

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 ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей у несовершеннолетних (7-18 лет)

2. Код протокола:

3. Код (ы) МКБ-10:

F18.0 Острая интоксикация

F18.1 Пагубное употребление

F18.2 Синдром зависимости

F18.3 Абстинентное состояние

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АлТ – аланинаминотрансфераза

АсТ – аспартатаминотрансфераза

БДУ – без дополнительного уточнения

ЗДЛ – значимые другие лица

МКБ-10 – Международная классификация болезней

ПАВ – психоактивное вещество

ПВ – патологическое влечение

ПИТ – палата интенсивной терапии

ППР – психические и поведенческие расстройства

РЭГ – реоэнцефалография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭХОЭС – эхоэнцефалография

ЭЭГ – электроэнцефалография

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: педиатры, врачи общей практики, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера, наркологи, психотерапевты.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	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 летучих растворителей - группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приёму в возрастающих количествах летучих растворителей вследствие формирования психической и физической зависимости с развитием абстиненции [1].

9.Клиническая классификация [3, 4]:

По стадии заболевания:

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

По периодам зависимости:

- абстинентный период
- ранний постабстинентный период

- поздний постабстинентный период
- период устойчивой ремиссии

По наличию или отсутствию осложнений:

Острая интоксикация

- острая интоксикация неосложнённая
- острая интоксикация осложнённая
- острая интоксикация с травмой или другими телесными осложнениями
- острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями
- острая интоксикация с делирием
- острая интоксикация с нарушением восприятия
- острая интоксикация с комой
- острая интоксикация с судорогами
- острая интоксикация с другими осложнениями
- острая интоксикация с неуточнёнными осложнениями

Синдром отмены:

- абстинентное состояние (синдром отмены) неосложнённое
- абстинентное состояние (синдром отмены) с судорожными припадками

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для плановой госпитализации:

- острая интоксикация токсичными веществами (летучими растворителями), не осложнённая;
- установленный диагноз зависимости от токсичных веществ;
- синдром отмены токсичных веществ.

Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация токсичными веществами тяжелой степени;
- острая интоксикация токсичными веществами средней степени;
- выраженная степень абстинентного синдрома;
- психотические формы интоксикации.

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;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови).

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- экспериментально-психологическое обследование
- микрореакция на сифилис;
- флюорография;
- обзорная рентгенография легких (до 12 лет);

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;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, глюкоза 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:

- микрореакция на сифилис;
- УЗИ щитовидной железы;
- УЗИ комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки);
- ЭЭГ;
- ЭХО-ЭС;
- РЭГ;
- экспериментально-психологическое обследование.

11.6. Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

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

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез [3, 4]:

Жалобы

Острая интоксикация:

- перепады настроения;
- чувство страха;
- переживание «необычных» образов, «мультиков»;
- головокружение;
- тошнота, головная боль;
- вялость;

- апатия.

Потребление с вредными последствиями:

- перепады настроения;
- конфликтность;
- проблемы во взаимоотношениях с родителями, педагогами, сверстниками;
- затруднения в сосредоточении, запоминании учебного материала;
- легкая истощаемость.

Синдром зависимости:

- влечение к употреблению летучих растворителей, компульсивного либо обсессивного варианта;
- жалобы на нарушения сна;
- тоскливое настроение;
- перепады настроения.

Синдром отмены:

- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- раздражительность, гневливость;
- тоскливое настроение;
- стойкие нарушения сна;
- потливость;
- головная боль;
- бессонница;
- шаткость походки;
- боли в мышцах плечевого пояса;
- дрожь тела;
- ощущение дурноты.

Анамнез:

- указание на приём летучего растворителя путем вдыхания;
- обнаружение ребенка/подростка в компании с другими потребителями летучих растворителей;
- нарушение способности контролировать прием психоактивных веществ (начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ);

12.2 Физикальное обследование [3, 4]:

Острая интоксикация:

- апатия, безучастность;
- конфликтность, агрессивное поведение;
- повышенное настроение с оттенком благодушия, беспечности, довольства;
- аффективная неустойчивость;
- снижение целенаправленности мышления;
- нарушения сосредоточения и памяти;
- психомоторная заторможенность/расторможенность;

- снижение умственной продуктивности;
- бледность кожных покровов;
- легкий/умеренный цианоз носогубного треугольника, иногда со следами раздражения кожных покровов и шелушения – следствие местного воздействия клея или растворителя;
- инъекция склер и раздражение слизистой гортани;
- пульс замедлен/учащен;
- незначительное снижение АД;
- учащенное дыхание;
- шаткость походки;
- положительная проба Ромберга;
- смазанная речь;
- нистагм;
- нарушения сознания;
- мышечная слабость;
- помутнение зрения, диплопия;
- химический запах от одежды, волос, в выдыхаемом воздухе.

