

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ДРУГИХ СТИМУЛЯТОРОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)

## 1. Вводная часть

### 1) Код(ы) МКБ-10:

F15.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Острая интоксикация
F15.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Пагубное употребление
F15.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Синдром зависимости
F15.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Состояние отмены
F15.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Абстинентное состояние с делирием
F15.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Психотическое расстройство
F15.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства
F15.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Другие психические расстройства и расстройства поведения
F15.9	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное

2) Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

3) Сокращения, используемые в протоколе:

КТ – компьютерная томография

МКБ 10 – Международная классификация болезней

МСП – 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)

**б) 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 других стимуляторов** – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление стимуляторов (за исключением кокаина) 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 степени наркогенности и аддиктогенности принимаемых стимуляторов:**

- Список I – стимуляторы с выраженным аддиктогенным эффектом, превышающим потенциал кокаина и не используемыми с медицинской целью: аминорекс, метил-аминорекс, меткатинон, катинон, 3,4-метилендиоксиметамфетамин (МДМА);
- Список II – стимуляторы амфетаминового ряда, по аддиктогенному эффекту сопоставимые с кокаином: амфетамин, метамфетамин, декстроамфетамин, метилфенидат;
- Список III – стимуляторы с умеренно выраженным аддиктогенным эффектом, ограниченное использование в медицине: клортермин, бензфетамин, хлорфентермин, фендиметразина тартрат;
- Список IV – стимуляторы с низким наркогенным и аддиктогенным потенциалом, применение в медицине: фентермин, фенфлурамин, диэтилпропион, модафинил, армодафинил, сибутрамин;
- Список V – группа стимуляторов производные пировалерона: альфа-пирролидинопентиофенон;
- Прочие стимуляторы – производные эфедрина, кофеин [3].

### **Классификация по химической принадлежности:**

- производные фенилалкиламина (фенамин/амфетамин, первитин);
- производные ксантина (кофеин);
- производные фенилалкилпиперидина (меридил, пиридрол);
- производные фенилалкилсиднонимина (сиднокарб, сиднофен)
- синтетические катиноны
- синтетические фенэтиламины [4].

### **Классификация по стадиям:**

1. Аддиктивное поведение:
  - полисубстантное аддиктивное поведение;
    - этап первых проб;
    - этап поискового наркотизма;
    - этап выбора предпочитаемого вещества;
    - этап групповой психической зависимости
  - моносубстантное аддиктивное поведение;
    - этап первых случайных проб
    - эпизодическое злоупотребление
    - этап групповой психической зависимости
2. Первая стадия зависимости:
  - индивидуальная психическая зависимость;
  - возможны астенические проявления (постинтоксикационные состояния, без признаков абстинентного синдрома);
  - угасание защитных рефлексов на повышение дозы ПАВ;

- повышение толерантности;
- социальная дезадаптация.

### 3. Вторая стадия зависимости:

- продолжающийся рост толерантности;
- изменение картины опьянения;
- физическая зависимость;
- абстинентный синдром;
- компульсивное влечение;
- анозогнозия;
- признаки выраженной хронической интоксикации;
- нарастающая социальная дезадаптация [5].

## 2. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

### 1) Диагностические критерии:

#### **Синдром острой интоксикации**

##### **Жалобы:**

головная боль, боль в затылке, боль за грудиной, нечеткие неприятные ощущения в различных частях тела, ноющие боли в теле, ползание мурашек по телу,

страх, резкая перемена настроения, раздражительность, возбуждение, после испытанной эйфории чувство опустошенности, вялости, изнеможения, затруднение засыпания, сонливость с невозможностью уснуть и беспокойным сном, бессонница,

головокружение, усиленное сердцебиение, потеря аппетита, ощущение преследования, ползание мурашек, озноб, светобоязнь, появление/усиление сексуального влечения (для подростков), вздрагивания, икание.

**Анамнез:** эпизод употребления стимуляторов (кроме кокаина) перорально (таблетированные формы, пилюли, жидкость), а также внутривенно, внутримышечно, путем курения, вдыхания, сублингвально, ректально, интравагинально.

