



Клинические рекомендации по диагностике и лечению алкогольной зависимости

МКБ 10: F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.6.

Год утверждения: 2019

Возрастная группа: взрослые, дети

Разработчик клинических рекомендаций:

- Российское общество психиатров (РОП)

Утверждены

Российское общество психиатров (РОП)
_____ 201_ г.

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

Оглавление.	2
Список сокращений.	5
1 Термины и определения.	6
2 Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).	6
2.1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	6
2.2. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	7
2.3. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	7
2.4. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	8
2.5. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	8
3 Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.	11
3.1 Диагностика пагубного потребления алкоголя.	11
3.1.1 Жалобы и анамнез.	11
3.1.2 Физикальное обследование.	12
3.1.3 Лабораторная диагностика.	12
3.1.4 Инструментальная диагностика.	13
3.1.5 Иная диагностика.	13
3.2 Диагностика синдрома зависимости.	13
3.2.1 Жалобы и анамнез.	14
3.2.2 Физикальное обследование.	15
3.2.3 Лабораторная диагностика.	15
3.2.4 Инструментальная диагностика	16
3.2.5 Иная диагностика.	16
3.3 Диагностика синдрома отмены алкоголя.	16
3.3.1. Жалобы и анамнез.	16
3.3.2 Физикальное обследование.	17
3.3.3 Лабораторная диагностика.	17
3.3.4 Инструментальная диагностика.	17
3.3.5 Иная диагностика, дифференциальная диагностика, скрининг.	17
3.4 Диагностика синдрома отмены алкоголя с делирием.	17
3.4.1 Жалобы и анамнез.	17
3.4.2 Физикальное обследование.	18
3.4.3 Лабораторная диагностика.	18
3.4.4 Инструментальная диагностика.	18
3.4.5 Иная диагностика.	18
3.5 Диагностика амнестического синдрома.	18
3.5.1 Жалобы и анамнез.	18
3.5.2 Физикальное обследование.	19
3.5.3 Лабораторная диагностика.	19
3.5.4 Инструментальная диагностика.	19
3.5.5 Иная диагностика.	19
3.6 Диагностика психотического расстройства вследствие употребления алкоголя.	19
3.6.1 Жалобы и анамнез.	19
3.6.2 Физикальное обследование.	19
3.6.3 Лабораторная диагностика.	19
3.6.4 Инструментальная диагностика.	20
3.6.5 Иная диагностика.	20
4 Лечение включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.	20
4.1 Лечение пагубного потребления.	20
4.1.1 Общие вопросы лечения.	20
4.1.2 Медикаментозная терапия лиц с пагубным употреблением алкоголя.	25
4.1.3 Психотерапия.	25
4.1.4. Оценка эффективности и безопасности лечения.	27
4.2 Лечение синдрома зависимости.	27
4.2.1 Общие вопросы лечения.	27

4.2.2. Медикаментозная терапия пациентов с алкогольной зависимостью.	32
4.2.3 Психотерапия.	33
4.2.4 Оценка эффективности и безопасности лечения.	34
4.3 Лечение синдрома отмены алкоголя.	34
4.3.1 Общие вопросы лечения.	34
4.3.2 Медикаментозная терапия синдрома отмены алкоголя.	34
4.3.3 Психотерапия при алкогольном абстинентном синдроме.	42
4.3.4 Дополнительная информация, влияющая на течение и исход синдрома отмены.	42
4.3.5 Оценка эффективности и безопасности лечения.	43
4.3.6 Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.	43
4.3.7 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.	43
4.4 Лечение синдрома отмены алкоголя с делирием.	43
4.4.1 Медикаментозная терапия.	43
4.4.2 Оценка эффективности и безопасности лечения.	48
4.5 Лечение амнестического синдрома.	48
4.5.1 Медикаментозная терапия.	48
4.5.2 Немедикаментозные методы терапии.	54
4.5.3 Психотерапия.	54
4.5.4 Оценка эффективности и безопасности лечения.	54
5. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.	55
5.1 Медицинская реабилитация пагубного употребления.	55
5.1.1 Реабилитация.	55
5.1.2 Диспансерное наблюдение.	55
5.1.3 Профилактика.	55
5.1.4 Организация оказания медицинской помощи.	55
5.2 Медицинская реабилитация синдрома зависимости.	55
5.2.1 Реабилитация.	55
5.2.2. Диспансерное наблюдение.	56
5.2.3 Профилактика.	56
5.2.4 Организация оказания медицинской помощи.	56
5.3 Медицинская реабилитация синдрома отмены алкоголя.	56
5.3.1 Реабилитация.	56
5.3.2 Диспансерное наблюдение.	56
5.3.3 Профилактика.	56
5.3.4. Организация оказания медицинской помощи.	56
5.4 Медицинская реабилитация синдрома отмены алкоголя с делирием.	56
5.4.1 Реабилитация.	56
5.4.2 Диспансерное наблюдение.	56
5.4.3 Профилактика.	56
5.4.4 Организация оказания медицинской помощи.	56
5.5 Медицинская реабилитация амнестического синдрома.	56
5.5.1 Реабилитация.	56
5.5.2 Диспансерное наблюдение.	57
5.5.3 Профилактика.	57
5.5.4 Организация оказания медицинской помощи.	57
6. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).	57
Список литературы.	57
Приложения.	68

Список сокращений.

АД – артериальное давление
СЗА – синдром зависимости от алкоголя
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АЛДГ – ацетальдегиддегидрогеназа
АсАТ – аспаратаминотрансфераза
АТХ – анатомо-терапевтическо-химическая классификация (международная система классификации лекарственных средств)
БЗД – бензодиазепины
БКК – блокаторы кальциевых каналов
ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
ГАМК – гамма-аминомасляная кислота
Гамма-ГТ – гамма-глутамилтрансфераза
ГРЛС – Государственный Реестр Лекарственных Средств
ДА – Дофамин
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИБС – ишемическая болезнь сердца
КТ – компьютерная томография
ЛОВ – летучие органические вещества
ЛРП – лечебно-реабилитационная программа
МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
МРТ – магниторезонансная томография
НЯ – нежелательные явления
ПАВ – психоактивное вещество
ПВА – патологическое влечение к алкоголю
ППА – пагубное потребление алкоголя
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
СКОЭ (MCV) – средний корпускулярный объем эритроцитов
СОА – синдром отены алкоголя
УДТ (CDT) – углеводдефицитный трансферрин (карбогидрат-дефицитный трансферрин)
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЦНС – центральная нервная система
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭЭГ – электроэнцефалография
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭНМГ – электронейромиография
Эхо-ЭГ – эхоэнцефалография
ЧСС – частота сердечных сокращений
AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) - тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя
CIWA-Ar (ClinicalInstituteWithdrawalAssessmentforAlcoholscale, Revised) – шкала оценки состояния отмены алкоголя
Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная)
NMDA – N-метил-D-аспартатная система
SOCRATES (The Stagesof Change Readinessand Treatment Eagerness Scale)– шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться)
TLFB (Time Line Follow Back) – календарный метод ретроспективной оценки количества потребленного алкоголя
UKU– Udvald for Kliniske Undersogelser Scale (UKU Side-Effect Rating Scale) – шкала оценки побочного действия лекарственных препаратов

1. Термины и определения.

Амнезия — ослабление способности (вплоть до утраты) усвоить и воспроизвести ранее приобретенные знания

Амнезия антероградная – утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за периодом бессознательного состояния или другого расстройства

Амнезия ретроградная – выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших потере сознания

Амнезия фиксационная - потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события

Амнестический синдром – когнитивное расстройство, обусловленное злоупотреблением алкоголем и характеризующееся доминированием снижения кратковременной памяти и полиневритом конечностей. (Включаются: амнестический синдром, обусловленный алкоголем; корсаковский психоз/синдром.)

Атаксия – расстройство координации движений

Делирий – вид помрачения сознания, клинически проявляющийся наплывом зрительных галлюцинаций, ярких чувственных нарушений восприятия (парейдолии), резко выраженным двигательным возбуждением; несмотря на то что в картине состояния преобладают зрительные галлюцинации, известное место в ней могут занимать вербальные галлюцинации, острый чувственный бред, аффективные расстройства.

Дисмнезия — расстройство памяти со снижением способности к запоминанию, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.

Когнитивный тренинг (когнитивная реабилитация) – поведенческий тренинг, направленный на улучшение когнитивных функций (внимание, память, интеллект, исполнительные функции, социализация).

Когнитивные функции – высшие психические функции (память, внимание, мышление, речь, планирование деятельности и др.), осуществляющие рациональное постижение окружающего мира, взаимосвязь и взаимодействие с ним, и характеризующиеся целенаправленностью

Комплаенс (приверженность лечению) – добровольное следование пациента предписанному режиму лечения

Конфабуляции – ложные воспоминания о событиях, которые якобы происходили в жизни больных, т.е. воспоминания о событиях, которых не было («галлюцинации памяти»).

Мидриаз – расширение зрачка, диаметр более 5 мм

Миоз – сужение зрачка, диаметр менее 2 мм

Нежелательное явление – любое неблагоприятное медицинское событие, развившееся после применения лекарственного средства; может и не иметь явной причинно-следственной связи с его применением

Пагубное употребление алкоголя (употребление алкоголя с вредными последствиями, злоупотребление алкоголем) – модель употребления алкоголя, вызывающая вред для здоровья (физический или психический) .

Псевдореминисценции – воспоминания о реальных событиях прошлого, перенесенных в настоящее время («иллюзии памяти»)

Псевдопаралитический синдром (алкогольный псевдопаралич) – развивается как после тяжелых делириев и острых алкогольных энцефалопатий, так и постепенно, на фоне выраженной алкогольной дегградации (психические и неврологические расстройства напоминают прогрессивный паралич сифилического генеза); типичны резкое снижение уровня суждений, потеря приобретенных знаний, отсутствие критического отношения к себе и окружающему, грубость и бесцеремонность, беспечность, эйфория с переоценкой своих возможностей вплоть до появления идей величия; сочетается с неврологическими нарушениями.

Психодиагностическое обследование – применение стандартизированных психодиагностических инструментов для оценки характерологических особенностей, когнитивных функций, эмоционального состояния, мотивационной сферы

Психологическое консультирование – один из видов психологической помощи, направленной на разрешение разного рода личностных психологических проблем

Психотерапия – планомерное использование психических воздействий (вербальных и невербальных) для лечения больного; в широком смысле слова включает не только воздействие психотерапевта на больного, но и социотерапию, лечение средой, трудотерапию

Реабилитация – комплексное использование медицинских, социальных, образовательных, трудовых мероприятий с целью приспособления пациента к деятельности на максимально возможном для него уровне

Реабилитационный потенциал – возможность пациента с синдромом зависимости от алкоголя к отказу от употребления алкоголя, возвращению в семью, к общественно полезной деятельности, что может расцениваться как выздоровление, определяется многообразными клиническими и внеклиническими факторами, к которым относятся особенности наследственности, физического и психического развития в преморбидном периоде, социального статуса, а также форма и тяжесть синдрома зависимости от алкоголя, медицинские и социальные последствия употребления алкоголя, индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, направление личностного и социального развития, ценностная ориентация пациента

Симптом – признак болезни, качественно новый, не свойственный здоровому организму феномен, который можно обнаружить с помощью клинических методов исследования, используемый для диагностики и/или прогноза заболевания; С. предполагает не только появление какого-либо нового, необычного, но и отсутствие нормального явления («минус-симптом», т.е. выпадение); отдельный С. не может считаться психопатологической единицей, так как приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе, или в синдроме.

Синдром – устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом; С. может составлять клиническую, картину всей болезни или части ее, будучи при этом проявлением патологии одной системы или органа; С. не равнозначен болезни как нозологической единице, т. к. он может быть связан с разными заболеваниями.

Скрининг – метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, в процессе массового обследования населения или отдельных контингентов; С. осуществляют с целью организации ранней лечебно-профилактической помощи

Толерантность (устойчивость, переносимость) к алкоголю – адаптивное снижение реакции на повторное введение алкоголя в виде ослабления желаемого психотропного эффекта этанола, вынуждающее повышать его дозу для поддержания прежнего уровня опьянения.

2. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).

2.1 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Зависимость от алкоголя – многофакторное заболевание с участием генетических, биологических, личностных и средовых детерминант.

Из наиболее глубоко изученных биологических факторов в патогенезе алкогольной зависимости принимают участие [1]: катехоламинавая (КА) и дофаминовая (ДА) системы в лимбических структурах мозга, а также эндогенно-опиоидная, ГАМК-ергическая и N-метил-D-аспартатная системы.

Тормозящий эффект этанола на ЦНС достигается в первую очередь с помощью гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) (известны ГАМК-рецепторы: ионотропные ГАМКА и ГАМКС и метаботропные ГАМКВ. Стимуляция лиганд-зависимого ионного канала ГАМКА-рецептора вызывает гиперполяризацию мембран, усиливая приток ионов хлора, что приводит к общему замедлению нейротрансмиссии, оказывая анксиолитическое, седативное и противосудорожное действие. Подобные эффекты вызывают несколько активных в отношении ГАМКА-рецепторов фармакологических агентов, включая бензодиазепины, барбитураты, пропופол. Приём алкоголя вызывает повышенное высвобождение нейромедиатора ГАМК и повышает чувствительность рецептора ГАМКА, что приводит к общему увеличению ингибирующей нейротрансмиссии. Кроме того, этанол конкурентно тормозит связывание глицина с N-метил-D-аспартатными (NMDA) рецепторами головного мозга, следовательно, предотвращая действие основного возбуждающего нейротрансмиттера глутамата на NMDA-рецепторы. Хроническое потребление этанола приводит к адаптивному клиническому феномену толерантности, т.е. к потребности в увеличении доз этанола для сохранения его прежних

психотропных эффектов. Происходит постепенное повышение экспрессии NMDA-рецепторов и компенсаторное подавление рецепторов ГАМКА для нивелирования нарастающего связывания глицина с NMDA-рецепторами. Что и является биохимической подоплекой явления растущей толерантности к алкоголю [10,11,12,13].

Усиленная элиминация этанола вызывает ответные нарушения в глутамат-нейротрансмиссии, подавляет активность ГАМК и ведет к возникновению СОА, в том числе сопровождающегося делириозными расстройствами [5]. Другой нейротрансмиттер, участвующий в генезе СОА с делириозными расстройствами – дофамин. Прерывание хронического потребления алкоголя приводит к экспансивному росту концентрации дофамина в тканях головного мозга, что вызывает процессы перевозбуждения ЦНС и возникновение обманов восприятия, в том числе – галлюцинаций [14,15].

Одну из ведущих ролей в генезе неврологических расстройств со стороны как периферической, так и центральной нервной системы, придается дефициту тиамин, или витамина В₁. Тиамин, в силу своей активной роли кофермента пируватдекарбоксилазного и α-кетоглутаратдегидрогеназного комплексов, а также транскетолазы участвует в метаболизме углеводов, т.е. обеспечивает высокие энергетические потребности тканей головного мозга [9,16]. Нутритивный дефицит тиамин, свойственный больным алкоголизмом (недостаточное питание, дигестивные расстройства), в совокупности со снижением превращения тиамин в активную форму [17, 18] приводит к нарушению проведения нервных импульсов вследствие снижения электрической возбудимости и проводимости нервной ткани. Что, в конечном счете, является одной из главных причин не только полинейропатий, но также энцефалопатий, делириев и судорожного синдрома [4, 20]. Следует также иметь в виду, что не меньшую роль в генезе нарушений структурно-функционального состояния нервной ткани играет прямой цитотоксический эффект этанола и его дериватов [1,24,25,26], в совокупности с эффектами дефицита тиамин [27,28,29], приводящими к множеству вторичных метаболических нарушения в нейронах (вплоть до демиелинизация и глиоза) в центральных отделах головного мозга [30-34].

2.2. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

По данным ВОЗ потребление алкоголя с вредными последствиями приводит к 3 миллионам смертей ежегодно (5,3% всех случаев смерти), 5,1% общего глобального бремени болезней и травм обусловлено алкоголем, среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем. [1,3].

Заболеваемость, связанная с потреблением алкоголя, в РФ составляет около 4,4% от общей заболеваемости [3]. Согласно статистике, в 2017 г. в России было зарегистрировано 1198,1 на 100 тыс. населения потребителей алкоголя; из них пациенты с пагубным употреблением алкоголя составили 174,82 на 100 тыс. населения. Число пациентов с алкогольными расстройствами в РФ, зарегистрированных амбулаторными наркологическими учреждениями в 2017 году представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели	Абсолютное число	На 100 тыс. населения
	2017	2017*
Наркологические расстройства - всего	2238435	1524,77
в том числе:		
алкогольные психозы (АП)	50299	34,26
из них: амнестический синдром и резидуальные психотические расстройства	3952	2,69
синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)	1451875	988,99
начальная стадия	101573	69,19
средняя стадия	1314554	895,45
конечная стадия	35748	24,35
пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя	256649	174,82
Синдром зависимости от алкоголя, включая АП	1502174	1023,25
Потребители алкоголя	1758823	1198,1

Одновременно отмечено снижение уровня показателей обращений в медицинские учреждения по поводу злоупотребления алкоголем на 17,3% – с 246,7 до 203,9 на 100 тыс. населения.

Тем не менее, на основе анализа мировых методологических подходов к алкоголь-атрибутивной заболеваемости и смертности в странах Европы и России высказано мнение о том, что при учете состояний, в которых алкоголь является потенциально случайным фактором (т.е. в случаях смерти от любых причин, произошедших в состоянии алкогольного опьянения), он может являться угрозой национальной безопасности [6].

По сведениям Федеральной службы государственной статистики, в России число больных с алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, в 2015 году составило 1 577 000 человек (1076,2 на 100 тыс. населения), в 2016 году снизилось до 1 444 500 человек (984,0 на 100 тыс населения), а в 2017 году уже до 1 304 600 (888,2 на 100 тыс населения). Сама же заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами (взятые на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни) снизилась со 103, 6 тыс. человек (70,7 на 100 тыс. населения) в 2015 году до 95,0 тыс. (64,8 на 100 тыс населения) в 2016 году и до 78,2 тыс. (53,2 на 100 тыс. населения) в 2017 году [8,9]. Как известно, распространенность алкогольных психозов отражает и распространенность алкоголизма (алкогольные психозы возникают только у больных алкоголизмом), и его тяжесть, то есть, прямо коррелирует с уровнем потребления алкоголя. В среднем их частота составляет около 10% от общего числа лиц, больных алкоголизмом [11]; смертность среди пациентов с алкогольным делирием может достигать 8% [21]. Энцефалопатия Гайе-Вернике развивается приблизительно у 1% лиц, злоупотребляющих алкоголем, зачастую остается клинически нераспознанной и диагностируется случайно лишь в ходе аутопсии либо при нейровизуализационном исследовании головного мозга [22,23].

Сравнительная эпидемиологическая оценка распространенности амнестического синдрома в Российской Федерации и в мире с использованием МКБ 10 затруднена в силу различных подходов к классификации психических заболеваний (расстройств), а также из-за трудностей, возникающих в этой связи при рубрикации психоорганических расстройств [35,36]. Помимо этого, официальная статистика заболеваемости Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения и Всемирной организации здравоохранения учитывает лишь психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя, в общую массу которых попадает корсаковский психоз (синдром) [37,38,39].

2.3. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

В настоящее время в России действует «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)»¹(МКБ-10). Ниже приведены базовые шифры психических расстройств и расстройства поведения, связанных с употреблением алкоголя (уточнения к шифрам состояний приведены в соответствующих разделах).

Первый знак (буква) обозначает группу расстройств той или иной системы. Конкретное вещество указывается 2-м и 3-м знаками (т.е. первыми двумя цифрами после буквы F), а 4-й, 5-й и 6-й знаки уточняют клиническое состояние.

Таким образом: F10 – психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя.

Четвертый знак (3-я цифра) используется для уточнения клинического состояния: характер потребления алкоголя, формирование синдрома зависимости, наличие психотических или дементных состояний и т.п. (см. таблицу 2).

Таблица 2

Базовые шифры МКБ-10, касающиеся психических расстройств и расстройства поведения, связанных с употреблением алкоголя

¹ Приказ Минздрава РФ от 27.05.97 п170 (ред. от 12.01.98) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра».

Состояние	Шифр МКБ-10
Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)	F10.0 *
Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя	F10.1
Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя	F10.2
Абстинентное состояние (синдром отмены)	F10.3
Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием	F10.4
Психотическое расстройство	F10.5
Амнестический синдром	F10.6
Резидуальные и отсроченные психические расстройства	F10.7
Другие психические расстройства и расстройства поведения	F10.8
Неуточненное психическое расстройство и расстройство поведения	F10.9 **

Примечание:

* - диагноз острой алкогольной интоксикации, как правило, используется при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в случае если факт алкогольной зависимости установить не представляется возможным.

** - при дифференциации данных расстройств следует учитывать возможность наличия предшествующих психических расстройств, маскируемых употреблением алкоголя и возобновляющихся в период исчезновения его действия (например, тревога, связанная с фобиями, депрессивное расстройство или шизотипическое расстройство).

Пятый знак (4-я цифра), например, при острой алкогольной интоксикации может отразить сопутствующие осложнения: травмы, расстройства восприятия, кома, судороги и некоторые другие медицинские проблемы. (При синдроме зависимости от алкоголя и других патологических состояниях у пятого знака иная функция.). Пример диагноза: F10.00 – острая интоксикация вследствие приема алкоголя неосложненная, или F10.01 – острая интоксикация вследствие приема алкоголя с травмой или другим телесным повреждением, или F10.07 – острая интоксикация вследствие приема алкоголя с патологическим опьянением. Если требуется уточнить степень опьянения подключается шестой знак (5-я цифра); например, F10.011 – острая алкогольная интоксикация легкой степени с травмой или другим телесным повреждением, или F10.022 – острая алкогольная интоксикация средней степени с другими медицинскими осложнениями. (При синдроме зависимости от алкоголя у шестого знака иная функция.)

Более детально использования шифров в практике клинической наркологии будет приведено ниже, в соответствующих разделах настоящего документа.

2.4. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Согласно Инструкции по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)² (МКБ-10), эта систематика является нормативным документом, обеспечивающим единство и сопоставимость материалов о здоровье населения, об эпидемиологической ситуации и деятельности учреждений здравоохранения как в пределах страны, так и между странами. Она является важным методическим средством для обеспечения автоматизации основных управленческих и планово-нормативных работ.

Именно в силу такого предназначения, документ лишен динамического подхода к болезни (другими словами – прогностического потенциала), свойственного отечественной наркологической науке и практике. Вместе с тем, МКБ-10 является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов, чему способствовала адаптация этого документа к практике работы медицинских учреждений России; она в значительной мере дисциплинирует клиническое мышление врача, одновременно сохраняя определенную гибкость диагностических подходов.

Наркологическая патология относится к Классу V. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ (F00 - F99), а именно – к блоку ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С (ВЫЗВАННЫЕ) УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (F10 - F19).

2.5 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Алкоголизм (хронический алкоголизм, синдром зависимости от алкоголя) как любая болезнь, это процесс, имеющий свое начало, свои этапы, свой финал и протекающий с той или иной скоростью. Подчиняясь законам общей патологии, алкоголизм возникает и развивается в результате сочетанного (в разных пропорциях) действия средового и генетического факторов.

Признаки алкоголизма различаются между собой по их специфичности и, следовательно, диагностической ценности. Есть те, которые позволяют лишь предположить наличие алкогольных проблем: частое употребление спиртных напитков, мраморность кожи, дистрофия мышц и понижение кожной чувствительности дистальных отделов ног, гепатомегалия, повышение среднего объема эритроцитов, уровня в плазме крови триглицеридов, γ -глутамилтранспептидазы, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы и др. Но эти признаки становятся симптомами болезни и обретают диагностическую надежность, только если они выступают в составе клинических синдромов, определенность и постоянство которых основываются на патогенезе алкогольной зависимости.

Клинику алкоголизма условно можно разделить две группы признаков, доля которых в общей картине болезни уникальна для каждого пациента: аддиктивный и токсикогенный блоки симптомов. (Такое деление удобно с точки зрения планирования дифференцированных лечебных программ.) К аддиктивному блоку относят нозологически специфические признаки зависимости, характеризующие «сквозной» синдром – патологическое влечение к алкоголю; токсикогенная симптоматика чаще малоспецифична и образована разнообразными соматоневрологическими, когнитивными и иными следствиями (в том числе, психотическими расстройствами) хронической интоксикации этанолом и его дериватами.

К кардинальным клиническим синдромам алкоголизма принято относить: патологическое влечение к алкоголю, абстинентное состояние и алкогольную деградацию; возникая именно в такой последовательности, эти синдромы отражают прогрессивность заболевания, т.е. его поступательное утяжеление, или стадийность.

Начальная (первая) стадия характеризуется, прежде всего, патологическим влечением к алкоголю (ПВА), являющимся самодовлеющим и господствующим мотивом поведения, когда потребление спиртного не служит никаким целям, кроме одной – достигнуть состояния опьянения. То есть алкогольное опьянение становится самоцелью вопреки многим его отрицательным последствиям, среди которых – нарушение семейных, дружеских, трудовых и других социальных связей, конфликты с законом, ухудшение физического и психического здоровья. Опьянения меняется в сторону сокращения и уменьшения эйфории; появляются раздражительность, грубость, агрессивность, придирчивость. Во время опьянения заостряются и другие преморбидные личностные особенности: бахвальство, эгоцентризм, обидчивость, ригидность. Кроме того, наблюдается значительный, в 2–3 раза по сравнению с изначальным, рост толерантности к алкоголю, который связан как с усилением метаболизма этанола, так и с уменьшением чувствительности к нему нервной ткани. Уже на этой стадии алкоголизма у всех больных происходят отчетливые изменения функционального состояния периферических нервов – с помощью электронейромиографии выявляется снижение скорости проведения нервного импульса и его амплитуды.

Средняя (вторая) стадия отличается от начальной сформированным синдромом отмены алкоголя (СОА). Имеющееся в структуре этого синдрома так называемое «вторичное» ПВА (неспособность «остановиться») изменяет характер злоупотребления спиртным: регулярное опохмеление все чаще ведет к последующему неконтролируемому поглощению алкоголя и дальнейшему ежедневному пьянству – формируется запойный либо постоянный тип злоупотребления алкоголем. Возникновению запоев сопутствуют все более углубляющиеся эмоциональные нарушения в виде предшествующих им депрессивно-дисфорических или

² Инструкция по использованию международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (для пользующегося МКБ-10) (утв. Министерством Здравоохранения Российской Федерации 25 мая 1998 г. N 2000/52-98)

депрессивно-апатических состояний. «Первичное» ПВА (потребность начать употребление) постепенно утрачивает связь с внешними обстоятельствами и все более становится аутохтонным. Толерантность к алкоголю вырастает до максимума и достигает 5–6-кратных величин по отношению к исходной. Становятся отчетливыми признаки морально-этического снижения и огрубления, которые прежде наблюдались главным образом во время опьянения.

Формируются психопатоподобные состояния либо заостряются преморбидные личностные особенности. В картине алкогольного опьянения, помимо углубления тех изменений, которые отмечались на начальной стадии, появляется органический оттенок: психическая ригидность, агрессия, брутальность аффекта, амнезия периода опьянения – в виде алкогольных палимпсестов (фрагментов более или менее стертых воспоминаний) или тотальной утраты памяти обо всем происходившем в это время.

Конечная (третья) стадия характеризуется, в первую очередь, психическим дефектом, в картине которого на первом плане – отсутствие тонких эмоций и усиление примитивных, исчезновение душевных привязанностей и интересов, преобладание и распушенность низменных влечений, эйфория, некритичность, бездеятельность, ослабление интеллектуально-мнестических функций и другие признаки алкогольной деградации. Им сопутствует разнообразная соматическая и неврологическая патология: полиневропатия, мозжечковые расстройства, болезни печени, поджелудочной железы, пищеварения и др., что создает картину общего одряхления и упадка. Толерантность к алкоголю, в отличие от первых двух стадий, значительно снижается; при сочетании тягостных и разнообразных абстинентных расстройств, постоянной потребности в опохмелении и низкой толерантности больной непрерывно пребывает в состоянии алкогольного опьянения. Симптоматика алкогольного опьянения, полностью лишенная эйфорической окраски, подчас напоминает психотические расстройства: больные бессвязно бормочут, к кому-то обращаются, грозят, жестикулируют.

При таком характере потребления спиртного признаки СОА «смазываются», так как сочетаются с алкогольным опьянением. Если же происходит полное отнятие алкоголя, СОА протекает очень тяжело и включает выраженные психопатологические нарушения: страх, бессонницу, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, идеи отношения, виновности и преследования. Нередко в картине СОА наблюдается психоорганическая симптоматика: интеллектуальная беспомощность, элементы амнестической дезориентировки, ослабление тазового контроля с непроизвольным мочеиспусканием, возможны эпилептические припадки.

Следует добавить, что в ряде случаев, когда интеллектуальное снижение у больных алкоголизмом достигает степени алкогольной деменции, при достаточно длительном воздержании от спиртного (тем более, сочетающемся с лечением) можно наблюдать ее обратное развитие.

В Таблице 3 приведены основные классификационные критерии диагностики СЗА согласно МКБ-10.

