

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ  
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,  
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ**

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

Код	Название
F 11.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Острая интоксикация
F 11.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Употребление с вредными последствиями
F 11.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости
F 11.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром отмены
F 11.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Абстинентное состояние с делирием
F 11.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Психотическое расстройство
F 11.6	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Амнестический синдром
F 11.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства
F 11.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Другие психические расстройства и расстройства поведения
F 11.22	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии

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

АД	–	артериальное давление
АлТ	–	аланинаминотрансфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/в	–	внутривенно
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
в/м	–	внутримышечно
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
МСП	–	медико-социальная реабилитация

ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
УД	–	уровень доказательности
ЦНС	–	центральная нервная система
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
ЭХО-ЭС	–	эхоэнцефалография
ЭЭГ	–	электроэнцефалография

**1.4. Пользователи протоколов:** психиатры (наркологи, психотерапевты), токсикологи, врачи общей практики, терапевты, эндокринологи, врачи скорой медицинской помощи, психологи.

**1.5. Категория пациентов:** взрослые.

**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.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

**1.7. Определение.**

ППР, вызванные употреблением опиоидов - комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса ПАВ из группы опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей пациента, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [1 – 3, 5].

**1.8. Клиническая классификация [4]:**

*По стадиям заболевания:*

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

*По периодам зависимости:*

Абстинентный период:

- ранний постабстинентный период;
- поздний постабстинентный период;
- период устойчивой ремиссии.

Фазы абстинентного периода:

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

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

### **2.1. Диагностические критерии**

**Синдром острой интоксикации** [5, 6, 8, 9]: Клиническая картина острой опиоидной интоксикации зависит от наличия или отсутствия физической зависимости от опиоидов, степени толерантности к ним, а также состояния соматического, неврологического и психического здоровья пациента.

*Жалобы:* сухость кожных покровов и слизистых; снижение способности к концентрации внимания и запоминанию; дремотное состояние; повышенное настроение; психомоторная заторможенность; тревога или дисфория.

*Анамнез:* единичное (первичное) немедицинское потребление нелегальных опиоидов, либо опиоидов, отпускаемых по рецепту; путем курения, вдыхания, внутривенно, внутримышечно, внутрь либо сублингвально.

*Физикальное обследование:*

психический статус: заторможенность, малоподвижность; контакту может быть доступен с трудом в силу собственных грезоподобных переживаний; речь тихая, ответы следуют после пауз; на определенных этапах формирования зависимости может наблюдаться изменение картины интоксикации, заключающееся в усилении психической и физической активности на фоне благодушия и эйфории. дезориентация, паранойяльные тенденции, дереализация, деперсонализация, психомоторное возбуждение, злоба, агрессия, паника, страх, бредовые идеи преследования, при утяжелении состояния сопор, кома;

соматовегетативный и неврологический статус: в проекции центральных вен, можно обнаружить следы внутривенных инъекций; сужение зрачка, вплоть до «точечного», бледность, характерный зуд кожных покровов, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления, гипотермия, уменьшение частоты сердечных сокращений, снижение защитных и сухожильных рефлексов, повышенная устойчивость к болевым раздражителям.

*При тяжелой степени острой интоксикации опиоидами нарастают признаки передозировки* [4 – 6]: медленное поверхностное дыхание или его отсутствие; падение артериального давления; ослабление или исчезновение пульса; уменьшение частоты сердцебиения; сужение зрачков (точечные зрачки); посинение губ и

кончиков пальцев; бледность и сухость кожи; выраженное расслабление мускулатуры (внешне проявляется в замедленности движений, подгибании коленей, оцепенении, пребывании в неподвижном состоянии в определенной позе - характерна поза "на корточках"); нарушение сознания (от состояния сонливости до полного отсутствия сознания); тошнота, рвота; нарушение речи (невнятное произношение). «Триада опиоидной передозировки» – сильно суженные зрачки, бессознательное состояние и угнетение дыхания!

