

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский  
центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «27» августа 2015 года  
Протокол № 7

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:**

**1. Название протокола:** Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением каннабиноидов у несовершеннолетних (7-18 лет)

**2. Код протокола:**

#### **3. Код(ы) МКБ-10:**

F12 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.

F12.0 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация

F12.03 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация с делирием.

F12.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Пагубное употребление

F12.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром зависимости

F12.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Абстинентное состояние

F12.4 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Абстинентное состояние с делирием

F12.5 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Психотическое расстройство.

#### **4. Сокращения, используемые в протоколе:**

- |     |   |                             |
|-----|---|-----------------------------|
| АД  | – | артериальное давление       |
| АС  | – | абстинентный синдром        |
| БАК | – | биохимические анализы крови |

в/в	– внутривенно
в/м	– внутримышечно
МКБ-10	– международная классификация болезней 10 пересмотра
МСР	– медико-социальная реабилитация
НМО	– наркологические медицинские организации
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
АлаТ	– аланинаминотрансфераза
АсаТ	– аспартатаминотрансфераза
ПВ	– патологическое влечение
РК	– Республика Казахстан
РЭГ	– реоэнцефалография
СК	– синтетические каннабиноиды
ТГК	– тетрагидроканнабиол
УД	– уровень доказательности
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ЦНС	– центральная нервная система
ЭКГ	– электрокардиографическое исследование
ЭхоЭГ	– эхоэнцефалография
ЭЭГ	– электроэнцефалография

**5. Дата разработки протокола:** 2015 год.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола:** детские психиатры, детские наркологи, детские психотерапевты, врачи-токсикологи, педиатры, врачи общей практики, терапевты (если им будут переданы подростки), врачи скорой медицинской помощи, фельдшер.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

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.

C	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 фармацевтическая практика.

**8. Определение:** ППР, вызванные употреблением каннабиноидов – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ из группы каннабиноидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [15].

### 9. Клиническая классификация [1]

I – первая (начальная) стадия;

II – вторая (средняя) стадия;

III – третья (конечная) стадия.

### 10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

#### Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация с делирием;
- абстинентное состояние с делирием;
- психотическое расстройство.

#### Показания для плановой госпитализации:

- употребление каннабиноидов с вредными последствиями;
- установленный диагноз зависимости от каннабиноидов;
- синдром отмены от каннабиноидов (неосложненный).

### 11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

#### 11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;

- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови);
- диагностическая флюорография органов грудной клетки (с 12 лет), рентгенография обзорная грудной клетки (до 12 лет при необходимости).

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- постановка реакции Вассермана в сыворотке крови с 14 лет, до 14 лет - при наличии сексуальных контактов в анамнезе;
- определение антител к ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом для контроля трезвости

**11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:** согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

### **11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:**

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови (6 параметров) с подсчетом лейкоформулы;
- исследование мочи общеклиническое;
- БАК (определение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего белка, общего и прямого билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы в сыворотке крови);

### **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:**

- ЭКГ;
- УЗИ печени;
- УЗИ почек;
- ЭЭГ;
- ЭХОЭГ;
- РЭГ;
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом для контроля трезвости.

## **11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- физикальное обследование
- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни.

## **12. Диагностические критерии [4]:**

### **12.1. Жалобы и анамнез:**

#### **Острая интоксикация**

**Жалобы:** в состоянии интоксикации дети не предъявляют самостоятельно.

#### **Анамнез:**

- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно называть вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в большинстве случаев несовершеннолетние пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

#### **Острая интоксикация с делирием**

**Жалобы** в состоянии интоксикации с делирием дети не предъявляют самостоятельно.

#### **Анамнез:**

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно называть вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

#### **Пагубное употребление**

**Жалобы** дети не предъявляют самостоятельно. В редких случаях при формировании осложнений могут предъявить следующие жалобы:

- на головные боли;
- общее недомогание;
- тошноту, дискомфорт в области эпигастрия;
- першение в горле, заложенность носа за счет отека слизистой, сухой кашель.

#### **Анамнез:**

- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно называть вещество);
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов.

#### **Синдром зависимости**

**Жалобы** дети не предъявляют самостоятельно. В случаях актуализации влечения к каннабиноидам предъявляют следующие жалобы:

- сниженное настроение, чувство «скуки»;
- затрудненное засыпание;
- на плохие взаимоотношения с другими пациентами (в случае госпитализации);
- на сложности во взаимоотношениях со взрослыми (родителями, другими значимыми людьми, медицинским персоналом, педагогами в школе).

#### **Анамнез:**

- имеются данные от сопровождающих лиц о регулярном употреблении каннабиноидов пациентом;
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей:

*а) патологическое влечение к приему вещества (обсессивное, компульсивное в виде нарушений сна, эмоций, поведения) – особенности у детей проявляются недифференцированностью и нестабильность синдрома влечения; способностью к спонтанной дезактуализации влечения к ПАВ;*

*б) наличие и развитие всех признаков синдрома измененной реактивности:*

в период эпизодического употребления признаки повышения толерантности у детей появляются быстрее, чем у подростков и взрослых пациентов; отсутствие стадии «плато» толерантности при сформированной зависимости от ПАВ (объясняется интенсивным физиологическим ростом детей); изменение формы потребления (если вначале дети, как правило, употребляли ПАВ только в компании, то теперь появляется потребность в уединении); изменение формы опьянения (преобладание эмоциональной лабильности, пониженного настроения, дисфории, лёгкость возникновения аффектов).