##### **Физикальное обследование:**

психический статус: фазное течение психических симптомов

– при внутривенном введении психосенсорные симптомы с «отчужденностью», «озарением», затем понижение порога восприятия, яркие чувственные ощущения, симптомы «синестезии»,

после этого повышение ясности сознания с сужением объема восприятия, благодушно-приподнятый фон настроения, присутствует выраженная тяга к веществам во время опьянения

мышление поверхностно, разорвано, возможны персеверации, суебливость, болтливость,

в заключении подавленность, настороженность, отрывочные идеи преследования и отношения, элементарные галлюцинации (звонки, гудки, ослики по имени), тактильные галлюцинации, раздражительность,

опустошенность, агрессия, нарушения ориентировки во времени, пространстве, собственной личности;

соматовегетативный и неврологический статус: бледность кожных покровов, расширение зрачков и глазных щелей, латеральный спонтанный нистагм, ослабление реакции на свет и конвергенции, мышечная и сосудистая гипертензия, повышение рефлексов, мелкий тремор пальцев рук, языка, век, стереотипные движения губ и языка, атаксия, бруксизм, задержка мочи, сухость слизистых оболочек и кожи, тахикардия, повышение артериального давления (выше возрастной нормы), аритмичность пульса, эрекции, судороги [5, 6].

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

**Жалобы:** могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении стимуляторов (за исключением кокаина), могут быть указания на перепады настроения, подавленность, слабость после эпизодов приема стимуляторов, ухудшение памяти и внимания, трудности с запоминанием учебных материалов, сонливость, бессонница.

**Анамнез:** нарастающая скрытность ребенка/подростка, поздний отход ко сну и затрудненное пробуждение по утрам, снижение успеваемости, прогулы школьных занятий, утрата интереса к учёбе и привычным увлечениям, длительное эпизодическое нерегулярное употребление стимуляторов, может быть обусловлено рекреационным мотивом и сопровождает периоды отдыха в ночных клубах, появление новых друзей, подозрительное поведение старых друзей, могут присутствовать указания на эпизодический или систематический прием стимуляторов с в компании сверстников, усиление финансовых запросов, выпрашивание денег, пропажи денег из дома, неопрятность внешнего вида, перепады настроения не обусловленные ситуационно, в коммуникации с родителями/опекунами лживость, изворотливость, скрытность, сексуальная расторможенность, указания на случайные половые контакты.

### **Физикальное обследование:**

психический статус: астения, вялость, пассивность вне интоксикации, перепады настроения, раздражительность, безрадостность;

соматовегетативный и неврологический статус: неустойчивость пульса, аритмии, ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов снижение веса, сухость кожных покровов, раздражение слизистых, кариес и воспаление слизистых рта, возможны следы внутримышечных или внутривенных инъекций [5, 6].

### **Синдром зависимости**

**Жалобы:** навязчивые мысли (влечение, тяга) об употреблении стимуляторов, утрата контроля над приемом стимуляторов раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны наркотического содержания,

рост потребности в дозе стимуляторов в несколько раз по сравнению с первоначальной, чаще всего за счет нарастания суточной дозы  
снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания,  
потеря интереса к учебе, семье и объектам из жизни в пользу потребления стимуляторов,  
снижение повышенного прежде либидо в случае сексуальной жизни.,

**Анамнез:** сведения о систематическом употреблении стимуляторов, сведения о сформированной зависимости от стимуляторов, нарушенная способность контролировать прием стимуляторов, запойная форма приема стимуляторов, с частыми эпизодами тяжелых форм опьянения и нарушений восприятия с идеями преследования, помрачением сознания, озабоченность употреблением стимуляторов, состояние отмены, изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам стимуляторов с акцентом на рост суточной толерантности при устойчивой разовой толерантности, стойкое употребление стимуляторов вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от стимуляторов при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены.