Таблица 3.

Диагностические критерии синдрома зависимости от алкоголя, F10.2*.

Категории	Характеристики
Определения	Сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.
Диагностические критерии	<p>Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникших в течение определенного времени на протяжении года:</p> <p>а) Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.</p> <p>б) Сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намечалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.</p> <p>в) Состояние отмены или абстинентный синдром (смотри F1x.3xx и F1x.4xx), возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.</p> <p>г) Повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.</p> <p>д) Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.</p> <p>е) Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.</p>
Пример формулировки диагноза	<p>F10.222 – Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость). Средняя (вторая) стадия зависимости.</p> <p>F10.232 – Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ. Средняя (вторая) стадия зависимости.</p>

Примечание:

* - лечебно-диагностические мероприятия приведены в соответствующих разделах.

Комментарий. Зависимость от алкоголя – заболевание проявляющимся симптомокомплексом когнитивно-поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психических, психологических и социально-средовых факторов, удельный вес которых уникален для каждого клинического случая. Диагноз синдрома зависимости следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту.

В Таблице 3 приведены основные классификационные критерии диагностики абстинентного состояния, или синдрома отмены алкоголя (СОА) согласно МКБ-10.

Таблица 4.

Диагностические критерии синдрома отмены алкоголя, F10.3*.

Категории	Характеристики
Определения	Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема вещества или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома

	отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами.
Диагностические критерии	Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении дозы алкоголя после его употребления обычно в течение длительного времени и/или в высоких дозах. Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены алкоголя. Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению алкоголя и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством.
Дифференциальный диагноз	Многие симптомы, присутствующие в структуре синдрома (состояния) отмены, могут также быть вызваны другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями, депрессивными расстройствами и другими. Простое постинтоксикационное состояние ("похмелье") или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены.
Пример формулировки диагноза	Диагноз состояния отмены уточняется пятым знаком, указывающим на наличие или отсутствие осложнений: F10.30 – Абстинентное состояние (синдром отмены) неосложненное F10.31 – Синдром отмены алкоголя с судорожными припадками. F10.39 – Синдром отмены алкоголя БДУ (без дополнительных уточнений).

Примечание:

* - лечебно-диагностические мероприятия приведены в соответствующих разделах.

Комментарий. Синдром отмены (абстинентное состояние) входит в структуру средней и конечной стадий зависимости от психоактивных веществ. Состояние (синдром) отмены является одним из проявлений синдрома зависимости F10.2 и этот диагноз тоже надо устанавливать.

В Таблице 4 приведены диагностические критерии абстинентного состояния, или синдрома отмены алкоголя (СОА) с делирием согласно МКБ-10.

Таблица 5.

Диагностические критерии синдрома отмены алкоголя с делирием, F10.4*.

Категории	Характеристики
Определения	Кратковременное (преходящее), иногда опасное для жизни острое психотическое состояние, протекающее с расстройством сознания, галлюцинациями и сопутствующими соматическими расстройствами. Оно возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема алкоголя у лиц с зависимостью от него, употребляющих алкоголь в течение долгого времени.
Диагностические критерии	Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, тремор, тревогу и страх. Перед началом могут возникать судорожные припадки. Классическая триада симптомов включает расстройство сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, возбуждение, бессонница или инверсия цикла сна и вегетативные нарушения. При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила: <ul style="list-style-type: none"> • Наличие состояния отмены, как оно определено в F10.3. • Наличие делирия, как он определен в /F05.-/ согласно МКБ-10
Дифференциальный диагноз	Следует дифференцировать с интоксикационными делириями (см. раздел 3.4).
Пример диагноза	F10.42 Абстинентное состояние (синдром отмены) с мусситирующим делирием F10.43 Абстинентное состояние (СОА) с «профессиональным» делирием; F10.49 Абстинентное состояние (СОА) с делирием неуточненным.

Примечание:

* - лечебно-диагностические мероприятия приведены в соответствующих разделах.

Комментарии. Включаются: белая горячка (алкогольная) (F10.4x); энцефалопатия Гайе-Вернике (F10.4x); энцефалопатия Маркиафавы-Биньями (F10.4x); другие острые алкогольные энцефалопатии (F10.4x).

В клинической практике алкогольные делирии рассматривают как вид алкогольных психозов, наряду с алкогольными галлюцинозами, алкогольными бредовыми психозами, алкогольными энцефалопатиями [1, 11, 24-26, 42], т.к. все они представляют собой осложнения СЗА в виде синдрома помрачения сознания, или делириозного синдрома. В отечественной психиатрии и наркологии выделяют несколько форм алкогольного делирия, часть из которых не соответствует критериям МКБ-10 [1]. К ним, в частности, относятся: гипнагогический делирий; гипнагогический делирий фантастического содержания, или гипнагогический ониризм; делирий с выраженными вербальными галлюцинациями, делирий с фантастическим содержанием (фантастический делирий, алкогольный онейроид, делирий онейроидный), делирий с онирическими расстройствами (алкогольный ониризм), делирий с психическими автоматизмами. Если имеет место атипичный делирий, т.е. психотическое состояние с признаками эндогенной патологии, есть основание применить шифра F10.48 – абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием другим.

В Таблице 5 приведены диагностические критерии психотического расстройства вследствие употребления алкоголя согласно МКБ-10.

Таблица 6.

Диагностические критерии психотического расстройства вследствие употребления алкоголя, F10.5*

Категории	Характеристики
Определения	Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но час-то затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Расстройство обычно проходит, по крайней мере, частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев.
Диагностические критерии	Психотическое расстройство, возникшее во время или непосредственно после употребления психоактивного вещества, должно регистрироваться как F10.5, если оно не является проявлением состояния отмены с делирием (смотри F10.4) или психозов с поздним началом. Могут возникать психотические расстройства с поздним дебютом (более 2 недель после употребления вещества), но они должны кодироваться как F10.75x. Психотическое расстройство может возникать преимущественно в средней и конечной стадии СЗА. Включаются: острый алкогольный галлюциноз; алкогольный бред ревности (начальный период); острая алкогольная паранойя; алкогольный психоз БДУ. Включается: острый алкогольный галлюциноз, острый бред ревности, острая алкогольная паранойя.
Дифференциальный диагноз	F1x.75x Психотическое расстройство с поздним дебютом

Пример диагноза	F1x.51 – психотическое расстройство преимущественно бредовое; F1x.52 – психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (включая алкогольный галлюциноз); F1x.54 – психотическое расстройство преимущественно с депрессивными симптомами.
-----------------	---

Примечание:

* - лечебно-диагностические мероприятия приведены в соответствующих разделах.

В МКБ-10 психотические расстройства вследствие употребления алкоголя шифруются пятизначным кодом в соответствии с характером течения.

В Таблице 6 приведены диагностические критерии амнестического синдрома согласно МКБ-10.

Таблица 7

Диагностические критерии амнестического синдрома согласно МКБ-10 *

Категории	Характеристики
Определения	Амнестическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя. Проявляется выраженным хроническим нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.
Диагностические критерии	Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя, должен отвечать общим критериям органического амнестического синдрома (смотри F04. -). Могут присутствовать также личностные изменения, часто с апатией и потерей инициативы (тенденция не заботиться о себе), но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза Амнестический синдром преимущественно встречается в конечной стадии алкогольной зависимости (как исход острых энцефалопатий). При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила. Нарушение памяти, проявляется двумя признаками: <ul style="list-style-type: none"> • нарушение запоминания и дефект памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки; • сниженная способность к воспроизведению прошлого опыта. Отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> • помрачения сознания и расстройства внимания, как они определяются критерием А. в F05.-; • общего интеллектуального снижения (деменции).
Уточнения	F10.6 с дополнительным кодом, (E51.2, G32.8), при необходимости, когда расстройство ассоциировано с болезнью или синдромом Вернике.
Дифференциальный диагноз	Следует учитывать возможность органического (неалкогольного) амнестического синдрома (смотри F04.-); других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция или делирий) (F00-F03, F05.-), депрессивное расстройство (F31-F33).
Пример диагноза	F10.6. Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя

Примечание:

* - лечебно-диагностические мероприятия приведены в соответствующих разделах.

Амнестический синдром.

Общепринятой классификации амнестического синдрома (АС) в наркологии и психиатрии не существует. С точки зрения клинической практики, имеющей целью подбор оптимальных средств терапии, может быть применена следующая классификация состояний больных с амнестическим синдромом [25-28].

Апато-абулические состояния у больных с амнестическим синдромом наблюдаются чаще. Они выражаются вялостью, пассивностью, малоподвижностью, безразличием к окружающему, отсутствием живого интереса к близким и к возможному выздоровлению. Стремление залёживаться в постели может быть расценено как астения, однако монотонность апато-абулических расстройств, отсутствие их связи с циклом сон-бодрствование, а также соответствующих жалоб и пантомимического сопровождения отличают их от астенических состояний.

Эйфорические состояния нередко смешивают с маниакальными или гипоманиакальными: те и другие характеризуются повышенным настроением. Однако эйфория отличается от (гипо)мании преобладанием пассивного благодушия, спокойной весёлости, умиротворенности, отсутствия речевого и моторного возбуждения; беспечности и снижения критики. Признаки хронической эйфории отмечаются обычно как элемент психической деградации у больных в поздних стадиях алкоголизма.

Псевдопаралитический синдром – проявляется грубыми нарушениями памяти, сопровождающимися обильными, нередко фантастического содержания конфабуляциями на фоне полного отсутствия критики и дезорганизации мышления.

Условно амнестический синдром разделяют по степени его тяжести:

- Амнестический синдром легкой степени тяжести: имеются нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания, и дезориентировка во времени при сохранности ориентировки в месте и окружающем.
- Амнестический синдром средней степени тяжести: нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии.
- Амнестический синдром тяжелой степени: беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания (см. Таблицу 6).

3. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.

3.1 Диагностика пагубного потребления алкоголя.

Диагноз пагубного (с вредными последствиями) потребления алкоголя (ППА), F10.1, устанавливается врачом психиатром-наркологом клинико-anamnestическим методом (сбор анамнеза жизни и заболевания, физикальное исследование) и путем клинико-психопатологического обследования. Объем и состав диагностических мероприятий определяются соответствующими приказами Минздрава России (см. Приложение А3).

3.1.1 Жалобы и анамнез.

Модель пагубного (с вредными последствиями) употребления алкоголя, или злоупотребление алкоголем, предполагает вред для здоровья – физический (например, в случае получения различных травм в состоянии алкогольного опьянения) или психический (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации). Частота употребления алкоголя при этой модели потребления не столь важна, она индивидуальна для каждого клинического случая.

Принципиально важно для установления этого диагноза отсутствие клинических признаков синдрома зависимости от алкоголя, как они сформулированы в соответствующем разделе МКБ-10. Данное обстоятельство делает лиц с таким диагнозом объектом профессионального внимания в значительно большей степени врачей психотерапевтов и врачей общей практики.

Диагностические указания МКБ-10:

При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.

А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.

Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.

В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

Комментарий.

- При сборе анамнеза следует руководствоваться диагностическими критериями МКБ-10 [1,40,41,42].
- В данную рубрику не включаются острая интоксикация алкоголем, синдром зависимости от алкоголя, психотические расстройства или другие специфические формы расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

Дифференциальная диагностика ППА и синдрома зависимости приведена в таблице 8.

Таблица 8.

Дифференциальная диагностика пагубного употребления и зависимости.

Клинические проявления	Пагубное употребление алкоголя	Сформированная зависимость от алкоголя
Систематическое употребление. Потребление алкоголя с низким риском синдрома зависимости по меркам ВОЗ: мужчины – свыше 75 мл водки (40%), или 200 мл вина (15%), или 500 мл пива (6%) в день; женщины – свыше (50 мл водки (40%), или 130 мл вина (15%), или 330 мл пива (6%).	Есть	Есть
Рост переносимости алкоголя	Продолжается	Темп роста заметно снижается
Эйфория в опьянении	Есть	Тенденция сокращаться по времени
Опасное поведение в опьянения	Чаще отсутствует	Может возникнуть из-за переоценки своих возможностей
Влечение к алкоголю	Чаще имеет ситуационный характер и преодолимо	Носит характер навязчивости и труднопреодолимо
Утрата количественного контроля	Возможны единичные случаи	Практически каждый раз
Влечение к алкоголю в состоянии постинтоксикации	Отсутствует	Есть
Запоминание событий в выраженном опьянении	Нет	Есть
Критическое отношение к пьянству	Чаще отсутствует	Возможно в случае осознания значимости негативных последствий

Выявлению лиц с пагубным употреблением алкоголя в общетерапевтической практике рекомендовано использовать Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test) [44,45].

Комментарий. Положительный результат теста AUDIT, рекомендованного ВОЗ (Приложение Г2), служит объективным поводом для лечебного вмешательства, направленного на сокращение или прекращение потребления алкоголя с целью снизить риск развития вредных последствий для здоровья. Тест предназначен для использования, в первую очередь, врачами общей практики и представляет собой самоопросник для выявления пагубного употребления алкоголя.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Для определения объемов потребляемого алкоголя непосредственно перед обращением за лечебной помощью является валидный тест TLFB (Time Line Follow Back method) [46] (См. Приложение Г1).

Привести Уровень убедительности рекомендаций по всему документу в соответствие с новыми требованиями (см. мой файл «УДД и УУР»)

Комментарий. Метод TLFB повышает точность традиционного клинико-анамнестического подхода и делает сопоставимыми результаты клинических наблюдений в мировой практике, т.к. широко применяется в зарубежных и мн. др. [47,48,49] и, отчасти, в отечественных научных исследованиях [50,51,52]. Согласно накопленному опыту, с его помощью можно уверенно определить объемы выпитого спиртного за период от 1 месяца до 2-х предшествующих лет. К свободному (бесплатному) использованию в практике без нарушения авторских прав разрешена 3-х месячная версия метода [53].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

3.1.2 Физикальное обследование

Физикальное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), как базовая клиническая компетенция врача, направлена на выявление болезненных последствий злоупотребления алкоголем. Рекомендуется обследование соматического и неврологического состояний [1,20,42,54,55,56].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

3.1.3 Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика ПУА регулируется соответствующими нормативными документами Минздрава России (см. Приложение А3). Лабораторную диагностику используют также в случаях необходимости определить тип психоактивного вещества.

Следует помнить: непрямые лабораторные биомаркёры (прямой – этанол) лишь косвенно отражают факт чрезмерности потребления алкоголя [1, Ошибка! Источник ссылки не найден.,58,59, 73,74], но не позволяют установить клинический диагноз, что является исключительной прерогативой врача-нарколога.

К непрямым биомаркёрам, повсеместно используемым в рутинной лечебной практике в соответствии с приказами Минздрава России об утверждении стандартов медицинской помощи при употреблении психоактивных веществ (далее – Стандарты, см. Приложение А3), относят гамма-глутамилтрансферазу (ГГТ), аспартатаминотрансферазу (АсАТ), аланинаминотрансферазу (АлАТ), средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ, MCV).

Диагностическая ценность ряда непрямых биомаркёров злоупотребления алкоголем, приведена в таблице 9

Таблица 9

Чувствительность и специфичность биомаркёров употребления алкоголя *

Биомаркёр	Чувствительность, %	Специфичность, %
АСТ	15–69	47–68
АЛТ	18–58	50–57

ГГТ	34–85	11–95
СКОЭ (MCV)	34–89	26–95
УДТ (CDT)	39–94	82–100
УДТ + ГГТ	90	98
Этанол	0–100	0–100

Примечание: * - цит. по Тарасова О.И., Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. Диагностика состояния хронической алкогольной интоксикации. Биологические маркёры злоупотребления алкоголем. В кн.: Наркология: национальное рук-во/под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.–с.856-861.

Комментарий.

- ✓ При выборе диагностических тестов необходимо учитывать их чувствительность и специфичность. *Чувствительность* — доля больных АЗ с положительным результатом теста; ее выражают в процентах. Идеальным считают тест с чувствительностью 100%. *Специфичность* — доля здоровых с отрицательным результатом теста; ее также выражают в процентах. Чем выше специфичность, тем надежнее тест.
- ✓ Такой метод, как определение углеводдефицитного трансферрина (УДТ, CDT) считается весьма информативным, но затратен в исполнении, т.к. требует дорогостоящего оборудования и расходных материалов.
- ✓ Измерение содержания алкоголя в биологических средах не входит в Стандарты оказания медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ (см. Приложение А3).

- Рекомендовано определение активности ГГТ [1,56-61, 73,74].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств– I).

Комментарий. У 50-90% лиц с пагубным употреблением алкоголя обнаруживают изменение активности ГГТ. Полная нормализация активности ГГТ в среднем происходит в течение 2-4 недель. Однако аналогичные сдвиги отмечают и у 10% здоровых лиц. Чувствительность и специфичность метода - 80%.

- Рекомендовано определение активности АсАТ и АлАТ [1,56-61, 73,74].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств– I).

Комментарии. Измерение активности трансфераз АсАТ и АлАТ в сыворотке крови, отражающих функциональное состояние гепатоцитов, является рутинным лабораторным методом обследования.

Соотношение АСТ/АЛТ используют для дифференциации неалкогольного стеатогепатита от алкогольной болезни печени (при соотношении менее 1 предполагают наличие неалкогольного стеатогепатита, при значении больше 2 – алкогольную болезнь печени).

В повседневной клинической практике с помощью определения ГГТ и СКОЭ можно тестами идентифицировать 91% больных АЗ в общей популяции лиц, обратившихся за медицинской помощью. Совместное использование лабораторных тестов по определению активности ГГТ и АСТ позволяет достигнуть 100% чувствительности и 90% специфичности.

- Рекомендовано определение уровня среднего корпускулярного объема эритроцитов, СКОЭ (MCV) [1, 61].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств– I).

Комментарий. Отмечена зависимость между увеличением СКОЭ и частотно-количественными показателями потребляемого алкоголя. Размер эритроцитов не изменяется вслед за недавним (в течение последнего месяца) алкогольным эксцессом. Для изменения среднего корпускулярного объема эритроцитов требуется длительное ежедневное употребление спиртных напитков в дозе, эквивалентной около 60 г чистого этанола. При обследовании больных стационаров с алкогольной зависимостью (т.е. лиц, длительно и регулярно потребляющих алкоголь) чувствительность теста составила около 90%. Его специфичность также довольно высока (90%) поскольку у людей, не употребляющих спиртных напитков или пьющих в социально приемлемых нормах, редко обнаруживают высокие значения СКОЭ. Комбинация высокой чувствительности и специфичности теста позволяет идентифицировать злоупотребление больных алкоголизмом до 96%

- Рекомендовано определение концентрации УДТ [1,56-**Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 74].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

Ежедневный прием алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола, в течение по меньшей мере недели сопровождается заметным повышением уровня УДТ в плазме крови.

В зависимости от методологии определения и особенностей пациентов, чувствительность метода колеблется от 20 до 100%, специфичность – от 75 до 100%.

- Рекомендация использовать содержания этанола и его метаболитов в биологических средах как прямых маркеров алкогольной интоксикации со 100% специфичностью, диктуется текущей клинической ситуацией: например, если пациент отказывался признать алкогольное опьянение [1,65,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств– I).

Комментарий. Уровень алкоголя в крови, превышающий 300 мг/дл, или уровень алкоголя в крови более чем 150 мг/дл без явных признаков опьянения, или уровень алкоголя в крови выше 100 мг/дл во время обычного осмотра с высокой степенью надежности указывает на наличие, как минимум, злоупотребления алкоголем. Короткий период полувыведения алкоголя ограничивает его использование в качестве биомаркера. Уровень этанола в крови подтверждает употребление алкоголя в предыдущие несколько часов, но не является показателем его хронического потребления; тем не менее, это дает основание предположить ПУА.

3.1.4 Инструментальная диагностика.

Инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография) предписанные Стандартами оказания медицинской помощи при пагубном употреблении алкоголя (см. Приложение А3), предназначены в первую очередь для выявления физического вреда, наносимого его злоупотреблением [1,42,54,55,56,69].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

3.1.5. Иная диагностика (пункт не связан с оглавлением).

Иные методы диагностики назначаются врачами-специалистами (терапевт, невролог, дерматовенеролог и др.), а также психотерапевтом, медицинским психологом, исходя из текущей клинической ситуации.

3.2 Диагностика синдрома зависимости

Диагноз «синдром зависимости от алкоголя» (СЗА) устанавливается исключительно врачом психиатром-наркологом путем клинико-anamnestической и клинико-психопатологической диагностики, а также с помощью физикального (общеклинического) осмотра пациента: сбор жалоб, сведений объективного и субъективного анамнезов, состояние соматической, неврологической, психической сфер. Иные виды диагностики (лабораторная, инструментальная, патопсихологическая) играют вспомогательную роль. Характер диагностических мероприятий регулируется соответствующими Стандартами медицинской помощи Минздрава России (см. Приложение А3)

Согласно МКБ-10, СЗА (F10.2) можно уточнить по следующим позициям: активность зависимости, либо ремиссия и её условия, форма злоупотребления, стадия болезни.

Уточнения диагноза синдрома зависимости от алкоголя приведены в таблице 10

Примеры шифрования уточнённого диагноза синдрома зависимости от алкоголя F10.2

Шифр по МКБ-10	Клинические характеристики
F10.201	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Начальная (первая) стадия зависимости
F10.202	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя (вторая) стадия зависимости
F10.203	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.209	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Стадия зависимости неизвестна
F10.211	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Начальная (первая) стадия зависимости
F10.212	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Средняя (вторая) стадия зависимости
F10.213	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.219	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в предохраняющих условиях). Стадия зависимости неизвестна
F10.221	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость). Начальная (первая) стадия зависимости
F10.222	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость). Средняя (вторая) стадия зависимости
F10.223	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости
F10.229	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии (контролируемая зависимость)
F10.231	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ. Начальная (первая) стадия зависимости.
F10.232	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ. Средняя (вторая) стадия зависимости.
F10.233	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ. Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.239	Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ. Стадия зависимости неизвестна.
F10.241	Синдром зависимости от алкоголя. Употребление вещества в настоящее время (активная зависимость). Начальная (первая) стадия зависимости.
F10.242	Синдром зависимости от алкоголя. Употребление вещества в настоящее время (активная зависимость). Средняя (вторая) стадия зависимости.
F10.243	Синдром зависимости от алкоголя. Употребление вещества в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.249	Синдром зависимости от алкоголя. Употребление вещества в настоящее время (активная зависимость). Стадия зависимости неизвестна.
F10.251	Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное) употребление. Начальная (первая) стадия зависимости.
F10.252	Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное) употребление. Средняя (вторая) стадия зависимости.
F10.253	Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное) употребление. Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.259	Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное) употребление. Стадия зависимости неизвестна.
F10.261	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление. Начальная (первая) стадия зависимости.
F10.262	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление. Средняя (вторая) стадия зависимости.
F10.263	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление. Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.269	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление. Стадия зависимости неизвестна.
F10.291	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление БДУ. Начальная (первая) стадия зависимости.
F10.292	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление БДУ. Средняя (вторая) стадия зависимости.
F10.293	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление БДУ. Конечная (третья) стадия зависимости.
F10.299	Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление БДУ. Стадия зависимости неизвестна.

3.2.1 Жалобы и анамнез.

- При сборе анамнеза рекомендовано:
 - опираться на диагностические критерии синдрома зависимости от алкоголя, как они изложены в МКБ-10 (см. далее Диагностические указания) с целью адекватного шифрования диагноза и применения терапии в рамках существующих Стандартов (см. Приложение А3);

использовать дополнительные сведения (объективный анамнез) об особенностях пациента и характере заболевания с целью уточнения нанесенного болезнью ущерба для различных сфер жизнедеятельности [1,42,66-68].

Диагностические указания МКБ-10 для СЗА (F10.2):

Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:

- а) Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества.
- б) Сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества.
- в) Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.
- г) Повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту.
- д) Поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.
- е) Продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Диагностические указания МКБ-10 для стадии СЗА:

F10.2x1x Начальная (первая) стадия зависимости.

Выделяются следующие диагностические критерии (смотри выше критерии а), б), г) и е) «Диагностических указаний МКБ-10 для СЗА»), свидетельствующие о формировании начальной стадии зависимости (для постановки диагноза достаточно двух критериев):

- сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества; сниженная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени, большего чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление вещества;
- повышение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту; продолжающееся употребление вещества вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества

F10.2x2x Средняя (вторая) стадия зависимости.

Помимо признаков зависимости, которые указаны в F10.2x1x, дополнительно присутствует, как минимум, один из двух оставшихся критериев в) и д) синдрома зависимости (смотри выше «Диагностические указания МКБ-10 для СЗА (F10.2)»):

- состояние отмены или абстинентный синдром (смотри ниже раздел «Диагностика синдрома отмены алкоголя»), возникающее, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;
- поглощенность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества и на восстановление от его эффектов.

F10.2x3x Конечная (третья) стадия зависимости.

Помимо признаков синдрома зависимости, указанных в F10.2x1x и в F10.2x2x, могут определяться:

- снижение толерантности к алкоголю;
- резидуальные и отсроченные психические расстройства (F10.7), амнестический синдром (F10.6);
- как правило, определяются стойкие соматоневрологические нарушения (в частности, полиневропатия, мозжечковые расстройства, характерные поражения сердца, печени и других органов и систем).

3.2.2 Физикальное обследование

Общемедицинское обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), как базовая компетенция врача, при СЗА призвано оценить токсикогенные последствия злоупотребления алкоголем, тем самым оценив общую тяжесть алкогольной зависимости (в том числе, стадию болезни), сформулировать клинический диагноз и наметить тактику лечения пациента [1,42,68-72].

3.2.3 Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика СЗА регламентируется соответствующими нормативными документами Минздрава России (см. Приложение А3). Лабораторную диагностику используют также в случаях необходимости определить тип психоактивного вещества. Лабораторные исследования при алкогольной зависимости имеют два диагностических аспекта: а) мониторинг функции печени и б) объективное подтверждение систематического употребления алкоголя.

Следует помнить: не прямые лабораторные биомаркеры (прямой – этанол) лишь косвенно отражают факт чрезмерности потребления алкоголя [1, Ошибка! Источник ссылки не найден., 58,59, 73,74], но не позволяют установить клинический диагноз, что является исключительной прерогативой врача-нарколога.

К непрямым биомаркерам, повсеместно используемым в рутинной лечебной практике в соответствии со Стандартами Минздрава России (см. Приложение А3), относятся аспаратаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ, MCV). Диагностическая ценность перечисленных биомаркеров (чувствительность и специфичность) изложена в таблице ... раздела 3.1.3.

- Рекомендовано определение активности ГГТ [1,56-61, 73,74].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Комментарий. У 50-90% лиц с пагубным употреблением алкоголя обнаруживают изменение активности ГГТ. Полная нормализация активности ГГТ в среднем происходит в течение 2-4 недель. Однако аналогичные сдвиги отмечают и у 10% здоровых лиц. Чувствительность и специфичность метода - 80%.

- Рекомендовано определение активности АсАТ и АлАТ [1,56-61, 73,74].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Комментарий. Измерение активности трансфераз АсАТ и АлАТ в сыворотке крови, отражающих функциональное состояние гепатоцитов, является рутинным лабораторным методом обследования.

Соотношение АСТ/АЛТ используют для дифференциации неалкогольного стеатогепатита от алкогольной болезни печени (при соотношении менее 1 предполагают наличие неалкогольного стеатогепатита, при значении больше 2 – алкогольную болезнь печени).

В повседневной клинической практике с помощью определения ГГТ и СКОЭ можно тестами идентифицировать 91% больных АЗ в общей популяции лиц, обратившихся за медицинской помощью. Совместное использование лабораторных тестов по определению активности ГГТ и АСТ позволяет достигнуть 100% чувствительности и 90% специфичности.

- Рекомендовано определение уровня среднего корпускулярного объема эритроцитов, СКОЭ (MCV) [1, 61].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Комментарий. Отмечена зависимость между увеличением СКОЭ и частотно-количественными показателями потребляемого алкоголя. Размер эритроцитов не изменяется вслед за недавним (в течение последнего месяца) алкогольным эксцессом. Для изменения среднего корпускулярного объема эритроцитов требуется длительное ежедневное употребление спиртных напитков в дозе, эквивалентной около 60 г чистого этанола. При обследовании больных стационаров с алкогольной зависимостью (т.е. лиц, длительно и регулярно потребляющих алкоголь) чувствительность теста составила около 90%. Его специфичность также довольно высока (90%) поскольку у людей, не употребляющих спиртных напитков или пьющих в социально приемлемых нормах, редко обнаруживают высокие значения СКОЭ. Комбинация высокой чувствительности и специфичности теста позволяет идентифицировать злоупотребление больных алкоголизмом до 96%

- Рекомендовано определение УДТ [1,42, 56-**Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 74].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

Ежедневный прием алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола, в течение по меньшей мере недели сопровождается заметным повышением уровня УДТ в плазме крови.

В зависимости от методологии определения и особенностей пациентов, чувствительность метода колеблется от 20 до 100%, специфичность – от 75 до 100%.