### **Синдром употребления с вредными последствиями:**

Диагноз пагубного употребления опиоидов ставится при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях.

*Жалобы:* могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении опиоидов;

*Анамнез:* длительное эпизодическое нерегулярное употребление опиоидов; характер употребления сохранился или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев;

*Физикальное обследование:* признаки не являются специфическими, тщательное медицинское обследование является дополнительным и подтверждающим клиническую диагностику инструментом, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния; психический статус: астения, вялость, пассивность; соматовегетативный и неврологический статус: следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, снижение болевой и тактильной чувствительности конечностей, сужение зрачков и их замедленную реакцию на свет.

### **Синдром зависимости [31]:**

*Жалобы:* выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта; нарушения сна; тоскливое настроение; перепады настроения.

*Анамнез:* сведения о систематическом употреблении опиоидов (перорально, интраназально, внутримышечно, внутривенно употребление препаратов опиоидной группы, либо приготовленный путем химической обработки опий-сырец, сухая маковая соломка или семена пищевого мака и т.п.), сведения о сформированной зависимости от опиоидов, нарушенная способность контролировать прием наркотика, озабоченность употреблением опиоидов, состояние отмены, изменение реактивности организма, повышение толерантности к эффектам опиоидов, устойчивое употребление опиоидов вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от употребления опиоидов при сформированной зависимости в различные промежутки времени проявляются симптомы отмены; наркоманические изменения личности; отрицательные соматические и социальные последствия наркомании.

*Физикальное обследование:* психический статус: в отсутствие наркотика или в перерыве между его введениями неудовлетворенность, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, которое исчезает сразу же после употребления наркотика; соматовегетативный и неврологический статус: следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности; признаки склерозирования сосудов (венозные дорожки, венозные колодцы);

вторичные тромбофлебитические поражения, лимфостатические признаки; сухость и снижение тургора кожи; суховатость слизистых, субиктеричность склер; распространённый кариозный процесс в полости рта; дефицит массы тела; увеличение печени; выраженная тахикардия при нормальном или пониженном АД; оживление глубоких и брюшных рефлексов; повышение Ахилловых рефлексов (выявления клонуса стопы); местная пилomotorная реакция; постуральный тремор дистальных отделов конечностей, положительный симптом Маринеско-Радовичи; горизонтальный нистагм; нарушения конвергенции; длительное снижение реакции зрачков на свет.

### **Синдром отмены [5, 6, 8, 9]:**

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

*Анамнез:* сведения о систематическом употреблении опиоидов (перорально, интраназально, внутримышечно, внутривенно употребление препаратов опиоидной группы, либо приготовленный путем химической обработки опий-сырец, сухая маковая соломка или семена пищевого мака и т.п.), сведения о сформированной зависимости от опиоидов, нарушенная способность контролировать прием наркотика, озабоченность употреблением опиоидов, состояние отмены, изменение реактивности организма, повышение толерантности к эффектам опиоидов, устойчивое употребление опиоидов вопреки ясным доказательствам вредных последствий; резкий обрыв приема наркотика на фоне его регулярного потребления либо снижение дозы в ближайшие 12 – 72 часа.

*Физикальное обследование:* психический статус: тревожность, напряжённость, чувство дискомфорта, раздражительность, дисфория, сопровождающиеся общим недомоганием, физической слабостью; нарушения сна, вплоть до бессонницы, появляются в течение суток после прекращения приёма наркотиков и отличаются продолжительностью и устойчивостью к проводимой терапии; соматовегетативный и неврологический статус: зевота, слезотечение, ринорея с частым чиханьем, диарея расширение зрачка, повышение температуры тела, учащение сердцебиения, артериальная гипертензия, повышенная потливость, озноб, пилоэрекция («гусиная кожа»); следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности; признаки склерозирования сосудов (венозные дорожки, венозные колодцы); вторичные тромбофлебитические поражения, лимфостатические признаки.