**Физикальное обследование:**

психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования);

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов гнойничковая сыпь на теле, тусклые волосы, сниженный вес вплоть до кахексии, в качестве осложнений инъекций воспалительные изменения мягких тканей, покраснение, воспалительные изменения слизистых носа как следствие вдыхания стимуляторов, кашель, одышка при курении стимуляторов дискоординация [5, 6, 7].

**Синдром отмены:**

**Жалобы:** общее беспокойство, подозрительность, ощущение угрозы, тревожность, вялость, трудность с концентрацией внимания, сонливость с трудностью засыпания, бессонница, боли выкручивающего характера в мышцах, головная боль, тошнота, рвота, выраженное влечение к приему стимуляторов, учащенное сердцебиение, ощущения подергивания в мышцах, дрожь в теле, потливость, зевота, озноб, вздрагивания;  
**Анамнез:** сведения о регулярном употреблении стимуляторов, сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа и более (максимально до 72 часов);

**Физикальное обследование:**

психический статус: психомоторное возбуждение, параноидная настроенность, подозрительность, тревога, идеи преследования, раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, сменяется выраженной слабостью, дисфория, психопатоподобное поведение, тоскливо-злостный аффект, ощущение надвигающейся катастрофы;  
соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, сосудистая и мышечная гипертензия, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, грубая дискоординация движений, белый дермографизм [5,6, 7].

### **Синдром отмены с делирием:**

**Жалобы:** дополнительно к жалобам при синдроме отмены присоединяются жалобы на ощущение преследования, убежденность в угрозе для жизни, подавленный фон настроения, тревогу, чувственное переживание истинных зрительных галлюцинаций в виде насекомых, страх, выраженная острота восприятия;

**Анамнез:** сведения о регулярном употреблении стимулирующих средств, сведения о прекращении потребления данных средств в ближайшие 72-120 часов.

### **Физикальное обследование:**

в психическом статусе: выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, дезориентация во времени и пространстве, истинные зрительные галлюцинации преобладают, бредовые идеи преследования, могут присутствовать «голоса» императивного характера; 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, 6, 7].

### **Для всех вышеуказанных синдромов:**

**Лабораторные исследования:** (уровень доказательности C) [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 стимуляторов)

- 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 стимуляторов (за исключением кокаина) несовершеннолетними возможно использование скрининговых методик.

Выбор методик остается за специалистами. В качестве примера приведены следующие: скрининговый тест C RAFFT (С – 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 наркотизации, а также на выявление групп риска употребления ПАВ в подростковой популяции [6].

3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

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

			<p>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 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</li></ul>
--	--	--	--

			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 стимуляторами):</p> <p>преципитирующая роль стимуляторов в манифесте аффективных расстройств;</p> <p>аффективные расстройства утяжеляют течение зависимости от стимуляторов</p> <p>Высокая частота психотических и аффективных расстройств в клинике всех синдромов ППП, вызванных употреблением стимуляторов</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования (гормональный профиль), анализ на метаболиты ПАВ</p>	<p>Возникновение и персистирования симптомов возникает вслед за употреблением ПАВ (стимуляторов)</p> <p>Присутствует лабораторное подтверждение приема ПАВ (стимуляторы);</p> <p>Отсутствуют диагностические критерии согласно клиническим протоколам «Маниакальный эпизод», «Депрессивный эпизод», «биполярное аффективное расстройство», «Рекуррентное аффективное расстройство», «Устойчивые расстройства настроения»</p>
Органическое психическое расстройство в детском возрасте	<p>Высокая частота органических психических расстройств среди несовершеннолетних;</p> <p>Клиническое течение органических психических расстройств может происходить с психопатизацией, волевыми нарушениями, которые</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови,</p>	<p>Отсутствие органических признаков нарушений головного мозга, подтверждаемых инструментально</p> <p>Отсутствие объективных подтверждений соматических нарушений (физикальных, лабораторных, инструментальных)</p>