*в) наличие физической зависимости (выражаемое в развитие физиологического состояния отмены (абстиненции):* состояние отмены в детском возрасте характеризуется большим удельным весом психического компонента; меньшей дифференцированностью и степенью выраженности проявлений абстинентного синдрома, чем у старших подростков и взрослых людей.

- продолжение употребления вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий (в том числе социальных).

#### **Абстинентное состояние**

**Жалобы** связаны с особенностями состояния отмены у детей (меньшая дифференцированность и степень выраженности проявлений абстинентного синдрома, чем у подростков и взрослых людей):

- астенического круга: на ощущение недомогания, усталости, разбитости, отсутствие аппетита;
- со стороны аффективно-волевой сферы: на сниженное настроение, раздражительность, перепады настроения, тревогу, необоснованные страхи; мысли и/или желание покурить анашу;

- затрудненное засыпание, беспокойные сны;
- со стороны познавательной сферы: тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжимание в области сердца, чувство сжатия и сдавливание головы, особенно в темени и висках; на коже и под кожей – ощущения жжения, покалывания, дергания и т.д.;
- сомато-вегетативные, неврологические: на дрожание всего тела, рук; повышенную потливость; сердцебиение; болевые ощущения в мышцах и суставах, тошноту, иногда рвоту.

#### **Анамнез:**

- имеются данные от сопровождающих лиц о регулярном употреблении каннабиноидов пациентом;
- подтверждение пациентом факта употребления каннабиноидов; в некоторых случаях пациенты категорически отрицают употребление каннабиноидов;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей)
- сведения о регулярном употреблении каннабиноидов и воздержании от употребления в последние минимум 9-12 часов;

#### **Абстинентное состояние с делирием**

**Жалобы** в состоянии отмены каннабиноидов с делирием несовершеннолетние пациенты самостоятельно не предъявляют. Жалобы зависят от болезненных психотических переживаний пациента.

#### **Анамнез:**

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении ПАВ пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно называть вещество);
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса (признаки измененной реактивности, наличия патологического влечения к каннабиноидам, проявления отмены с учетом возрастных особенностей);
- сведения о регулярном употреблении каннабиноидов и воздержании от употребления в последние минимум 9-12 часов.

#### **Психотическое расстройство**

**Жалобы** в состоянии психотического расстройства несовершеннолетние пациенты не предъявляют самостоятельно. Жалобы зависят от болезненных психотических переживаний пациента:

- со стороны аффективно-волевой сферы: возникающее чувство страха, необъяснимой тревоги, на сниженное настроение, раздражительность;
- затрудненное засыпание, беспокойные сны или повышенную сонливость;
- со стороны познавательной сферы: тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжимание в области сердца, чувство сжатия и сдавливание головы, особенно в темени и висках; на коже и под кожей – ощущения жжения, покалывания, дергания и т.д.;

- продолжительность: в течение 1 месяца и полное купирование в течение 6 месяцев.

#### **Анамнез:**

- появление неадекватности по отношению к текущим событиям, не характерные поступки для данного ребенка после приема ПАВ;
- имеются данные от сопровождающих лиц об употреблении синтетических каннабиноидов пациентом (сопровождающие лица не всегда могут точно называть вещество);

#### **12.2 Физикальное обследование:**

**Синдром интоксикации** у несовершеннолетних пациентов имеют следующие особенности:

- в виду ускоренного обмена веществ, в сравнении со взрослыми людьми, состояние опьянения непродолжительно по времени (более быстрое в сравнении с взрослыми людьми протрезвление);
- меньшая дифференцированность субъективного ощущения опьянения, когда потребители ПАВ затрудняются выделить этапы опьянения и наиболее притягательные проявления;
- предпочтительным периодом являются фаза эйфории

#### **Психический статус:**

- расстройства сознания: рассеянность, неспособность сосредоточиться, переходящие в оглушение;
- эмоциональная сфера: эйфория и повышенное настроение, переходящее в возбуждение, злобу и агрессию; тревога, переходящая в панические атаки;
- когнитивная сфера: нарушение структуры и динамики мыслительного процесса («наплывы мыслей», «навязчивости»); нарушение способности к осмыслению и прогнозированию событий;
- нарушение восприятия (иллюзии, переходящие в при высоких дозах в галлюцинации, слуховые и зрительные); навязчивые состояния, бред, паранойяльные тенденции, дереализация (ощущение не естественной изменённости окружающего мира); деперсонализация (ощущение не естественной изменённости собственного «Я»).
- многоречивость (при высоких дозах – нарушение внятности речи),

#### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- инъекция склер;
- мидриаз;
- нарушение координации движений; размашистость/заторможенность движений;
- тахикардия; подъём/снижение артериального давления; учащённое сердцебиение (тахикардия); сухость во рту; учащённое дыхание; рвота;
- судороги (редко).