Синдром зависимости, потребление с вредными последствиями:

- гиперемия кожи лица и слизистых верхних дыхательных путей;
- одутловатость лица;
- осиплость голоса, возможен химический запах от одежды;
- увеличение границ печени;
- неврологические знаки (пошатывание в позе Ромберга, мышечный тремор, повышение сухожильных и снижение брюшных рефлексов, стойкий красный дермографизм);
- симптом «белых полосок» на ногтях.

12.3.Лабораторные исследования [3, 4]:

- общий анализ крови (уровень гемоглобина норма/анемия, лейкопения);
- биохимический анализ крови (подъем АлТ, АсТ, показателей тимоловой пробы).

12.4 Инструментальные исследования [2]:

ЭЭГ (диффузные изменения, очаги судорожной готовности).

12.5 Показания для консультации узких специалистов [3, 4]:

- консультация педиатра для выявления возможной коморбидной патологии внутренних органов;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб;
- 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 уролога при выявлении патологии мочеполовой системы;
- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

12.6 Дифференциальный диагноз [3, 4]:

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика ППР, вызванных употреблением летучих растворителей, острая интоксикация.

Признак	Острая интоксикация летучими растворителями	Травма головного мозга	Острая интоксикация иным ПАВ
Жалобы	на высоте опьянения жалоб может не быть, затем появляются жалобы на головную боль, слабость, головокружение	жалобы на головную боль стойкого характера, тошнота, возможна рвота	жалобы зависят от степени контактности, подвижность жалоб ниже, чем при летучих растворителях
Анамнез	факт вдыхания (предметы, используемые для ингаляции, чаще всего компания сверстников)	указания на получение травмы головы	указание на употребление иного пав (флаконы с таблетками, бутылки из-под спиртного, в том числе суррогатный алкоголь)
Психопатологические симптомы	признаки фазной смены маниакального возбуждения с пугливостью, галлюцинаторным синдромом и онейроидным помрачением сознания	признаки стадийного угнетения сознания от легкой обнубиляции до сопора и комы, наличие ретроградной и антеградной амнезии.	симптомы маниакального возбуждения без глубоких галлюцинаторных и онейроидных расстройств, сменяются на угнетение сознания
Данные осмотра	легкий или умеренный цианоз носогубного треугольника, иногда со следами раздражения кожных покровов и	кожные покровы в области головы со следами кровоподтеков, ссадин, возможен	при отравлении суррогатами алкоголя – гиперемия кожных покровов,

	шелушения – следствие местного воздействия клея или растворителя; инъекция склер и раздражение слизистой гортани	симптом крепитации, симптом «очков»	гипергидроз, гиперсаливация, шумное дыхание
Посторонние запахи	стойкий химический запах на расстоянии	может быть запах рвотных масс	возможен запах алкоголя

Таблица – 2. Дифференциальная диагностика ППР, вызванных употреблением летучих растворителей, синдром зависимости.

Признак	Синдром зависимости от летучих растворителей	Патохарактерологические реакции и различные формы девиантного поведения	Эндогенные психические расстройства
Анамнез	в анамнезе можно проследить этапы формирования синдрома зависимости, все компоненты наркоманического синдрома очерчены	не исключена возможность вдыхания летучих растворителей на уровне пагубного потребления, если формируется зависимость, то она не имеет четкой клинической очерченности, на первом месте в анамнезе разнообразные признаки патохарактерологических реакций и девиантного поведения	потребление летучих растворителей происходит на фоне множественных психопатологических симптомов (аффективные нарушения, расстройства влечений), отягощенный анамнез по эндогенному профилю, признаки ранней психосоциальной запущенности
Течение	прогрессирующее течение синдрома зависимости	синдром зависимости вторичен, зависит от внешних дезадаптирующих условий	синдром зависимости вторичен, подчиняется синдромам эндогенного регистра, нарастание негативного дефекта
Прогноз	возможно прогрессирование энцефалопатическ	возможно формирование зависимостей	манифестация психотических расстройств, нарастание