- Рекомендация использовать содержания этанола и его метаболитов в биологических средах как прямых маркеров алкогольной интоксикации со 100% специфичностью, диктуется текущей клинической ситуацией: например, если пациент отказывался признать алкогольное опьянение либо злоупотребление спиртными напитками [1,65,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Комментарий. Уровень алкоголя в крови, превышающий 300 мг/дл, или уровень алкоголя в крови более чем 150 мг/дл без явных признаков опьянения, или уровень алкоголя в крови выше 100 мг/дл во время обычного осмотра с высокой степенью надежности указывает на наличие, как минимум, злоупотребления алкоголем. Короткий период полувыведения алкоголя ограничивает его использование в качестве биомаркера. Уровень этанола в крови подтверждает употребление алкоголя в предыдущие несколько часов, но не является показателем его хронического потребления; тем не менее, это дает основание предположить, как минимум, ПУА. Диагноз СЗА возможно установить только клиничко-анамнестическим и клиничко-психопатологическим методами, в том числе, с применением специальных опросников (см. Приложение Г, Г1, Г2).

3.2.4 Инструментальная диагностика

Инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография) предписанные Стандартами оказания медицинской помощи при СОА (см. Приложение А3), предназначены в первую очередь для выявления физического вреда, наносимого его злоупотреблением [1,42, 54,55,56,69].

Уровень убедительности рекомендаций – D (Уровень достоверности доказательств – IV).

Комментарий. Целесообразность более глубокого неврологического обследования (особенно при возможности провести электронейромиографию (ЭНМГ) обусловлено тем, что алкогольная полинейропатия занимает основное место среди соматоневрологических расстройств и развивается у 30–70 % больных с зависимостью от алкоголя, а её латентные, бессимптомные, формы при выполнении ЭНМГ обнаруживаются у 97–100 % больных, хронически злоупотребляющих алкоголем [70,71,72].

3.2.5. Иная диагностика.

Иные методы диагностики назначаются врачами-специалистами (терапевт, невролог, дерматовенеролог, и др.), а также психотерапевтом, медицинским психологом, исходя из текущей клинической ситуации.

3.3 Диагностика синдрома отмены алкоголя.

Диагноз «синдром отмены алкоголя» (СОА) устанавливается исключительно врачом психиатром-наркологом, главным образом, путем клиничко-психопатологической диагностики, а также с помощью физикального (общеклинического) осмотра пациента: сбор жалоб, состояние соматической, неврологической, психической сфер, лабораторной диагностики, а также, по возможности, сведений объективного и субъективного анамнезов [1,41,42,55,

74-80]. СОА является одним из проявлений СЗА (F10.2), и этот последний диагноз тоже должен быть установлен. Диагноз СОА следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту.

Характер диагностических мероприятий регулируется соответствующими Стандартами медицинской помощи Минздрава России (см. Приложение А3)

Уточнения диагноза СОА (F10.3) согласно МКБ-10 приведены в таблице 11

Таблица 11

Примеры шифрования уточнённого диагноза СОА (F10.3)

Шифр по МКБ-10	Клинические характеристики
F10.30	Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние) неосложнённый
F10.31	Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние) с судорожными припадками
F10.39	Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние) БДУ

3.3.1. Жалобы и анамнез.

СОА – группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема алкоголя или снижении его дозы после неоднократного, обычно длительного его употребления. Обычно пациент указывает, что проявления СОА облегчаются последующим употреблением алкоголя. Начало и течение СОА ограничены во времени; возможно осложнение в виде судорожных приступов.

МКБ-10 выделяет следующие диагностические критерии СОА:

- Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и/или в высоких дозах.
- Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ.
- Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством.

Комментарий.

- Могут присутствовать признаки из числа следующих: желание употреблять алкоголь; тремор языка, век или вытянутых рук; потливость; тошнота или рвота; тахикардия или артериальная гипертензия; психомоторное возбуждение; головная боль;

бессонница; чувство недомогания или слабости; эпизодические зрительные, тактильные, слуховые галлюцинации или иллюзии; большие судорожные припадки; депрессивные и дисфорические расстройства.

- Простое постинтоксикационное состояние или тремор, вызванный другими причинами, не следует смешивать с симптомами синдрома отмены.
- Ряд признаков, присутствующие в структуре СОА, могут также быть вызваны другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями, депрессивными расстройствами.

3.3.2 Физикальное обследование.

Физикальное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) при синдроме отмены алкоголя является обязательной составляющей процесса диагностики, т.к. позволяет оценить тяжесть токсикогенных последствий алкогольной интоксикации на соматическую и неврологическую сферы больного.

Привлечение врачей-специалистов диктуется текущей клинической ситуацией [1,42,55,75-80] и осуществляется согласно Стандартам медицинской помощи (см. Приложение А3).

3.3.3 Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика СОА регламентируется соответствующими нормативными документами Минздрава России (см. Приложение А3). Лабораторные методы исследования при СОА включают в себя общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий], что позволяет контролировать соматическое состояние, в том числе, детоксицирующую функцию печени с помощью непрямых биомаркёров [1,42,55-63, 66].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий: см. раздел 3.1.3.

3.3.4 Инструментальная диагностика.

Инструментальная диагностика синдрома отмены алкоголя нозологически неспецифична, направлена на выявление сопутствующих аддиктивным расстройствам соматоневрологических нарушений, проводится по клиническим показаниям.

- Поскольку при синдроме отмены алкоголя часто развиваются разнообразные соматоневрологические расстройства, рекомендуется проведение следующих инструментальных исследований: УЗИ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ЭНМГ, рентгенография черепа, легких и др. [1,56,76,78,79,80].

3.3.5 Иная диагностика, дифференциальная диагностика, скрининг.

- Степень тяжести СОА определяется шкалой CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised; Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная) [75,82,83] (см. Приложение Г4).

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий. Шкала CIWA-Ar включает 10 симптомов синдрома отмены алкоголя. Баллы от 0 до 9 свидетельствуют об отсутствии или низкой тяжести синдрома отмены, которая, как правило, не требует активного медикаментозного вмешательства. 10-19 баллов свидетельствуют о средней/высокой тяжести (выраженная активация вегетативной нервной системы) синдрома отмены. 20 и более баллов говорят о тяжёлом синдроме отмены алкоголя и угрожающем делирии. Шкала может использоваться также для динамической оценки тяжести синдрома отмены алкоголя и коррекции терапии. Сохранение высоких баллов при клинической оценке синдрома отмены на фоне применения адекватных доз бензодиазепинов свидетельствует о наличии у пациента сопутствующей органической патологии.

- Для определения объемов потребленного алкоголя непосредственно перед обращением за лечебной помощью рекомендуется использовать TLFB (Time Line Follow Backmethod)

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарий. TLFB является признанным в мировой практике валидным тестом для определения объемов потребленного алкоголя [46] (см. Приложение Г1) (Более подробно см. раздел 3.1).

3.4 Диагностика синдрома отмены алкоголя с делирием.

Согласно критериям МКБ-10, при диагностике СОА с делирием следует отметить, что: имеется в виду кратковременное (преходящее), вызванное психоактивными веществами (преимущественно алкоголем и некоторыми другими), иногда опасное для жизни острое психотическое состояние, протекающее с расстройством сознания, галлюцинациями и сопутствующими соматическими расстройствами. Оно возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема вещества у лиц с зависимостью от него, употребляющих вещество в течение долгого времени.

Таблица 12

Примеры шифрования уточнённого диагноза СОА с делирием (F10.4)

Шифр по МКБ-10	Клинические характеристики
F10.40	Синдром отмены алкоголя с делирием («классический делирий»)
F10.41	Синдром отмены алкоголя делирием и судорожными припадками
F10.42	Синдром отмены алкоголя с «мусситирующим» делирием («бормочущий» делирий)
F10.43	Синдром отмены алкоголя с «профессиональным» делирием
F10.44	Синдром отмены алкоголя с делирием без галлюцинаций (люцидный делирий)
F10.45	Синдром отмены алкоголя с делирием абортивным
F10.48	Синдром отмены алкоголя с делирием другим
F10.49	Синдром отмены алкоголя с делирием неуточненным

3.4.1 Жалобы и анамнез.

Алкогольный делирий развивается обычно на высоте СОА (чаще всего на 2-й день) и, как правило, манифестирует в вечернее или ночное время. Ранними признаками наступающего делирия являются беспокойство и неусидчивость больного, выраженная тревога и стойкая бессонница. Нарастают признаки возбуждения симпато-адреналовой системы: бледность кожного покрова, часто с цианотическим оттенком, тахикардия и артериальная гипертензия, гипергидроз, умеренная гипертермия. В той или иной степени выражены всегда присутствующие вегетативные нарушения (атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, тремор). Наблюдаются и характерные нарушения водно-электролитного баланса (обезвоживание, гиперазотемия, метаболический ацидоз и др.), изменения картины крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, повышенное содержание билирубина и др.), субфебрилитет. Вегетативные и неврологические нарушения возникают до появления расстройств сознания и достаточно длительное время сохраняются после их редукции. Затем к описанным выше расстройствам присоединяются парейдолические иллюзии (плоские изображения изменчивого, чаще фантастического содержания, основой которых является действительно существующий рисунок, орнамент и т.д.). Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется появлением зрительных галлюцинаций. Психотические расстройства могут носить нестойкий характер: при активации больного галлюцинаторные расстройства на время могут редуцироваться и даже полностью исчезнуть.

Комментарий. Увеличивается риск развития алкогольного делирия в случае тяжелых и длительных запоев, при употреблении суррогатов, при сопутствующей соматической патологии и органическом поражении головного мозга, при нежелательных явлениях применения антипсихотиков, нарушениях питания и обмена веществ [1,83, 84, 85].

Необходимо проводить дифференциальную диагностику алкогольного делирия и делириозных расстройств, возникших вследствие острой интоксикации препаратами с холинолитическим эффектом [атропин, дифенгидрамин и др.], стимуляторами (кокаин, эфедрон и др.), летучими органическими веществами; при инфекционном заболевании; хирургической патологии (острый панкреатит, перитонит), лихорадочном состоянии различного генеза (см. Таблицу 13).

Таблица 13

Дифференциальная диагностика алкогольных и интоксикационных делириев

Делирии при алкоголизме	Интоксикационные делирии
Анамнез: длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки СЗА	Эпидемиологический анамнез. Данные о продроме инфекционного заболевания. Хирургическая патология.
Клинические данные: отсутствие признаков острой интоксикации со стороны иных ПАВ, инфекционных заболеваний, хирургической патологии	Признаки интоксикации ПАВ. Инфекционное заболевание. Острая хирургическая патология. Высокая температура тела
Лабораторные данные: признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печеночных ферментов), хронической интоксикации (повышение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Определение ПАВ в биологических средах. Выявление инфекционного агента. Признаки хирургической патологии (например, высокий уровень амилазы при остром

3.4.2 Физикальное обследование.

Необходимо общетерапевтическое (измерение АД, ЧСС, температуры тела, осмотр, пальпация, аускультация) и неврологическое обследование (в том числе, состояние черепно-мозговых нервов, чувствительность, сухожильные и патологические рефлексы).

3.4.3 Лабораторная диагностика.

Объем и состав лабораторной диагностики регламентируются актуальными Стандартом специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ (см. Приложение А3).

К рекомендуемым методам диагностики для всех больных относятся:

- Проведение реакции Вассермана (RW);
- Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту: С (Hepatitis C virus) в крови;
- Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови;
- Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови;
- Общий (клинический) анализ крови;
- Анализ крови биохимический общетерапевтический;
- Анализ мочи общий;
- а также ряд бактериологических исследований.

3.4.4 Инструментальная диагностика

Объем и состав инструментальной диагностики регламентируются актуальным Стандартом специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ (см. Приложение А3).

К рекомендуемым для всех больных методам относится регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных.

Остальные проводятся по показаниям [83-89] с привлечением врачей-специалистов:

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное);

Эхоэнцефалография;

Электроэнцефалография;

Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях;

Рентгенография легких.

Комментарий. СОА с делирием (так же, как и без делирия) может сопровождаться судорожными припадками. В этом случае проведение ЭЭГ рекомендуется в обязательном порядке, не зависимо от причин возникновения судорог [89,90,91,92,93].

3.4.5 Иная диагностика

Тяжесть СОА определяют шкалой оценки состояния отмены алкоголя CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale) [75] (Приложение Г4.). Высокий риск развития алкогольного делирия отмечается при показателе в 20 баллов и более.

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарий. Риск делирия при СОА заметно повышается, даже если количество баллов по шкале CIWA-Ar менее 20, но имеет место место рядотягающих факторов: артериальная гипертензия с систолическим АД выше 150 мм рт./ст. и тахикардией от 100 уд./мин. и выше, пожилой возраст, судорожные припадки и делирий в анамнезе, источающие соматические заболевания. В случае невозможности применить шкалу CIWA-Ar используется шкала RASS (шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale). У больных с делирием показатели по шкале RASS находятся в интервале от +4 до -3 (Приложение Г6).

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарий: при RASS -4/-5 диагноз делирия необходимо уточнить или повторить оценку по шкале RASS в динамике, т.к. эти показатели соответствуют состоянию комы либо глубокой седации. Делирия нет при оценке 0 и стабильном психическом статусе (отсутствии ундуляции сознания) в течение предшествующих 24 часов [94,95].

3.5 Диагностика амнестического синдрома (F10.6)

Амнестический синдром (АС), согласно МКБ-10, – когнитивное расстройство, обусловленное злоупотреблением алкоголя и характеризующееся доминированием снижения кратковременной памяти. Непосредственное запоминание обычно не нарушено. Развитие т.н. Корсаковского психоза, помимо указанного выше, облигатно сопровождается полиневритом конечностей.

Включаются:

- АС, обусловленный алкоголем или другим ПАВ;
- амнестическое расстройство, обусловленное алкоголем или наркотиком;
- корсаковский психоз, или синдром, вызванный алкоголем или другим ПАВ или неуточненный.

Исключается: неалкогольный и не вызванный другим ПАВ корсаковский психоз, или синдром (F04.).

Диагноз АС вследствие употребления алкоголя устанавливается врачом психиатром-наркологом путем сбора анамнеза (история жизни и болезни), проведения психопатологического обследования и других клинических диагностических манипуляций. В случае необходимости к диагностике привлекаются и другие специалисты: психолог, врач психиатр, врач невролог, врач терапевт.

Согласно диагностическим указаниям МКБ-10, АС, вызванный употреблением алкоголя, должен отвечать общим критериям «органического амнестического синдрома, не вызванного алкоголем или другими психоактивными веществами (F04. -)». Могут присутствовать также личностные изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы (тенденция не заботиться о себе), астения (склонность залеживаться в постели, ухудшение состояния к концу дня), но они не рассматриваются как обязательные для постановки диагноза амнестического синдрома.

Кроме того, в МКБ-10 отмечено: АС преимущественно наблюдается в конечной стадии алкогольной зависимости (как исход острых энцефалопатий и тяжелых алкогольных делириев). В случае, если амнестический синдром принимает форму Корсаковского психоза, к клинике заболевания присоединяются повышенная раздражительность и/или тревога с ипохондрическими высказываниями. Кроме того, выявляется печеночная энцефалопатия с явлениями церебрастении: повышенная истощаемость, раздражительность и расстройства памяти.

3.5.1 Жалобы и анамнез.

Для амнестического синдрома характерна дисмнезия с амнестической дезориентировкой. На фоне сохранной ориентировки в своем прошлом нарушено запоминание нового, даже совсем недавних фактов и событий обыденной жизни (фиксационная амнезия): не помнят где и как он оказался, чем был занят на протяжении минувших часов, кто его окружает, с кем он за последние

дни встречался, что ел на завтрак и на обед, как зовут врача, о чем они только что беседовали; выслушав напоминания, немедленно их забывает. Пробелы памяти восполняются ложными воспоминаниями, которые пациенту нетрудно внушить «подсказкой», даже если она нелепа по содержанию. Конфабуляции и псевдореминисценции отличаются нестойкостью и неуверенностью воспроизведения событий. В случае псевдореминисценций воспоминания описываются большими конкретно, в деталях и более уверенно. Несмотря на жалобы на плохую память, критика к своему состоянию недостаточная, озабоченности происходящим нет.

Описанные тяжелые мнестические расстройства могут частично подвергаться обратному развитию, но в большинстве случаев им сопутствует картина слабоумия апатоабулического или эйфорического типа со снижением критики и противоречивостью суждений.

- Диагностика амнестического синдрома проводится врачом психиатром-наркологом клинико-психопатологическим методом с привлечением иных клинических манипуляций (в том числе, физикального обследования), которые, при необходимости дополняются осмотрами других специалистов. Поэтому осмотр и консультация врача психиатра-нарколога относится к обязательным медицинским услугам, а вынесенный им обоснованный диагноз имеет максимальную клиническую убедительность и достоверность.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

- В качестве влидного теста для определения объемов потребленного алкоголя непосредственно перед обращением за лечебной помощью рекомендуется TLFB (Time Line Follow Back method), который представляет собой календарный метод ретроспективной оценки количества потребленного алкоголя [46] (см. Приложение Г1).

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

- При наличии со стороны пациента жалоб на возникшие проблемы в когнитивной сфере и при подозрении на деменцию рекомендуется проведение нейропсихологического обследования (Краткая шкала оценки психического статуса MMSE, см. Приложение Г5).

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

3.5.2 Физикальное обследование.

Результаты физикального обследования (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация) неспецифичны для амнестического синдрома, зависят от характера и степени соматоневрологического ущерба вследствие употребления алкоголя.

Учитывая, как правило, многолетнее злоупотребление алкоголем, высокую степень соматоневрологической отягощенности, немолодой возраст, физикальное обследование пациентов обязательно; в первую очередь, это касается неврологического статуса пациентов, нарушение которого в форме полиневрита является облигатным признаком корсаковского психоза [1,80,96,97,336,337,339-341,392].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарий. Диагностика амнестического синдрома проводится врачом психиатром-наркологом клинико-психопатологическим методом с привлечением иных клинических манипуляций (в том числе, физикального обследования), которые, при необходимости дополняются осмотрами других специалистов. Поэтому осмотр и консультация врача психиатра-нарколога относится к обязательным медицинским услугам, а вынесенный им обоснованный диагноз имеет максимальную клиническую убедительность и достоверность.

3.5.3 Лабораторная диагностика.

Объем и состав лабораторной диагностики регламентируются актуальными Стандартами специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ (см. приложение А3).

Рекомендуются следующие лабораторные исследования для диагностики АС:

- 1) Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови;
- 2) Проведение реакции Вассермана (RW);
- 3) Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAgHepatitisBvirus) в крови;
- 4) Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (HepatitisCvirus) в крови;
- 5) Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1;
- 6) (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови;
- 7) Общий (клинический) анализ крови развернутый;
- 8) Анализ крови биохимический общетерапевтический;
- 9) Анализ мочи общий

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – II).

Комментарий. Нарушения показателей клинического и биохимического анализов крови и мочи не всегда сопровождают клинические проявления амнестического синдрома, не несут в себе диагностической специфичности и имеют относительно невысокую диагностическую значимость. Остальные лабораторные методы исследования проводятся в рамках выполнения Стандартов лечения (см. Приложение А3).

3.5.4 Инструментальная диагностика.

Инструментальная диагностика не даёт специфических сведений для установления диагноза АС, применяется для подтверждения наличия сопутствующих соматоневрологической патологии, проводится по клиническим показаниям.

Рекомендуются по показаниям следующие исследования: УЗИ органов брюшной полости, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ЭКГ, ЭНМГ, рентгенография черепа и легких, флюорография легких.

3.5.5 Иная диагностика.

Иные методы диагностики назначаются специалистами исходя из конкретной клинической ситуации и в соответствии с клиническими показаниями.

3.6 Диагностика психотического расстройства вследствие употребления алкоголя F10.5

3.6.1 Жалобы и анамнез.

Согласно критериям МКБ-10, психотическое расстройство возникает во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но час-то затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Расстройство обычно проходит, по крайней мере, частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев.

Комментарий. Согласно клинической практике [1], этот диагноз, как правило, применяется в стационарах соматического профиля, куда больной попадает в травматологическое отделение с травмой, например, в алкогольной интоксикации.

3.6.2 Физикальное обследование.

Необходимо общетерапевтическое (измерение АД, ЧСС, температуры тела, осмотр, пальпация, аускультация) и неврологическое обследование (в том числе, состояние черепно-мозговых нервов, чувствительность, сухожильные и патологические рефлексы).

3.6.3 Лабораторная диагностика.

Объем и состав лабораторной диагностики регламентируются актуальными Стандартом специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ (см. Приложение А3).

К рекомендуемым лабораторным методам диагностики относятся:

- Исследование уровня психоактивных веществ в крови;
- Определение наличия психоактивных веществ в слюне;
- Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски;
- Проведение реакции Вассермана (RW);
- Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту: С (Hepatitis C virus) в крови;
- Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови;

- Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови;
- Общий (клинический) анализ крови;
- Анализ крови биохимический общетерапевтический;
- Анализ мочи общий;
- а также ряд бактериологических исследований.

3.6.4 Инструментальная диагностика

Объем и состав инструментальной диагностики регламентируются актуальным Стандартом специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ (см. Приложение А3).

К рекомендуемым для всех больных методам относится регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных.

Остальные проводятся по показаниям [83-89] с привлечением врачей-специалистов:

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное);
- Эхоэнцефалография;
- Электроэнцефалография;
- Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях;
- Рентгенография легких.

3.6.5 Иная диагностика: состав и объем диктуется текущей клинической ситуацией.

Таблица 14

Примеры шифрования уточнённого диагноза психотического расстройства вследствие употребления алкоголя (F10.5)

Шифр по МКБ-10	Клинические характеристики
F10.50	Психотическое расстройство шизофреноподобное
F10.51	Психотическое расстройство преимущественно бредовое
F10.52	Психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (включая алкогольный галлюциноз)
F10.53	Психотическое расстройство преимущественно полиморфное
F10.54	Психотическое расстройство преимущественно с депрессивными симптомами
F10.55	Психотическое расстройство преимущественно с маниакальными симптомами

Комментарий. Психотическое расстройство может развиваться на любой стадии синдрома зависимости, но чаще — в средней и конечной. Диагноз психотического расстройства, в соответствии с клиническим содержанием, уточняется пятым знаком.

4. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

4.1 Лечение пагубного потребления

4.1.1 Общие вопросы лечения.

Поскольку пагубное употребление алкоголя (ПУА) является моделью потребления алкоголя с медицинскими последствиями, но без признаков болезненного влечения к нему, главной задачей терапии является первичная профилактика синдрома алкогольной зависимости методами психологической коррекции, то есть, формирование активного адаптивного функционального копинг-поведения, направленного на продвижение к здоровью, минимизации психологических факторов риска возникновения алкогольной зависимости и других психосоциальных расстройств, формирование невосприимчивости к дисфункциональным паттернам поведения [1]. Данный вид профилактики наиболее эффективен, поскольку его цель – предупреждение наркологических расстройств вследствие употребления алкоголя. Другим направлением терапии пагубного употребления алкоголя является купирование соматоневрологической патологии и вторичных эмоциональных расстройств.

Комплекс лечебных мероприятий регламентируется актуальными Стандартами первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при ПУА (см. Приложение А3), содержащими набор необходимых медицинских услуг и медикаментов. Терапия осуществляется врачом психиатром-наркологом в стационарных (в т.ч. в условиях дневного стационара) и амбулаторных условиях, а также в реабилитационном центре (отделении) с привлечением в случае необходимости иных специалистов (психотерапевт, психолог, терапевт, невролог и т.д.).

Показания к госпитализации:

- 1) острая интоксикация алкоголем средней или тяжелой степени;
- 2) вторичные эмоциональные нарушения;
- 3) самостоятельное обращение пациента (профилактика синдрома алкогольной зависимости)

Лечение в амбулаторных условиях рекомендовано при состоянии легкой степени тяжести пациента на момент решения вопроса о выборе условий оказания медицинской помощи. Организационная форма лечения зависит от конкретной клинической ситуации (напр., острая интоксикация, самостоятельное обращение и т.д.). Длительность лечения, характер диагностики и медицинской помощи устанавливается индивидуально и определяются соответствующими Стандартами медицинской помощи. В амбулаторных и в стационарных условиях средний срок терапии пациентов с пагубным употреблением алкоголя действующими документами определен в 10 суток.

Задачи терапии:

- 1) восстановление психофизического состояния пациента;
- 2) создание мотивации к здоровому образу жизни.

Тактика терапии.

- 1) Выявить мишени терапии путем общеклинического, клинико-психопатологического и патопсихологического обследований;
- 2) Определить объем и качественный состав медикаментозного лечения, исходя из диагностированной соматоневрологической и психической патологии;
- 3) Определить набор методов психотерапии, адекватных состоянию пациента;
- 4) Провести комплекс лечебных мероприятий в рамках утвержденных Стандартов.

Таблица 15

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ*.

Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния	
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
B01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный
Лабораторные методы исследования	
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови

A09.05.229	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
V03.016.006	Анализ мочи общий	
Инструментальные методы исследования		
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
A06.09.006	Флюорография легких	
A06.09.007	Рентгенография легких	
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста		
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	
V01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога повторный	
V02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	
V02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	
Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием		
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ	
Лабораторные методы исследования		
A09.05.229	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
A12.06.042	Исследование антител к психоактивным веществам в крови	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
Инструментальные методы исследования		
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.005.001	Арттерапия	
A13.29.006	Психологическое консультирование	
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование	
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.007	Психологическая коррекция	
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция	
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция	
A13.29.008	Психотерапия	
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	
A13.30.003	Аутогенная тренировка	
V04.036.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - психиатра-нарколога	
V04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата
A30A A	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой	Платифиллин
A03A D	Папаверин и его производные	Дротаверин Папаверин
A05B A	Препараты для лечения заболеваний печени	Фосфолипиды Глицирризиновая кислота Орнитин
A11D A	Витамин	Кокарбоксилаза Тиамин
A11G A	Аскорбиновая кислота (витамин С)	Аскорбиновая кислота
A11H A	Другие витаминные препараты	Пиридоксин Рибофлавин

A12C X	Другие минеральные вещества	
		Калия и магния аспарагинат
A16A A	Аминокислоты и их производные	
		Адеметионин
		Глутаминовая кислота
A16A X	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	
		Тиоктовая кислота
B05A A	Кровезаменители и препараты плазмы крови	
		Гидроксиэтилкрахмал
		Декстран
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	
		Калия хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид
		Стерофундин изотонический
B05CB	Солевые растворы	
		Натрия хлорид
B05CX	Другие ирригационные растворы	
		Декстроза
B05X A	Растворы электролитов	
		Калия хлорид
		Кальция хлорид
		Магния сульфат
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	
		Калия и магния оротат
C03CA	Сульфонамиды	
		Фуросемид
C04A D	Производные пурина	
		Пентоксифиллин
D08A X	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Этанол
N03A G	Производные жирных кислот	
		Гамма-аминомасляная кислота
N05B A	Производные бензодиазепина	
		Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
		Лоразепам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05B X	Другие анксиолитики	
		Аминофенилмасляная кислота
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Золпидем
		Зопиклон
N06A B	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флувоксамин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Эсциталопрам
N06A X	Другие антидепрессанты	
		Бупропион
		Миансерин
		Милнаципран
		Миртазапин
		Пипофезин
		Пирлиндол
		Тразодон
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06B X	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
		Винпоцетин
		Глицин
		Гопантенная кислота
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Пирацетам
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Метадоксин
N07X X	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат

V03A B	Антидоты	
		Налоксон
		Флумазенил
V07A B	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода для инъекций
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание.

* – усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Таблица 16

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ *

Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния		
Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	
V01.035.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный	
V01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный	
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	
Лабораторные методы исследования		
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	
A09.05.229	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови	
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	
V03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
V03.016.006	Анализ мочи общий	
Инструментальные методы исследования		
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	
A04.23.002	Эхоэнцефалография	
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
A05.23.001	Электроэнцефалография	
A06.03.005	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях	
A06.09.006	Флюорография легких	
A06.09.007	Рентгенография легких	
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста		
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный	
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	
V01.036.005	Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	
V02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	
V02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	
Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием		
V02.003.001	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации	
V02.003.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких	
V02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом	
V02.003.004	Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии	
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ	
Лабораторные методы исследования		
A09.05.229	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
Инструментальные методы исследования		
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения		
V01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		

A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.005.001	Арттерапия	
A13.29.006	Психологическое консультирование	
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование	
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.007	Психологическая коррекция	
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция	
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция	
A13.29.008	Психотерапия	
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	
A13.30.003	Аутогенная тренировка	
A17.23.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.23.002	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.24.002	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.003	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.004	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.005	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.29.002	Электросон	
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)	
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПемП)	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой	
		Платифиллин
A03AD	Папаверин и его производные	
		Дротаверин
		Папаверин
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	
		Фосфолипиды
		Глицирризиновая кислота
		Орнитин
A11DA	Витамин	
		Кокарбоксилаза
		Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	
		Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	
		Пиридоксин
		Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	
		Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	
		Адеметионин
		Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	
		Тиоктовая кислота
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови	
		Гидроксиэтилкрахмал
		Декстран
B05BA	Растворы для парентерального питания	
		Аминокислоты для парентерального питания+Прочие препараты [Жировые эмульсии для парентерального питания+Декстроза+Минералы]
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	
		Калия хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид
		Стерофундин изотонический
B05CB	Солевые растворы	
		Натрия хлорид
B05CX	Другие ирригационные растворы	
		Декстроза
B05XA	Растворы электролитов	
		Калия хлорид
		Кальция хлорид
		Магния сульфат
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	
		Калия и магния оротат
C03CA	Сульфонамиды	
		Фуросемид
C04AD	Производные пурина	
		Пентоксифиллин
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	
		Пропранолол
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы	
		Атенолол
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Этанол
N03AG	Производные жирных кислот	

		Гамма-аминомасляная кислота
N05BA	Производные бензодиазепа	
		Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
		Лоразепам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05BX	Другие анксиолитики	
		Аминофенилмасляная кислота
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Золпидем
		Зопиклон
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флувоксамин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты	
		Бупропион
		Миансерин
		Милнаципран
		Миртазапин
		Пипофезин
		Пирлиндол
		Тразодон
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
		Винпоцетин
		Глицин
		Гопантеповая кислота
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Пирацетам
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Метадоксин
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат
V03AB	Антидоты	
		Налоксон
		Флумазенил
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода для инъекций
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* – усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Критерий эффективности лечения:

- Восстановление психофизического состояния и работоспособности;
- Формирование установки на трезвость и, в зависимости от клинической ситуации, – на дальнейшее лечение.
Организационная форма оказания медицинской помощи диктуется текущей клинической ситуацией и может проводиться как амбулаторно, так и стационарно.