**Синдром интоксикации с делирием** у несовершеннолетних пациентов имеют следующие особенности:



- чаще всего возникает в подростковом возрасте, при сложившемся регулярном употреблении каннабиноидов;
- меньшая дифференцированность переживаемых субъективных ощущений

#### **Психический статус:**

- начальные проявления делирия в виде страхов; боязливости и тревоги; переходящее в дисфорические состояния, немотивированную агрессивность, либо в эйфорию, беспричинное веселье;
- нарушения сознания (делирий, делириозно-онейроидный синдром, состояние спутанности, сумеречные состояния);
- резкое усиление восприимчивости при воздействии различных раздражителей, порой даже индифферентных; речь быстрая, непоследовательная, в некоторых случаях бессвязная, внимание легко отвлекаемо; появление сценподобных зрительных галлюцинаций, нередко фантастического содержания, слуховых обманов;
- психомоторное возбуждение, акатизия (чрезмерная говорливость, непоседливость, неусидчивость);
- сон прерывистый, с устрашающими сновидениями; во время пробуждений больной не может сразу отличить сон от реальности;
- продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней;
- при возникновении панических атак в структуре опьянения возрастает вероятность возникновения суицидального поведения.

#### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- тахикардия, потливость, гипертензия, сухость во рту, учащённое дыхание;
- возможен субфебрилитет;
- возможны большие судорожные припадки.

**Пагубное употребление** у несовершеннолетних пациентов отличается относительно редкой коморбидной патологией в сравнении со взрослыми (объясняется непродолжительным стажем злоупотребления детьми ПАВ).

#### **Психический статус:**

- снижение психической активности (утомляемость, особенно при интеллектуальной деятельности, легко отвлекаемое внимание, снижение интеллектуально-мнестических функций);
- обеднение эмоционального спектра;
- психопатоподобное поведение (нарушения поведения, неуправляемость, взрывчатость, агрессивность, ухода из дома).

#### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- редко наблюдаются осложнения со стороны соматического здоровья.

**Синдром зависимости** у несовершеннолетних пациентов характеризуется более быстрым формированием признаков зависимости при регулярном употреблении ПАВ

#### **Психический статус:**

- нарушения сна (сновидения, связанные с ПАВ, позднее засыпание, ранее пробуждение; сон, не приносящий отдыха);

- эмоциональные (аффективные) расстройства (тревожность, лабильность, дисфории);
- эпизодически возникающие или постоянные мысли о ПАВ;
- поведенческие (поисковое поведение, у несовершеннолетних пациентов характеризуется агрессивным поведением (вербальная агрессия по отношению к другим пациентам, отказ от назначений, конфликты с персоналом).

#### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- расширение зрачка (мидриаз)
- повышение потоотделения (гипергидроз)
- покраснение кожных покровов (гиперемия)
- учащение пульса
- повышение АД
- мимические проявления (расширение глазных щелей, блеск глаз)

**Абстинентное состояние** у несовершеннолетних пациентов характеризуется большим удельным весом психического компонента; меньшей дифференцированностью и степенью выраженности проявлений абстинентного синдрома.

#### **Психический статус:**

- астенические проявления (залеживание в постели, снижение аппетита)
- эмоциональная неустойчивость, снижение настроения, тревога
- нарушения сна, кошмарные сновидения
- нарушения поведения (неусидчивость, суетливость, психомоторное возбуждение)

#### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- чувство сдавления в груди; затрудненное дыхание; неприятные ощущения в области сердца; чувство сжатия головы в височной области;
- потливость, дурнотное состояние, тошнота, рвота, изменение ЧСС, АД
- потливость;
- тремор;
- мидриаз.

#### **Абстинентное состояние с делирием**

##### **Психический статус:**

- нарушения сознания (делирий, делириозно-онейроидный синдром, сумеречные состояния);
- эмоциональная неустойчивость, снижение настроения, тревога;
- внимание легко отвлекаемо; появление сценopodobных зрительных галлюцинаций, нередко фантастического содержания, слуховых обманов;
- речь быстрая, непоследовательная, слегка бессвязная;
- нарушения поведения (неусидчивость, суетливость, психомоторное возбуждение) соответствуют психотическим переживаниям пациента;
- нарушения сна (прерывистый, с устрашающими сновидениями);

##### **Соматовегетативный и неврологический статус:**

- тремор;

- мидриаз;
- тахикардия, потливость, гипертензия сухость во рту; учащённое дыхание;
- возможен субфебрилитет;
- возможны большие судорожные припадки.

**Психотическое расстройство** Психотическое расстройство, возникшее во время или непосредственно после употребления наркотика (обычно в течение 48 час.), должно регистрироваться здесь, если оно не является проявлением состояния отмены с делирием

#### **Психический статус:**

- сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность (делирий, делириозно-онейроидный синдром, сумеречные состояния);
- нарушения познавательной сферы характеризуются разнообразием, подвижностью, калейдоскопичностью и представлены психосенсорными расстройствами, иллюзиями, слуховыми и зрительными галлюцинациями, деперсонализацией, ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), мнестическими расстройствами; в некоторых случаях могут наблюдаться элементы разорванности мышления; стереотипная повторяемость одной и той же фразы;
- аффективно-волевая сфера характеризуется аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза, эмоциональной неустойчивостью тревогой, сниженным настроением, раздражительностью;
- психомоторные расстройства (возбуждение или ступор);
- затрудненное засыпание, беспокойные сны или повышенную сонливость;

#### **12.3.Лабораторные исследования:**

- общий анализ крови (неспецифический лейкоцитоз);
- БАК: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);
- определение каннабиноидов в биологическом материале экспресс методом (для контроля трезвости).

Изменения в общем анализе крови и биохимическом анализе крови могут отсутствовать в связи с непродолжительным сроком употребления ПАВ.