	их симптомов с появлением резидуальной органики или развитием психорганического синдрома, переход на зависимость от наркотиков	(химических, нехимических) к концу юношества, формирование расстройства зрелой личности	дефекта
--	--	---	---------

13. Цели лечения:

- купирование синдрома острой интоксикации;
- купирование абстинентного синдрома;
- купирование синдрома ПВ к наркотикам;
- формирование и развитие антинаркотической устойчивости.

14. Тактика лечения:

Тактика ведения и объем лечения пациентов с ППР, вызванными употреблением летучих растворителей, зависит от спецификации диагноза и соответствует 3 этапам МСР.

Первый этап МСР (этап медикаментозной коррекции):

При синдромом отмены летучими растворителями и с активным употреблением летучих растворителей проводится:

- нормализация неврологического статуса;
- нормализация сомато-вегетативных и психических расстройств (перевод на стационарный этап МСР/на динамическое наблюдение в амбулаторный этап).

При синдроме зависимости и раннем постабстинентном периоде проводится:

- коррекция постабстинентных расстройств;
- коррекция сомато-вегетативных и психических расстройств.

Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):

При синдроме зависимости и раннем и позднем постабстинентном периоде проводится:

- лечение синдрома патологического влечения;
- лечение астенического (неврастенического) синдрома, коррекция интеллектуально-мнестических расстройств;
- лечение аффективных расстройств (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории, тревожные расстройства);
- лечение поведенческих расстройств;
- лечение диссомний (нарушений сна);
- психотерапевтическая реабилитация;
- противорецидивная терапия (начальная фаза).

Третий этап МСР (этап социальной реабилитации):

При синдроме зависимости, в позднем постабстинентном периоде проводится:

- противорецидивная терапия;
- социальная реабилитация.

14.1. Немедикаментозное лечение:

Режим - II, III.

Диета – стол №15.

Основным компонентом немедикаментозного лечения ППР, вызванных употреблением летучих растворителей, является психотерапия (см. Таблица 3).

Основные психотерапевтические мероприятия:

- установление контакта с нормативным личностным статусом несовершеннолетнего пациента;
- функционирование в нормативном личностном статусе, его актуализация и дальнейшее формирование;
- редукция и блокирование патологического влечения к токсическим веществам;
- развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;
- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- повышение учебной мотивации;
- развитие нормативных семейных отношений.

Таблица – 3. Психотерапевтические методы при лечении ППР, вызванных употреблением летучих растворителей

Название направления психотерапии	Рекомендуемые возрастные особенности	Степень убедительности доказательств	Показание к применению
Мотивационное интервью, консультирование и мотивационная психотерапия	При сохранении общей методологии рекомендуется: до 9-11 лет – преимущественное использование сказочных представлений, образов любимых мультгероев, желаний ребенка, его фантазий; с 9-11 до 14-15 лет – преимущественное использование метафор, образов популярных телегероев, желаний и	III, B [11]	Мишень №6 (Приложение 1)

	<p>потребностей подростка; с 14-15 до 18 лет – преимущественное использование понятий и представлений, характерных для данной возрастной категории, в соответствии с интересами и представлениями старшего подростка.</p>		
<p>Индивидуальное консультирование и индивидуальная психотерапия</p>	<p>При сохранении общей методологии рекомендуется: до 9-11 лет – преимущественное использование сказочных представлений, образов любимых мультгероев, желаний ребенка, его фантазий; с 9-11 до 14-15 лет – преимущественное использование метафор, образов популярных телегероев, желаний и потребностей подростка; с 14-15 до 18 лет – преимущественное использование понятий и представлений, характерных для данной возрастной категории, в соответствии с интересами и представлениями старшего подростка</p>	<p>III, В [11]</p>	<p>Мишени №№2-6</p>
<p>Семейное консультирование</p>	<p>При сохранении общей методологии рекомендуется в соответствии со стадиями развития ребенка и родительскими подтверждениями: до 9-11 лет – акцент на безусловной любви и</p>	<p>III, В [11]</p>	<p>Мишени №№2-6</p>