4.1.2 Медикаментозная терапия лиц с пагубным употреблением алкоголя

Проводится по показаниям в соответствии с имеющимися медицинскими последствиями пагубного употребления алкоголя (см. выше Таблицы 15 и 16).

4.1.3 Психотерапия.

Основным из ведущих методов лечения при пагубном употреблении алкоголя играет психотерапия, основываясь не только на сложившемся отечественном опыте, но и с учетом мирового опыта. [98-103]. При пагубном употреблении алкоголя психотерапевтические интервенции занимают основное место в терапевтической программе [100-101].

Психотерапия при пагубном употреблении алкоголя преследует цель выздоровления пациента. [1]. Оценка выздоровления может определяться в снижении вреда, который был вызван употреблением алкоголя; уменьшение количества алкоголя или полный отказ от него.

Подбор психотерапевтических методов осуществляется с учетом психотерапевтических мишеней [104].

Ведущие психотерапевтические мишени представлены в Приложении Д [104-108].

- Рекомендуется в первую очередь использовать психотерапии в качестве основной формы помощи пациентам с пагубным употреблением алкоголя [99,100,118-133].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

- Психотерапия проводится с учетом общих принципов оказания медицинской помощи.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

- Психотерапевтическая помощь должна проводиться не только в индивидуальной или групповой форме, но и с привлечением родственников пациента, при их наличии.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Индивидуальная и групповая психотерапия занимают одинаковое место в лечении пациента и обладают схожей эффективностью [115,116,117].

Групповые формы работы достаточно эффективны для лечения и профилактики пагубного употребления алкоголя [117].

Пациентам с пагубным употреблением алкоголя осуществляют лечение врач психотерапевт, врач психиатр нарколог, медицинский психолог. В психотерапевтической помощи больному также принимают участие специалисты по социальной работе, социальные работники, консультанты по химической зависимости под руководством врача.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

1. При оказании психотерапевтической помощи пациенту прежде всего необходимо с диагностического сеанса, на котором осуществляется оценка индивидуальных мишеней [107,118-122,123].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

2. Рекомендуется проводить оценку личностных особенностей пациентов для оптимального выбора мишеней психотерапии и оценки прогноза терапии [123-128,144,146,226-232].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

В сочетании клиническо-диагностического интервью при необходимости могут использоваться и прочие диагностические инструменты: диагностический тест личностных расстройств PDQ-4, Патохарактерологический Диагностический Опросник (ПДО), Опросник Шмишека, Миннесотский многоаспектный личностный опросник, Опросник темперамента и характера Клонингера [233-254] и пр.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

При проведении психотерапии важно оценивать динамику состояния пациента для диагностики нежелательных явлений.

Оценка включает уровень сформированного терапевтического альянса и приемственности к фармакотерапии, если того требует состояние больного. Удостоверится в намерениях больного к воздержанию от употребления алкоголя можно с помощью объективных средств (лабораторные методы исследования на содержание алкоголя в организме пациента); фармакологическая приемственность измеряется с помощью стандартизированных инструментов [255].

3. Рекомендуется с учетом полученных результатов психодиагностического обследования направлять пациента с пагубным употреблением алкоголя и выявленными сопутствующими психическими расстройствами и/или суицидальным риском в профильные медицинские учреждения [256-262].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

4. Рекомендуется с учетом психодиагностического обследования выявить психотерапевтические мишени и составить индивидуальные психотерапевтические программы, включающие факторы, влияющие на процесс выздоровления пациента [100,107,119,122,128,263,264].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

5. Рекомендуется при лечении пациентов с пагубным употреблением использовать методы психотерапии с эмпирически доказанной эффективностью [124].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

6. Предметом выбора при использовании психотерапии пациентов с пагубным употреблением алкоголя может выступать как индивидуальная, так и в групповая психотерапия [115,117].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

7. Рекомендуется по результатам психодиагностического обследования составить психотерапевтический план для больного и сформировать индивидуальную психотерапевтическую программу [107,119,122,128].

Уровень убедительности рекомендаций – В (Уровень достоверности доказательств – II).

8. При проведении психотерапии у лиц с пагубным употреблением алкоголя необходимо ориентироваться на:
 - 1) осуществление сеансов психотерапии, направленной на профилактику и/или коррекцию пагубного употребления алкоголя;
 - 2) проведение психотерапии, ориентированной на усиление мотивации к проводимой психотерапии и медикаментозной терапии последствий пагубного употребления алкоголя;
 - 3) проведение лично-ориентированной психотерапии;
 - 4) проведение психотерапии, ориентированной на преодоление психотравмирующих ситуаций;
 - 5) проведение сеансов семейной психотерапии и/или консультирования для профилактики дальнейшего потребления алкоголя иных ПАВ [129-140].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

9. Психотерапия должна включать помимо психотерапевтическое воздействие терапевта на пациента и социотерапию, лечение средой, трудотерапию.

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

10. Рекомендуется использовать краткосрочную психотерапевтическую интервенции [44].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

11. Рекомендуется проведение психотерапии, направленной на профилактику и/или коррекцию пагубного употребления алкоголя до 15 сеансов. [134-140].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

12. Рекомендуется использовать принципы и техники мотивационного интервью на первом-втором сеансах психотерапии, независимо от основного выбранного метода психотерапии [123].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

Комментарий: Элементы мотивационного интервью включаются в психодиагностический сеанс для стимулирования формирования терапевтического альянса и получения максимально возможного количества информации, которое пациент предоставляет в процессе сотрудничества с врачом. Таким образом, мотивационное интервью на начальных этапах (1-2 сеанс) используется в диагностических целях для формирования либо подкрепления мотивации пациента к лечению, для усиления терапевтического альянса и для формирования первичного плана психотерапии.

13. Рекомендуется использовать мотивационное интервью и мотивационную психотерапию (от 1 до 15 сеансов) как основной метод психотерапии у всех пациентов с пагубным употреблением алкоголя [300].

Уровень убедительности рекомендаций – А (Уровень достоверности доказательств – I).

Комментарий: Психотерапия может основываться исключительно на применении мотивационного интервью и мотивационной психотерапии. В случае, если специалист считает нужным использование других методов психотерапии, диагностические сеансы с использованием мотивационного интервью проводятся, как минимум, 1 раз – в середине психотерапии либо ближе к ее завершению (предпоследний сеанс). По результатам диагностики изменений уровня мотивации и готовности к изменениям проводится коррекция психотерапевтической программы и психотерапевтического плана.

14. Рекомендуется использовать когнитивно-поведенческую психотерапию пациентам, при наличии показаний не менее 3 сеансов [118,136].

15. Рекомендуется при проведении психотерапевтического воздействия использовать эмпирически обоснованные неспецифические факторы психотерапевтического лечения для обеспечения максимальной эффективности психотерапевтического воздействия (независимо от используемого метода психотерапии) [134-140].

4.1.4 Оценка эффективности и безопасности лечения.

Поскольку ПУА не предполагает специфической наркологической помощи, эффективность лечения определяется степенью коррекции выявленных соматоневрологических и вторичных эмоциональных нарушений. Безопасность и переносимость терапии оценивается по частоте возникновения и развития нежелательных явлений по шкале UKU (см. Приложение Г3).

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

Комментарий. Шкала оценки побочного действия UKU разработана в 1987 г. скандинавскими исследователями O.Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P.Bech для оценки переносимости лекарств при их клиническом испытании (полное название шкалы "Udvald for Kliniske Undersogelser Scale"). Широко используются ее модифицированные версии для исследования отдельных классов психотропных средств. Так, шкала для изучения антидепрессантов содержит список из 26 побочных эффектов и, кроме того, графу "Другие побочные эффекты". Наличие и степень выраженности каждого из них оценивается в баллах от 0 до 3. (см. Приложение Г3.).

4.2 Лечение синдрома зависимости.

4.2.1 Общие вопросы лечения.

Терапия синдрома зависимости от алкоголя (СЗА) включает комплекс мероприятий, что обусловлено сложным патогенезом болезни с участием факторов биологических, личностных, средовых и др. Повышение эффективности как непосредственно терапевтической, так и профилактической работы может достигаться путем совершенствования ее форм и методов на основе разработки четкой методологической базы. Основные принципы лечения заключаются в добровольности лечения, максимальной индивидуализации терапевтического процесса, комплексности и в отказе от употребления алкоголя. Клиническая практика показывает, что зависимость от алкоголя, как хроническая рецидивирующая психическая патология, зачастую требует длительного лечения с обязательным компонентом поддерживающей терапии (тем более, при наличии коморбидных психических расстройств).

Характер и объем лечебной помощи зависит от состояния пациента и определяется врачом психиатром-наркологом; согласно Стандартам лечения (см. Приложение А3) может осуществляться в стационарных и в амбулаторных условиях. В обоих случаях длительность может составлять в среднем 21 день. Как правило, решение поместить пациента в стационар при его добровольном согласии принимается в случае тяжелого течения синдрома отмены, требующего круглосуточного наблюдения, высоких клинических рисков развития психических и/или соматоневрологических осложнений, а также, при неэффективности амбулаторной помощи, при безремиссионном течении болезни.

В зависимости от состояния пациента условно выделяют следующие этапы лечения алкогольной зависимости: а) интенсивная терапия (детоксикация), б) восстановительная, в) стабилизирующая терапия, противорецидивная терапия. Организационная форма лечения, его длительность и состав на каждом этапе определяются существующими Стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи (см. Приложение А3).

Задачи терапии определяются состоянием пациента и в целом направлены на:

- 1) устранение абстинентных расстройств;
- 2) нормализацию психического статуса;
- 3) нормализация соматических и неврологических функций;
- 4) восстановление работоспособности;
- 5) профилактику рецидивов и поддержание ремиссии (трезвого состояния);

Тактика терапии основывается на комплексе лечебных мероприятий в рамках утвержденных Стандартов лечения и включает:

- 1) выявление мишеней терапии общеклиническим, клинико-психопатологическим и патопсихологическим методами обследования;
- 2) определение объема и состава медикаментозного и психотерапевтического лечения, исходя из выявленной патологии.

Комплекс лечебных мероприятий приведен в таблицах 17 и 18.

Таблица 17

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ *.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста		
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный	
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный	
V01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога повторный	
V02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	
V02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	
Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием		
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ	
Лабораторные методы исследования		
A09.05.229	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
A12.06.042	Исследование антител к психоактивным веществам в крови	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
Инструментальные методы исследования		
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.005.001	Арттерапия	
A13.29.006	Психологическое консультирование	
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование	
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.007	Психологическая коррекция	
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция	
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция	
A13.29.008	Психотерапия	
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	
A13.30.003	Аутогенная тренировка	
V04.036.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - психиатра-нарколога	
V04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая	Наименование лекарственного препарата

	классификация	
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	
		Глицирризиновая кислота+фосфолипиды
		Орнитин
		Ремаксол
A11DA	Витамин B1	
		Кокарбоксилаза
		Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин C)	
		Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	
		Пиридоксин
		Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	
		Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	
		Адеметионин
		Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	
		Тиоктовая кислота
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	
		Калия и магния оротат
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Этанол
N03AF	Производные карбоксиамида	
		Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот	
		Вальпроевая кислота
		Гамма-аминомасляная кислота
N04AA	Третичные амины	
		Бипериден
		Тригексифенидил
N04BB	Производные адамантана	
		Амантадин
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	
		Хлорпромазин
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина	
		Перфеназин
		Трифлуоперазин
		Флуфеназин
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	
		Перициазин
		Тиоридазин
N05AD	Производные бутирофенона	
		Галоперидол
N05AF	Производные тиоксантена	
		Зуклопентиксол
		Флупентиксол
		Хлорпротиксен
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	
		Кветиапин
N05AL	Бензамиды	
		Сульпирид
		Тиаприд
N05AX	Другие антипсихотические средства	
		Рисперидон
N05BA	Производные бензодиазепаина	
		Бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин
		Лоразепам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05BE	Производные азапиродекандиона	
		Буспирон
N05BX	Другие анксиолитики	
		Аминофенилмасляная кислота
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Золпидем
		Зопиклон
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	
		Амитриптилин
		Имипрамин
		Кломипрамин
		Мапротилин

N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флувоксамин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты	
		Бупропион
		Венлафаксин
		Миансерин
		Милнаципран
		Миртазапин
		Пипофезин
		Пирлиндол
		Тразодон
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
		Винпоцетин
		Глицин
		Гопантенная кислота
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Пирацетам
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Дисульфирам
		Метадоксин
		Налтрексон
		Налтрексон
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат
V03AA	Другие лечебные средства	
		Цианамид
V03AB	Антидоты	
		Налоксон
		Флумазенил
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода для инъекций
Наименование вида лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Таблица 18

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ *.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный
V01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный
V01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом
V01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
V01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный
V01.036.005	Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
V02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный
V02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный
Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием	
V02.003.001	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации
V02.003.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких
V02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
V02.003.004	Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
V03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента

Лабораторные методы исследования		
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	
A09.28.056	Исследование уровня психоактивных веществ в моче	
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	
BO3.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
B03.016.006	Анализ мочи общий	
Инструментальные методы исследования		
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения		
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.005.001	Арттерапия	
A13.29.006	Психологическое консультирование	
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование	
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.007	Психологическая коррекция	
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция	
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция	
A13.29.008	Психотерапия	
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	
A13.30.003	Аутогенная тренировка	
A17.23.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.23.002	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.24.002	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.003	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.004	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.005	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.29.002	Электросон	
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)	
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	Глицирризиновая кислота+Фосфолипиды Орнитин Ремаксол
A11DA	Витамин В1	Кокарбоксилаза Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	Пиридоксин Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	Адеметионин Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	Тиоктовая кислота
B05BA	Растворы для парентерального питания	Аминокислоты для парентерального питания+Прочие препараты (Жировые эмульсии для парентерального питания+Декстроза+Минералы)
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	Калия хлорид+Натрия ацетат+Натрия хлорид
B05XA	Растворы электролитов	Магния сульфат
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	Калия и магния оротат
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	Этанол
L03AX	Другие иммуностимуляторы	Пирогенал
N03AA	Барбитураты и их производные	Фенобарбитал
N03AF	Производные карбоксиамида	Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот	Вальпроевая кислота Гамма-аминомасляная кислота

N04AA	Третичные амины	
		Бипериден
		Тригексифенидил
N04BB	Производные адамантана	
		Амантадин
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	
		Левомепромазин
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина	
		Перфеназин
		Трифлуоперазин
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	
		Перициазин
		Тиоридазин
N05AD	Производные бутирофенона	
		Галоперидол
N05AF	Производные тиоксантена	
		Зуклопентиксол
		Флупентиксол
		Хлорпротиксен
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	
		Кветиапин
N05AL	Бензамиды	
		Сульпирид
		Тиаприд
N05AX	Другие антипсихотические средства	
		Рisperидон
N05BA	Производные бензодиазепаина	
		Бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин
		Лоразепам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05BE	Производные азаспиродекандиона	
		Буспирон
N05BX	Другие анксиолитики	
		Аминофенилмасляная кислота
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Золпидем
		Зопиклон
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	
		Амитриптилин
		Имипрамин
		Кломипрамин
		Мапротилин
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флувоксамин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты	
		Бупропион
		Венлафаксин
		Миансерин
		Милнаципран
		Миртазапин
		Пипофезин
		Пирлиндол
		Тразодон
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		М-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
		Винпоцетин
		Глицин
		Гопантенная кислота
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Пирацетам
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Дисульфирам
		Метадоксин
		Налтрексон
		Налтрексон
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат
P01AB	Производные нитроимидазола	
		Метронидазол

V03AA	Другие лечебные средства	
		Цианамид
V03AB	Антидоты	
		Налоксон
		Флумазенил
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода для инъекций
Наименование вида лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного, нормализация сна и настроения, восстановление работоспособности, улучшение соматических и неврологических функций, подавление патологического влечения к алкоголю, установка на трезвость и дальнейшее лечение.

4.2.2. Медикаментозная терапия пациентов с алкогольной зависимостью.

Следует иметь в виду: спектр медикаментов, приведенных в Стандартах медицинской помощи (см. выше Таблицы 17,18), составлен таким образом, чтобы дать возможность врач-наркологу лечить профильных пациентов без необходимости в каждом случае обращаться к Стандартам лечения иных, ненаркологических сопутствующих нозологий.

Из всего комплекса применяемых отечественной наркологией для лечения алкогольной зависимости лекарственных средств в мировой практике узкоспецифическими признаны #налтрексон и #дисульфирам (см. Приложение А3), а также такие препараты как цианамид и **НАЛМЕФЕН**. Для лечения алкогольной зависимости применяются и другие группы психофармакологических средств: антипсихотики, антидепрессанты, антиконвульсанты и др. в зависимости от характера и выраженности эмоциональной патологии в психическом статусе пациента.

Комментарий. При осуществлении медикаментозной терапии следует иметь в виду:

- Суточные и курсовые дозы лекарственных средств определяются не только нормативными документами, но в первую очередь, актуальными инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения. (Актуальные инструкции в свободном доступе представлены на сайте Государственного Реестра Лекарственных Средств, ГРЛС).
- В практике отечественной наркологии – рассматривать аффективные нарушения у больных с алкоголизмом, в первую очередь, с точки зрения актуализации влечения к алкоголю либо как клиническую ситуацию высокого риска обострения болезни. И в том, и в другом случае больные нуждаются в целенаправленной психофармакотерапии.

Применение **блокаторов опиатных рецепторов** (действующее вещество – налтрексон) в комплексной терапии алкогольной зависимости рекомендовано многочисленными исследованиями [141-156].

Комментарий. Эффективность блокаторов опиатных рецепторов при лечении зависимости от алкоголя подтверждена результатами исследований: блокаторы опиатных рецепторов снижают эйфоризирующий эффект алкоголя и избирательно влияют на патологическое влечение к алкоголю [143], особенно в комплексе с психотерапией [144,145]. Основные эффекты курсового применения налтрексона при лечении алкогольной зависимости: 1) уменьшение эйфории; 2) как следствие – снижение силы влечения к алкоголю и уменьшение количества потребленного алкоголя; 3) снижение частоты рецидивов. В частности, 3-х месячные плацебо-контролируемые рандомизированные клинические исследования налтрексона в суточной дозе 50 мг в совокупности с психотерапией у пациентов с алкогольной зависимостью выявили урежение случаев приема и снижение доз алкоголя, количества рецидивов, ослабление силы патологического влечения, а также увеличение доли полностью воздерживающихся в сравнении с группами пациентов, принимавших «плацебо» [142, 144, 146]. Кроме того, была показана дополнительная эффективность включения в комплекс терапии психофармакологических лекарственных средств, подавляющих влечения к алкоголю, в свою очередь, повышающих мотивацию на поддержание трезвости и поддерживающую терапию [147].

Существует налтрексон с длительным высвобождением – лекарственная форма для ежемесячного внутримышечного введения [148], доказавший в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях эффективность и удобство применения [150-153]. При использовании налтрексона следует иметь в виду, что полное воздержание от алкоголя желательно, но не должно становиться безусловным требованием [157-160], поскольку пациент в случае алкогольных «срывов» сам убедится в действии препарата. По этой причине употребление алкоголя не является поводом к прекращению курса терапии, но лишь усиливает роль психотерапевтического воздействия и применения сенсibiliзирующей терапии при обязательном добровольном информированном согласии пациента [159,160,161,347].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Единственным зарегистрированным в РФ лекарственным средстве, принимаемом «по необходимости», предназначенном для сокращения потребления алкоголя, а не полного воздержания от него, является **налмефен**. Три регистрационных исследования продемонстрировали высокую эффективность налмефена в отношении уменьшения количества выпитого алкоголя и числа дней с массивным злоупотреблением, а также благоприятный профиль нежелательных явлений [392, 392, 394]. Препарат сокращает количество дней тяжёлого пьянства в месяц на 64% в течение 1 года, и эффективен начиная с 1 месяца на протяжении до 1 года. Режим дозирования –1 таблетка (18 мг) в день. Кроме того, можно использовать принцип дозирования «как потребуются» (по 1 таблетке за 1,5-2 часа до алкоголизации).

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Сенсибилизирующая терапия направлена на выработку условно-рефлекторного отвращения к употреблению алкоголя путем создания его физической непереносимости. Последняя возникает из-за нарушения метаболизма этанола и появления в крови токсичных продуктов его неполного распада, что вынуждает прекратить дальнейшее потребление спиртного из-за крайне неприятных ощущений, сопровождающих опьянение. К основным средствам относят #дисульфирам и #цианамид, имеющие аналогичные показания к применению [162-170]. Механизм действия обоих препаратов основан на блокаде синтеза АЛДГ, приводящей к накоплению в крови токсичного деривата метаболизма алкоголя – ацетальдегида, обладающий высокой цитотоксичностью. По этой причине употребление этанола становится физически невозможным из-за возникновения крайне неприятных, угрожающих здоровью состояний, связанных с накоплением ацетальдегида. Обычно, спустя 5-10 минут после употребления алкоголя появляется чувство жара, гиперемия лица и всего тела, пульсирующая головная боль, потливость, сухость во рту, тошнота, рвота, головокружение, слабость.

В контролируемом слепом многоцентровом исследовании [163] была доказана эффективность #дисульфирама в суточной дозе 250 мг в отношении снижения частоты алкоголизаций (но не полного воздержания) в сравнении с большими, получавшими фармакологически неактивную дозу препарата либо только психологическое консультирование. Описаны случаи передозировки #дисульфирама (в т.ч., индивидуальными обусловленные) в виде делирия с галлюцинациями, тахикардией и гипертензией. Дисульфирам-алкогольная реакция длится от 1,5 до 2 часов в зависимости от дозы препарата и количества потребленного алкоголя.

Пороговый уровень алкоголя, достаточный для наступления реакции, – около 5-7 г 100% этилового спирта [164]. Непереносимость этанола может сохраняться в течение 1-2 недель.

Комментарий. Учитывая сказанное выше, дисульфирам назначается только после купирования синдрома отмены, а спустя 7-10 суток, согласно инструкции по медицинскому применению препарата ГРЛС, проводят дисульфирам–алкогольную пробу, позволяющую подобрать адекватную дозу препарата (более подробно – см. Приложение А3).

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).

Помимо #дисульфирама и #цианамида, в создании сенсбилизации к алкоголю существует положительный клинический опыт использования #метронидазола с соблюдением всех выше перечисленных условий проведения сенсбилизующей терапии [1,42,68].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 4).

Психофармакотерапия СЗА. Вид и состав психофармакотерапии зависит от характера и выраженности психопатологических нарушений.

Антидепрессанты группы СИОЗС и СИОЗСН применяют в соответствии с показаниями при наличии депрессивных расстройств в структуре патологического влечения к алкоголю, в равной степени, как и при коморбидной СЗА аффективной патологии [1,68, 171-174].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Назначение антиконвульсантов-нормотимиков (помимо профилактики повторных судорожных приступов) оправдало себя при пароксизмальных, приступообразных, аффективно насыщенных обострениях ПВА [1,175-177].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий. Антиконвульсанты-нормотимики способны сглаживать циркулярные расстройства аффективной сферы (колебания настроения), а при профилактическом применении — предотвращать развитие депрессивной и маниакальной симптоматики. Все нормотимики обладают также выраженным антиманиакальным свойством и применяются для лечения маниакальных состояний. Нормотимический эффект этих средств связан с воздействием на ГАМК-эргическую систему: высокие дозы карбамазепина, солей вальпроевой кислоты снижают метаболизм ГАМК в головном мозге. ГАМК же, в свою очередь, является пресинаптическим модулятором дофаминергических нейронов, вызывая снижение концентрации ДА в пресинаптических образованиях. Антиконвульсанты #карбамазепин, #вальпроевая кислота, как правило, применяются на этапе противорецидивной и стабилизирующей терапии с целью купирования обострений ПВА.

Назначение нейролептиков-антипсихотиков рекомендовано в случае выраженных идеаторных расстройств, напряженного аффекта, психопатоподобных расстройств, психомоторного возбуждения в структуре актуализации синдрома ПВА [1,43,68,178 – 182].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

4.2.3 Психотерапия.

Психотерапия аддиктивной болезни направлена на восстановление нарушенных психических функций, сочетает в себе комплекс вербальных и невербальных психологических воздействий на психику человека. Должна ориентироваться на выявление и устранение эмоциональных, поведенческих, личностных и других выявленных нарушений. В начале лечения психотерапия осуществляется с целью вовлечения и удержания в лечебной программе и мотивации больного на отказ от потребления алкоголя и в последующем прохождении реабилитационного курса лечения с целью ресоциализации пациента.

Психофармакотерапия оказывает наиболее положительный эффект в сочетании с мотивационными интервью. Особенно важно при оказании психотерапевтической помощи добиться комплаентности с пациентом.

Цель психотерапии: прохождение полного курса лечения и в последующем участие пациента в реабилитационной программе и формирование ремиссии.

Задачи терапии: прохождение пациентом полного курса лечения, восстановление нарушенных психических функций и в

Тактика терапии: должна быть направлена на выявление психотерапевтических мишеней и с учетом их подбор психотерапевтических программ. Сочетание психофармакотерапии и психотерапии дает наилучший результат, но психофармакотерапия должна осуществляться строго по показаниям.

Психотерапевтическая тактика лечения проводится индивидуально с учетом найденных «мишени» психотерапевтического воздействия, что позволяет подобрать наиболее подходящие психотерапевтические методы. При выборе психотерапевтических методов следует обращать внимание на их эффективность с точки зрения доказательной медицины [93; 95-100; 103; 190].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств – 5).

Возможные психотерапевтические мишени смотри Приложение Д.

- Рекомендуется использование мотивационной терапии (мотивационное интервью), когнитивно-поведенческой психотерапии [183,184,186,196,199,201-225]; транзакционного анализа [226-232]; семейной психотерапии [188,233,240]; мотивационного интервью [189-206].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Рекомендуется использование психодинамической психотерапии [241,242,243]; групп само- и взаимопомощи [245,246,247].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется использование арттерапии [248].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Рекомендуется при организации лечения пациентов с синдромом зависимости от алкоголя использовать методы психотерапии с доказанной эффективностью как методы первого выбора в лечении синдрома зависимости [93; 95-100; 103; 190].

Подбор психотерапевтических методов должен подбираться с учетом Стандартов лечения

4.2.4 Оценка эффективности и безопасности лечения.

Оценка эффективности терапии при лечении СЗА имеет два аспекта: организационный (ремиссия, приводящая к снятию с наблюдения в связи с выздоровлением/стойким улучшением) и клиничко-социальный (нормализация психического статуса, социального функционирования).

Организационный аспект эффекта терапии регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034) (см. Приложение А3).

Клинический аспект эффективности – это качественные и количественные показатели купирования психических и физических патологических состояний. Он обеспечивается двумя направлениями терапии: лекарственным лечением и психотерапевтическими усилиями, т.е. удержанием пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5). Уточнить по таблице в конце текста

Оценку безопасности и переносимости терапии проводится путем выявления нежелательных явления медикаментозной терапии по шкале UKU (см. Приложение Г3). При оценке качества медицинской помощи следует руководствоваться рекомендациями, изложенными в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи и объеме выполнения диагностических и лечебных мероприятий согласно Стандартам медицинской помощи» (см. Приложение А3).

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5). Уточнить по таблице в конце текста

Комментарий. Шкала оценки побочного действия UKU (UKU Side-Effect Rating Scale) разработана в 1987 г. скандинавскими исследователями O.Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P.Bech для оценки переносимости лекарств при их клиническом испытании (полное название шкалы "Udvald for Kliniske Undersogelser Scale"). Широко используются ее модифицированные версии для исследования отдельных классов психотропных средств. Так, шкала для изучения антидепрессантов содержит список из 26 побочных эффектов и, кроме того, графу "Другие побочные эффекты". Наличие и степень выраженности каждого из них оценивается в баллах от 0 до 3 (см. Приложение Г3.).