#### **12.4.Инструментальные исследования:**

При остром отравлении:

- ЭЭГ – легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с раздражением коры;

При пагубном употреблении:

- ЭЭГ – уменьшенная амплитуда или отсутствие Р300-волн в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале и избыточная бета-активность;

При синдромах зависимости и отмены:

- 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».

Изменения при инструментальных исследованиях могут отсутствовать в связи с непродолжительным сроком употребления ПАВ.

### **12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- нарколог при постановке диагноза;
- консультация психотерапевта;
- консультация педиатра (терапевта) при наличии соматической патологии;
- консультация физиотерапевта при определении показаний для физиолечения;
- консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита, при подозрении на наличие вирусных гепатитов В, С или ВИЧ инфекции;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб (навязчивые страхи и чрезмерная тревога, депрессии, длительное снижение настроения или апатия; чрезвычайные взлеты и падения настроения; чрезмерные мечты и фантазирование (когда ребенок не может отличить реальный мир от мира своих фантазий и верит, что это происходит на самом деле); неадекватное поведение: чрезмерная агрессивность, ритуальное, навязчивое поведение; мысли или разговоры о самоубийстве; заметное изменение личности; странные или грандиозные идеи; бродяжничество).

## 12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица–1. Клинико-эпидемиологические особенности расстройств вызванных употреблением растительных и синтетических каннабиноидов

Анамнестические характеристики	Особенности	
	Синтетические каннабиноиды	Растительные каннабиноиды
Средний возраст активных потребителей курительных смесей	Чаще молодой (подростки и молодые люди 16-25 лет)	Возраст активных потребителей (20-50 лет)
Мотивы потребления	Эйфоризирующий Энергизирующий Седатирующий	Рекреационный Эйфоризирующий Энергизирующий Седатирующий
Способы приобретения наркотика	Преимущественно легальный (интернет-магазины)	Нелегальный (торговцы наркотиком)
Способ употребления	Курение (нанеся путём распыления вещества, предварительно растворённого в спиртосодержащей жидкости на различные травы (лекарственные высушенные), либо в чистом виде, помещая кристаллы вещества в сигаретный табак), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (растворяются в подогретом этиловом спирте, после чего необходимое количество раствора добавляется в рюмку водки (или другого крепкого алкогольного напитка) и выпивается)	Курение (путём изготовления папирос с высушенной травой), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (внутри в виде отваров, с пищей)
Длительность опьянения	4-6 часов	6-12 часов
Влечение к употреблению	Компульсивное, в частности вторичное ПВН в интоксикации, наличие «наркотических запоев»	Преимущественно обсессивное влечение к

		наркотику (выраженная психическая зависимость)
Длительность абстинентного синдрома (в среднем)	14 суток	7 суток
Сроки формирования зависимости	Быстрое формирование (1-4 месяца от начала потребления)	Длительное формирование зависимости (годы)
Наличие наркологического анамнеза	Наличие опыта употребления других наркотиков, в частности употребление амфетамина, героина, синтетических психостимуляторов и т. д.	Чаще отсутствие опыта употребления других наркотических веществ (чаще первичный наркотик)
Сочетание употребления с другими наркотическими веществами	Чаще сочетанное употребление	Чаще изолированное употребление
Информированность о вреде данного типа наркотика	Наркотики позиционируются как ненаркотические, не вызывающие зависимости вещества	Официально входит в список запрещенных наркотических веществ
Сложности диагностического плана	Отсутствие лабораторных методов диагностики. Рецептура «реагентов» меняется, производители стараются вывести «реагенты» из-под действия антинаркотического законодательства.	Наличие лабораторных методов диагностики (определение в крови, моче и т.д.)
Скрининговые тесты	Только на JWH-018 JWH-073	Существуют
Частота развития психозов	Часто, даже при однократном употреблении	Редко при длительном потреблении

Дифференциальная диагностика состояния опьянения при употреблении каннабиноидов проводится с другими видами употребления токсических веществ (Таблица 2).

Таблица - 2. Дифференциальная диагностика состояния опьянения (И.Н. Пятницкая)

<b>Симптомы</b>	<b>Опийное</b>	<b>Гашишное</b>	<b>Психостимуляторы (эфедрин, фенамин, первитин, кофеин)</b>	<b>Снотворные (барбитал, феналорм, ноксирон)</b>	<b>Летучие растворители и (бензин, ацетон, клей «Момент»)</b>	<b>Алкогольное опьянение</b>
поведение	благодушие, чувство ленивого довольствия, расслабленность и, вялости, ускорения ассоциаций	весел, неудержимые приступы смеха могут меняться необоснованным испугом, чувством страха, стремлением к контакту	болтливость, суетливость, прилив сил, доброта, благодушие	фон настроения неустойчив, от благодушия до аффектов, назойлив, раздражителен	благодушие, беспечность, дурашливость , галлюцинозные переживания	возбужден, навязчив
двигательная сфера	заторможен	несоразмерное стремление к движению	моторное возбуждение, мышечный тремор	повышенная моторная активность, движения грубые, резкие, размашистые	заторможен	расторможен
походка	замедленная	пошатывание		шаткая	шаткая с нарушением координации	шаткая
точные	выполняет	нарушены	выполняет не	нарушены	нарушены,	нарушены