	<p>принятии ребенка, идентификация и обретение силы, «сруктурирование», усвоение правил, способствующих конструктивному функционированию;</p> <p>с 9-11 до 14-18 лет – акцент на идентификации, сексуальности, на принятии процесса сепарации подростка от родителей, соответственного социального функционирования.</p>		
Сказкотерапия	<p>Возможно использование во всех возрастных категориях:</p> <p>до 9-11 лет полноценное использование метода;</p> <p>с 12 до 18 лет – большее использование метафорических образов.</p>	IV, С [1, 10]	Мишени №№2-6
Игровая терапия	<p>Полноценная терапия используется в возрасте до 11 лет;</p> <p>С 12 до 18 лет – преимущественное используются элементы игровой психотерапии.</p>	IV, С [1, 10]	Мишени №№2-6
Арт – терапия	<p>При сохранении общей методологии, с учетом желаний и способностей ребенка (подростка), рекомендуется:</p> <p>до 9-11 лет – преимущественное использование сказочных представлений, образов любимых мультгероев, желаний ребенка, его фантазий;</p>	IV, С [1,10]	Мишени №№2-6

	с 9-11 до 14-15 лет – преимущественное использование метафор, образов популярных телегероев, желаний и потребностей подростка: с 14-15 до 18 лет – преимущественное использование понятий и представлений, характерных для данной возрастной категории, в соответствии с интересами и представлениями старшего подростка		
Групповая терапия	Ограничение численности несовершеннолетних пациентов в группе: до 10 лет – 5-7 человек; с 10 до 13 лет – 6-8 человек; с 13 до 15 лет – 8-10 человек; с 15 до 18 лет 10-12 человек	III, B [11]	Мишени №№2-6

14.2 Медикаментозное лечение [6, 7, 9, 11]:

Этап медикаментозной коррекции МСР:

Состояния острой интоксикации токсическими веществами.

Детоксикационная терапия:

Рекомендуется проведение парентеральной инфузионной терапии с контролем диуреза, назначаются энтеросорбенты, антидоты, а также антигистаминные препараты.

- Антидоты и другие субстанции, употребляемые при отравлениях: активированный уголь per os 1 г/кг массы тела в 3-4 приема. При средней степени тяжести состояния острой интоксикации рекомендуется введение натрия тиосульфата 30% р-ра 5-8 мл в/в струйно медленно;
- Инфузионная терапия в течение 3-5 дней в/в капельно медленно: раствор декстроза 5% раствор, натрия хлорид 0,9 % раствор из расчета до 10 мл/кг массы тела в сочетании с аскорбиновой кислотой 2-4 мл, тиамин (В1) 1,0 мл, хлопирамин 2% р-р 1 мл, (Диуретики: фуросемид ½ таблетки (0,04) 1-2 раза per os, верошпирон по 1 табл (0,025) 2 раза в день;

Состояния отмены токсических веществ:

Анатомо-физиологические особенности детско-подросткового организма обуславливают клинические особенности отмены. В виду невысокой толерантности, лечение эффективно при проведении дезинтоксикационной терапии с некоторым ограничением применения психотропных препаратов. В случае относительно высокой толерантности необходимо проведение детоксикации.

Легкая степень тяжести синдрома отмены летучими растворителями:

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;

Ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак 2,5% р-р 1,5 мл в/м однократно либо per os по 0,015 г 3 раза в день, кетопрофен с 14 лет, суточная доза 50 мг однократно в/м, пероральный прием 2 раза в день;

Диссомнических расстройств: диазепам начинают с ½ разовой дозы в зависимости от возраста 0,001 - 0,0025 г (1 - 2,5 мг), постепенно ее увеличивая. Осторожно в связи с возможным развитием угнетения дыхания. 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.