	<p>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 стимуляторов</p> <p>Высокий риск вторичного развития органической патологии ЦНС на фоне употребления стимуляторов</p>	<p>гормональный профиль, нейрофизиологические исследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ),</p> <p>По показаниям КТ, МРТ головного мозга</p>	
<p>Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте</p>	<p>Специфичны для несовершеннолетних</p> <p>Высокий процент коморбидности данной группы расстройств и ППР, вызванных употреблением стимуляторов</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие первичности следующих симптомов в текущей клинике или анамнезе:</p> <p>Киперкинетические расстройства (нарушения внимания и гиперактивность) с началом до 6 лет;</p> <p>Расстройства поведения предшествуют первым эпизодам проб ПАВ (стимуляторов)</p> <p>Отсутствие социализации интеграции в связи с ровесниками</p> <p>Эмоциональные расстройства по типу тревоги, социальных фобий, в том числе вызванных разлукой, сиблинговым соперничеством</p>

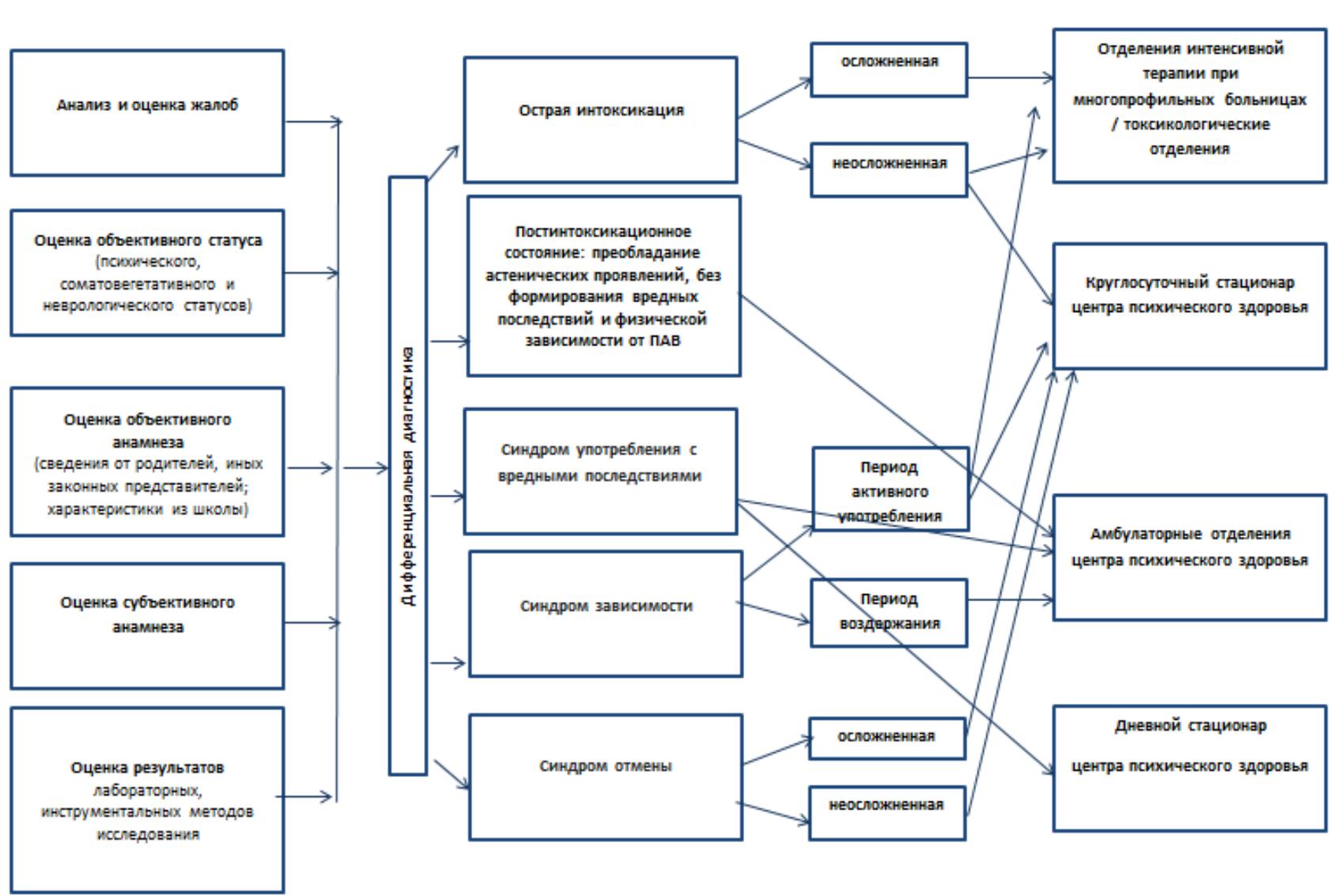


Схема 1 - Алгоритм диагностики и уровней оказания специализированной помощи

### 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
<b>Основные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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"> <li>- выявление и конфронтация мыслей об употреблении;</li> <li>2. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</li> <li>3. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</li> <li>4. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</li> <li>5. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</li> </ul>		
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]
<b>Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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 стимуляторами осложнённая;
- токсическое действие стимуляторов (Т65).

4.2 Показания для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар центра психического здоровья:

- острая интоксикация стимуляторами неосложнённая;
- острая интоксикация осложнённая нарушениями восприятия;
- психотическое расстройство вследствие употребления стимуляторов;
- абстинентное состояние вследствие употребления стимуляторами, в том числе с нарушениями восприятия.

4.3 Показания для плановой госпитализации в наркологический/психиатрический стационар:

- синдром зависимости от стимуляторов;
- абстинентное состояние вследствие употребления стимуляторов неосложненное/ осложненное;

4.3 Показания для плановой госпитализации в дневной стационар:

- синдром зависимости от стимуляторов (воздержание от употребления стимуляторов).

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
- 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
<b>Основные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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	Необходимо провести от 10 до 30	Врач-	УД- С [16]

	терапия [25]	встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	психотерапевт, психолог, социальный работник	
<b>Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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, DBT [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"> <li>- осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления,</li> <li>- выявление и конфронтация мыслей об употреблении;</li> </ul> <p>б. 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	Психолог, социальный работник	УД- С [16]

		обучения.		
4	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, психолог, социальный работник	УД- С [16]

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

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
<b>Основные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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,	Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории	Врач-психотерапевт, психолог	УД- С [16]

	24]	<p>обучения.  Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.  Задачи:</p> <p>3. 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,  - выявление и конфронтация мыслей об употреблении;</p> <p>10. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);  11. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;  12. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);  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]
<b>Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы</b>				
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	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт,	УД- С [16]

	самовыражение м [27]		психолог, социальный работник	
--	-------------------------	--	-------------------------------------	--

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.