При возникновении нежелательного явления врачу необходимо зарегистрировать свои действия в первичной документации, к примеру, назначить дополнительные препараты (какие, в какой дозе, на какой период) и др., а также заполнить соответствующую форму.

4.3 Лечение синдрома отмены алкоголя.

4.3.1 Общие вопросы лечения.

Объем и состав терапии СОА регламентированы соответствующими Стандартами медицинской помощи (см. Приложение 3).

Цель терапии: интенсивное устранение нарушений, вызванных, с одной стороны, хронической интоксикацией, с другой – резким прекращением употребления алкоголя либо снижением его дозы. Терапия может осуществляться как в стационарных (в т.ч. в условиях дневного стационара), так и в амбулаторных условиях. Предпочтительная организационная форма лечения зависит от тяжести состояния больного, определяется врачом-психиатром наркологом и регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034) (см. Приложение А3).

Задачи терапии: детоксикация, стойкое восстановление психофизического состояния больного. Тактика терапии: проведение инфузионной, патогенетической, симптоматической терапии. Критерий эффективности лечения: восстановление и стабилизация жизненно-важных функций.

Лечение в наркологическом стационаре требуется при СОА средней и тяжелой степени при наличии коморбидной компенсированной соматоневрологической патологии, либо при получении соответствующих анамнестических сведений [1, 76].

4.3.2 Медикаментозная терапия синдрома отмены

Состав и объем медикаментозной терапии регламентированы соответствующими актуальными Стандартами лечения больных наркологического профиля (см. Приложение А3).

Комплекс лечебных мероприятий приведен в таблицах 19 и 20

Таблица 19

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ *.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный
V01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный
V01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
V01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный
V01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога повторный
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
Наблюдение и уход за пациентом медицинским работником со средним и начальным медицинским образованием	
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости
Лабораторные методы исследования	
A09.05.211	Исследование уровня психоактивных веществ в крови
A09.07.005	Определение наличия психоактивных веществ в слюне
A09.07.005.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски
A09.28.020	Тест на кровь в моче
A09.28.055	Определение наличия психоактивных веществ в моче
A09.28.055.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
V03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
Инструментальные методы исследования		
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	
A04.23.002	Эхоэнцефалография	
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
A05.23.001	Электроэнцефалография	
A06.03.005	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях	
A06.09.007	Рентгенография легких	
A06.09.006	Флюорография легких	
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
A13.29.003	Психологическая адаптация	
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.008	Психотерапия	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой	Платифиллин
A03AD	Папаверин и его производные	Дротаверин Папаверин
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	Орнитин Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды
A06AB	Контактные слабительные средства	Сеннозиды А и В Бисакодил
A11DA	Витамин В1	Кокарбоксилаза Сульбутиамин Бенфотиамин Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	Пиридоксин Витамин Е Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	Карнитин Левокарнитин Адеметионин Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	Тиоктовая кислота
V02AB	Ингибиторы протеаз плазмы	Апротинин
V03BB	Фолиевая кислота и ее производные	Фолиевая кислота
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	Калия и магния оротат
C02AC	Агонисты имидазолиновых рецепторов	Клонидин
C03CA	Сульфонамиды	Фуросемид
C04AD	Производные пурина	Пентоксифиллин
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	Пропранолол
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы	Атенолол
G02CB	Ингибиторы пролактина	Бромокриптин
H02AB	Глюкокортикоиды	Преднизолон Гидрокортизон
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Диклофенак Индометацин Кеторолак
M01AC	Оксикамы	Лорноксикам

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
N01AF	Барбитураты
	Тиопентал натрия
N02AX	Анальгетики со смешанным механизмом действия
	Трамадол
N03AA	Барбитураты и их производные
	Фенobarбитал
N03AF	Производные карбоксиамида
	Окскарбазепин
	Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот
	Вальпроевая кислота
	Гамма-аминомасляная кислота
N04AA	Третичные амины
	Бипериден
	Тригексифенидил
N04BB	Производные адамантана
	Амантадин
N05AA	Алифатические производные фенотиазина
	Хлорпромазин
	Левомепромазин
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина
	Перфеназин
	Флуфеназин
	Трифлуоперазин
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина
	Тиоридазин
	Перициазин
N05AD	Производные бутирофенона
	Галоперидол
	Дроперидол
N05AE	Производные индола
	Сертиндол
N05AF	Производные тioxантена
	Флупентиксол
	Зуклопентиксол
	Хлорпротиксен
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины
	Кветиапин
N05AL	Бензамиды
	Сульпирид
	Тиаприд
N05AX	Другие антипсихотические средства
	Рисперидон
N05BA	Производные бензодиазепина
	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
	Диазепам
	Оксазепам
	Лоразепам
	Хлордиазепоксид
	Медазепам
	Алпразолам
	Тофизолам
N05BB	Производные дифенилметана
	Гидроксизин
N05CD	Производные бензодиазепина
	Мидазолам
	Нитразепам
N05CF	Бензодиазепино- подобные средства
	Зопиклон
	Золпидем
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
	Мапротилин
	Имипрамин
	Амитриптилин
	Кломипрамин
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
	Пароксетин
	Сертралин
	Флуоксетин
	Циталопрам
	Флувоксамин
	Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты
	Пирлиндол
	Миансерин
	Тразодон
	Миртазапин
	Венлафаксин

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
	Милнаципран
	Пипофезин
N06BC	Производные ксантина
	Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты
	Гопантевая кислота
	Деанола ацеглумат
	Никотиноил гамма- аминomásляная кислота
	Ацетилкарнитин
	Идебенон
	Глицин
	Винпоцетин
	Пирацетам
	N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости
	Метадоксин
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы
	Этилметилгидрокси- пиридина сукцинат
R06AA	Эфиры алкиламинов
	Дифенгидрамин
R06AC	Замещенные этилендиамины
	Хлоропирамин
R06AD	Производные фенотиазина
	Прометазин
R06AX	Другие антигистаминные средства системного действия
	Лоратадин
S01EC	Ингибиторы карбоангидразы
	Ацетазоламид
V03AB	Антидоты
	Натрия тиосульфат
	Налоксон
	Димеркаптопропан- сульфонат натрия
	Флумазенил
V03AX	Прочие лечебные средства
	Диметилэксобутил- фосфонилдиметилат
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы
	Вода
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания	
Основной вариант стандартной диеты	

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Таблица 20

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ *.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный
V01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный
V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом- анестезиологом-реаниматологом первичный
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом- анестезиологом-реаниматологом повторный
V01.003.003	Суточное наблюдение врачом- анестезиологом-реаниматологом
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный
V01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
V01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный
V01.035.010	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового повторный
V01.036.005	Ежедневный осмотр врачом- психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача- физиотерапевта
Наблюдение и уход за пациентом медицинским работником со средним и начальным медицинским образованием	
V02.003.001	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации
V02.003.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких
V02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
V02.003.004	Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
B03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента	
Лабораторные методы исследования		
A09.05.211	Исследование уровня психоактивных веществ в крови	
A09.07.005	Определение наличия психоактивных веществ в слюне	
A09.07.005.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски	
A09.28.020	Тест на кровь в моче	
A09.28.055	Определение наличия психоактивных веществ в моче	
A09.28.055.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски	
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
Инструментальные методы исследования		
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	
A04.23.002	Эхоэнцефалография	
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	
A05.23.001	Электроэнцефалография	
A06.03.005	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях	
A06.09.007	Рентгенография легких	
A06.09.006	Флюорография легких	
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения		
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
A13.29.003	Психологическая адаптация	
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.008	Психотерапия	
A17.23.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.23.002	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.24.002	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.003	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.004	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.005	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.29.002	Электросон	
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)	
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
	Код	Анатомо-терапевтическо- химическая классификация
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой	Платифиллин
A03AD	Папаверин и его производные	Дротаверин Папаверин
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	Орнитин Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды
A06AB	Контактные слабительные средства	Сеннозиды А и В Бисакодил
A11DA	Витамин В1	Кокарбоксилаза Сульбутиамин Бенфотиамин Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	Пиридоксин Витамин Е Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	Карнитин Левокарнитин Адеметионин Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно- кишечного тракта и нарушений обмена веществ	Тиоктовая кислота
B02AB	Ингибиторы протеаз плазмы	Апротинин

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные	
		Фолиевая кислота
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови	
		Декстран
		Гидроксиэтил- крахмал
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	
		Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид
		Стерофундин изотонический
B05CX	Другие ирригационные растворы	
		Декстроза
B05XA	Растворы электролитов	
		Кальция хлорид
		Магния сульфат
		Калия хлорид
		Натрия хлорид
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	
		Калия и магния оротат
C02AC	Агонисты имидазолиновых рецепторов	
		Клонидин
C03CA	Сульфонамиды	
		Фуросемид
C04AD	Производные пурина	
		Пентоксифиллин
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	
		Пропранолол
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы	
		Атенолол
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Бриллиантовый зеленый
		Водорода пероксид
		Этанол
G02CB	Ингибиторы пролактина	
		Бромокриптин
H02AB	Глюкокортикоиды	
		Преднизолон
		Гидрокортизон
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	
		Диклофенак
		Индометацин
		Кеторолак
M01AC	Оксикамы	
		Лорноксикам
N01AF	Барбитураты	
		Тиопентал натрия
N02AX	Анальгетики со смешанным механизмом действия	
		Трамадол
N03AA	Барбитураты и их производные	
		Фенобарбитал
N03AF	Производные карбоксиамида	
		Окскарбазепин
		Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот	
		Вальпроевая кислота
		Гамма- аминокислотная кислота
N04AA	Третичные амины	
		Бипериден
		Тригексифенидил
N04BB	Производные адамантана	
		Амантадин
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	
		Хлорпромазин
		Левомепромазин
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина	
		Перфеназин

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
		Флуфеназин
		Трифлуоперазин
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	
		Тиоридазин
		Перициазин
N05AD	Производные бутирофенона	
		Галоперидол
		Дроперидол
N05AE	Производные индола	
		Сертиндол
N05AF	Производные тioxантена	
		Флупентиксол
		Зуклопентиксол
		Хлорпротиксен
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	
		Кветиапин
N05AL	Бензамиды	
		Сульпирид
		Тиаприд
N05AX	Другие антипсихотические средства	
		Рисперидон
N05BA	Производные бензодиазепина	
		Бромдигидро- хлорфенилбензо- диазепин
		Диазепам
		Оксазепам
		Лоразепам
		Хлордиазепоксид
		Медазепам
		Алпразолам
		Тофизолам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05CD	Производные бензодиазепина	
		Мидазолам
		Нитразепам
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Зопиклон
		Золпидем
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	
		Мапротилин
		Имипрамин
		Амитриптилин
		Кломипрамин
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Флувоксамин
		Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты	
		Пирлиндол
		Миансерин
		Тразодон
		Миртазапин
		Венлафаксин
		Милнаципран
		Пипофезин
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		Гопантенная кислота
		Деанола ацеглумат
		Никотиноил гамма- аминomásляная кислота
		Ацетилкарнитин
		Идебенон
		Глицин
		Винпоцетин
		Пирацетам

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
		N-карбамоил- метил-4-фенил- 2-пирролидон
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Метадоксин
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат
R06AA	Эфиры алкиламинов	
		Дифенгидрамин
R06AC	Замещенные этилендиамины	
		Хлоропирамин
R06AD	Производные фенотиазина	
		Прометазин
R06AX	Другие антигистаминные средства системного действия ⁷	
		Лоратадин
S01EC	Ингибиторы карбоангидразы	
		Ацетазоламид
V03AB	Антидоты	
		Натрия тиосульфат
		Налоксон
		Димеркаптопропансульфонат натрия
		Флумазенил
V03AX	Прочие лечебные средства	
		Диметилноксобутилфосфонил- диметилат
V06DE	Аминокислоты, углеводы, минеральные вещества, витамины в комбинации	
		Аминокислоты для парентерального питания + прочие препараты
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Инфузионная терапия препаратами группы АТХ «Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» в соответствии с актуальными инструкциями по медицинскому применению препарата ГРЛС (см. Приложение А3) ([1, 56, 76, 249-258, 295].

В ходе проведения инфузионной терапии при СОА рекомендовано соблюдать следующие правила [76]:

- На начальных стадиях СОА у больных может возникать избыток жидкости в организме, связанный с увеличением секреции антидиуретического гормона (позже возникает дегидратация); в этой связи перед началом и во время инфузионной терапии рекомендовано аускультативное исследование легких на предмет риска развития отека.
- Инфузии раствора декстрозы рекомендуется совмещать введением с тиамин как средства профилактики развития энцефалопатии, с ионами калия, улучшающими проникновения глюкозы в клетки, и магния для обеспечения ее анаэробного гликолиза.
- Терапия и профилактика нарушений сердечного ритма достигается инфузиями сбалансированных растворов электролитов.
- Потерю жидкости почками рекомендовано компенсировать 5% раствором декстрозы, экстраренальные потери – полиионными растворами.

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Препараты группы АТХ «**Производные бензодиазепина**» для лечения СОА в мировой клинической практике считаются своего рода «золотым стандартом» [1, 42, 56, 68, 76, 96, 250-258, 389].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Производные бензодиазепина признаны единственным классом лекарств, эффективность которых доказана как при лечении СОА, так и для предотвращения развития его тяжелых форм и осложнений – эпилептикоподобных, делириев и пр. Терапевтический эффект опосредуется через ГАМК-ергический механизм. Производные бензодиазепина оказывают стимулирующее действие на «бензодиазепиновую» часть ГАМК-рецепторов, снижают тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы; как результат, ослабевают и исчезают тахикардия, тремор, гипергидроз, тревога, снижается риск возникновения судорог.

У пожилых пациентов, либо у пациентов с выраженными нарушениями печеночных функций предпочтительнее использование производных бензодиазепина короткого действия, таких как #оксазепам, #лоразепам для предотвращения угнетения дыхания [250, 254, 255, 298].

Представители группы АТХ «Бензодиазепиноподобные средства» #зопиклон и #золпидем используются в качестве снотворных, имеют сравнительно благоприятный профиль безопасности [1, 24, 68].

Препараты группы АТХ «**Барбитураты и их производные**» при недостаточности терапевтического эффекта производных бензодиазепина рекомендованы для профилактики развития судорог при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам и в соответствии с инструкцией ГРЛС [1, 96, 256, 257, 258, 301, 302, 309].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии. Препараты этой группы назначаются в случаях, когда при диссомнии неэффективны производные бензодиазепина, а также для предупреждения и лечения судорожных расстройств. Препараты этой группы обладают меньшей терапевтической широтой, более сильно угнетают ЦНС, и применять их следует с большой осторожностью.

Противоэпилептические препараты назначают не только с целью купирования судорожных приступов, но и профилактически при наличии эпилепсии в анамнезе, а также диагноза эпилепсии [1, 96, 250, 259-261, 306-308].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарий. Антиконвульсанты показали определенную эффективность в комплексе терапевтических мероприятий лечения СОА при коррекции аффективной симптоматики при СОА, включая депрессивные симптомы, раздражительность и тревогу. В клинических исследованиях показано, что противоэпилептические препараты реже вызывают явления медикаментозной седации в сравнении с производными бензодиазепина: так, #карбамазепин в ряде проявил более достаточно сильный противотревожный, анксиолитический эффект в сравнении с оксазепамом, а также показал лучшие по сравнению с производными бензодиазепина результаты в лечении СОА легкой и средней степени тяжести [1, 250, 259, 260].

Назначение препаратов группы АТХ «**Бета-адреноблокаторы**» рекомендовано в комплексной терапии СОА при наличии артериальной гипертензии, сердечной аритмии, для профилактики приступов стенокардии [24, 163, 261].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии. Препараты группы «бета-адреноблокаторы» обладают антиаритмическим и мембраностабилизирующим действием за счет влияния на медленные натриевые каналы, поэтому их назначение патогенетически оправдано.

Имеются клинические данные об эффективности препаратов группы АТХ «Блокаторы кальциевых каналов» (БКК) в комплексной терапии СОА при наличии артериальной гипертензии, для профилактики приступов стенокардии [262-265].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии. Патогенетически оправданным основанием для применения БКК служит повышение уровня внутриклеточного кальция при СОА, что вызывает повреждение и апоптоз нейронов. БКК (#циннаризин, #нифедипин) улучшают мозговой кровоток и обладает собственным ноотропным действием. Следует помнить, что блокаторы кальциевых каналов нельзя применять одновременно с бета-блокаторами из-за риска развития брадиаритмий и острой сердечной недостаточности. БКК используют только в виде дополнительных средств комплексного лечения СОА, если базовая терапия (в/в инфузии, производные бензодиазепина, снотворные, витамины и антиоксиданты) является недостаточной.

Препараты группы АТХ «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» применяются в комплексе терапевтических мероприятий купирования СОА, обладают различными механизмами действия, но имеют одну цель – улучшение нормализацию функций ЦНС [1, 43, 56, 68, 76, 266, 314, 316].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии. Применение средств этой группы позволяет уменьшить тяжесть психопатологических проявлений СОА, в том числе как средств профилактики и лечения алкогольного делирия.

Препараты группы АТХ «Антипсихотические средства» в комплексном лечении СОА или в качестве вспомогательной терапии при наличии показаний: психомоторное возбуждение, появление нарушений восприятия, суицидальном или агрессивном поведении [1, 54-56, 78-80, 96, 250-256].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Рекомендуется назначение препаратов группы АТХ «Витамины группы В» с целью профилактики развития энцефалопатии [1, 19, 27, 29, 56, 76, 79, 80, 82, 267, 268, 324].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий. При лечении СОА широко применяются витамины групп В и С в силу их активного участия в процессах клеточного дыхания, что позволяет снизить цитотоксичность этанола и его дериватов [1, 19, 27, 29, 32, 54, 56, 76, 78, 79, 80, 162, 252, 310, 324].

Рекомендуется назначение препаратов группы АТХ «Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании» с антиоксидантной активностью в комплексной терапии СОА [1, 54, 55, 56, 68, 266, 269, 270, 271, 316].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Антиоксиданты ввиду практического отсутствия противопоказаний к применению (исключения: гиперчувствительность, беременность, кормление грудью) назначаются на всех этапах терапевтического процесса, начиная с острого состояния. Из них чаще используются: #этилметилгидроксипиридина сукцинат, #метадоксин, #левокарнитин.

Спектр медикаментов для лечения СОА включает ряд соматотропных средств ввиду частого обострения латентной соматоневрологической патологии, в первую очередь со стороны печени [1, 54, 55, 56, 68, 76, 77]. К ним относятся различные группы АТХ: «Препараты желчных кислот», «Аминокислоты и их производные», «Препараты для лечения заболеваний печени».

4.3.3 Психотерапия при алкогольном абстинентном синдроме

Проведение психотерапии при синдроме отмены играет второстепенную роль. В этом состоянии психотерапевтическая помощь ограничена состоянием пациента и должна ограничиться короткими интервью с больным и семейной психотерапией с родственниками больного при их наличии.

Задача психотерапии при синдроме отмены направлена на удержании пациента в лечебной программе.

Рекомендуется проведение семейной психотерапии всем, у кого в доступе есть родственник/родственники или значимое лицо [188, 233-240].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Не рекомендуется проводить предметно-опосредованную психотерапию («запретительная психотерапевтическая процедура», эмоционально-стрессовая психотерапия по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) на этапе купирования синдрома отмены [272, 273, 277-280].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

4.3.4 Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома

Пожилые.

Учитывая психофизиологические особенности позднего возраста [282] при купировании синдрома отмены алкоголя у пожилых лиц бензодиазепины короткого действия с периодом полувыведения 6-12 часов являются препаратами «первого ряда» [283]. Дисульфирам не рекомендуется при наличии сердечно-сосудистых заболеваний и из-за возможных негативных взаимодействий с иными лекарственными средствами [284]

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Подростки.

Учитывая психофизиологические особенности подростково-юношеского возраста, помимо симптоматического лечения [285,286], патогенетически обоснованная психофармакотерапия может включать антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроаты), влияние которых направлено на дестабилизацию патологической системы, возникшей вследствие эпилептизации мозговых структур в сочетании с ноотропными, сосудистыми, биостимулирующими, дегидратирующими, нейрометаболическими средствами [287].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Беременные.

Любая лекарственная терапия беременных, в особенности психофармакотерапия, должна сопровождаться оценкой соотношения пользы-риска применения препарата во избежание вреда здоровью будущей матери и плода [288-291]. При этом, акцент терапии синдрома отмены должен делаться на препаратах, обладающих способностью к детоксикации, ускорению выведения алкоголя и ацетальдегида из организма, коррекции метаболических расстройств и специфических изменений в системе мать-плацента-плод.

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

4.3.5 Оценка эффективности и безопасности лечения

Для оценки эффективности терапии рекомендуется использовать клинический и/или психометрический методы [1, 75].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарий. Критериями оценки эффективности лечения СОА является в первую очередь позитивная клиническая динамика (вплоть до возможного восстановления) психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений, в том числе измеренная шкалой CIWA-Ar (см. Приложение Г4). Критерий эффективности психотерапевтического лечения: удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить по частоте возникновения и развития нежелательных явлений [1, 75] (см. Приложение Г3).

Комментарий. Оценка безопасности и переносимости терапии проводится на всем ее протяжении по частоте возникновения и развития нежелательных явлений. Нежелательные явления регистрируются по данным: 1) спонтанных сообщений пациентов; 2) физикального осмотра и клинически значимых изменений жизненно важных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, температура тела) от исходных значений; 3) клинически значимых отклонениям показателей лабораторных анализов и инструментальных методов диагностики от исходных значений.

4.3.6 Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации. Реабилитация при СОА не проводится.

4.3.7 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю наркология (Приложение А3).

При сформированном СОА наиболее важное значение приобретает третичная, медицинская, профилактика, направленная на а) предупреждение срывов и рецидивов заболевания и б) на уменьшение вредных последствий злоупотребления алкоголем. В основе профилактики – выполнение Стандартов лечения с учетом критериев качества оказания медицинской помощи (см. Приложение 3).

4.4 Лечение синдрома отмены алкоголя с делирием.

Состав и объем медикаментозной терапии регламентированы соответствующими актуальными Стандартами лечения больных наркологического профиля (см. Приложение А3).

Лечение алкогольного делирия направлено на экстренную нормализацию жизненно важных функций и устранение психотической симптоматики, таким образом снижая риск её углубления и развития дальнейших осложнений. Лечение проводится в условиях стационара в отделении интенсивной терапии или реанимации [1,93,292-294]. .

4.4.1 Медикаментозная терапия.

Комплекс лечебных мероприятий согласно Стандартам лечения приведен в таблице 21

Современная тактика лечения острого алкогольного делирия, независимо от степени его тяжести, предусматривает проведение детоксикационной терапии, профилактику нарушений жизненно важных функций организма, а при необходимости — их поддержание. Основная цель лечения больных с алкогольным делирием состоит в максимальном снижении риска развития осложнений и устранение психотической симптоматики.

Таблица 21

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ *.

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный
V01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный
V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный
V01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный
V01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный
V01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
V01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
V01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный
V01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный
V01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
V01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
V01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный
V01.035.010	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового повторный

V01.036.005	Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара
V01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
Наблюдение и уход за пациентом медицинским работником со средним и начальным медицинским образованием	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V02.003.001	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации
V02.003.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких
V02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
V02.03.004	Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии
V02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости
V03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента
Лабораторные методы исследования	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A09.05.211	Исследование уровня психоактивных веществ в крови
A09.07.005	Определение наличия психоактивных веществ в слюне
A09.07.005.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски
A09.28.020	Тест на кровь в моче
A09.28.055	Определение наличия психоактивных веществ в моче
A09.28.055.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски
V03.016.002	Общий (клинический) анализ крови
V03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический
Инструментальные методы исследования	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
A04.23.002	Эхоэнцефалография
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы
A05.23.001	Электроэнцефалография
A06.03.005	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях
A06.09.007	Рентгенография легких
A06.09.006	Флюорография легких
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A13.29.003	Психологическая адаптация
A13.29.004	Терапия средой
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование
A17.23.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
A17.23.002	Дарсонвализация местная при

		заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
A17.24.002		Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
A17.24.003		Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
A17.24.004		Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
A17.24.005		Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
A17.29.002		Электросон
A17.30.017		Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
A17.30.019		Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата <*>
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой	
		Платифиллин
A03AD	Папаверин и его производные	
		Дротаверин
		Папаверин
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	
		Орнитин
		Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды
A06AB	Контактные слабительные средства	
		Сеннозиды А и В
		Бисакодил
A11DA	Витамин В1	
		Кокарбоксилаза
		Сульбутиамин
		Бенфотиамин
		Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	
		Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	
		Пиридоксин
		Витамин Е
		Рибофлавин
A12CC	Препараты магния	
		Магния оротат
A12CX	Другие минеральные вещества	
		Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	
		Карнитин
		Левокарнитин
		Адеметионин
		Глутаминовая кислота
A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	
		Тиоктовая кислота
B02AB	Ингибиторы протеаз плазмы	
		Апротинин
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные	
		Фолиевая кислота
B05AA	Кровезаменители и	

	препараты плазмы крови	
		Декстран
		Гидроксиэтилкрахмал
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	
		Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид
		Стерофундин изотонический
B05CX	Другие ирригационные растворы	
		Декстроза
B05XA	Растворы электролитов	
		Кальция хлорид
		Магния сульфат
		Калия хлорид
		Натрия хлорид
C03CA	Сульфонамиды	
		Фуросемид
C04AD	Производные пурина	
		Пентоксифиллин
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	
		Пропранолол
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы	
		Атенолол
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Бриллиантовый зеленый
		Водорода пероксид
		Этанол
H02AB	Глюкокортикоиды	
		Преднизолон
		Гидрокортизон
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	
		Диклофенак
		Индометацин
N02AF	Барбитураты	
		Тиопентал натрия
N03AA	Барбитураты и их производные	
		Фенобарбитал
N03AF	Производные карбоксиамида	
		Окскарбазепин
		Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот	
		Вальпроевая кислота
		Гамма-аминомасляная кислота
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	
		Хлорпромазин
		Левомепромазин
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	
		Перициазин
N05AD	Производные бутирофенона	
		Галоперидол
		Дроперидол
N05AF	Производные тioxантена	
		Зуклопентиксол
		Хлорпротиксен
N05AX	Другие антипсихотические средства	
		Рисперидон
N05BA	Производные бензодиазепина	

		Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
		Диазепам
		Оксазепам
		Лоразепам
		Хлордiazепоксид
		Медазепам
		Алпразолам
		Тофизопам
N05BB	Производные дифенилметана	
		Гидроксизин
N05CD	Производные бензодиазепаина	
		Мидазолам
		Нитразепам
N05CF	Бензодиазепино-подобные средства	
		Зопиклон
		Золпидем
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		Гопантенвая кислота
		Деанола ацеглумат
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Ацетилкарнитин
		Идебенон
		Глицин
		Винпоцетин
		Пирацетам
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Метадоксин
N07XX	Прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы	
		Этилметилгидроксипиридина сукцинат
V03AB	Антидоты	
		Натрия тиосульфат
		Налоксон
		Димеркаптопропансульфонат натрия
		Флумазенил
V03AX	Прочие лечебные средства	
		Диметилноксобутилфосфонилдиметилат
V06DE	Аминокислоты, углеводы, минеральные вещества, витамины в комбинации	
		Аминокислоты для парентерального питания + прочие препараты
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Согласно критериям МКБ-10, абстинентное состояние с делирием сочетает в себе признаки синдрома отмены алкоголя и делирия, описанного в рубрике «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами»; соответственно этому выстраивается тактика терапевтических мероприятий (см. раздел 4.3). Основным методом лечения СОА с делирием рекомендовано является применение препаратов бензодиазепинового ряда [254,295-313].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Подключение фенобарбитала обосновано в случае исчерпания терапевтических возможностей бензодиазепинов для достижения уровня необходимой седации [1, 292].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

При развитии резистентного алкогольного делирия Стандарты лечения допускают назначение производных бутирофенона – галоперидола и дроперидола.

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Бутирофеноны, галоперидол и дроперидол считаются самыми безопасными и эффективными антипсихотиками для терапии делирия [303,304]. Галоперидол, как блокатор дофамина обладает невыраженными антихолинергическими и минимальными сердечно-сосудистыми побочными эффектами, а также отсутствием активных метаболитов. Он считается препаратом выбора второго ряда при лечении делирия. Несмотря на то, что у дроперидола отмечается более быстрое начало действия и более короткий период полувыведения, по сравнению с галоперидолом он оказывает более сильное седативное и гипотензивное действие.

Не рекомендуется использование нейролептиков в качестве монотерапии, несмотря на то, что некоторые из них демонстрируют определенную эффективность при купировании симптомов делирия, но они существенно менее эффективны чем бензодиазепины в предотвращении судорожных приступов [296,299].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: При мусситирующем, профессиональном, делирии использовать нейролептики нецелесообразно, так как они могут снизить уровень бодрствования у пациентов [295, 296,299, 306]

В качестве дополнительной терапии СОА с делирием рекомендовано применение противосудорожных (небензодиазепиновых) препаратов, в основном у пациентов, в анамнезе которых отмечались судорожные припадки [307,308,309].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Рекомендуется введение тиамин всем больным с синдромом отмены алкоголя с делирием [296,310], а также инфузионная инфузионная терапия [14,31103-311] (м.раздел 4.3).