Инфузионная терапия в течение 5-7 дней в/в капельно медленно: декстроза 5% раствор, натрия хлорид 0,9 % раствор из расчета до 10 мл/кг массы тела

Диуретики: фуросемид ½ таблетки (0,04) 1-2 раза per os, Спиринолактон по 1 таблетку (0,025) 2 раза в день;

Средняя и выраженная степени тяжести синдрома отмены токсических веществ (летучих растворителей):

При лечении данных состояний назначаются противосудорожные препараты, нейролептики или антидепрессанты. Препараты определяется врачом психиатром-наркологом в каждом конкретном случае:

Средства, обладающие вегетостабилизирующим, снотворным, анальгезирующим, анксиолитическим / седативным эффектами:

Антиконвульсанты: 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;

Нейролептики: в случае выраженных поведенческих и аффективных расстройств рекомендуется использование тиоридазина. Детям и подросткам подбор суточной дозы осуществляется в течение 3-5 дней в соответствии с возрастом. Максимальная суточная доза: до 8 лет – 40 мг/сутки; от 9 до 15 лет – до 100 - 200 мг/в сутки в 2-3 приема. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя. Совместно назначение тиоридазина с карбомазепином вызывает ускорение метаболизма сонопакса.

Ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные, спазмолитические лекарственные средства: диклофенак 2,5% р-р 1,5 мл в/м 1кратно либо per os по 0,015 г 3 раза в день; кетопрофен с 14 лет, суточная доза 50 мг 1кратно в/м, пероральный прием 2 раза в день; дротаверин в/м с 7-12 лет по 1 мл 2% р-ра 2 раза в день, с 13 лет по 2 мл 2% р-ра 3-4 раза в день;

При диссомнических расстройствах диазепам. Начинают с $\frac{1}{2}$ разовой дозы в зависимости от возраста 0,001 - 0,0025 г (1 - 2,5 мг), постепенно ее увеличивая. Осторожно в связи с возможным развитием угнетения дыхания. 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;

На 5-7 день инфузионная терапия в течение 5 дней в/в капельно медленно: раствор декстроза 5% раствор, натрия хлорид 0,9 % раствор или инфезол из расчета до 10 мл/кг массы.

Патологическое влечение к токсическим веществам в постабстинентном периоде:

В случаях обострения синдрома патологического влечения назначаются препараты, подавляющие влечение к летучим растворителям и корригирующие, связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Клинические особенности проявления влечения к токсическим веществам (летучим растворителям) у несовершеннолетних (мало дифференцировано, отсутствует четкое оформление психического компонента) предоставляют возможность назначения в большинстве случаев одного препарата, выбор которого определяется врачом психиатром-наркологом в каждом конкретном случае:

Антиконвульсанты (при легкой и средней степени тяжести патологического влечения): Карбомазепин обладает вегетостабилизирующим и нормотимическим действием. 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 – 0,2-0,4; от 10 до 15 лет 0,2-0,6 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, через 2-3 дня утренней дозы, и еще через 2-3 дня вечерней;

Нейролептики (при средней и выраженной степени тяжести патологического влечения):

Тиоридазина детям и подросткам подбор суточной дозы осуществляется в течение 3-5 дней в соответствии с возрастом. Максимальная суточная доза: до 8 лет – 40

мг/сутки; от 9 до 15 лет – до 100 мг/в сутки в 2-3 приема. Длительность лечения до 8 недель. Максимальный терапевтический эффект достигается через 6 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

Хлорпромазин - при психомоторном возбуждении при приеме внутрь детям в возрасте 6-12 лет 1/3 или 1/2 дозы для взрослых (до 0,075 г) в 3-4 приема. Стараться назначать в дозах, не требующих затем коррекции противопаркинсоническими препаратами. Продолжительность лечения 1-2 недели;

Антидепрессанты (при средней и выраженной степени тяжести патологического влечения):

Флувоксамин - детям с 8 лет и подросткам начальная доза 25 мг/сутки на 1 прием. Поддерживающая доза 25-100 мг/сутки, суточная доза не более 100 мг. Суточную дозу 100 мг рекомендуется разделять на 2-3 приема. Продолжительность терапии до 2 недель. Долгосрочные эффекты избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина не изучены;

Амитриптилин – для приема внутрь лечение начинают с 6,25 мг на ночь. В течение 5—6 дней дозу индивидуально увеличивают в зависимости от возраста. До 7 лет – суточная доза составляет до 37,5 мг, с 8 до 15 лет – 50-62,5 мг, с 15 до 18 лет до 100 мг в сутки (большая часть дозы принимается на ночь). При купировании клинических проявлений дозу постепенно снижают до средних доз и продолжают такую терапию в течение 2-3 недель.

Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна):

Анксиолитики и снотворные лекарственные средства. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней.

Диазепам. Начинают с 1/2 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. Продолжительность лечения 3-5 дней.

Антидепрессанты: флувоксамин - детям с 8 лет и подросткам в разовой дозе 25 мг – 50 мг на ночь.

Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):

Купирование синдрома ПВ патологического влечения к токсическим веществам (летучим растворителям) в постабстинентный период:

В случаях обострения синдрома патологического влечения назначаются препараты, подавляющие влечение к летучим растворителям и корригирующие, связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Клинические особенности проявления влечения к токсическим веществам (летучим растворителям) у несовершеннолетних (мало дифференцировано, отсутствует четкое оформление психического компонента) предоставляют возможность назначения в большинстве случаев одного препарата, выбор которого определяется врачом психиатром-наркологом в каждом конкретном случае:

Антиконвульсанты (при легкой и средней степени тяжести патологического влечения): Карбомазепин обладает вегетостабилизирующим и нормотимическим

действием. 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 – 0,2-0,4; от 10 до 15 лет 0,2-0,6 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, через 2-3 дня утренней дозы, и еще через 2-3 дня вечерней;

Нейролептики (при средней и выраженной степени тяжести патологического влечения):

- предпочтительный препарат - тиоридазина. Данный препарат обладает вегетостабилизирующим, снотворным, анальгезирующим, анксиолитическим и седативным эффектами. Детям и подросткам подбор суточной дозы осуществляется в течение 3-5 дней в соответствии с возрастом. Максимальная суточная доза: до 8 лет – 40 мг/сутки; от 9 до 15 лет – до 100 мг/в сутки в 2-3 приема. Длительность лечения до 8 недель. Максимальный терапевтический эффект достигается через 6 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;
- хлорпромазин - при психомоторном возбуждении при приеме внутрь детям в возрасте 6-12 лет 1/3 или 1/2 дозы для взрослых (до 0,075 г) в 3-4 приема. Стараться назначать в дозах, не требующих затем коррекции противопаркинсоническими препаратами. Продолжительность лечения 1-2 недели;
- флувоксамин - детям с 8 лет и подросткам начальная доза 25 мг/сутки на 1 прием. Поддерживающая доза 25-100 мг/сутки, суточная доза не более 100 мг. Суточную дозу 100 мг рекомендуется разделять на 2-3 приема. Продолжительность терапии до 2 недель. Долгосрочные эффекты избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина не изучены;
- амитриптилин – для приема внутрь лечение начинают с 6,25 мг на ночь. В течение 5 – 6 дней дозу индивидуально увеличивают в зависимости от возраста. До 7 лет – суточная доза составляет до 37,5 мг, с 8 до 15 лет – 50-62,5 мг, с 15 до 18 лет до 100 мг в сутки (большая часть дозы принимается на ночь). При купировании клинических проявлений дозу постепенно снижают до средних доз и продолжают такую терапию в течение 2-3 недель.

Терапия астенического (неврастенического) синдрома, коррекция интеллектуально - мнестических расстройств

С целью уменьшения повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, лабильности эмоциональных реакций, а также для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций назначают лекарственные средства, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, седативные, анксиолитические и общеукрепляющие средства:

Лекарственные средства, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение. Не рекомендуется назначение данных препаратов в остром периоде абстинентных проявлений, в связи с актуализацией патологического влечения. Продолжительность курса лечения до 1 месяца:

- витамины назначают в соответствующих возрастных дозировках (см. п.п. 16.1,

16.2) курсом от 10 до 30 дней. Возможен как пероральный прием, так и парентеральное введение: аскорбиновая кислота (витамин С), пиридоксин (В6), тиамин (В1);

- седативные и анксиолитические препараты назначаются в соответствующих возрастных дозировках на 3-5 дней (схема назначения указана выше).