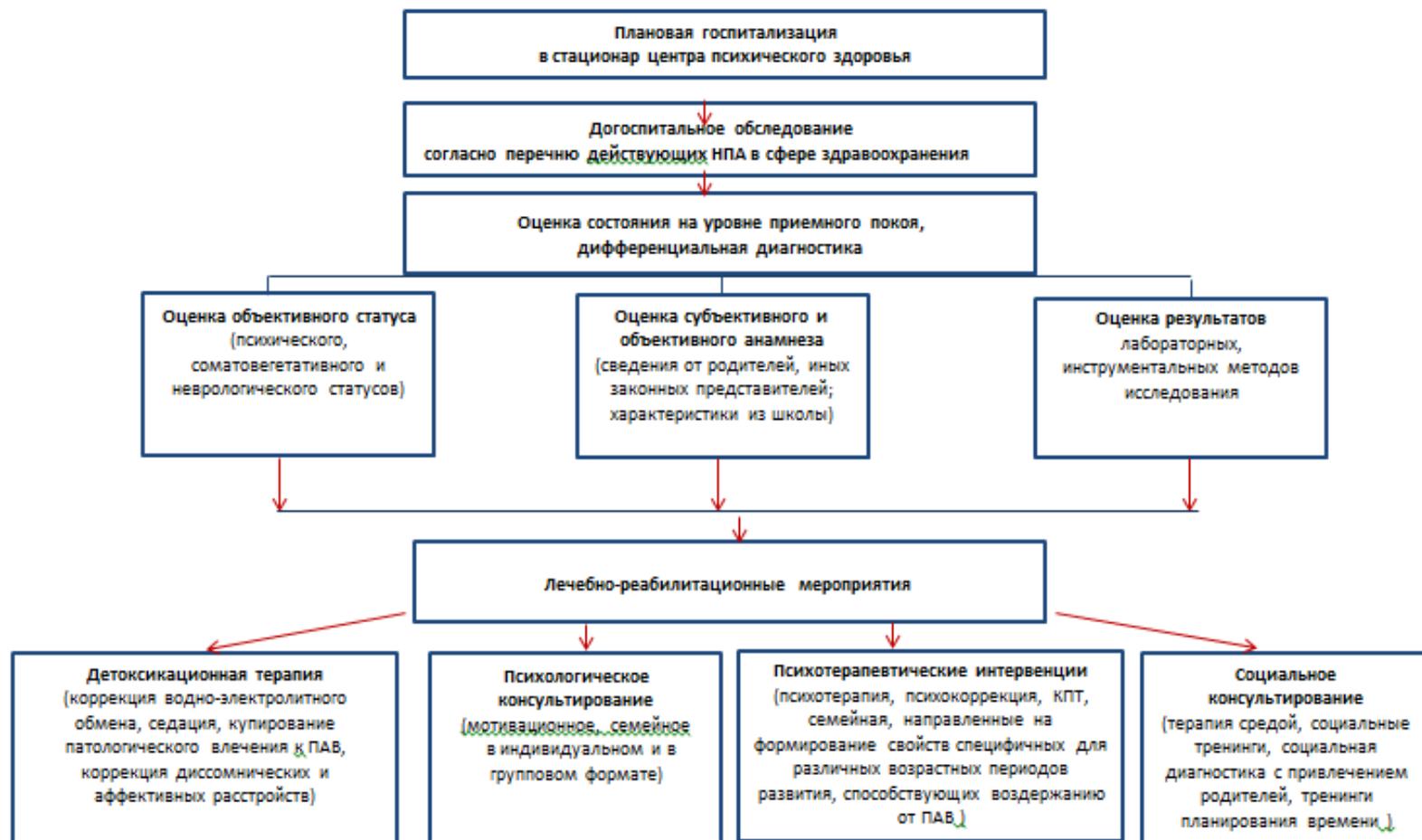


Схема 2 - Алгоритм ведения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационара специализированной помощи

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

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
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, 33]
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Глюкоза, раствор 5%	Инъекционно, 15-20 мл/кг*час	УД – Д [32, 33]
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 [34]
Витамины	Витамин В <sub>1</sub> 5% Витамин В <sub>12</sub> 0,05% Витамин В <sub>6</sub> 5%	Внутримышечно, инфузионно	

**4) Хирургическое вмешательство:** нет.

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

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

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

### **III. Организационные аспекты внедрения протокола:**

#### **16.Список разработчиков:**

- 1) Каражанова Анар Серикказыевна, доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, заведующая кафедрой клинической психологии НАО МУА
- 2) Прилуцкая Мария Валерьевна, врач психиатр, психотерапевт, и.о. ассоциированного профессора кафедры персонализированной медицины и педиатрии, Павлодарского филиала НАО "Медицинский университет Семей" PhD
- 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. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Особенности формирования зависимостей от ПАВ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты», 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](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. Kimberly D. Nordstrom, Michael P. Wilson Quick Guide to Psychiatric Emergencies: Tools for Behavioral and toxicological situations, 2018 <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58260-3>  
<https://books.google.kz/books?id=TQtQDwAAQBAJ&pg=PA186&lpg=PA186&dq=false>
  33. Маркова И.В. Клиническая токсикология детей и подростков, учебное пособие. – Санкт-Петербург «ИНТЕРМЕДИКА», 1998. С. 155-161
  34. 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.