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарий. Инфузионная терапия при алкогольном делирии рекомендуется только в случае необходимости восполнения суточных потребностей жидкости у пациентов с обезвоживанием в результате рвоты, диареи, при нарушении питания, при выраженном психомоторном возбуждении, повышении температуры, гипотонии. Также небольшие объемы инфузионной терапии используются в качестве растворителя лекарственных препаратов и необходимых электролитов. Основой современной инфузионной терапии являются сбалансированные растворы кристаллоидов. Для коррекции содержания электролитов - корректирующие растворы кристаллоидов под контролем состояния водно-электролитного баланса [14,311]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 3).

Дисбаланс электролитов (особенно при гипонатриемии) может привести к появлению судорог; в этом случае целесообразна энергичная коррекция электролитного дисбаланса для предотвращения, в первую очередь, осмотического повреждения тканей головного мозга [312,313].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

4.4.2 Оценка эффективности и безопасности лечения.

Для оценки эффективности терапии синдрома отмены алкоголя с делирием рекомендуется использовать клинический и психометрический методы [См.раздел 3.4]. Оценка эффективности комплексного лечения проводится, исходя из темпа и степени положительной клинической динамики психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений, а также наличия/отсутствия нежелательных явлений по шкале UKU (см. Приложение Г3).

С точки зрения клиники, критерии эффективности определяются восстановлением и стабилизацией жизненно-важных функций и удержания пациента в программе лечения по миновании острых психотических и соматоневрологических расстройств в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения СЗА.

Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить по частоте возникновения и развития нежелательных явлений по Шкале оценки побочного действия UKU (см. Приложение Г3).

4.5 Лечение амнестического синдрома.

4.5.1 Медикаментозная терапия.

Первичная медико-санитарная помощь при амнестическом синдроме легкой степени тяжести (имеются нарушения памяти на недавние события, связанные с ними нестойкие ложные воспоминания и дезориентировка во времени *при сохранности ориентировки в месте и окружающем*) оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. При невозможности оказания медицинской помощи в силу тяжести амнестического синдрома в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «наркология» и «психиатрия» при наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю «наркология» и «психиатрия». Лечение амнестического синдрома средней степени тяжести (нарушения памяти на события прошлого и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии) и тяжелой степени (беспомощность и опасность для жизни, связанная с амнестической дезориентировкой, неспособность к самообслуживанию; ложные воспоминания) помощь оказывается в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение: наркологические больницы, научно-практические центры.

Комплекс лечебных мероприятий приведен в таблице 21

Таблица 21

Перечень медицинских услуг и лекарственных средств для оказания специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ *

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением	
Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный
V01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный
V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный
V01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный
V01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный
V01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
V01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-

	инфекциониста повторный
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный
B01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный
B01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
B01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
B01.035.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра повторный
B01.035.010	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового повторный
B01.036.005	Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
Наблюдение и уход за пациентом медицинским работником со средним и начальным медицинским образованием	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
B02.003.001	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся в отделении интенсивной терапии и реанимации
B02.003.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом, находящимся на искусственной вентиляции легких
B02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
B02.003.004	Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии
B02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении алкогольной зависимости
B03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента
Лабораторные методы исследования	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A09.05.211	Исследование уровня психоактивных веществ в крови
A09.07.005	Определение наличия психоактивных веществ в слюне
A09.07.005.001	Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски
A09.28.020	Тест на кровь в моче
A09.28.055	Определение наличия психоактивных веществ в моче
A09.28.055.001	Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски
A12.06.042	Исследование антител к психоактивным веществам в крови
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический
Инструментальные методы исследования	
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
A04.23.002	Эхоэнцефалография
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы
A05.23.001	Электроэнцефалография
A05.23.008	Видеомониторинг электроэнцефалограммы
A06.03.005	Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях
A06.09.007	Рентгенография легких
A06.09.006	Флюорография легких
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)	
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации		
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	
A13.29.002	Трудотерапия	
A13.29.003	Психологическая адаптация	
A13.29.004	Терапия средой	
A13.29.005.001	Арттерапия	
A13.29.006	Психологическое консультирование	
A13.29.006.003	Семейное психологическое консультирование	
A13.29.007	Психологическая коррекция	
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция	
A13.29.008	Психотерапия	
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа	
A17.23.001	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.23.002	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	
A17.24.002	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.003	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.004	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.24.005	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы	
A17.29.002	Электросон	
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)	
A17.30.019	Воздействие переменным магнитным полем (ПемП)	
Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации		
Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарат
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	
		Орнитин
		Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды
A06AB	Контактные слабительные средства	
		Сеннозиды А и В
		Бисакодил
A11DA	Витамин В1	
		Кокарбоксилаза
		Сульбутиамин
		Бенфотиамин
		Тиамин
A11GA	Аскорбиновая кислота (витамин С)	
		Аскорбиновая кислота
A11HA	Другие витаминные препараты	
		Пиридоксин
		Витамин Е
		Рибофлавин
A12CX	Другие минеральные вещества	
		Калия и магния аспарагинат
A16AA	Аминокислоты и их производные	
		Карнитин
		Левокарнитин
		Адеметионин
		Глутаминовая кислота

A16AX	Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ	
		Тиоктовая кислота
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные	
		Фолиевая кислота
B05AA	Кровезаменители и препараты плазмы крови	
		Декстран
B05BB	Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	
		Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид
		Стерофундин изотонический
B05CX	Другие ирригационные растворы	
		Декстроза
B05XA	Растворы электролитов	
		Кальция хлорид
		Магния сульфат
		Калия хлорид
		Натрия хлорид
C01EB	Другие препараты для лечения заболеваний сердца	
		Калия и магния оротат
D08AX	Другие антисептики и дезинфицирующие средства	
		Бриллиантовый зеленый
		Водорода пероксид
		Этанол
G01AX	Прочие противомикробные препараты и антисептики	
		Фуразолидон
H02AB	Глюкокортикоиды	
		Преднизолон
		Гидрокортизон
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	
		Диклофенак
		Индометацин
N03AA	Барбитураты и их производные	
		Фенобарбитал
N03AF	Производные карбоксиамида	
		Оскарбазепин
		Карбамазепин
N03AG	Производные жирных кислот	
		Вальпроевая кислота
		Гамма-аминомасляная кислота
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	
		Тиоридазин
		Перициазин
N05AX	Другие антипсихотические средства	
		Рисперидон
N05BA	Производные бензодиазепаина	
		Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
		Диазепам
		Оксазепам
		Лоразепам
		Хлордiazепоксид
		Медазепам
		Алпразолам
		Тофизопам
N05BB	Производные дифенилметана	

		Гидроксизин
N05CD	Производные бензодиаземина	
		Мидазолам
		Нитразепам
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	
		Зопиклон
		Золпидем
N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	
		Пароксетин
		Сертралин
		Флуоксетин
		Циталопрам
		Флувоксамин
		Эсциталопрам
N06AX	Другие антидепрессанты	
		Пирлиндол
		Миансерин
		Тразодон
		Миртазапин
		Венлафаксин
		Милнаципран
		Пипофезин
N06BC	Производные ксантина	
		Кофеин
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
		Гопантеновая кислота
		Деанола ацеглумат
		Никотиноил гамма-аминомасляная кислота
		Ацетилкарнитин
		Идебенон
		Глицин
		Винпоцетин
		Пирацетам
		N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	
		Метадоксин
		Дисульфирам
		Налтрексон
		Налтрексон
P01AB	Производные нитроимидазола	
		Метронидазол
V03AB	Антидоты	
		Натрия тиосульфат
		Налоксон
		Димеркаптопропансульфонат натрия
		Флумазенил
V03AX	Прочие лечебные средства	
		Диметилноксобутилфосфонилдиметилат
		Цианамид
V06DE	Аминокислоты, углеводы, минеральные вещества, витамины в комбинации	
		Аминокислоты для парентерального питания + Прочие препараты
V07AB	Растворители и разбавители, включая ирригационные растворы	
		Вода для инъекций
Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания		
Основной вариант стандартной диеты		

Примечание:

* - усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения лекарств приведены в соответствующих Стандартах.

Задачи терапии:

- Коррекция мнестических расстройств;

- Стабилизация эмоциональной сферы и соматоневрологического состояния;
- Выработка установки на воздержание от приема алкоголя и на продолжительное лечение и реабилитацию.

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения с акцентом на восстановлении когнитивных функций согласно рекомендациям Стандартов.

Медикаментозные средства для лечения амнестического синдрома:

- Селективный блокатор N-метил-D-аспартат (NMDA) — глутаматных рецепторов.
- Ноотропные препараты;
- Препараты метаболического действия;
- Препараты, воздействующие на церебральное кровообращение;
- Гепатотропные препараты;
- Витамины.

При отсутствии противопоказаний рекомендуется назначение мемантина в соответствии с инструкцией.

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарий: Использование селективных блокаторов глутаматных N-метил-D-аспартат (NMDA) — глутаматных рецепторов (мемантина) у лиц с нарушениями памяти вследствие злоупотребления алкоголем способствует улучшению познавательных функций, поведению и качества жизни [395 -398].

Традиционно в РФ для коррекции мнестических расстройств алкогольной природы используют лекарственные средства разных фармакологических групп, улучшающие различными путями функцию ЦНС [314-333].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий. Наиболее широко представлена группа рацетамов, среди которых наиболее известен пирацетам. По своей химической структуре он близок к ГАМК, по характеру фармакологического действия является с одной стороны нейротропником, с другой – оказывает сосудистое действие. Как нейротропник улучшает метаболизм нейронов, т.к. способствует окислительному расщеплению глюкозы, увеличивает объем АТФ, что, в свою очередь, опосредованно ведет к нейтрализации свободных радикалов и препятствует перекисному окислению липидов в мембранах нейронов. Улучшается синаптическая проводимость, оптимизируются кортико-субкортикальные межполушарные связи, устраняется судорожная активность нейронов. Пирацетам улучшает микроциркуляцию, т.к. снижает агрегацию тромбоцитов, адгезию эритроцитов, уровень фибриногена, что ведет к уменьшению вязкости крови. Таким образом, пирацетам повышает устойчивость тканей мозга к алкогольно-токсическим повреждающим факторам. К этой же фармакологической группе относятся: #гамма-аминомасляная кислота, #глутаминовая кислота, #гопантеновая кислота, #идебенон, #никотиноил гамма-аминомасляная кислота #N-карбамоилметил-4-фенил-2-пирролидон.

Следует иметь в виду, что действие ноотропных средств (как рацетамов, так и других) ограничивается их тонизирующим влиянием исключительно на высшие психические, т.е. кортикальные, функции: усиливается самоконтроль, повышается уровень критики. Данный эффект ноотропных препаратов резко отличается от ноотропного действия психостимуляторов типа амфетамина, сочетающегося с психомоторным возбуждением и ослаблением сдерживающих психических механизмов. Смешивание этих явлений часто приводит к неоправданным ограничениям в назначении ноотропных средств. Ноотропные препараты способствуют восстановлению умственной работоспособности, укреплению памяти и внимания, но вместе с тем – активного торможения. В зависимости от исходного состояния больного, они могут оказывать психотонизирующее, антиастеническое, седативное, эугипническое, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, повышают уровень бодрствования и ясность сознания.

Рекомендуется применение метаболических средств и средств, воздействующих на церебральное кровообращение.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. Терапевтический эффект метаболических лекарственных средств обусловлен непосредственным воздействием на обменные процессы клеточного уровня.

- 1) #Левокарнитин увеличивает двигательную активность, повышает переносимость физических нагрузок, увеличивает запас гликогена в печени. Применяют при неврастении, травматической энцефалопатии, физическом истощении, заболеваниях печени.
- 2) #Глицин. Показания - различные функциональные и органические заболевания нервной системы с повышенной возбудимостью, эмоциональной нестабильностью, сниженной умственной работоспособностью различные формы энцефалопатий, в т.ч. алкогольного генеза.

Использование средств, улучшающих мозговое кровообращение.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. #Диметилксобутилфосфонилдиметилат улучшает регуляцию мозгового кровообращения, положительно влияет на метаболизм тканей головного мозга при их ишемии, улучшает венозный отток. Эффективность клинического применения препарата при различных формах цереброваскулярной недостаточности связана с его способностью повышать устойчивость нервных клеток к ишемии, с уменьшением отека и улучшением микроциркуляции. Винпоцетин применяют, в т.ч., при энцефалопатиях различного генеза, хронической сосудистой церебральной недостаточности.

Применение гепатопротекторов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. Исключить или, по крайней мере, ослабить роль печеночной патологии в генезе амнестического синдрома помогают препараты из фармакологической группы гепатопротекторов³ с различными механизмами действия. Они сочетают в себе защитную функцию паренхимы печени, улучшение её экскреторной функции, антиоксидантную и нейротропную и активность и практически не имеют противопоказаний к применению.

- 1) #Адеметионин. Показания: внутривеночный холестаз, поражения печени: токсические, включая алкогольные; цирротические и прецирротические состояния; энцефалопатия, в т.ч. ассоциированная с печеночной недостаточностью (алкогольная и др.)
- 2) #Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды. Показания: гепатиты и гепатозы различной этиологии, в т.ч., алкогольного генеза.
- 3) #L-орнитин-L-аспартат. Показания: острые и хронические заболевания печени, сопровождающиеся гипераммониемией. Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная).
- 4) Тиоктовая кислота. Показания: полинейропатия алкогольная и диабетическая.
- 5) #Метадоксин. Показания: алкогольная интоксикация, алкогольный абстинентный синдром, хронический алкоголизм, снижение влечения к алкоголю, комплексная терапия заболеваний печени, особенно алкогольной этиологии.

Применение витаминов.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий. Применение интенсивной витаминотерапии, прежде всего, высокими дозами витаминов группы В, является патогенетически направленным, поскольку дефицит тиамина – один из основных факторов патогенеза АС. В комплексе терапии используют #тиамин хлорид, #пиродоксина гидрохлорид, #никотиновую кислоту, #аскорбиновую кислоту; #альфа-токоферола ацетат длительно используют для лечения заболеваний печени, периферических невропатий.

³ Государственный реестр лекарственных средств URL: grls.rosminzdrav.ru; <https://www.rlsnet.ru>

4.5.2 Немедикаментозные методы терапии.

Иное лечение, помимо перечисленного выше, назначается специалистами исходя из конкретной терапевтической ситуации.

- Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга;
- Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга;
- Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы;
- Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы;
- Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы;
- Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы;
- Электросон;
- Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты;
- Воздействие переменным магнитным полем.

4.5.3 Психотерапия.

При амнестическом синдроме психотерапия показана для восстановления когнитивных функций, однако возможности применения различных методов психотерапии, а значит и их результат, зависит, как от психического состояния пациента, так и от условий оказания медицинской помощи [185,334,335]. По этой причине психотерапия как составляющая комплекса лечения пациентов с амнестическим синдромом является обязательной, но конкретные психотерапевтические программы составляются сугубо индивидуально, т.е. по показаниям.

Задачи психотерапии: развитие и тренировка когнитивных функций, эмоциональная поддержка и мотивирование больного на лечение, на прием медикаментозной терапии, отказ от приема алкоголя, продолжение лечения и реабилитацию.

Тактика терапии: проведение медикаментозного лечения является приоритетным. Все проводимое психотерапевтическое воздействие должно быть отражено в истории болезни или амбулаторной карте.

Критерием эффективности психотерапии является удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения. Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) не рекомендуется.

В амбулаторных и стационарных условиях используются идентичные психотерапевтические методики. Основные медицинские услуги этого направления, предусмотренные Стандартами, приведены в Таблице.

Таблица

Методы психотерапии больных с амнестическим синдромом.

Медицинская услуга	Применение
Психологическое консультирование/семейное психологическое консультирование	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. У пациентов с амнестическим синдромом необходимо семейное консультирование: сюда относится не только непосредственная работа с родственниками зависимых, но и с парами, консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа / жены.
Психологическая коррекция/индивидуальная психологическая коррекция	Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия, психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям; у больных с амнестическим синдромом проводится индивидуально.
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.
Арттерапия	Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арттерапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арттерапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента. Применяется у пациентов с выраженной алекситимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.

Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств 3)

Учитывая ограниченные интеллектуально-мнестические возможности пациентов с амнестическим синдромом, их когнитивная реабилитация трудоемкий, постоянный и длительный процесс, не всегда приводящий к терапевтическому успеху вследствие констелляции ряда сопутствующих основной патологии негативных факторов (возраст, коморбидность, физическая немощь и др.) [96,336-340].

Подбор психотерапевтических средств и методов должен быть максимально индивидуализирован. Имеющиеся в научной литературе данные об эффективности применения тех или иных методов лечения амнестического синдрома разрозненны и трудно сопоставимы из-за гетерогенности контингентов больных и ограниченного числа наблюдений.

4.5.4 Оценка эффективности и безопасности лечения.

Для оценки эффективности терапии рекомендуется использовать клинический и/или психометрический методы [1,74]. Оценка эффективности комплексного лечения проводится, исходя из темпа клинической динамики психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений АС. точки зрения клиники, критерии эффективности определяются восстановлением и стабилизацией жизненно-важных функций, удержания пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения алкогольной зависимости.

Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить по частоте возникновения и развития нежелательных явлений по шкале Шкала оценки побочного действия UKU (см. Приложение Г3).

5 Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

5.1 Медицинская реабилитация пагубного употребления.

5.1.1 Реабилитация

Учитывая отсутствие в диагностических критериях пагубного употребления алкоголя признаков синдрома алкогольной зависимости, специализированная наркологическая реабилитация таким лицам не проводится.

5.1.2 Диспансерное наблюдение.

Амбулаторная помощь регламентируется Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034).

5.1.3 Профилактика.

Профилактические мероприятия пагубного употребления алкоголя (т.е. первичная профилактика алкогольной зависимости как система мер предупреждения возникновения и влияния факторов риска развития болезни), включают различные подходы к оказанию профилактической помощи. Они учитывают современные научные разработки, имеющие доказанную прогностическую эффективность и возможность проведения экспертной оценки профилактического вмешательства. Эффективное функционирование государственной системы профилактики употребления алкоголя обеспечивает интегрированный спектр мер вмешательства на различных взаимосвязанных между собой уровнях [1] (см. Приложение Е).

Ключевыми основами формирования стандартов превентивных вмешательств являются:

- ✓ единая нормативно-правовая база, определяющая законодательные нормы проведения данных программ;
- ✓ единая концепция превентивных программ, опирающаяся на отечественные и зарубежные научно обоснованные методы профилактической помощи;
- ✓ успешно действующие мониторинговые программы, позволяющие обозначить реальные масштабы ситуации с употреблением алкоголя среди различных категорий населения;
- ✓ единая система оценки действующих профилактических программ, позволяющая оценить эффективность их функционирования в различные промежутки времени.

5.1.4 Организация оказания медицинской помощи.

Организация медицинской помощи при пагубном употреблении алкоголя регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034). При пагубном употреблении ПАВ объем и характер медицинской помощи в зависимости от условий ее оказания, изложены в соответствующих приказах Минздрава России: Приказ МЗ РФ от 17 мая 2016 г. N 300н, Приказ МЗ РФ от 17 мая 2016 г. N 301н (см. приложение А3).

5.2 Медицинская реабилитация синдрома зависимости.

5.2.1 Реабилитация.

В настоящее время реабилитации базируется на биопсихосоциальной модели [341-348] и предполагает использование не только лечебные программы СЗ, а включает системный подход — комплексная пролонгированная реабилитация и ресоциализация, включающая медицинскую, психологическую (психотерапевтическую), социальную и духовную помощь. Помощь направлена на сохранение положительных результатов, полученных в результате предшествовавшего лечения, за счет восстановления (формирования) нормативного личностного и социального статуса пациента с алкогольной зависимостью благодаря поддержанию трезвого состояния, дальнейшей коррекции и развитию его личностного, интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала

Эффективность лечебно-реабилитационных программ (ЛРП) наркологических пациентов обуславливается соблюдением следующих принципов:

- ✓ Согласие — это такая форма поведения больного, когда он добровольно, недобровольно (по принуждению) или добровольно-принудительно подтверждает свое участие в лечебно-реабилитационном процессе. В любом случае согласие пациента всегда детерминировано различными внутренними (внутриличностными) и внешними (межличностными, социальными) факторами и поэтому лишь условно может базироваться на свободе индивидуального выбора. При поступлении в наркологическое учреждение больные в письменной форме подтверждают добровольное согласие на участие в ЛРП.
- ✓ Отказ от употребления алкоголя — свидетельствует о реальной установке больных на выздоровление, понимании невозможности «нормального» употребления алкоголя без риска негативных последствий и рецидивов болезни, психосоциальной деградации и др.
- ✓ Личная ответственность — добровольная обязанность активно противостоять болезни, следовать по предлагаемому пути медико-психосоциальной реабилитации, который обеспечивает их реальную реадaptацию и ресоциализацию.
- ✓ Ценностная ориентация — опора на позитивные социальные и личностно значимые ценности, включающие общечеловеческие морально-этические принципы, уважение к трудовой деятельности, учебе, соблюдении законности и т.п.
- ✓ Наличие мотива участвовать в ЛРП и отказаться от употребления алкоголя — внутренняя потребность изменить свое «алкогольное поведение». Мотив может касаться физического и психического здоровья, личностных интересов, социальных установок, убеждений, чувства долга, непреодолимости тяги к алкоголю и др. Мотивы согласия на лечение, участие в ЛРП и, особенно, отказ от употребления алкоголя только тогда приносят свои плоды, когда они становятся личностно и социально опосредованными, то есть в случае «сдвига мотива на цель»; тогда формируется новый, доминирующий мотив, побуждающий к новой деятельности, новым потребностям и новому стилю жизни без алкоголя.

Реабилитация осуществляется независимо от продолжительности заболевания и тяжести алкогольной зависимости, при условии стабильности клинического состояния пациента и в зависимости от УРП (см. Приложение Е).

ЛРП включает три этапа [1,344,349]:

- 1) предреабилитационный, восстановительный (диагностика наркологической и сопутствующей патологии, купирование острых и подострых состояний алкогольной зависимости, определение уровня УРП с направлением на добровольных началах в реабилитационную структуру);
- 2) собственно медицинская реабилитация осуществляется наркологической бригадой, состоящей из врача психиатра-нарколога, клинического психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе (социального работника); конечная цель — закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов и на постепенный переход на более самостоятельное функционирование: для амбулаторных больных — в открытой социальной среде, а для больных реабилитационных стационаров — в среде данного учреждения;
- 3) профилактический (постреабилитационный); в стратегическом отношении в этом периоде ЛРП для больных, прошедших реабилитацию в условиях стационара, обеспечивается комплекс амбулаторных мероприятий (преимущественно в плане психотерапевтической и социальной поддержки), при необходимости — лечение соматических заболеваний.

Медико-реабилитационную помощь наркологическим больным оказывают:

- 1) амбулаторно, в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение — в реабилитационных амбулаторных подразделениях наркологических лечебно-профилактических учреждений — наркологических реабилитационных центрах, НД, кабинетах и др.;
- 2) в дневных стационарах, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;
- 3) стационарно, в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) — в реабилитационных стационарах или стационарных подразделениях наркологических лечебно-профилактических учреждений (реабилитационных центрах, больницах, НД со стационаром, отделениях, палатах, ТС, общинах).

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Медикаментозная часть ЛРП изложена в соответствующем разделе лечения алкогольной зависимости. Психотренинговая составляющая ЛРП осуществляется путем различных методик с учетом задач каждого этапа:

- 1) краткосрочная интервенция и мотивационное интервью на начальном этапе [123, 280,344,350-354];
- 2) когнитивно-поведенческая терапия для формирования (стимулирования) мотивации пациента на участие в реабилитационной программе [341,350,356-362];
- 3) противоречивый тренинг для закрепления навыков противостояния стрессовым ситуациям без участия алкоголя и обучения противостоянию тяге влечения к алкоголю, [203,341,344,345, 356,357,360,363-373,515,];
- 4) на любом этапе необходима личностно-ориентированную психотерапию в реабилитационной программе [341,350,356,357,375-377];
- 5) рекомендована семейная психотерапия [31,115,246,349,350,357,361,371-379];
- 6) оправдывает себя в повышении УРП образовательная работа с пациентами и их родственниками, или Школа психологической профилактики для пациентов и родственников⁴ (см. Приложение Е3), в форме обучения знаниям о закономерностях болезненной зависимости и путях ее преодоления для повышения уровня контакта (в том числе, комплаенса) со специалистами, осуществляющими ЛРП [145, 152, 155, 165-168, 180-183, 187-189].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

5.2.2 Диспансерное наблюдение.

Амбулаторная помощь регламентируется Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034).

5.2.3 Профилактика.

В системе мер профилактики алкогольной зависимости, наряду со вторичной профилактикой (своевременная диагностика и лечение), не менее актуальна третичная, включающая комплекс мер лечебно-реабилитационных мер стабилизации ремиссий, предупреждения рецидива (смотри разделы, посвященные лечению и реабилитации).

5.2.4 Организация оказания медицинской помощи.

Организация медицинской помощи при алкогольной зависимости регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034). При алкогольной зависимости организационная форма медицинской помощи, её объем и характер определяются соответствующими приказами Минздрава России: Приказ МЗ РФ от 17 мая 2016 г. №302н, Приказ МЗ РФ от 17 мая 2016 г. №299н (см. приложение А3).

5.3 Медицинская реабилитация синдрома отмены алкоголя.

5.3.1 Реабилитация.

Реабилитация больных в фазе синдрома отмены носит характер вторичной профилактики, эффективность которой в значительной степени определяет дальнейшее течение заболевания, и, следовательно, характер и объемы дальнейшей ЛРП (см. раздел 5.2.1) (см. Приложение Е).

5.3.2 Диспансерное наблюдение.

Амбулаторная помощь регламентируется Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034).

5.3.3 Профилактика.

Первичная профилактика синдрома отмены ПАВ заключается в эффективном лечении пагубного употребления и алкогольной зависимости на ее начальных этапах для предотвращения прогресса заболевания. После формирования синдрома отмены профилактические мероприятия становятся вторичными, то есть, направлены на своевременное и качественное лечение с целью снижения риска осложнений.

5.3.4 Организация оказания медицинской помощи. Организация медицинской помощи при синдроме отмены ПАВ регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034).

Организационная форма медицинской помощи, её объем и характер определяются соответствующими клиническими рекомендациями⁵ и приказами Минздрава России: Приказ от 4 сентября 2012 г. №124н, Приказ от 4 сентября 2012 г. №135н (см. приложение А3).

Приказ от 4 сентября 2012 г. №125н

5.4 Медицинская реабилитация синдрома отмены алкоголя с делирием.

5.4.1 Реабилитация.

Реабилитация больных, перенесших алкогольный делирий заключается в проведении комплекса лечебных мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов перенесенного состояния, коррекцию выявленных сопутствующих соматоневрологических расстройств, формирование мотивации на воздержание от алкоголя и дальнейшее участие в ЛРП. (см. Приложения Е, Е2).

5.4.2 Диспансерное наблюдение.

Амбулаторная помощь регламентируется Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034).

5.4.3 Профилактика.

Профилактика алкогольного делирия является третичной и заключается в эффективном лечении синдрома отмены с целью устранения факторов риска либо снижения их значимости в возникновении психотических расстройства психотических расстройств и их рецидивирования [274-276, 387].

5.4.4 Организация оказания медицинской помощи. Организация медицинской помощи при синдроме отмены ПАВ с делирием регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034). Организационная форма медицинской помощи, её объем и характер определяются Приказом Минздрава от 4 сентября 2012 г. №125н (см. приложение А3)

5.5 Медицинская реабилитация амнестического синдрома.

5.5.1 Реабилитация

Реабилитация пациентов с амнестическим синдромом в разной степени может проводиться на всех этапах терапии. Следует иметь в виду, что возможности социально-реабилитационной работы ограничены степенью нарушений когнитивных функций, облигатно присутствующих у больных с амнестическим синдромом (см. Приложение Е).

Основные направления реабилитации больных амнестическим синдромом:

- 1) психотерапия;

⁴ Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 N 804н – Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.

⁵ Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние). Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Рубрикатор клинических рекомендаций. ID: 611. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/938>

- 2) когнитивный тренинг;
- 3) стимуляция физической активности;
- 4) стимуляция социальных взаимодействий.

Учитывая слабость интеллектуально-мнестических функций больных с АС, Школа психологической профилактики для пациентов и родственников (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034), приобретает особенное значение в ЛРП (см. Приложение ЕЗ Школа психологической профилактики для пациентов и родственников). В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии алкоголя. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий.

Комментарий. Учитывая ограниченные интеллектуально-мнестические возможности пациентов с амнестическим синдромом, их когнитивная реабилитация трудоемкий, постоянный и длительный процесс, не всегда приводящий к терапевтическому успеху вследствие констелляции ряда сопутствующих основной патологии негативных факторов (возраст, коморбидность, физическая немощь и др.) [96,336,337,339,340,388-391].

