1, 2]

1.8. Клиническая классификация [1]:

Степень опьянения	Симптомы опьянения
Легкая	<p>А. Психопатологические: ощущение комфорта, повышение настроения, многоречивость, увеличение амплитуды эмоциональных реакций, снижение самокритики, неустойчивость внимания, ускорение мышления.</p> <p>Б. Неврологические: нарушение координации движений, нистагм.</p> <p>В. Соматовегетативные: гиперемия лица, учащение пульса и дыхания, умеренное повышение артериального давления, повышение аппетита, гиперсаливация</p>
Средняя	<p>А. Психопатологические: замедление мышления, суждения становятся банальными, нарушается способность концентрации внимания, затруднение понимания и правильной оценки окружающего, снижение критики, расторможенность влечений, эмоциональные реакции приобретают брутальный характер, настроение склоняется к угрюмости, гневливости, тупому равнодушию или благодушию. Б. Неврологические: атаксия, нистагм, нарушение координации движений, дизартрия, ослабление болевой и температурной чувствительности. В. Соматовегетативные: тошнота, рвота, гиперемия или бледность лица, тахикардия, тахипноэ</p>
Тяжёлая	А. Психопатологические: выраженное угнетение сознания

	<p>от сомнолентности и оглушения до сопора и комы.</p> <p>Б. Неврологические: атаксия, нистагм, дизартрия, снижение болевой чувствительности, мышечная гипотония, снижение кожных и сухожильных рефлексов, сужение зрачков, судороги.</p> <p>В. Соматовегетативные: гиперемия или бледность кожных покровов, снижение температуры тела, рвота, непроизвольное выделение мочи и кала, тахикардия, замедление дыхания, снижение артериального давления</p>
--	--

Исходы простого алкогольного опьянения

Легкая степень опьянения	Заканчивается постепенно наступающим вытрезвлением. Каких-либо нарушений после наступления вытрезвления не наблюдается
Средняя степень опьянения	Опьянение переходит в глубокий сон, по пробуждению часть событий может амнезираться. В течение некоторого времени после протрезвления наблюдаются астенические проявления, снижение аппетита, жажда, слабость, пониженное настроение
Тяжелая степень опьянения	После наступления вытрезвления отмечается вялость, слабость, адинамия. Если тяжелое опьянение возникает у больного хроническим алкоголизмом во время запоя, то при вытрезвлении отмечаются проявления алкогольного абстинентного синдрома

Измененные формы простого алкогольного опьянения (Гофман А. Г. и др., 1991)

1 Опьянение с дурашливостью	Характеризуется приподнятым настроением с беспечностью, благодушием, кривлянием, расторможенностью влечений, инфантильными формами поведения
2 Опьянение с истерическими чертами	Характеризуется демонстративностью, театральностью, стремлением обратить на себя внимание, демонстративными суицидальными попытками, бурными сценами отчаяния, «сумасшествия». Этот вид опьянения не возникает при употреблении алкоголя в одиночку
3 Опьянение с депрессивными проявлениями	Характеризуется подавленным настроением с тоской, тревогой. Возможны суицидальные попытки. Опьянение сопровождается двигательной и речевой заторможенностью. Обычно эта форма опьянения является выражением психогенно или эндогенно

	обусловленной депрессии и обнажает существующие аффективные расстройства
4	<p>Опьянение с эксплозивностью или дисфорический вариант опьянения</p> <p>Характеризуется преобладанием мрачного настроения с раздражительностью, склонностью к словесной и физической агрессии. Эта форма опьянения характерна для больных с органическим поражением мозга (сосудистым, посттравматическим) и для лиц с психопатическими чертами характера</p>
5	<p>Эпилептиформное опьянение</p> <p>Эта форма опьянения характерна для лиц с эпилептоидными чертами характера. Она характеризуется постоянно проявляющимся недовольством, придирчивостью, угрюмо-злым аффектом, готовностью к совершению агрессивных поступков. В отличие от патологического опьянения эта форма опьянения не сопровождается амнезией</p>
6	<p>Псевдопараноидное опьянение</p> <p>Характеризуется появлением подозрительности, обидчивости, придирчивости, склонности толковать слова и поступки окружающих как стремление унижить, обмануть; возможны идеи ревности, осуждения. Наблюдается у личностей с паранойяльными чертами характера</p>
7	<p>Галлюцинаторнобредовое опьянение</p> <p>Эта форма опьянения возникает у больных алкоголизмом с большой давностью заболевания, наличием алкогольной энцефалопатии и выраженных изменений личности. Опьянение сопровождается появлением обманов восприятия (обычно зрительных), чувственного бреда и бредовым поведением. После вытрезвления обманы восприятия исчезают. О состоянии опьянения сохраняются отрывочные воспоминания. Заканчивается опьянение чаще всего наступлением сна. От патологического опьянения эта форма опьянения отличается наличием неврологических нарушений — атаксии, дизартрии, способности поддерживать речевой контакт, ориентироваться в обстановке. Галлюцинаторно-бредовое опьянение может возникать неоднократно в течение жизни</p>