движения			точно		тремор пальцев рук, дрожание век	
речь	Быстрая, внятная	болтливость, «речевой напор»	Быстрая, непоследовательная	невнятная, дизартричная	дизартрия	дизартрия
мика	выразительная	оживленная	мимическое сопровождение высказываний утрировано до гримас	бессмысленная, губы отвисают, глаза полузакрыты	оживленная	оживленная
кожные покровы	бледность, сухость, зуд кончика носа	гиперемия лица, инъецирование склер	лицо бледное, слизистые сухие, облизывает губы	гиперемия кожи верхней половины туловища, гипергидроз, сальность кожи	гиперемия, мраморность конечностей, отечность лица; вокруг губ, в уголках- красная кайма, инъецирование склер	кожные покровы гиперемизированы, склеры инъецированы
зрачки	сужены в виде «булавочной головки», реакция на свет отсутствует	расширены, блеск глаз	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена, инъецирование склер	соразмерный блеск глаз	расширены



нистагм	отсутствует	отмечается, иногда с анизокорией	спонтанный	-	-	горизонтальны й
АД, ЧСС	гипертензия, брадикардия	гипертензия, тахикардия	тахикардия	гипотензия, брадикардия	гипотензия	гипертензия, тахикардия
язык	коричневый налет	обложен грязно-коричневым налетом	яркий, блестящий	обложен грязным налетом	обложен толстым серо-желтым налетом	сероватый налет
запах изо рта или от одежды	нет	сладковато-приторный	нет	нет	резкий, химического характера, длится до 1-2 дней	алкоголя
следы инъекций	имеются	нет	имеются	возможны	нет	
клинически е проявления во времени	до 8-10 ч.	до 6 ч.	до 8 ч.	от 2-4 ч.	3 ч.	3-6 ч.
взятие исследуемого материала	кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	смывы с пальцев рук, ладоней, околоногтевых лож, с ротовой полости	кровь – 10 мл.	кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	-	кровь, моча, рвотные массы

**13. Цель лечения:** формирование свойств антинаркотической устойчивости у потребляющих ПАВ детей.

Задачи:

*Предреабилитационный этап:*

- а) избавление от абстинентных или постинтоксикационных проявлений (астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, влечения к ПАВ – по мере необходимости) с использованием фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;
- б) формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество у детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ;
- в) получение согласия родителей (или ЗДЛ) на лечение и реабилитацию их ребенка;
- г) формирование мотивации на длительное терапевтическое сотрудничество у родителей (ЗДЛ, опекунов и т.д.) детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ, и в ходе мотивационного консультирования

*Первый этап:*

- а) стабилизация психического (поведенческих, аффективных проявлений) и физического (по мере необходимости – лечение коморбидной патологии) состояний с использованием фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;
- б) мотивационная работа, направленная на активное длительное терапевтическое сотрудничество детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ, и их родителей (опекунов и т.д.) в ходе мотивационного консультирования;

*Второй этап:*

- а) формирование свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов в процессе мультимодальной психотерапии, в индивидуальном или групповом режиме, социально-психологических тренингов;
- б) нормализация семейных отношений в процессе:
  - информационных семинаров, направленных на расширение знаний о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей;
  - родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;
- в) проведение социально-педагогических (коррекционное воспитание и обучение с учетом личностных особенностей и социально-педагогической запущенности) мероприятий.

*Третий этап:*

- а) стабилизация сформированных свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов;
- б) нормализация семейных отношений в процессе:
  - психотерапевтической работы (семейной, групповой психотерапии) со значимыми другими лицами;

- родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;
- в) школьная реадaptация в процессе:
  - общего образования пациентов;
  - информационных семинаров для школьных педагогов и воспитателей, направленных на расширение знаний у педагогов о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей, необходимости создания атмосферы, благоприятной для дальнейшего конструктивного развития детей и подростков;
  - тренингов, обучающих навыкам оказания психологической поддержки детям, зависимым и злоупотребляющим ПАВ, с целью профилактики «срывов» и контролю их состояния;
- г) социальная реинтеграция в процессе:
  - продолжения развивающих практик;
  - спортивно-оздоровительных мероприятий;
  - культурно-развлекательных мероприятий;
  - юридической и правовой поддержки несовершеннолетних (по необходимости).
- д) профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе психотерапевтической работы и психологической поддержки.

#### **14. Тактика лечения:**

Лечение несовершеннолетних пациентов с ППР, вызванные употреблением каннабиноидов проводится в программе медико-социальной реабилитации в 3 этапа

#### **Первый этап МСР (стационарный этап медикаментозной коррекции):**

- купирование синдрома отмены;
- коррекция сна и настроения;
- коррекция сомато-вегетативных расстройств;
- мотивационная работа с детьми, их родителями (опекунами).

#### **Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):**

При синдроме зависимости и раннем и позднем постабстинентном периоде проводится:

- купирование синдрома ПВ;
- психотерапевтическая реабилитация;
- противорецидивная терапия (начальная фаза).
- повышение мотивации на трезвость [8,9];
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания, стрессу;
- нормализация семейных отношений.

#### **Третий этап МСР (амбулаторный этап социальной реабилитации):**

При синдроме зависимости, в позднем постабстинентном периоде проводится:

- противорецидивная терапия;
- социальная реабилитация;

- нормализация семейных отношений;
- школьная реадaptация;
- социальная реинтеграция.