Подбор психотерапевтических средств и методов должен быть максимально индивидуализирован. Имеющиеся в научной литературе данные об эффективности применения тех или иных методов лечения амнестического синдрома разрознены и трудно сопоставимы из-за гетерогенности контингентов больных и ограниченного числа наблюдений.

5.5.2 Диспансерное наблюдение.

Амбулаторная помощь регламентируется Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034).

5.5.3 Профилактика.

Профилактика амнестического синдрома носит характер третичной и заключается в своевременном и качественном выполнении комплекса лечебных мероприятий, направленных на минимизацию токсических последствий хронической алкогольной интоксикации. Следует иметь в виду, что терапия амнестического синдрома – комплексный, индивидуальный и длительный процесс. При осуществлении преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями наркологической помощи⁶ срок лечения амнестического синдрома, независимо от вида медицинской помощи, согласно Стандартам медицинской помощи (См. приложение А3), может достигать 90 дней (длительность лечения диктуется скоростью обратного развития выявленной патологии).

5.5.4 Организация оказания медицинской помощи. Организация медицинской помощи при амнестическом синдроме регламентируется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034). Организационная форма медицинской помощи, её объем и характер определяются соответствующими Приказами Минздрава: Приказ от 4 сентября 2012 г. №127н и Приказ от 4 сентября 2012 г. №128н (см. приложение А3).

6. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).

Факторы, влияющие на исход заболеваний/состояний, относящихся к разряду болезней зависимости, неравномерно делятся на две части. К постоянной составляющей достижения лечебного эффекта относится выполнение порядка организации наркологической помощи, регламентированного Приказом Минздрава России №929н от 15 ноября 2012 года (включая порядок и условия маршрутизации пациента в системе наркологических учреждений), а также пакет Стандартов медицинской помощи (определяют характер и объем лечения). С другой стороны, прогнозу результата лечения придает неопределенность субъективный и весьма лабильный фактор мотивации пациента на лечение, зависящий от множества разнообразных значимых для пациента обстоятельств. В том числе, важнейшую роль в выстраивании взаимоотношений врача и больного, в возможности создать атмосферу доверия и уважения к врачу, необходимую для достижения терапевтического эффекта, играет полная добровольность обращения за медицинской наркологической помощью.

Определённую помощь в оценке лечебных усилий оказывают Критерии оценки качества медицинской помощи. При оценке качества медицинской помощи следует руководствоваться рекомендациями, изложенными в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи и объемом выполнения диагностических и лечебных мероприятий согласно Стандартам медицинской помощи» (см. Приложение А3).

Список литературы.

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 944с.
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Вопросы Здравоохранения: Алкоголь, 5 февраля 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. (дата обращения 04.10.2019).
3. Всемирная Организация Здравоохранения. Вопросы Здравоохранения: Алкоголь, 5 февраля 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. (дата обращения 05.05.2019).
4. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб./Росстат. - М.; 2018. 694 с.
5. Koob G.F. The neurobiology of addiction: A neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*. 2006; №101(Suppl 1):23–30.
6. Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А. Методологические подходы к учету алкоголь-атрибутивной смертности в России и за рубежом. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2012; №4 (10): с.30-41.
7. European Report on Alcohol Policy 2016. A review. European Alcohol Policy Alliance, 2016. <https://www.drugsandalcohol.ie/26737/1/ERAH-2017-European%20Report%20on%20Alcohol%20Policy.pdf>. (дата обращения 10.11.2018)
8. Здравоохранение в России. 2017: Стат. Сб./Росстат. М., 2017; 170 с.
9. Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами (дата обращения 13.11.2019). URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#. (дата обращения 30.01.2019).
10. Агибалова Т.В., Альтшулер В.Б., Винникова М.А. Козырева А.В., Кравченко С.Л., Ненастьева А.Ю., Уткин С.И., Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ, 2014., 26 с. URL: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/1680.pdf>. (дата обращения 04.02.2019).
11. Руководство по наркологии. /Под редакцией Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика; 2002; Т.1, 233 с.

⁶ Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

12. Уткин С.И. Неотложная наркология. В кн.: Наркология: национальное руководство, под редакцией Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой// – 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с. 585-587.
13. Allgaier C. Ethanol sensitivity of NMDA receptors. *Neurochem Int.* 2002 Dec; 41(6): 377-382.
14. Kattimani S., Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Ind. Psychiatry J.* 2013 Jul-Dec; №22(2): 100–108. doi: 10.4103/0972-6748.132914.
15. Анохина И.П., Шамакина И.Ю. Фундаментальные механизмы зависимости от психоактивных веществ. В кн.: Наркология: национальное руководство/ под ред.Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016; с.96-116.
16. Victor M, Adams R.D., Collins G.H. *The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Neurologic Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition.* 2nd ed. Philadelphia, PA: FA Davis; 1989.
17. Donnino, M.W., Vega J., Miller J., Walsh M. Myths and misconceptions of Wernicke's encephalopathy: what every emergency physician should know. *Ann Emerg Med.* 2007 Dec; №50(6):715-21.
18. Zuccoli G, Siddiqui N, Cravo I, et al. Neuroimaging findings in alcohol-related encephalopathies. *Am J Roentgenol* 2010; № 6:1378-1384.
19. Fernandes, L.M., Bezerra F.R., Monteiro M.C., Silva M.L., de Oliveira F.R., Lima R.R., Fontes-Júnior E.A. and Maia C.S. Thiamine deficiency, oxidative metabolic pathways and ethanol-induced neurotoxicity: how poor nutrition contributes to the alcoholic syndrome, as Marchiafava–Bignami disease. *European Journal of Clinical Nutrition* advance online publication, 22 February 2017; 580-586. doi:10.1038/ejcn.2016.267. URL: <https://www.nature.com/articles/ejcn2016267>. (дата обращения 04.02.2019).
20. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтера, 2010; 255 с.
21. Karila L., Zarmidini R., Lejoyeux M. Delirium tremens. *Rev. Prat.* 2014, №10: 1349-52. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25668827>. (дата обращения 11.09.2018).
22. Thorarinsson B.L., Olafsson E., Kjartansson O., Blondal H. Wernicke's encephalopathy in chronic alcoholics. *Laeknabladid* 2011; №1:21—29.
23. Yucebilgin S., Cirpan T., Sanhal C.Y. et al. Wernicke's encephalopathy: a case report and MRI findings. *JBR BTR* 2011; №1: 24-25.
24. Наркология: Национальное руководство (под ред Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой). – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008. – 720с.
25. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.1. /Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина; 1999. – 784с.
26. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2. /Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина; 1999. – 784с.
27. Bentham P., Callaghan R. Kuruvilla T. et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Library*, 01 July 2013. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004033.pub3/full> (дата обращения: 10.03.2018).
28. Wernicke-Korsakoff syndrome. US National Library of Medicine. *MedlinePlus*. URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/000771.htm>. (дата обращения: 06.06.2016).
29. Bubko I., Gruber B.M., Anuszevska E.L. The role of thiamine in neurodegenerative diseases. *Postepy Hig Med Dosw (Online)* 2015 Sep 21; V.69:1096-106. Review. Polish. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26400895>. (дата обращения: 13.11.2018).
30. Сиволап Ю.П., Дамулин И.В. Синдром Вернике–Корсакова. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2014; №4: с.76-80.
31. Kopelman M., Thomson A., Guerrini I., et al. The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment. *Alcohol and Alcoholism* 2009; №2(44):148–154. URL: <http://www.alcalc.oxfordjournals.org/content/44/2/148>. (дата обращения: 12.07.2018).
32. Vedder L., Hall J., Jabrouin K., Savage L. Interactions between chronic ethanol consumption and thiamine deficiency on neural plasticity, spatial memory, and cognitive flexibility. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015 Nov; №11 (39):2143-53. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419807>. (дата обращения: 12.07.2018).
33. Wijnia J., Oudman E., Bresser E. et al. Need for early diagnosis of mental and mobility changes in Wernicke encephalopathy. *Cognitive and Behavioral Neurology* 2014; №4(27): p.215-221.
34. Pitel A., Segobin S., Ritz L. et al. Thalamic abnormalities are a cardinal feature of alcohol-related brain dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* July 2015; V.54:P.38–45. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414001882-cor0005>. (дата обращения: 06.09.2018).
35. Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В. К вопросу о классификации и неточностях обозначения психических расстройств при болезнях зависимости. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2008; №2(18): с.91-95.
36. XV Съезд психиатров России. Материалы съезда.– М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010; 409с.
37. Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб./Росстат. – М., 2017; 686 с.
38. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Социально значимые заболевания населения России в 2016 году (Статистические материалы) URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2016-god>. (дата обращения: 06.09.2018).
39. Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization. ISBN 978 92 4 069276 3. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf. (дата обращения: 11.11.2018).
40. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/.
41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association. URL: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/providers/dsm-5-coding-update.pdf>. (дата обращения 04.02.2019).
42. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. 2003; 215 с.
43. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. Под редакцией Н.М. Жарикова: М.: Медицина. 2000; 352 с.
44. Kaner E.F.S., Beyer F.R., Muirhead C., et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; №2: CD004148. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/abstract>. (дата обращения 10.10.2018).
45. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G., World Health Organization. *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD?sequence=1. (дата обращения 10.10.2018)
46. Sobell, L. C., & Sobell, M. B. Alcohol consumption measures.// In J. P. Allen & M. Columbus (Ed.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers.* Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995; 55-73.
47. Garbutt J., Kampov-Polevoy A., Gallop R. Kalka-Juhl L., Flannery B. Efficacy and Safety of Baclofen for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial *Alcoholism. Clinical and Experimental Research.* November 2010; №11:1849-1857.
48. McCrady B., Epstein E., Kahler C. Alcoholics Anonymous and Relapse Prevention as Maintenance Strategies After Conjoint Behavioral Alcohol Treatment for Men: 18-Month Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72(5):870–878.

49. McKay J., Lynch K., Shepard D., et al. Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders? *Addiction* 2005; 100:216–226.
50. Дудко Т.Н., Белокрылов И.В., Еричев А.Н. Тетрадь врача для работы по программе Точка Трезвости. «Янссен Фармацевтика НВ». Москва, СП-6, 2009. – 26 с.
51. Илюк Р.Д., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М. Сравнительное исследование зависимости от пива и крепких алкогольных напитков. – СПб.: Изд. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011; 168 с.
52. Корольков А.И., Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Различия больных алкоголизмом в объемах потребления алкоголя: причины и смысл. *Наркология*; 2011: №6: с.56-65.
53. Dawe S., Loxton N., Hides L., Kavanagh D., Mattick R. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra: Dept. of Health and Ageing, 2-nd ed: Monograph no. 48, 2002; 166.
54. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: Изд «Гэотар-Медиа», 2009; с.409-442.
55. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е издание. СПб: издательство «Лань», 1999; 352 с.
56. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). М., 2000; 57 с.
57. Tavakoli H.R., Hull M., Okasinski Lt.M.. Review of current clinical biomarkers for the detection of alcohol dependence. *Innov.Clin.Neurosci.* 2011 Mar;8(3):26-33.
58. Thompson W., Lande R. G., Kalapatapu R.K. Alcoholism Workup. *Laboratory Studies*. Updated: Nov 27, 2018. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#с6>.
59. Muñoz-Hernández S., Velázquez-Fernández J.B., Díaz-Chávez J., et al. Alcoholism: Common and Oxidative Damage Biomarkers. *J Clin Toxicol.* 2014; S7: S7-006. doi:10.4172/2161-0495.S7-006. URL: <https://www.omicsonline.org/open-access/alcoholism-common-and-oxidative-damage-biomarkers-2161-0495.1000-S7-006.pdf>.
60. Niemelä O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. *Int J Environ Res Public Health* 2016; (2):166. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772186/>. (дата обращения 12.09.2018)
61. Hannuksela M.L. Liisanantti M.K. Nissinen A.E. Savolainen M.J. Biochemical markers of alcoholism. *Clin. Chem. Lab. Med.* 2007; №8: 953-961.
62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. US Department of Health and Human Services. September 2006. URL: <http://car.samsha.gov/>. (дата обращения: 20.02.2018).
63. Aithal G.P., Thornes H., Dwarakanath A.D., Tanner A.R., and Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? *Alcohol and Alcoholism*. 1998; №3: 304-309.
64. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ". Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. N 1034н. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71360612/paragraph/1/highlight/CDT:7> (дата обращения - 05.10.2019).
65. Aradottir S., Asanovska G., Gjerss S., Hansson P., Alling C. Phosphatidylethanol (PEth) concentrations in blood are correlated to reported alcohol intake in alcohol-dependent patients. *Alcohol and alcoholism* 2006; № 41: 431–437.
66. Sommers M.S. Savage C., Wray J., Dyehouse J.M. Laboratory measures of alcohol (ethanol) consumption: strategies of assessing drinking patterns with biochemical measures. *Biol. Res. Nurs.* 2003; № 4(3): 203-207.
67. US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. Urine specimen collection handbook for federal agency workplace drug testing programs 2004. URL: http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/. (дата обращения 18.10.2019)
68. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. В кн.: Руководство для практикующих врачей. /под общей редакцией чл-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова: М.: «Литттера». 2014; с.582-692.
69. Alcoholism Workup. *Laboratory Studies*. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#с6>. (дата обращения: 01.02.2018).
70. Демидов А.Н. Стадийность и прогрессивность алкоголизма у женщин (по данным клиники, нейромиеографии и кардиоваскулярных тестов. Дисс. ... канд мед.наук. М.,1994.
71. Евтушенко С.К., Грищенко А.Б., Евтушенко И.С. Алкогольные поражения нервной системы. *Международный неврологический журнал.* 2012; №2(48) URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/27336>. (дата обращения 16.08.2017).
72. Кантмирова Е.А., Киричкова Г.А., Глущенко Е.В. Диагностика соматогенно обусловленных нейропатий: алкогольная полинейропатия. *Вестник новых медицинских технологий.* 2009; №1. URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2009-1/55.pdf>. – (дата обращения 16.08.2017).
73. Niemelä O. Biomarkers in alcoholism. *Clin. Chim. Acta* 2007; Feb. 377(1-2):39-49.
74. Aithal G.P., Thornes H., Dwarakanath A.D., Tanner A.R. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? *Alcohol and Alcoholism* 1998; №3:304-309.
75. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br. J. Addict.* 1989; 84:1353–7.
76. Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. – С-Пб.: Интермедика, 2002; 336 с.
77. Малин Д.И., Медведев В.Д. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. Справочное пособие. М.: Вузовская книга, 2013; 172 с.
78. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64115>. (дата обращения: 28.02.2017)
79. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2010c) Alcohol-use disorder: physical complications. NICE clinical guideline 100. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG100> (дата обращения: 28.02.2017).
80. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a) Alcohol dependence and harmful alcohol use. NICE clinical guideline 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG115> (дата обращения: 28.02.2017).
81. Bharadwaj B, Bernard M, Kattimani S, Rajkumar RP. Determinants of success of loading dose diazepam for alcohol withdrawal: A chart review. *J Pharmacol Pharmacother.* 2012; 3:270-272.
82. Chabria SB. Inpatient management of alcohol withdrawal: A practical approach. *Signa Vitae. Journal of Intensive Care and Emergency Medicine* 2008; 3:24–29. <http://www.signavitae.com/2008/04/inpatient-management-of-alcohol-withdrawal-a-practical-approach/> (дата обращения 11.11.2019).
83. Sanford A.M., Flaherty J.H. Do nutrients play a role in delirium? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2014 Jan;17(1):45-50. doi: 10.1097/MCO.0000000000000022.
84. Savel R.H., Shiloh A.L. Alcohol Withdrawal in the ICU - Practice and Pitfalls. URL: <https://studyles.com/doc/15534085/alcohol-withdrawal-in-the-icu--practice-and-pitfalls>. (дата обращения 11.11.2019).

85. Horacek R., Krnacova B., Prasko J., Latalova K. Delirium as a complication of the surgical intensive care// *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; Sep 22(12):2425-2434. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27703360>. (дата обращения 10.08.2018).
86. Rodrigo C., Seneviratne D., Sriram G., Jayasinghe S. Acute coronary ischemia during alcohol withdrawal: a case report. *J. Med. Case Reports.* 2011; 5: 369. doi: 10.1186/1752-1947-5-369.
87. Cuculi F., Kobza R., Ehmann T., Erne P. ECG changes amongst patients with alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Swiss Med. Wkly.* 2006 Apr 1; №13-14:223-227.
88. Monte, R., Rabuñal R., Casariego E., López-Agreda H., Mateos A., Pérttega S. Analysis of the Factors Determining Survival of Alcoholic Withdrawal Syndrome Patients in a General Hospital. *Alcohol and Alcoholism* March 20, №2:151–158 <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn087>. (дата обращения 10.08.2018).
89. Sand T., Bråthen G., Michler R., et al. Clinical utility of EEG in alcohol-related seizures.// *Acta Neurol Scand* 2002; 105:18–24.
90. Bråthen G., Ben-Menachem E., Brodtkorb E., et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2005;№12(8):575-81.
91. Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol* 2009; 44(2):155-65. doi: 10.1093/alcalc/agn103. Epub 2008 Dec 9.
92. Jung Y., Chanraud S., Sullivan E.V. Neuroimaging of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome. *Neuropsychol Rev* 2012; №2:170–180. doi: 10.1007/s11065-012-9203-4.
93. Schuckit M.A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens)// *N Engl J Med.* 2014 Nov 27; 371(22):2109-13. doi: 10.1056/NEJMr1407298.
94. Meagher D., Maeve L. The active management of delirium: improving detection and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14:292–301. doi: 10.1192/apt.bp.107.003723.
95. Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med.* 2015; №7: 878–882. doi: 10.1111/acem.12706.
96. The American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder. American Psychiatric Association, 2018, 224 p. ISBN 978-0-89042-682-1. Item #2682.
97. Trevisan L. Elderly Alcohol Use Disorders: Epidemiology, Screening, and Assessment Issues.//*Psychiatric Times* 2014 May 9; 31(5). URL: <http://www.psychiatristimes.com/alcohol-abuse/elderly-alcohol-use-disorders-epidemiology-screening-and-assessment-issues> (дата обращения: 29.01.2019)
98. American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy.* 2013; №1: 102–109.
99. Zhang D.X., Li S.T., Lee Q.K., et al. Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare settings. *Alcohol Alcohol* 2017; 52(5): 595-609.
100. Rolland B., Naassila M. Binge drinking: current diagnostic and therapeutic issues. *CNS Drugs* 2017; №1(3):181-186.
101. Nadkarni A., Weobong B., Weiss H.A. et al. Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 389(10065): 186-195.
102. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Recovery from drug and alcohol dependence: An overview of the evidence. London, England: ACMD, 2012; 50 p.
103. Logan D.E., Marlatt G.A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol* 2010; 66(2):201-14.
104. Назыров Р.К., Ремесло М.Б., Ляшковская С.В. и др. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014; 19 с.
105. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; С.233–243.
106. Баранова О.В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике. В кн.: Е.А. Кошкина. Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа, 2011; С. 272–304.
107. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. СПб.: СпецЛит, 2016; 416 с.
108. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. В кн.: Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с.699-711.
109. Elzerbi C., Donoghue K., Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction* 2015; № 7: 1082-91.
110. McDevitt-Murphy M.E., Murphy J.G., Williams J.L., et al. Randomized controlled trial of two brief alcohol interventions for OEF/OIF veterans. *J Consult Clin Psychol.* 2014; № 4:562-8.
111. O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014; № 49(1):66-78.
112. Bernstein J., Bernstein E., Tassiopoulos K., et al. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 49–59.
113. Madras B.K., Compton W.M., Avula D., et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend.* 2009; 99:280–295.
114. Walton M.A., Bohnert K., Resko S., et al. Computer and therapist based brief interventions among cannabis-using adolescents presenting to primary care: one year outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2013; №132(3):646-53.
115. Weiss R.D., Jaffee W.B., de Menil V.P., Cogley C.B. Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard Review of Psychiatry* 2004; №12 (6): 339–350.
116. Crits-Christoph P., Johnson J.E., Connolly Gibbons M.B., Gallop R. Process predictors of the outcome of group drug counseling. *J Consult Clin Psychol* 2013; № 81(1): 23-34.
117. Newton N.C., Conrod P.J., Slade T., et al. The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; № 57(9):1056-65.
118. Yonkers K.A., Forray A., Howell H.B., et al. Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. *General Hospital Psychiatry*, 2012; №34(5):439-449.
119. Batra A., Müller C.A., Mann K., Heinz A. Alcohol dependence and harmful use of alcohol—diagnosis and treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 301–10.
120. Du Plessis, U., Young, C., Macleod, C.I. Harm Reduction Strategies in Alcohol Use and Abuse: A Critical Review of Interventions. Grahamstown, South Africa: Critical Studies in Sexualities and Reproduction, Rhodes University, report, 2017; 54 p. URL: http://www.academia.edu/35115267/Harm_Reduction_Strategies_in_Alcohol_Use_and_Abuse_A_Critical_Review_of_Interventions.
121. Joseph J., Basu D. Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Critical Analysis. 2017, 3 (2). DOI: 10.23937/2572-4037.1510020. URL: <https://clinmedjournals.org/articles/ijpp/international-journal-of-psychology-and-psychoanalysis-ijpp-3-020.php?jid=ijpp>.

122. Брюн Е.А. Основы организации наркологической помощи. Наркология. 2010; №4: С. 7-10.
123. Lundahl B., Burke B.L. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.* 2009; 65: 1232-45.
124. Carroll K.M., Kiluk B.D. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav* 2017; №31(8): 847-861.
125. Marsch LA, Carroll KM, Kiluk BD: Technology-based interventions for the treatment and recovery management of substance use disorders: a JSAT special issue. *J Subst Abuse Treat* 2014; №46:1–4.
126. Vasilaki E.I., Hosier S.G., Cox W.M. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol.* 2006; №41(3):328-35.
127. Smith D.C., Ureche D.J., Davis J.P., Walters S.T. Motivational interviewing with and without normative feedback for adolescents with substance use problems: a preliminary study. *Subst Abus.* 2015; №36(3): 350-8.
128. Moyers T. B., Houck J. Combining Motivational Interviewing with cognitive- behavioral treatments for substance abuse: Lessons from the COMBINE Research Project. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2011; №18 (1): 38-45.
129. Conrod P.J. Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Report.* 2016; № 3(4):426–36.
130. Oikonomou M.T., Arvanitis M., Sokolove R.L. et al. Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Health Psychol.* 2017; № 22(14):1841-1850.
131. Kamboj S.K., Irez D., Serfaty S., et al. Ultra-brief mindfulness training reduces alcohol consumption in at-risk drinkers: a randomized double-blind active-controlled experiment. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2017; №20(11): 936-947,
132. Watkins L. E., Franz M. R., DiLillo D., Gratz K. L., Messman-Moore T. L. Does drinking to cope explain links between emotion-driven impulse control difficulties and hazardous drinking? A longitudinal test. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2015; №29(4): 875-884,
133. Gajeccki M., Andersson C., Rosendahl I., et al. Skills training via smartphone app for university students with excessive alcohol consumption: a randomized controlled trial. *IntJBehavMed.* 2017; №24(5): 778-788
134. Mbuagbaw L., Sivaramalingam B., Navarro T. et al. Interventions for enhancing adherence to antiretroviral therapy (ART): a systematic review of high quality studies. *AIDS Patient Care STDS.* 2015 May;29(5):248-66.
135. Kader R., Govender R., Seedat S., Koch J.R., Parry C. Understanding the impact of hazardous and harmful use of alcohol and/or other drugs on ARV adherence and disease progression. *PLoS ONE.* 2015; №10(5): e0125088. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25933422>. (дата обращения: 29.01.2019)
136. Parsons J.T., Golub S.A., Rosof E., Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007; № 46(4):443–450.
137. Ingersoll K.S., Farrell-Carnahan L., Cohen-Filipic J., et al. A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users. *Drug Alcohol Depend.* 2011; № 116(1–3): 177–187.
138. Sansone R.A., Sansone L.A. Alcohol/Substance misuse and treatment nonadherence: fatal attraction. *Psychiatry (Edgmont).* 2008; № 5: 43–46.
139. Zweben A., Pettinati H. M., Weiss R. D., et al. Relationship between medication adherence and treatment outcomes: The COMBINE study. *Alcohol, Clinical and Experimental Research,* 2008; № 32 (9): 1661–1669.
140. Moyer V.A.; Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; № 159(3):210-8.
141. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;1: CD001867.
142. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*1992; №49:876–880.
143. Volpicelli J.R., Watson N.T., King A.C., Sherman Ce., O'Brien C.P. Effect of naltrexon on alcohol «high» in alcoholics. *Am J Psychiatry* 1995; №152 (4):613-615.
144. O' Malley S. S., Jaffe A. J., Chang G et al. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 1992; №49:881-887.
145. Volpicelli J. R., Rhines K. S., Rhines J. S. et al. Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. *J. Arch. Gen. Psychiatry* 1997; № 8:737 – 742.
146. Jaffe AJ, Rounsaville B, Chang G., Schottenfeld RS, Meyer RE, O'Malley SS. Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching. *J. Consult Clin Psychol* 1996; №64:1044-1053.
147. Винникова М.А. Лобачева А.С., Басманова Т.В., Бойко Е.О., Гуревич Г.П. Антаксон в терапии патологического влечения к алкоголю: результаты сравнительных исследований. *Вопросы наркологии.* 2007; №1: с.5–11.
148. Dunbar J.D., Turncliff R.Z., Dong Q. et al. Single and multiple dose pharmacokinetics of long-acting naltrexone. *Alcohol Clin Exp. Res* 2006; №30:480–490.
149. Krupitsky E., Woody G.E , Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia. *Lancet* 2010, Oct 2; № 9747: 1145. PubMed PMID: 20888988.
150. Kranzler H.R., Song Liou et al. Effect of long-acting injectable Naltrexone on Quality of Life. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/18>. (дата обращения: 10.12.2017).
151. National Institute on Alcohol abuse and alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician Guide. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/guide>. (дата обращения: 01.12.2017).
152. Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S. et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; № 293(13): 1617-1625.
153. Gastfriend D.R., Dong Q., Loewy J. et al. Durability of Effect of Long-Acting Injectable Naltrexone. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15811981>. (дата обращения: 05.02.2018).
154. Syed Y., Keating G. Extended-Release Intramuscular Naltrexone (VIVITROL®): A Review of Its Use in the Prevention of Relapse to Opioid Dependence in Detoxified Patients. *CNS Drugs* October 2013; № 27 (10): 851–861. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-013-0110-x>. (дата обращения 05.02.2018).
155. Крупицкий Е. М. Различные стратегии применения налтрексона для лечения алкоголизма: краткий обзор результатов научных исследований. *Новые лекарственные препараты.* – М., 2006. – Вып. 2. – С. 44–47.
156. Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Брюн Е.А. Опыт применения Вивитрола (налтрексона пролонгированного действия в инъекциях) в клинической практике для лечения алкогольной зависимости. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2010; №3: с.58-61.
157. Kleber H., Weiss R., Anton R. et al. Practice guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. 2010: 275 p. American Psychiatric Association. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
158. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324> (Дата обращения: 17.12.2018)
159. Минко А.И., Линский И.В. Применение Дисульфирама (Эсперали) в наркологической практике: история и новые возможности. *Здоровье Украины.* 2007; №11/1: с.46-47.
160. Brewer C., Robert J. Meyers, Johnsen J. Does Disulfiram Help to Prevent Relapse in Alcohol Abuse? *CNS Drugs* 2000; №14(5):329-341.