Терапия аффективных расстройств (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории, тревожные расстройства)

Для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии, тоскливости, обострения влечения к психоактивным веществам и пр. Препаратами выбора являются:

Антиконвульсанты: карбамазепин (схема назначения указана выше);

Анксиолитики и снотворные лекарственные средства: диазепам (схема назначения см. п. 15.7);

Антидепрессанты: amitриптилин, флувоксамин;

Нейролептики: тиоридазин (схема назначения указана выше).

Терапия поведенческих расстройств

Для лечения импульсивных и агрессивных проявлений у детей с проблемами поведения препаратами выбора являются:

Нейролептики: тиоридазин (схема назначения указана выше);

Антиконвульсанты: карбамазепин (схема назначения указана выше).

Диссомний (нарушений сна).

возможно использование препаратов седативный эффект которых является сопутствующим одно - трехкратно в разовой дозировке на ночь: 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. 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.

Антидепрессанты: флувоксамин - детям с 8 лет и подросткам в разовой дозе 25 мг – 50 мг на ночь.

14.3. Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

Промывание желудка:

Показания к процедуре:

- острые отравления токсическими веществами.

Противопоказания к процедуре:

- бессознательное состояние;
- сильные боли в области живота;
- желудочные кровотечения;
- инфаркт миокарда;
- повышенное кровяное давление;
- сердечная недостаточность;

Очистительная клизма:

Показания к процедуре:

- острые отравления токсическими веществами.

Противопоказания к процедуре:

- острые воспалительные заболевания в области заднего прохода;
- кровотечения при геморрое, опухолях в стадии распада, остром колите, желудочных и кишечных кровотечениях.

Лечебно-физическая культура.

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой медицинской помощи: нет.

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;
- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- повышение социальной компетентности;
- снижение уровня семейной дисфункции.

14.6. Дальнейшее ведение [5]:

ППР вызванные употреблением летучих растворителей с вредными последствиями:

- наблюдение в течение года в группе профилактического учета в наркологической организации по месту жительства подростков в кабинете у врача-нарколога и психолога.

ППР вызванные употреблением летучих растворителей с синдром зависимости:

- наблюдение в группе динамического учета в течение 5 лет в подростковом кабинете у врача-нарколога и психолога.

15. Индикаторы эффективности лечения:

- полное воздержание от употребления летучих растворителей и других ПАВ с идентификацией в биологических средах;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья пациента;
- катamnестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию;
- повышение социальной компетентности и академической успеваемости;
- снижение уровня семейной дисфункции, улучшение детско-родительских отношений и отношений между братьями и сестрами.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Мусабекова Жаннат Камелхановна – 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-инфекции в Казахстане, проект «Содействие/ICAP» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова Гульнар 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 Астаны», клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты: Каражанова Анар Серикказыевна - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии АО «Медицинский Университет Астана».

19. Указание условий 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 (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола):

1. Валентик Ю.В., Дудко Т.Н., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (пав)// Социальная и клиническая психиатрия – 2002. №2 – С. 31-35
2. Гофман А.Г. Клиническая наркология - М.: «МИКЛОШ», 2003. 215 с.
3. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология – Медицина – 1991 с. 179-181
4. Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. – М. Геотар–Мед – 2008
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»
6. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство - М. ГЕОТАР-медиа – 2005- 256
7. Janet F. Williams, Michael Storck, and the Committee on Substance Abuse Inhalant abuse// PEDIATRICS Vol. 119 No. 5 May 1, 2007
8. Jansen JM, Daams JG, Koeter MW, Veltman DJ, van den Brink W, Goudriaan AE. Effects of non-invasive neurostimulation on craving: a meta-analysis.//Neurosci Biobehav Rev. 2013 Dec;37(10 Pt 2):2472-80.
9. Konghom S, Verachai V, Srisurapanont M, Suwanmajo S, Ranuwattananon A, Kimsongneun N, Uttawichai K. Treatment for inhalant dependence and abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12.
10. MacLean S1, Cameron J, Harney A, Lee NK. Psychosocial therapeutic interventions for volatile substance use: a systematic review. //Addiction. 2012 Feb;107(2):278-88
11. Reidel 1995 Reidal S, Hebert T, Byrd P. Treating Alcohol and Other Drug Abusers in Rural and Frontier Areas. MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1995

Приложение 1

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 наркоманией (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости).

Мишень № 4 – нормативный личностный статус больных токсикоманией.

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

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