### **Синдром отмены с делирием [10]:**

Делирий в структуре опиоидного абстинентного синдрома является крайне редким осложнением. В клинической картине психоза отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

*Лабораторные исследования (для всех вышеуказанных синдромов):*

общий анализ крови: возможно повышение гематокрита как следствия дегидратации, снижение уровня гемоглобина алиментарного генеза – при периодической «запойной» форме потребления опиоидов; биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб); диагностика содержания метаболитов ПАВ (опиоиды и его производные) в биологических жидкостях методом иммунохроматографического анализа, газовой, газожидкостной, жидкостной хроматографии, хромато-масс-спектрометрии.

*Инструментальные исследования (для всех вышеуказанных синдромов):*

УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии; Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца; ЭЭГ – низкая биоэлектрическая активность в  $\alpha$ -диапазоне на фоне высокой  $\beta$ -активности, дезорганизация  $\alpha$ -ритма, дизритмия  $\beta$ -ритма, неустойчивость  $\alpha$ -ритма, преобладание  $\beta$ -волн, межполушарная асимметрия волн с преобладанием  $\alpha$ -ритма в правом полушарии и  $\beta$ -активности в левом, усиление  $\theta$ - и  $\delta$ -ритмов в правом полушарии, на фоне общей дезорганизованности ритма регистрация комплексов «острая - медленная волна».

*Дополнительное обследование:* экспериментально-психологическая диагностика по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения): 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):* терапевт - при наличии соматической патологии; инфекционист - при развитии токсического гепатита, при подозрении ВИЧ инфекции; невропатолог - при выявлении патологии со стороны нервной системы; уролог - при выявлении патологии со стороны моче-половой системы; акушер-гинеколог - при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов; хирург – при гнойно-воспалительных поражениях мягких тканей и сосудов как последствия инъекционного потребления ПАВ; психотерапевт - при нестабильных психоэмоциональных состояниях, при определении показаний на прохождение психотерапевтической реабилитации; физиотерапевт - при определении показаний.

## 2.2. Диагностический алгоритм (схема):



### 2.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований – врач психиатр-нарколог амбулаторно-поликлинической службы.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05)	Повышенный риск травматизма, в том числе наличие ЧМТ у потребителей опиоидов, с высокой частотой развития делириозного синдрома в случае потребления опиоидов и 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.
Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06)	Повышенный риск травматизма, в том числе наличие ЧМТ у потребителей опиоидов, с высокой частотой развития психотических расстройств в случае потребления опиоидов и 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 опиоидов	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 или ощущениям; • бредовое восприятие; • галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий



			<p>поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li></ul> <p>2) или минимум два признака из числа следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;</li><li>• неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;</li><li>• кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;</li><li>• "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).</li></ul>
--	--	--	---

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

#### 3.1 Немедикаментозное лечение

- режим общий;
- диета – стол №15.

#### Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП);
- 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 в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения.

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутри, 2-4 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг, 10мг, до 20мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Кветиапин	Таблетка 100мг и 200мг, до 400мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антидепрессанты	Сертралин	Таблетки 50мг и 100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []

Антидепрессанты	Флувоксамин	Таблетки 50мг и 100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-А [25]
-----------------	-------------	--	-----------

### **Поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО)**

Одним из средств для ПТАО является лекарственный препарат «Метадона гидрохлорид». Метадон представляет собой синтетический опиоид длительного действия с фармакологическим действием, качественно сходным с морфином. Активен при пероральном и парентеральном способах введения. Показания к применению: поддерживающая терапия агонистами опиоидов при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением опиоидов, синдром зависимости [28] (УД - А)