Основные характеристики патологического опьянения (Матвеев В. М., 1975):

1. Внезапное начало и внезапный конец.
2. Состояние развивается вскоре после употребления алкоголя в диапазоне от 10-15 мин до 1 ч, независимо от дозы выпитого спиртного.
3. Длится от нескольких часов до нескольких минут.
4. Не сопровождается внешними признаками опьянения.
5. Заканчивается тотальной или парциальной амнезией, оставляя после себя астению.
6. Чаще возникает у не страдающих алкоголизмом лиц, и не обнаруживающих ранее признаков психического заболевания.
7. Предрасполагающими факторами являются: травмы головного мозга, латентно протекающая эпилепсия, сосудистое заболевание мозга, перенесенные инфекции и интоксикации
8. Провоцирующими моментами могут являться сильное волнение, испуг, страх, гнев, бессонница, переутомление.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии

Острая интоксикация средней степени, не осложненная:

Жалобы:

Тошнота, рвота, головная боль, обложенность языка, вздутие живота, жидкий стул, анорексия, боли в области сердца, одышка.

Анамнез:

Недавнее употребление алкоголя в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию средней степени. Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать действию алкоголя, и 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 иным заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Физикальное обследование:

психический статус: замедление мышления, суждения банальные, нарушается способность концентрации внимания, затруднение понимания и правильной оценки окружающего, снижение критики, расторможенность влечений, эмоциональные реакции приобретают brutальный характер, настроение склоняется к угрюмости, гневливости, тупому равнодушию или благодушию.

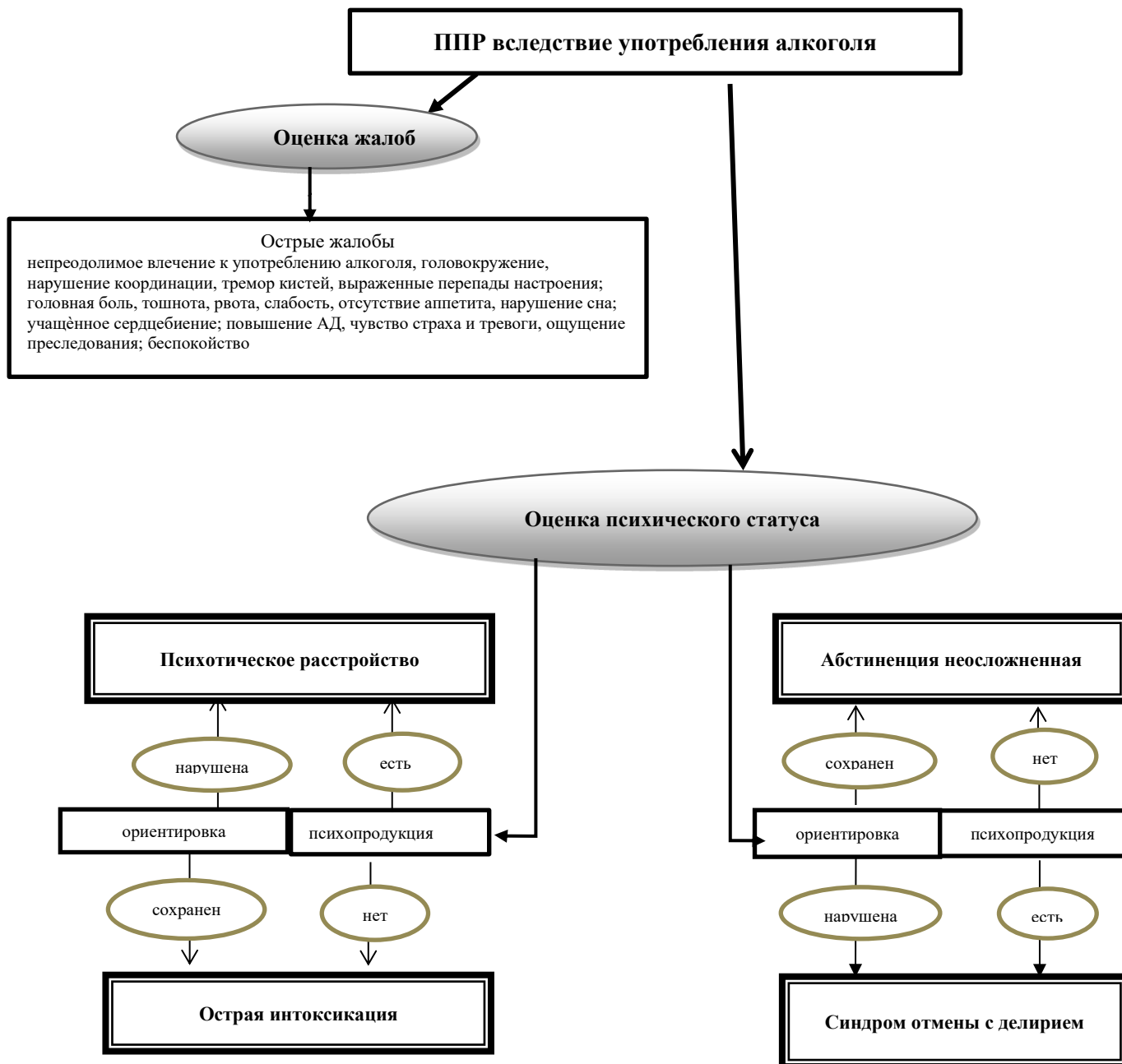
соматовегетативный и неврологический статус: атаксия, нистагм, нарушение координации движений, дизартрия, ослабление болевой и температурной чувствительности, гиперемия или бледность лица, тахикардия, тахипноэ, тошнота, рвота.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий по показаниям:

- определение глюкозы
- ЭКГ.

Консультации других специалистов: по индивидуальным показаниям.

2.2 Диагностический алгоритм



2.3 Дифференциальный диагноз

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

3. Тактика лечения на амбулаторном уровне

Лечение не предусмотрено.

4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Острая интоксикация алкоголем средней степени, неосложненная **F10.0**.

Тип госпитализации – экстренная.

5. Тактика лечения на стационарном уровне

Цели лечения: нивелирование психических и соматоневрологических расстройств, развивающихся в состоянии алкогольного опьянения средней степени.

5.1 Немедикаментозное лечение:

- консультирование больных врачом психиатром-наркологом
- обеспечение воздержания от употребления спиртных напитков и других психоактивных веществ.
- промывание желудка, очистительная клизма.

5.2 Медикаментозное лечение

- Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.
- Лечение острой интоксикации тяжелой степени должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Нейролептики	Хлорпромазин	Раствор для инъекций 25мг/мл, в/в, в/м,	УД-В
Энтеросорбирующее средство	активированный уголь	Таблетка 250 мг, 1-2 гр	УД-С
Комплексообразующее средство	Натрия тиосульфат	30%-5,0-10,0 в/в струйно	УД-Д
Противоэпилептические препараты	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутрь,	УД-В
Витамины	Аскорбиновая кислота	Раствор для внутривенного и струйного введения 5%, 4-6 мл, капельно	УД-В
Регулятор водно-электролитного баланса	Натрия хлорид	Раствор для внутривенного и струйного введения 0.9%, 200-1000 мл, капельно	УД-В
Витамины	Пиридоксин гидрохлорид	Раствор для внутривенного и струйного введения 1%, 4-6 мл,	УД-В
Антигистаминный препарат	Дифенгидрамин	Раствор для внутривенного и струйного введения 1%, 1 мл, капельно	УД-В

Рекомендуется проведение парентеральной инфузионной терапии внутривенно капельно медленно: натрия хлорид 0,9 % раствор из расчета до 0,2-1,0 л/сутки в сочетании с аскорбиновой кислотой 5% - до 4-6 мл/сутки, пиридоксина гидрохлоридом 1% - до 4-6 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин - 1% р-р 1 мл или хлоропирамин)

5.3 Хирургическое вмешательство: нет

5.4 Дальнейшее ведение: в случае наличия симптомов зависимости обращение для оказания специализированной помощи к врачу психиатру-наркологу.

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

Купирование либо нивелирование соматоневрологических и психических проявлений острой интоксикации алкоголем средней степени.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Токанов Мади Кайламбекович - старший врач филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья в г. Павлодар.

2) Мухаметжанов Орынхан Меирханович- заведующий отделением социальной реабилитации

3) Жаксылыкова Маншук Хамзаевна – заведующая отделением медикаментозной коррекции филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья.

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.2 Рецензенты: Каражанова Анара Серикказыевна, доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, заведующая кафедрой клинической психологии НАО МУА.

6.3 Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.4 Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

1. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – М., Медпрактика – М, 2002г.

2. Клиническая наркология// Д.И. Малин, В.М. Медведев. Москва «Вузовская книга»2008г.

3. Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994г.

4. Иванец Н.Н. //Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2

5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992

6. Клиническая наркология// Д.И. Малин, В.М. Медведев. Москва «Вузовская книга»2008г

7. Справочник лекарственных средств, включенных в республиканский формуляр. 2012- 2013г.г.