#### 14.1. Немедикаментозное лечение

**Режим I, II**, (строгий, лечебно-охранительный, препятствующий употреблению препаратов каннабиса в условиях лечения).

**Диета** – стол №15.

#### Психотерапия направлена:

- для обеспечения воздержания от употребления опиоидов и других ПАВ;
- для восстановления или формирования нормативного личностного и социального статуса пациента, его полноценная реинтеграция в общество (см. Приложение 1).

Таблица 3. Психотерапия при ППР, вызванные употреблением каннабиноидов у несовершеннолетних (7-18 лет)

Модальность психотерапии	Степень убедительности доказательств	Показание к применению
Психологическое консультирование (индивидуальное и групповое)	УД - В	Мишени №№1-6
Семейное психологическое консультирование	УД - В	Мишени №№3-5
Мотивационное интервью	УД - А	Мишень №6
Сказкотерапия	УД - В	Мишени №№3-5
Арттерапия	УД - В	Мишени №№1-5
Когнитивно-поведенческая психотерапия	УД - А	Мишени №№2-6
Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу	УД - В	Мишень №4
Гипносуггестивная психотерапия	УД - С	Мишень №2
Психодрама	УД - С	Мишени №№3-5
Психодинамическая психотерапия [	УД - В	Мишени №3, №4
Транзактный анализ	УД - В	Мишени №3-5
Семейная психотерапия	УД - В	Мишень №5
Интегративно-развивающая терапия	УД - В	Мишени №№2-6

#### Психолого-психотерапевтическое лечение (амбулаторный уровень):

- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая).

- трудотерапия;
- арттерапия;
- сказкотерапия;
- социально-реабилитационная работа;

### **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);
- мотивационная психотерапия (по В. Миллеру, С. Рольнику) [15, 16] (УД-А);
- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности и эффективного копинг-поведения, стрессоустойчивости, развитие навыков отказа от ПАВ, а также на формирование адекватной самооценки и связанного с ней уровня притязаний, формирование навыков выбора и ответственности; коррекцию либо - формирование системы ценностей; на развитие нормативных субличностей (Я-телесное, Я-ребенок, Я-взрослый, Я-родитель, Я-партнер, Я-профессионал) (УД - В);
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) [10, 11, 12] (УД - В);
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- психотерапия (индивидуальная и групповая) (когнитивно-поведенческая [15, 16] (УД-А), гештальт-терапия, НЛП, психодрама, психическая саморегуляция, телесно-ориентированная психотерапия, трансактный анализ, логотерапия и экзистенциальная психотерапия, духовно- ориентированная психотерапия) (УД- GPP);
- противорецидивная терапия (УД-А);
- трудотерапия (УД- С);
- семейное психологическое консультирование (УД- С);
- сказкотерапия (УД- С);
- арттерапия (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);

**14.2 Медикаментозное лечение** (может быть изменено по усмотрению лечащего врача):

**На этапе скорой медицинской помощи:**

**Купирование психомоторного возбуждения [14]:**

- диазепам 0,5% р-р 2-4 мл., внутримышечно, внутривенно, или феназепам 0,1% р-р 1-4 мл. в/м, в/в. Максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дней (УД – В).
- инфузионная терапия: внутривенно капельно медленно раствор декстрозы 5% раствор, натрия хлорид 0,9 % раствор из расчета до 10мл/кг/сутки;
- диуретики: фуросемид 40 мг 1-2мг/кг 1 раз per os (противопоказан детям до 6 лет) или спиронолактон 25 мг из расчета 3мг/кг/сут. 1- 2 раза в день.

### **Лечение на стационарном уровне:**

С нормотимической и вегетостабилизирующей целью – карбамазепин, начальная доза – 100 мг в сутки с увеличением: до 10 лет – до 200-400 мг, от 10 до 15 лет – 200 - 600 мг в сутки; тиоридазин – 8-14 лет - 20-30 мг/сут, 15-18 лет - 30-50мг/сут.; с целью редукции неврастенического синдрома - пирацетам 800-1200 мг в течение 20 дней; с целью редукции психомоторного возбуждения - хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней (противопоказано одновременное применение с карбамазепином); с целью купирования тревоги, ажитации и депрессии - амитриптилин - с 12 до 15 лет - 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 лет до 100 мг в сутки, флувоксамин (противопоказано одновременное применение с карбамазепином) начальная доза 25мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг; с целью редукции психомоторного возбуждения и гипноседации - хлорпромазин 25-75 мг на 3-4 приема в течение 7-15 дней.[31]

### **При абстинентном состоянии:**

#### **Детоксикационная терапия:**

- карбамазепин, начальная доза 100 мг/сутки в 2-3 приема, в течение двух дней доза препарата постепенно увеличивают с акцентом на вечернее время в следующих возрастных дозировках - до 10 лет - 0,2-0,6; от 10 до 15 лет 0,4-0,8 г в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения[42, 43] (УД – В).
- трамадол 250-500 мг в сутки в течение 1-2 дня [8, 20, 34] (УД – А).
- диазепам - максимальные суточные дозы 14-16 мг в сутки в течение 3-4 дня [32] (УД – В).