**ПТАО и объем терапии, зависит от спецификации диагноза и соответствует 3 этапам:**

#### **Начальный этап (УД – А):**

- подбор начальной дозы лекарственного препарата Метадона гидрохлорид, который назначается на фоне абстинентных проявлений у пациента;
- начальная суточная доза метадона гидрохлорида определяется уровнем нейроадаптации к опиоидам;
- во время индукционной фазы лечения метадоном начальная суточная доза не должна превышать 20 мг и ни в коем случае не должна быть больше 30 мг. [25, 27]
- первоначально, одной дозы от 15 до 20 мг (от 3 до 4 мл) достаточно, чтобы купировать абстинентный синдром. В случае повторения симптомов абстиненции или недостаточного купирования синдрома, дозу можно увеличить. Если пациенты находятся в физической зависимости от высоких доз, им могут потребоваться более высокие дозы метадона соответственно.
- на начальном этапе лечения дозу метадона следует увеличивать постепенно для минимизации риска передозировки: увеличивать дозировку по 5-10 мг в день (с максимальным еженедельным увеличением на 30 мг) до тех пор, пока не будут замечены признаки отмены или интоксикации. После безопасного введения начальной дозы следует подобрать оптимальную дозу для долгосрочного поддерживающего лечения во избежание пристрастия и употребления опиоидов (так называемое «блокирующее дозирование»).

#### **Этап поддержания (УД – А):**

- стабилизация состояния пациента, с активным применением психосоциального сопровождения.
- продолжительность пребывания пациента на данном этапе составляет от 6 месяцев и более [19];
- оптимальная доза метадона гидрохлорида составляет 60-120 мг в сутки [26];
- оптимальная доза должна устранить пристрастие к опиоидам, не вызывая при этом седативного эффекта или чувства эйфории, что обеспечивает максимальное функционирование пациентов во всех сферах жизни;
- доза должна быть установлена таким образом, чтобы терапевтический эффект сохранялся в течение по крайней мере 24 часов
- необходимо принимать метадон ежедневно для поддержания должного уровня в плазме крови и во избежание опиоидного синдрома отмены. [27].
- лекарственные схемы могут быть изменены в соответствии с клиническим состоянием пациента.

### Этап завершения (УД – А):

- происходит по желанию пациента, согласованному с лечащим врачом;
- основанием для завершения ПТАО является: плановое завершения лечения; досрочный отказ от дальнейшего лечения; исключение пациента из терапии.

Предупреждение: незапланированное или неконтролируемое врачом прекращение лечения может спровоцировать острый синдром отмены.

### *Противопоказания и предосторожности при назначении лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:*

- повышенная чувствительность к метадона гидрохлориду или другим компонентам препарата;
- признаки интоксикации/седации;
- почечно-печеночная недостаточность;
- респираторная недостаточность;
- острое психотическое состояние;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- длительный запор;
- органические заболевания сердца;
- легочное сердце;
- гиповолемия.

### *Побочные эффекты при назначении лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:*

- тошнота и рвота;
- сухость во рту, запор;
- повышенное потоотделение;
- головокружение, ортостатическая гипотензия;
- угнетение дыхания;
- эйфория, дисфория;
- слабость, головная боль, бессонница;
- прибавка веса;
- антидиуретический эффект;
- у женщин нарушение менструального цикла;
- снижение либидо и/или сексуальной потенции.

### *Правила приема лекарственного препарата «Метадона гидрохлорид»:*

- в случае нарушения прием пациентом одной или двух суточных доз, возможен прием прежней дозы препарата.
- в случае трехдневного пропуска приема препарата, принимаемую пациентом дозу необходимо уменьшить на 25%, чтобы внести поправку на возможное снижение толерантности. В случае хорошей переносимости препарата, следует вернуться к прежнему уровню дозы препарата.
- в случае четырехдневного пропуска приема препарата, следующую дозу необходимо уменьшить на 50%. При хорошей переносимости препарата, в течении нескольких дней возможен возврат к прежним дозам.
- если пропуск препарата, превышал четырехдневный показатель, назначается вводная схема препарата, с первоначальной дозы.

*Контроль трезвости пациента осуществляется в следующих случаях:*

- на начальном этапе ПТАО с целью уточнения вида употребляемого вещества при наличии признаком сформированной зависимости от опиоидов;
- в стадии подбора дозы при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью профилактики передозировки метадонном;
- на этапе поддержания при подозрении на употребление нелегальных опиоидов и/или других ПАВ с целью коррекции доз метадона гидрохлорид;
- при подозрении на употребление нелегальных наркотиков с целью контроля соблюдения условий контракта.