**терапия нейролептиками:** с целью купирования возбуждения, подавления ПВ, коррекции поведения препаратом выбора являются: хлорпромазин - до 75 мг в сутки [18] (УД – В)

**терапия антидепрессантами:** с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента ПВ к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: амитриптилин (детям до 16 не рекомендуется) с 16 до 100 мг в сутки, флувоксамин - начальная доза 25мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг [17, 28] (УД - В);

### **терапия диссомнических расстройств [13, 32] (УД – В):**

- возможно использование препаратов седативный эффект которых является сопутствующим в разовой дозировке на ночь в течение 2-4 дней: димедрол 0,5 - 1 таблетку (0,05), супрастин 1 таблетку (0,025);
- анксиолитики и снотворные лекарственные средства. Использование транквилизаторов в детско-подростковой практике рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Диазепам, зопиклон. Начинают с ½ разовой дозы в зависимости от возраста 0, 001 - 0, 0025 г (1 - 2, 5 мг), постепенно ее увеличивая. Максимальные суточные дозы: от 7 лет и старше - 0, 008 - 0, 01 г (8 - 10 мг). Суточная доза в 2 - 3 приема; продолжительность курса лечения 2-3 дня.
- в случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин в разовой дозе для детей до 8 лет – 10-15 мг, с 9 лет и старше – индивидуально до 50 мг на ночь. Продолжительность лечения 3-5 дней.
- антидепрессанты: флувоксамин - детям с 8 лет и подросткам в разовой дозе 25 мг – 50 мг на ночь

### **При синдроме зависимости:**

**фармакологическая противорецидивная терапия:** карбамазепин – 100-200 мг сутки. [8, 20, 34] (УД – В);

**терапия нейролептиками:** с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: хлорпромазин - до 75 мг в сутки [18] (УД – В);

**терапия антиконвульсантами:** для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 100 - 400 мг в сутки [20,34] (УД – В);

**терапия антидепрессантами:** 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: амитриптилин - с 12 до 15 лет - 50-62,5 мг в сутки, с 15 до 18 лет до 100 мг в сутки, флувоксамин - начальная доза 25мг/сутки на прием, поддерживающая – 50-200 мг/сутки, суточная – не более 200 мг [20] (УД – В);

### **14.3 Другие виды лечения:**

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

- программы психолого-социальной поддержки.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- программы психолого-социальной поддержки.

**14.4 Хирургическое вмешательство:** нет.

**14.5 Профилактические мероприятия:**

- формирование мотивации на здоровый образ жизни;
- развитие защитных факторов здорового и социально эффективного поведения;
- повышение уровня устойчивости к стрессовым факторам;
- развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

**14.6 Дальнейшее ведение:****На амбулаторном уровне наблюдение пациента осуществляется:**

- на профилактическом учете ежемесячное наблюдение в течение года, но не менее 5 раз в год;
- на диспансерном учете в течение пяти лет согласно группам динамического наблюдения;

**15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**

- отсутствие проявлений физической и психической зависимости;
- редукция патологического влечения к каннабиноидам;
- редукция соматических осложнений;
- наличие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

**III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:****16. Список разработчиков протокола:**

- 1) Мусабекова Жаннат Камильхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 2) Гафарова Нурия Вильдановна – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 4) Кусаинов Алмас Абихасович – кандидат медицинских наук, специалист по программам профилактики ВИЧ в Республике Казахстан, проект «Содействие /САР» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова Гульнара Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
- 6) Бектаева Гаухар Темиржановна – заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации г. Астана.



7) Гурцкая Гульнара Марсовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский университет Астана», клинический фармаколог.

**17. Конфликт интересов:** нет.

**18. Рецензент:**

Каражанова Анар Серикказыевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана».

**19. Условия пересмотра 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) Potter DJ, Clark P, Brown MB Potency of delta 9-THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: implications for psychoactivity and pharmacology. — 2005.
- 2) Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления. // "Психическое здоровье". — РАМН, 2014. — №2. — С. 73-99.
- 3) Софронов Г. А., Головки А. И., Баринов В. А., Башарин В. А., Бонитенко Е. Ю., Иванов М. Б. Наркология // Наркология. — МОСКВА, 2012. — Т. 1. — С. 97-110.
- 4) Дворская О.Н., Катаев С.С, Мелентьев А.Б., Курдина Л.Н. Маркеры новых каннабимиметиков в моче // Ж. Наркология. — 2014. — Т. №3. . — С. С. 55-65 .
- 5) Международная классификация болезней . — 1994.
- 6) Kosior DA, Filipiak KJ, Stolarz P, Opolski G: Paroxysmal atrial fibrillation following marijuana intoxication: a two-case report of possible association // Int J Cardiol . — 2001. — Т. 78. — С. 183-184.
- 7) Cohen J, Morrison S, Greenberg J, Saidinejad M. 2012. , Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids.. — Pediatrics. — Т. 129. — С. 1064–1067.
- 8) Н. Пятницкая И. Наркомании: Руководство для врачей. . — 1994 : М.: Медицина.
- 9) Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. — BMJ, 2005. — Т. 330(7481):11.
- 10) Ryan Vandrey, Matthew W. Johnson, Patrick S. Johnson, and Miral A. Khalil [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049139/Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049139/Novel_Drugs_of_Abuse:_A_Snapshot_of_an_Evolving_Marketplace). — Adolesc Psychiatry (Hilversum), 2013. — Т. 3, 2. — С. 123–134.
- 11) Савчук С.А., Григорьев А.М. и др. Обнаружения метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче волосах и сыворотке крови методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием // Наркология. — 2014. — Т. №1.