*Симптомы абстиненции могут возникнуть, по причинам:*

- низкие дозировки препарата;
- прием антибактериальных препаратов;
- прием антиретровирусной терапии;
- нарушения приема препарата;
- прием алкоголя.

В случае планового завершения/досрочного отказа от лечения суточная доза препарата может уменьшаться в среднем на 2,5-5 мг в неделю, без тяжелых симптомов отмены опиоидов. Во время снижения необходимо регулярно обследовать пациента, и в соответствии с клинической необходимостью, вносить корректировки в дозировки.

В случае исключения пациента рекомендуется ежедневное снижение дозы препарата на 5 мг до достижения 30 мг. Далее ежедневное снижение дозы препарата должно составлять 2 мг до полной отмены.

Во всех указанных случаях не исключена возможность выработки схемы снижения дозы препарата лечащим врачом совместно с пациентом индивидуально. В последующем наблюдение за пациентом осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

### 3.2.1. Медикаментозное лечение ПТАО у особых групп населения:

- *Пациенты с диагнозом туберкулез:* первоначальным приоритетом является лечение активного туберкулезного процесса;
- *Пациенты с вирусным гепатитом:* лечение вирусных гепатитов проводится в комплексе с другой фармакотерапией, не дожидаясь начала абстиненции от опиоидов;
- *Пациенты с ВИЧ:* пациент стабилизируется посредством ПТАО, после назначается антиретровирусная терапия (АРТ);
- *Беременность и кормление ребенка грудью:* Метадон противопоказан при беременности и в период лактации из-за возможных последствий для развития плода. Однако при очевидной неспособности беременной наркозависимой приостановить использование героина, врач может принять решение о проведении ПТАО. Эта процедура не должна быть продолжена до конца беременности в рекомендуемых дозах, так как необходимо предотвратить появление симптомов отмены у матери и плода. При необходимости, корректируют дозу метадона на последних стадиях беременности до поддержания адекватного уровня препарата для избежание возможного отказа от терапии. Окончательное прекращение лечения проводится под наблюдением нарколога и акушера-гинеколога и должно быть проведено не ранее, чем на 14-й неделе беременности и не позднее 32 недели, чтобы избежать, риска выкидыша и преждевременных родов. Пациентку перед применением метадона необходимо проинформировать о возможных последствиях применения препарата.

Метадон проникает в грудное молоко, из-за риска серьезных неблагоприятных реакций у младенцев и учитывая пользу лечения для матери, рекомендуется отказаться или от грудного кормления, или от приема метадона.

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение:

- пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

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

#### **4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- злоупотребление опиоидами;
- синдром зависимости от опиоидов.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация опиоидами с делирием;
- острая интоксикация опиоидами с судорогами;
- абстинентное состояние вследствие употребления опиоидов, осложненное;
- абстинентное состояние вследствие употребления опиоидов с делирием;
- психотическое расстройство вследствие употребления опиоидов.

#### **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

5.1 немедикаментозное лечение:

- режим – I, II, (охранительный, препятствующий употреблению ПАВ в условиях лечения);
- диета – стол №15.

#### **Психолого-психотерапевтическое лечение стационарный уровень:**

**Этап реабилитации:**

- 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;
- транзактный 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 (холотропное 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 []

#### **Этап социальной реабилитации:**

- 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 новыми психоактивными веществами 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 и легкой степеней тяжести интоксикации.

Терапия острой интоксикации и абстинентного синдрома при употреблении новых психоактивных веществ представляет собой детоксикационное, патогенетическое и симптоматическое лечение с применением традиционных подходов, направленных на нормализацию основных жизненно важных функций. Главная цель терапии – заблокировать каскад патогенетических механизмов, сопряженных с высоким риском полиорганных осложнений [] .

**Антиконвульсанты:** для экстренного купирования неврологических нарушений в случае возникновения судорожных припадков, а также патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки, при наличии показаний доза препарата может быть увеличена, рекомендуется лабораторный контроль показателей крови. Прием антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения [].

Нейролептики: наиболее часто предпочитаемыми нейролептическими препаратами для купирования резистентных форм психотических расстройств является кветиапин в средних терапевтических дозировках, до 20-400 мг/сут. Также используются: оланзапин (10-20 мг/сут), рисперидон 4-6 мг/сут. Приём антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики [].

**Антидепрессанты:** назначаются с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: флуоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя [].

**Седативные препараты:** для коррекции психических и диссомнических расстройств применяются бензодиазепины, в частности производные диазепам до 40- 50 мг/сутки [].

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Противоэпилептические препараты	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутрь, 2-4 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг, 10мг, до 20мг в сутки внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Кветиапин	Таблетка 100мг и 200мг, до 400мг в сутки, внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки, внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Анксиолитики	Диазепам	Раствор для инъекций 5мг/мл, в/в, в/м 2-4 раза в день, № 5-10 Таблетки 5мг внутрь, 2-4 раза в день, № 5-10	УД-А []
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []
Антидепрессанты	Сертралин	Таблетки 50мг и 100мг, внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-А []



5.3 Хирургическое вмешательство: нет.

5.4 Дальнейшее ведение:

- осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

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

- полное воздержание от употребления ПАВ 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) **Алтынбеков Куаныш Сагатович** – доктор медицинских наук РФ, генеральный директор, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

2) **Садвакасова Гульмира Амиргалиевна** – кандидат медицинских наук, врач психиатр нарколог, координатор исследования, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

3) **Тлеубаева Шайзат Мухаметкаировна** – врач психиатр психотерапевт, заведующая отделением психотерапии и реабилитации, филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

4) **Черченко Надежда Николаевна** – врач психиатр нарколог, национальный консультант, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

5) **Сексенова Жания Хамитовна** – врач психиатр нарколог, специалист по мониторингу и информационному обеспечению программы поддерживающей терапии агонистами опиоидов.

6) Клинический фармаколог \_\_\_\_\_

6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3. Рецензент:

6.4. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5. Список использованной литературы:

World and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.

Глоссарий. Психологические термины и определения DSM-5. American psychiatric association

<https://vocabulary.ru/termin/opiinaja-narkomanija.html>

- Иванец Н.Н. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с.
- Классификация психических расстройств МКБ-10. Клинические описания и диагностические указания.
- Клиническое руководство по диагностике, лечению, психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов. Национальная программа по реформированию системы здравоохранения при технической поддержке проекта USAID «Качественное здравоохранение» и UNODC. Бишкек, 2012.
- Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов. ЮНОДК/ВОЗ, 2013.
- Медицинская токсикология: национальное руководство /Под ред. Е. А. Лужникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 928 с. (<http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/3>)
- Элленхорн М. Дж. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека. В 2-х томах. М.: Медицина, 2003. Т.1., С. 350 – 462. (<http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/3>)
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ научно-исследовательским. ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, 2014.
- Психиатрическая клиника: Учебное пособие//Под редакцией В.П. Самохвалова. – Симферополь, 2003. – 608с.
- Психиатрия и наркология: Учебник / И.И. Сергеев, Н.Д. Лакосина, О.Ф., Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 752 с.
- Sagoe D., Molde H., Andreassen C.S., Torsheim T., Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. Ann Epidemiol. 2014; 24(5):383–398.
- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Психология человеческой судьбы. - М., 1988.
- Стюарт Я., Джойнс В. Современный трансактный анализ. - СПб., 1996. - 330 с.
- Holzhauser C.G., Hildebrandt T., Epstein E., McCrady B., Hallgren K.A. Mechanisms of change in female-specific and gender-neutral cognitive behavioral therapy for women with alcohol use disorder. JConsultClinPsychol. 2020.
- Toyoshima K., Kusumi I., Controlling the laxative abuse of anorexia nervosa patients with the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program workbook: a case report. Biopsychosoc Med. 2019

**Правила оформления лечебного отпуска** (согласно статьи 45 Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению РК, утвержденного приказом Министра здравоохранения РК от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020).