- 12) Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. 2, 1. — С. 30-33.
- 13) Stephens, R.S.; Roffman, R.A.; and Curtin, L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // Journal of Consulting and Clinical Psychology . — 2000. — Т. 68(5). — С. 898-908.
- 14) Скотт Даулинг Психология и лечение зависимого поведения. — 2000. — С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205. с.
- 15) Clementine Maddock и Michelle Babbs Вмешательства при злоупотреблении каннабисом. — Advances In Psychiatric Treatment, 2006. — Т. 12 : 432–439 с.
- 16) К.Р. Роджерс Консультирование и психотерапия. — М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.
- 17) Steinberg, K. L., Roffman, R. A., Carroll, K. M., McRee, B., Babor, T. F., Miller, M., et al. Brief counseling for marijuana dependence: A manual for treating adults. (DHHS Publication No. . — Rockville : Center for Substance Abuse, 2005.
- 18) Steinberg et al., Brief Counseling for Marijuana Dependence . — [samhsa.gov/products/brochures/pdfs/bmdc.pdf](http://samhsa.gov/products/brochures/pdfs/bmdc.pdf) . , 2005.
- 19) Adger Hower Cannabis-Marijuana Addiction, Treatment and Recovery. — CARON, 2006.
- 20) под редакцией Иванца Н.Н. Руководство по наркологии. — Москва : Медицинское информационное агенство, 2008. — 945 стр с.
- 21) Брусин К.М., Забродин О.В., Уразаев Т.Х., и др. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия // Информационное письмо для врачей . — Екатеринбург, 2011.
- 22) Hoyte CO., Jacob J, Monte A.A. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National poison Data System in 2010. // Ann Emerg Med. . — 2012. — Т. 60(4). — С. 435-438.
- 23) Heath TS, Burroughs Z, Thompson AJ, Tecklenburg FW. Acute intoxication caused by a synthetic cannabinoid in two adolescents. // J Pediatr Pharmacol Ther. . — 2012 . — Т. 17(2). — С. 177-81.
- 24) de Havenon A, Chin B, Thomas KC, Afra P. The secret "spice": an undetectable toxic cause of seizure // Neurohospitalist. — 2011 . — Т. 1(4). — С. 182-6.
- 25) Nelson M.E., Bryant S.M., Aks S.E. Emerging drugs of abuse // Emerg Med Clin North Am . — 2014. — Т. 32:1-28.
- 26) Gee P. Synthetic cannabis addiction and withdrawal treatment guide. — HCH Hospital ED & CADS with PHO consultation, 2012.
- 27) Hermanns-Clausen M, Kneisel S, Szabo B, Auwärter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings // Addiction. . — 2013 . — Т. 108(3). — С. 534-44.
- 28) Fisher BA, Ghuran A, Vadamalai V, Antonios TF Cardiovascular complications induced by cannabis smoking: a case report and review of the literature // Emerg Med J. — 2005. — Т. 22. — С. 679-680.
- 29) Rubio F, Quintero S, Hernandez A, Fernandez S, Cozar L, Lobato IM, Pantoja S: Flumazenil for coma reversal in children after cannabis // Lancet . — 1993. — Т. 341. — С. 1028-1029.

- 30) Huestis MA, Gorelick DA, Heishman SJ, Preston KL, Nelson RA, Moolchan ET, Frank RA Blockade of effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR14171. // Arch Gen Psychiatry . — 2001. — Т. 58:. — С. 322-328.
- 31) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного потребления психоактивных веществ, сайт Российского общества психиатров psichiatr.ru, июнь, 2014
- 32) Curreen M, Lidmila J. Zopiclone: Is there cause for concern in addiction services and general practice? //Int J Risk Saf Med. 2014; 26(4):183-9.
- 33) Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова - М. Медицина – 1999 г-Т.2. – с. 414-415.
- 34) Альтшулер В. Б., Кравченко С.Л., Плетнев В.А. Пирацетам при терапии агрипнических расстройств и патологического влечения к алкоголю и наркотикам: Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. Т.3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – с. 458-469.
- 35) Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности с зависимостью от психоактивных веществ// Вопросы наркологии – 2002- №9.- с.21-26.
- 36) Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды): Методические рекомендации/РЦРЗ. – Павлодар, 2015. – 49 с.

### Узловые звенья реабилитационной программы

*Создание реабилитационной среды* обеспечивается совокупностью организационных и функциональных факторов (медицинских, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных). Программа реабилитации направлена на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, формирование или развитие его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности адаптации к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ [35].

Лечебно-реабилитационный процесс основывается на принципах, реализуемых во взаимодействии следующих компонентов: больные (больной) — персонал реабилитационного учреждения (реабилитационная бригада) — реабилитационная среда (терапевтическое сообщество) с условным выделением основных периодов (этапов) и соответствующих клинико-психологических мишеней - узлов формирования наркотической зависимости:

*Мишень № 1* – патологический соматический статус зависимых от опиоидов соматический уровень синдрома зависимости от опиоидов; признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии. Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса.

*Мишень № 2* – патологическое влечение к психоактивному веществу (ПВ к опиоидам) во всех проявлениях данного феномена.

*Мишень № 3* – патологический личностный статус больных (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости).

*Мишень № 4* – нормативный личностный статус больных.

*Мишень № 5* – дефицитарный социальный статус больных (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме).

*Мишень № 6* – уровень мотивации больных на полноценное прохождение реабилитационной программы, соответственно, на достижение стойкой ремиссии и повышение качества жизни.