Решением врачебной комиссии, на основании собственного заявления пациента, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.

**Организация психотерапевтической и психосоциальной помощи лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ в стационарных отделениях (при наличии соответствующих квалифицированных специалистов и необходимого оборудования)**

Психотерапевтическая и психосоциальная помощь взрослым в ППР, вследствие употребления ПАВ включает в себя:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) психологическое консультирование;
- 4) социально-психологические тренинги;
- 5) работу с волонтерами-консультантами (зависимыми от ПАВ, успешно прошедшими полный курс медико - социальной реабилитации, находящимися в ремиссии 1 (один) год и более, прошедшими специальные курсы подготовки консультантов программ медико - социальной реабилитации зависимых от ПАВ);
- 6) терапию занятостью;
- 7) оздоровительные и спортивные занятия;
- 8) собственную волонтерскую практику;
- 9) когнитивно-поведенческую терапию;
- 10) активный досуг;
- 11) встречи и общение с значимыми другими лицами;
- 12) юридическое консультирование;
- 13) противорецидивные тренинги.

Периодичность и продолжительность указанных мероприятий определяется лечащим врачом в соответствии с психическим состоянием пациента и распорядком дня.

Длительность психотерапевтической и психосоциальной помощи взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет **не более 4 (четырёх) месяцев**.

**Организация медико-социальной реабилитации лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ, в стационарных отделениях (при наличии соответствующих квалифицированных специалистов и необходимого оборудования)**

Медико-социальная реабилитация лицам с ППР оказывается в подразделениях медико-социальной реабилитации РНПЦПЗ, оказывающих медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья по кодам МКБ - 10 согласно перечню.

Направление на медико-социальную реабилитацию пациентов с ППР, находящихся на стационарном лечении, осуществляется лечащим врачом, а при амбулаторном наблюдении - врачом ПЦПЗ, КПЗ.

При госпитализации на медико-социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия:

- 1) идентификация пациента;
- 2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР;
- 4) заполняется первичная медицинская документация.

Общими противопоказаниями для госпитализации на медико – социальную реабилитацию являются:

- 1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения;
- 2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;
- 3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР вследствие употребления ПАВ осуществляет мультидисциплинарная группа, включающая следующих специалистов:

- 1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр);
- 2) врач психиатр;
- 3) психолог;
- 4) социальный работник или специалист по социальной работе;
- 5) инструктор по труду и (или) специалист в области трудовой терапии;
- 6) консультант-волонтер (лицо, зависимое от ПАВ, успешно прошедшее полный курс медико-социальной реабилитации, находящееся в ремиссии 1 (один) год и более, прошедшее специальные курсы подготовки консультантов программ медико - социальной реабилитации зависимых от ПАВ);
- 8) средний медицинский работник.

Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг.

Медико-социальная реабилитация взрослых с ППР, вследствие употребления ПАВ включает:

- 1) индивидуальную психотерапию;
- 2) групповую психотерапию;
- 3) психологическое консультирование;
- 4) социально-психологические тренинги;
- 5) работу с консультантами-волонтерами;
- 6) терапию средой;
- 7) трудотерапию;
- 8) социальное обучение;
- 9) терапию занятостью;
- 10) оздоровительные и спортивные занятия;
- 11) собственную волонтерскую практику;
- 12) групповые мероприятия терапевтического сообщества;
- 13) активный досуг;
- 14) встречи и общение с значимыми другими лицами;

15) вовлечение в анонимные сообщества;

16) противорецидивные тренинги.

Длительность медико-социальной реабилитации взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет *не более 9 (девяти) месяцев.*