161. Richard K. Fuller Enoch Gordis. For Debate - Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Addictions. Volume 99, Issue 1 January 2004 Pages 21–24 DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00597.x
162. Машковский М.Д. Лекарственные средства (16-е издание). Пособие для врачей. М.: «Новая волна», 2014; 1216 с.
163. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. /перевод с английского под ред. д.м.н., проф. С.Н. Мосолова. – М.: Бином, 2004; 415 с.
164. Brewer C. How effective is the standard dose of disulfiram? Br J Psychiatry 1984; №144:200-202.
165. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата Колме при лечении больных алкоголизмом. Наркология. 2002; №3: с.2-5.
166. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Русинов А.В. Препарат «Колме» (Colme) как средство аверсионной терапии больных алкоголизмом. Психиатрия и психофармакотерапия. 2006; №1: с.44-47
167. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Козырева А.В. Результаты клинико-катамнестического сравнительного исследования препарата Колме в терапии алкогольной зависимости. Вопросы наркологии. 2006; № 2: с.21-29.
168. Ajima, M., Usuki, K., Igarashi, A., Okazaki, R., Hamano, K., Urabe, A. and Totsuka, Y. Cyanamide-induced granulocytopenia. Internal Medicine 1997; №36: 640–642.
169. Suzuki, Y., Yokoyama, A., Nakano, M., Okuyama, K., Takahashi, H., Tamai, H., Maruyama, K. and Ishii, H. Cyanamide-induced liver dysfunction after abstinence in alcoholics: a long-term follow-up study on four cases. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2000; №24:100S–105S.
170. Винникова М.А., Мохначев С.О., Ненастьева А.Ю. с соавт. Терапевтическая эффективность и безопасность Цианамида в сравнении Дисульфирамом при лечении больных с зависимостью от алкоголя: сравнительное открытое рандомизированное мультицентровое киническое исследование. «Вопросы наркологии». 2013; №1: с.46-64.
171. Иванец Н.Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю. С кн.: Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. – М.: Политек-Ф, 2000; с.8-16.
172. Крупицкий Е.М., Ериш С.М., Бернцев В.А., Киселев А.С., Александровский Н.А., Торбан М.Н., Ерошин С.П., Ерышев О.Ф. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения эсциталопрама для коррекции аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью в ремиссии. Вопросы наркологии. 2009; №6: с. 17-34.
173. Крупицкий Е.М., Ериш С.М., Рыбакова К.В., с соавт. Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения тразодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2012;. №1: с.29-37.
174. Krupitsky E.M., Yerish S.M., Kiselev A.S., Berntsev V.A., Alexandrovskiy N.A., Torban M.N., Eroshin S.P., Eryshev O.F. A double blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of escitalopram for the treatment of affective disorders in alcohol dependent patients in early remission. Chapter 16. In: The international psychiatry and behavioral neuroscience yearbook, Vol. II/Eds: N. Boutros, T. Sumiyoshi, A. Javanbakht, E. M. Krupitsky. - New York: Nova Science Publisher, 2012: 239-256.
175. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М.: Издат. дом «Имидж», 1994; 216с.
176. Винникова М.А. Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; №5: с.245-248.
177. Ivanets N., Vinnikova M., Agibalova T., Zhirov I. Normothymics in treatment of alcohol craving: results of a comparative study. European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. . Abstracts of the 8 th ECNP Regional Meeting. Moscow, Russia, April 14 – 16, 2005; p.274.
178. Anton R., Kranzler H., Breder C. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol 2008; №28: 5–12.
179. Martinotti G., Di Nicola M., Di Giannantonio M. Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs. naltrexone. J Psychopharmacol 2009; №23:123–129.
180. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Рисполепт (рисперидон) в терапии алкогольной зависимости. Вопросы наркологии. 2003; №2: с.4-12.
181. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В и др. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). – Москва: ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского, 2000; 300 с.
182. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма (Пособие для врачей). К.: УВМА, 2000; 46с.
183. Magill M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatment of Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2015; №39(10): 1852–1862. doi:10.1111/acer.12848
184. Magill M. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Stud Alcohol Drugs 2009; №70:516-527.
185. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А. и др. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения. Вопросы наркологии. 2015; №23: с.69-81.
186. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний. Вопросы наркологии. 2015; №.5: с.46-65.
187. Klostermann, K., O'Farrell, T. J. Treating Substance Abuse: Partner and Family Approaches. Social Work in Public Health 2013; №28(3-4):234–247. doi:10.1080/19371918.2013.759014
188. O'Farrell, T.J. Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. J Marital Fam Ther 2012; №38(1): 122–144.
189. Kohler, S., & Hofmann, A. Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. Alcohol and Alcoholism 2015; №50(2): 107–117. doi:10.1093/alcalc/agu098.
190. Miller W.R. Wilbourne P.L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002; №97:265– 277.
191. Miller W. R., Rose G. S. Toward a theory of motivational interviewing. American Psychologist 2009; №64:527–537.
192. Rollnick S., Miller W., Butler C. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior– New York: Guilford Press, 2008; 210 p.
193. Tanner-Smith, E. E., Lipsey, M. W. Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Substance Abuse Treatment (2015); №51:1–18. doi:10.1016/j.jsat.2014.09.001.
194. Sobell L.C., Sobell M.B., Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors 2009; №.23(4): 672–683.
195. Arnaud, N., Baldus, C., Elgán, T. H., Tønnesen, H., Paepe, N. D., Csémy, L., & Thomasius, R. Moderators of Outcome in a Web-Based Substance Use Intervention for Adolescents SUCHT 2015; №61(6): 377–387. doi:10.1024/0939-5911.a000397.

196. Meyers R.J., Villanueva M., Smith J.E. The Community Reinforcement Approach: history and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2005; №19(3):251–264.
197. Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., Myers, B. The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2015; №10. doi:10.1186/s13011-015-0042-1. URL: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-015-0042-1>. (дата обращения 05.02.2019).
198. Crane, C. A., Eckhardt, C. I., & Schlauch, R. C. Motivational enhancement mitigates the effects of problematic alcohol use on treatment compliance among partner violent offenders: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015; №83(4): 689–695. doi:10.1037/a0039345
199. Slesnick, N., Guo, X., Brakenhoff, B., & Bantchevska, D. A Comparison of Three Interventions for Homeless Youth Evidencing Substance Use Disorders: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2015; №54:1–13. doi:10.1016/j.jsat.2015.02.001.
200. Cornelius, J.R., Douaihy, A., Bukstein, O. G., Daley, D. C., Wood, S. D., Kelly, T. M., Salloum, I. M. Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addictive Behaviors* 2011; №36(8):843–848. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460311001122?via%3Dihub>. (дата обращения: 05.02.2018).
201. Wray, T. B., Grin, B., Dorfman, L., Glynn, T. R., Kahler, C. W., Marshall, B. D. L. Operario, D. Systematic review of interventions to reduce problematic alcohol use in men who have sex with men. *Drug and Alcohol Review* 2015; №35(2):148–157. doi:10.1111/dar.12271.
202. Vederhus, J., Timko, C., Kristensen, Ø., Hjemdahl, B., & Clausen, T. Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction* 2014; №109(5):766–773. doi:10.1111/add.12471.
203. Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry* 2005; №162:1452–1460.
204. Lussier J.P., Heil S.H., Mongeon J.A. et al. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006; №101:192–203.
205. Hajek P., Stead L., West R. et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013. Issue 8. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub4/full>. (дата обращения 05.02.2019).
206. Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H., Marlatt G.A. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2011; №6(1): 1-17. doi: 10.1186/1747-597X-6-17.
207. Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. ‘Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence’, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD009652 (doi:10.1002/14651858.CD009652.pub2).
208. Roozema H.G., Boulognea, M.W., van Tulder J.J. et al. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; №74:1–13.
209. Marlatt, G.A. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*/G.A. Marlatt, J.R. Gordon. New York.: Guilford Press, 2005; 418 p.
210. Dennis M., Godley S.H., Diamond G. et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; №27(3): 197–213.
211. Ghitza U.E., Epstein D.H., Schmittner J. et al. Randomized trial of prize-based reinforcement density for simultaneous abstinence from cocaine and heroin. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; №75: 765–774.
212. Hester R.K., Delaney H.D., Campbell W. Moderate Drinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; №79(2): 215–224.
213. Hester R.K., Miller W.R. Self-control training. In: *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives.* – Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003: 152–164.
214. Irvin J.E., Bowers C.A., Dunn. M.E., Wang M.C. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; №67: 563–570.
215. Knapp W.P., Soares B.G., Farrell M.F., Silva de Lima M. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Systematic Review* 2015; Issue 4. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003023.pub3/full> (дата обращения 06.02.2019).
216. Landovitz R.J., Fletcher J.B., Shoptaw S., Reback C.J. Contingency management facilitates the use of postexposure prophylaxis among stimulant-using men who have sex with men. *Open Forum Infectious Diseases* 2015; № 2(1):114. doi.org/10.1093/ofid/ofu114. URL: <https://academic.oup.com/ofid/article/2/1/ofu114/1458550>. (дата обращения: 06.02.2019).
217. Larimer M.E., Marlatt G.A., Parks G.A., Witkiewitz K. Relapse Prevention: An Overview of Marlatt’s Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health* 1999; №23(2): 151–160.
218. Miller W.R., Meyers R.J., Hiller-Sturmhöfel S. Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research & Health* 1999; № 23(2):116-121. URL: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/116-121.pdf>. (дата обращения 06.02.2019)
219. Najavits L.M. Weiss R., Shaw S., Muenz L. “Seeking Safety”: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress.* – 1998. – Vol. 11. – P. 437–456. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024496427434>, (дата обращения 06.02.2019).
220. Petry N.M. *Contingency Management for Substance Abuse Treatment: A Guide to Implementing this Evidenced-based Practice.* – New York: Routledge, 2011. URL: <https://b-ok.xyz/book/2855298/6f8906>. (дата обращения 06.02.2019).
221. Rohsenow D.J., Tidey J.W., Martin R.A. et al. Contingent Vouchers and Motivational Interviewing for Cigarette Smokers in Residential Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2015; №55: 29–38.
222. Wagner E.F., Hospital M.M.; Graziano J.N. et al. Randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; №82(6): 1128–1139.
223. Hunt G.M., Azrin N.H. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy* 1973; №11: 91–104.
224. Meredith S., Jarvis B.P., Raiff B.R. The ABCs of incentive-based treatment in health care: a behavior analytic framework to inform research and practice. *Psychology Research and Behavior Management* 2014; №7:103–114.
225. Branson C.E., Barbuti A.M., Clemmey P. et al. A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program. *The American Journal on Addictions* 2012; № 21: 126–129.
226. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005; 214 с.
227. Шустов, Д.И. Новиков С.А., Тучин П.В. Психотерапия алкогольной зависимости в классическом и современном транзакционном анализе. *Российский психотерапевтический журнал* 2012; № 3-4 (4-5): 47–57.
228. Тучин П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014.
229. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж. Алкогольная зависимость с позиций транзактного анализа. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2007; №1: 71–73.
230. Новиков, С.А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование). Дис. ... канд. мед. наук. М., 2014.
231. Меринов, А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом. *Наркология.* 2010; № 9: с.59–63.

232. Ohlsson T. Effects of transactional analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts. *Transactional Analysis Journal* 2002; №(32)2: 153–177.
233. McCrady B.S. Treating alcohol problems with couple therapy. *Journal of Clinical Psychology* 2012; №68(5): 514-525.
234. Powers, M.B., Vedel E., Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis. P.M.G. Emmelkamp. *Clinical Psychology Review* 2008; №28(6): 952-962.
235. Ruff S, McComb J.L., Coker C.J., Sprenkle D.H. Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Fam Process*. 2010 Dec; 49(4):439-56. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01333.x.
236. Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Kahler, C. W., Murphy, M. M., & Muchowski, P. A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014; №82(6): 993–1004. doi:10.1037/a0037497.
237. Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2013; №33(2): 275–286. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.003.
238. Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. Family-Based Treatments for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2016; №25(4):603–628. doi:10.1016/j.chc.2016.06.001.
239. Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2014; №34(6): 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006.
240. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 2011; №38(1): 281–304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x.
241. Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*. 2010; № 25: 1-7.
242. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*. 2005; № 86: 841– 868.
243. Gregory R. J., Chlebowski S., Kang D., et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy*, 2008; № 45: 28-41.
244. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI: 10.1002/14651858. CD005032.pub2.
245. Kaskutas L.A. Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science. *J Addict Dis*. 2009; № 28(2): 145-57.
246. Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges. Luxembourg, 2014; 92 p.
247. Gossop M., Stewart D., Marsden J. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction* 2008; № 103: 119-25.
248. Hohmann L., Bradt J., Stegemann T., Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS One* 2017; №12(11): e0187363. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187363>.
249. Spies, C.D., Otter H.E., Hüske B., Sinhaetal P. Alcohol withdrawal severity is decreased by symptom-orientated adjusted bolus therapy in the ICU Intensive Care Medicine, 2003; 12(29): 2230–2238
250. Mayo-Smith M.F. Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA*. 1997; 278:144–151. URL: <https://www.yumpu.com/en/document/read/7690145/pharmacological-management-of-alcohol-withdrawal-a-meta->. (дата обращения: 06.02.2019).
251. Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, et al. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA*. 1994;272:519–523. PubMed PMID: 8046805.
252. Chad A., Aaronson J., Aaronson H. 3 Regimens for alcohol withdrawal and detoxification. *The Journal of Family Practice*. July 2004; №53(7): 545-554. URL: https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5307JFP_AppliedEvidence2.pdf (дата обращения: 06.02.2019)
253. Adinoff B. Double-blind study of alprazolam, diazepam, clonidine, and the placebo in the alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18:873–878. PMID: 7978098.
254. Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 1998;33:563–575. PMID: 9872344.
255. Peppers M.P. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. *Pharmacotherapy*. 1996;16:49–57. PMID: 8700792.
256. Mirijello A., D'Angelo C., Ferrulli A. et al. Identification and Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Drugs*. March 2015; №75(4):353–365. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978420/> (дата обращения: 01.02.2019).
257. Kosten T.R., O'Connor P.G. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003; 348:1786–1795.
258. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: «Восток». 1996: 288 с.
259. Malcolm R, Myrick H, Roberts J et al. The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *Gen Intern Med*. 2002 May; 17(5): p. 349-355.
260. Malcolm R, Ballenger JC, Sturgis ET, Anton R, Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. *Am J Psychiatry* 1989; №146:617-21.
261. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004; 69: p. 1443–1450.
262. Littleton J.M., Little H.J., Whittinton M.A.: Effects of dihydropyridine calcium channel antagonists in ethanol withdrawal. *Psychopharmacology Berl*. 1990; №100: 387–392.
263. Little H.J., Dolin S.J., Halsej M.J.: Calcium channel antagonists decrease the ethanol withdrawal syndrome. *Life Sci* 1986; №39:2059—2065.
264. Pucilowski O., Kostowski W.: Increased anxiety during ethanol and diazepam withdrawal in rats.: effects of Diazepam and Nifedipine. *Alcohol. Clin. Exp. Res* 1991; №15:331—335.
265. Kostowski W.: Perspektywy postępu farmakoterapii uzależnienia od alkoholu w swietle rozwoju wiedzy o mechanizmach działania srodkow uzależniających. *Post. Psychiatr. Neurol* 1994; №3: 309—325.
266. Martinotti G., Andreoli S., Reina D., et al. Acetyl-L-Carnitine in the treatment of anhedonia, melancholic and negative symptoms in alcohol dependent subjects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; №35(4): 953-958.
267. Cook CC, Thomson AD. B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Br J Hosp Med*. 1997; №57: 461–465.
268. Rolland B., Paille F., Gillet C., Rigaud A., Moirand R., Dano C., Dematteis M., Mann K., Aubin H.J. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neurosci Ther* 2016; №22(1): 15–37. doi: 10.1111/cns.12489/.
269. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Жиров Н.Н. Эспа-липон (α-липоевая кислота) в комплексном лечении алкогольной зависимости. Результаты сравнительного исследования. *Вопросы наркологии*. 2004; №3: с.17-27.
270. Винникова М.А., Иванец Н.Н., Ненастьева А.Ю., Жиров И.В. Место Метадоксила в терапии алкогольного абстинентного синдрома, алкогольной болезни печени и алкогольной полинейропатии. *Наркология*. 2014; № 10: с. 48-54.

271. Винникова М.А., Ненастьева А.Ю., Мохначев С.О., Усманова Н.Н., Козырева А.В., Лобачева А.С., Жердева М.А., Пинская Н.В., Сивач Т.В. Терапевтическая эффективность и безопасность препарата Церекард (этилметилгидроксипиридина сукцината) в терапии больных с зависимостью от алкоголя: результаты двойного слепого плацебо-контролируемого сравнительного исследования. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015; №1: с.53-62.
272. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресс-психотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости. Наркология. 2004;11:25-32.
273. Крупицкий ЕМ. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник. 2010; №3: с.25-27.
274. Гофман А.Г. Алкогольный делирий: формы делирия и терапия. Вопросы наркологии. 2013; №5: с.123-134.
275. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Аксельрод Б.А. и соавт. Алкогольный делирий в общей клинической практике. Медицина критических состояний. 2004; №2: с.30-36.
276. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Викулова Е.А. Состояние когнитивных функций у больных алкоголизмом при разных вариантах синдрома отмены алкоголя. Наркология. 2014; №9: с.13-16.
277. Kuusisto K, Knuutila V, Saarnio P. Pre-Treatment Expectations in Clients: Impact on Retention and Effectiveness in Outpatient Substance Abuse Treatment. Behav Cogn Psychother. 2011;39(03):257–271. DOI: 10.1017/s1352465810000846
278. Kirsch I. Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? J Clin Psychol. 2005;61(7):791– 803. DOI: 10.1002/jclp.20126.
279. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo Interventions for All Clinical Conditions. Hróbjartsson A, editor. Cochrane Database Syst.Reviews. Version published: 20 January 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD003974.pub3. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003974.pub3/full>, (дата обращения 01.02.2019).
280. Klimas J, Tobin H., Field C.A., et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. Cochrane Database of Systematic Reviews. Version published: 03 December 2014; URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009269.pub3/full>.
281. Müller CA, Schäfer M, Schneider S et al. Efficacy and safety of levetiracetam for outpatient alcohol detoxification. Pharmacopsychiatry 2010 Jul; 43(5): p.184-189.
282. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний.// Наркология: национальное рук-во/под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.–С.445-458.
283. Gortney J., Raub J., Patel P., Kokoska L., Hannawa M., Argyris A. Alcohol withdrawal syndrome in medical patients//Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2016 January; 83(1):67-79. URL: https://www.mdedge.com/node/105413/path_term/7/ (дата обращения 29.01.2019).
284. Jackson S., Jansen P., Mangoni A. Prescribing for Elderly Patients. John Wiley & Sons, Ltd. 2009; 523 p. ISBN: 978-0-470-02428-7.
285. Найденова Н.Г. Терапия зависимостей у подростков. Вопросы наркологии. 2005; №4-5: с.30-37.
286. Rolland B., Paillel F., Mann K., Aubin H.-J. The 2015 French guidelines on alcohol misuse, issued in partnership with the European Federation of Addiction Societies: a focus on children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; №25:1145–1148. DOI 10.1007/s00787-016-0874-x. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00787-016-0874-x.pdf>.
287. Ретюнский К.Ю., Детков Д.В., Забродин О.В. Патогенетическое обоснование психофармакотерапии при подростково-юношеском алкоголизме. //Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2011.- № 2.–С.15-19.
288. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO. – 2014. p. 204. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf?sequence=1. (дата обращения 06.02.2019).
289. Kohen D. Psychiatric medication in pregnancy. Advances in Psychiatric Treatment 2004; №10: 59-66.
290. Лепяхин В. К., Астахова А. В., Переверзев А. П., Марушкина Н. В. Информация о влиянии некоторых препаратов на беременных женщин и плод. Безопасность лекарств и фармаконадзор. 2009; №2:с.39-46.
291. Романова О.Л., Стуров Н.В. Безопасность применения психотропных средств при беременности. Земский врач. 2011; №2: с.34-37.
292. Brust J.C.M. Acute withdrawal: diagnosis and treatment /Handbook of Clinical Neurology 2014; №125: 123-131. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00008-2.
293. Trivedi M., Shelly M., Park G. Advances in patient comfort: awake, delirious, or restrained. British Journal of Anaesthesia 2009; 103 (1): 2–5. doi:10.1093/bja/aep127.
294. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Общая неврология: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; - 720 с.
295. Sachdeva A., Choudhary M., Chandra M. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. J. Clin. Diagn. Res. 2015; №9(9):1-7. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015; №9(9):1-7. DOI: 10.7860/JCDR/2015/13407.65388. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606320/pdf/jcdr-9-VE01.pdf>. (дата обращения 06.01.2019).
296. Mayo-Smith M.F., Beecher L.H., Fischer T.L., Gorelick D.A., Guillaume J.L., Hill A., Jara G., Kasser C., Melbourne J. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Arch Intern Med. 2004 Jul 12;164(13):1405-12.
297. Bonnet U., Maresa L., Specak M. et al. Comparison of Two Oral Symptom-triggered Pharmacological Inpatient Treatments of Acute Alcohol Withdrawal: Clomethiazole vs. Clonazepam. Alcohol and Alcoholism 2010; №46(1):68-73. DOI: 10.1093/alcalc/agq081. URL: https://www.researchgate.net/publication/49650577_Comparison_of_Two_Oral_Symptom-triggered_Pharmacological_Inpatient_Treatments_of_Acute_Alcohol_Withdrawal_Clomethiazole_vs_Clonazepam. (дата обращения 01.12.2018).
298. Amato L., Minozzi S., Vecchi S., Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD005063. doi: 10.1002/14651858.
299. Hoffman R.S., Weinhouse G.L. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes; This topic last updated: Dec 18, 2018. URL: https://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes?search=delirium%20tremens&source=search_result&selectedTitle=1~18&usage_type=default&display_rank=1#H16. (дата обращения 06.02.2019).
300. Иващенко Д. В., Брюн Е. А., Савченко Л. М., Сычев Д. А. Терапия неосложненного синдрома отмены алкоголя с позиций доказательной медицины: фокус на бензодиазепины. Наркология. 2016; №12: с.83-91.
301. Hammond D.A., Rowe J.M., Wong A., Wiley T.L., Lee K.C., Kane-Gil S.L. Patient Outcomes Associated With Phenobarbital Use With or Without Benzodiazepines for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review. Hospital Pharmacy 2017; №52(9): 607–616. DOI: 10.1177/0018578717720310.
302. Gold J.A., MD, Rimal B., Nolan A., Nelson L.S. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanicalventilation in delirium tremens. Crit Care Med 2012; №35(3): 724–730. doi: 10.1097/01.CCM.0000256841.28351.80.
303. Jain R., Arun P., Sidana A., Sachdev A. Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium. Indian J Psychiatry 2017; №59(4):451–456. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806324/>.
304. Lonergan E., Britton A.M., Luxenberg J., Wyller T. Antipsychotics for delirium. Cochrane Database Syst Rev. 2007. – Apr.18;(2):CD005594. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443602>.

305. Остроумова О.Д. Удлинение интервала QT. ПМЖ. 2001; №18: с.750 URL: https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Udlinenie_intervala_QT/#ixzz56VWfjsRs. (дата обращения 06.02.2019).
306. Trzepacz P., William Breitbart W. et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American psychiatric association steering committee on practice guidelines. American Psychiatric Association, 1999. URL: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/APA-Delirium.pdf>. (дата обращения: 29.01.2019).
307. Barrons R., Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther* 2010; №35(2):153-67. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01098.x.
308. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD005064. doi: 10.1002/14651858.CD005064.pub3.
309. Mariani J.J., Rosenthal R.N., Tross S. et al. A randomized, open-label, controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict* 2006; №15(1): 76-84.
310. Frank L.L., Thiamin in Clinical Practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2015; №39(5): 503-520.
311. Schmid312t, K.J., Doshi M.R., Holzhausen J.M., Natavio A., Cadiz M., Winegardner J.E. Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *Ann Pharmacother* 2016; №50(5):389-401. doi: 10.1177/1060028016629161.
312. Soupart A., Decaux G. Therapeutic recommendations for management of severe hyponatremia: current concepts on pathogenesis and prevention of neurologic complications. *Clin Nephrol* 1996; №46(3):149-69. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8879850>. (дата обращения: 29.01.2019)
313. Sarai M., Tejani A.M., Chan A.H. et al. Magnesium for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 5;(6):CD008358. doi:10.1002/14651858.CD008358.pub2.
314. Froest W., Muhs A., Pfeifer A.. Cognitive Enhancers (Nootropics). Part 1: Drugs Interacting with Receptors. *Journal of Alzheimer's Disease* 2012; №32:793–887. doi 10.3233/jad-2012-121186.
315. Amruta Tripathi, Manu Mathew, Veena Nayak, and Laxminarayana Bairy Kurady. Cognitive Enhancers - Truth vs. Hype. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences* 2016; №7(3), 729-740. URL: https://www.researchgate.net/publication/321666112_Relative_Efficacy_of_Piracetam_Modafinil_and_Citicoline_on_Cognitive_Function_in_an_Animal_Model. (дата обращения 06.02.2019)
316. Rump T. et al. Acetyl-L-ine protects neuronal function from alcohol-induced oxidative damage in the brain. *Free Radic Biol Med*. 2010; №49(10):1494-1504. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2010.08.011. Epub 2010 Aug 12.
317. Sechi G., Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol* 2007, №6(5):442-455.
318. Galvin R. et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neuro* 2010, 17:1408-1418. URL: https://www.eaneurology.org/fileadmin/user_upload/CME_articles/CME_article_2010_December.pdf. (дата обращения 07.02.2019).
319. Thomson A., Marshall E. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's Encephalopathy in the community. *Alcohol and Alcoholism* 2006, №41:159-167.
320. Nicole J. et al. Alcohol-related dementia: an update of the evidence *Alzheimer's Research & Therapy* 2013; №5:3 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Falzrt157.pdf>. (дата обращения: 19.01.2019).
321. Batman A., Miles Translating Alcohol Research Opportunities and Challenges. *Alcohol Research: Current Reviews* 2015; №37(1):7-14. <https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr371/article01.pdf>. (дата обращения: 19.01.2019).
322. Cheon Y. et al. The effect of 12-week open-label memantine treatment on cognitive function improvement in patients with alcohol-related dementia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; №11:971-983.
323. Rustembegovic A. et al. A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Med Arkhiv* 2003, №57:149-150.
324. Latt N., Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. *J Intern Med* 2014; №44(9):911–915
325. Barbagallo M. et al. Magnesium and Alzheimer's disease: implications for diet and nutrition. In: Martin C., Preedy V. *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. King's College London, Academic Press is an Imprint of Elsevier. London, UK, 2015; 585-592. ISBN: 978-0-12-407824-6.
326. Chen J., Herrup K. Glutamine as a potential neuroprotectant in Alzheimer's disease. In: *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. In: Martin C., Preedy V. *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. King's College London, Academic Press is an Imprint of Elsevier. London, UK, 2015; 761-771. ISBN: 978-0-12-407824-6.
327. Bellia F., Vecchio G., Rizzarelli E. Carnosine and cognitive deficits. In: Martin C., Preedy V. *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. King's College London, Academic Press is an Imprint of Elsevier. London, UK, 2015; 973-982. ISBN: 978-0-12-407824-6.
328. Szatmári S., Whitehouse P. Vinpocetine for cognitive impairment and dementia Article · Literature Review in *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 1(1):CD003119 · January 2003. DOI: 10.1002/14651858.CD003119 · Source: PubMed.
329. Sano M., Bell K, Cote L. et al. Double-blind parallel design pilot study of acetyl levocarnitine in patients with Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1992; №49(11):1137-41.
330. Cuturic M., Abramson R., Moran R. et al. Clinical outcomes and low-dose levocarnitine supplementation in psychiatric inpatients with documented hypocarnitinemia: a retrospective chart review. *Journal of psychiatric practice* 2010 Jan.; №16:5-14.
331. Полуэктов М.Г., Подымова И.Г., Голубев В.Л. Возможности применения препарата димефосфон в неврологии и нейрохирургии. *Доктор.ру* 2015; № 5-6: 5-10.
332. Чуйко М.Р., Ефремова Н.М., Скворцова В.И. Эффективность и безопасность применения Глицина и Лимонтара в комплексной терапии дисциркуляторной энцефалопатии и энцефалопатии при инсулинзависимом сахарном диабете. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010; №110(6): 44-48.
333. Каменева Н. Н., Куташов В. А. Современный подход к лечению токсической алкогольной энцефалопатии. *Молодой ученый* 2015; №19: 274-277. URL: <https://moluch.ru/archive/99/22240/> (дата обращения: 16.09.2018).
334. Oudman E., Nijboer T., Postma A. et al. Procedural Learning and Memory Rehabilitation in Korsakoff's Syndrome. -A Review of the Literature. *Neuropsychol. Rev.* 2015; №25: 134–148. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26047664> (дата обращения 07.02.2019).
335. Arts N.J., WalvoortS.J., KesselsR.P. Korsakoff's syndrome: a critical review *Neuropsychiatric. Disease and Treatment* 2017; №13: 2875—28.
336. Gerridzen I.J., Goossensen M. A. Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*. January 2014; №26(1): 115-121. URL: <https://doi.org/10.1017/S1041610213001543> (дата обращения: 07.02.2019).
337. Charness M.E. Overview of the chronic neurologic complications of alcohol. Up To Date. May17, 2012; <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-chronic-neurologic-complications-of-alcohol>. (дата обращения: 16.09.2018).
338. Wernicke-Korsakoff syndrome. U.S. Department of Health & Human Service. National Institutes of Health. The Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD). Last updated: 7/26/2016 <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/6843/disease>. (дата обращения: 10.09.2018).
339. Wernicke-Korsakoff syndrome. Medline Plus. Medical Encyclopedia. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000771.htm>. (дата обращения: 07.02.2019).

340. So Y.T. Wernicke encephalopathy. UpToDate. May 05, 2015; <http://www.uptodate.com/contents/wernicke-encephalopathy>. Last updated: Aug 30, 2016. (дата обращения: 10.08.2018).
341. United Nations. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations publication 2003: 124 p. XI.II. ISBN 92-1-148160-02003. URL: http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_E.pdf (дата обращения 07.02.2019).
342. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: «Литера», 2002: 256 с.
343. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. М.: Учреждение "Центр програм.-техн. упр. Федер. системы информ. обеспечения молодежи", 1996. - 95 с.; 20 см.; ISBN 5-89539-001-3.
344. Дудко Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с.774-787.
345. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами. Российский медицинский журнал. 2013; № 4: с. 45-49.
346. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. Вопросы наркологии. 2015; № 3: с. 87 -107.
347. Hagen E., Erga A.H., Hagen K.P., et al. Assessment of executive function in patients with substance use disorder: a comparison of inventory and performance-based assessment. J Subst Abuse Treat 2016; № 66: 1-8.
348. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. Психотерапия 2003; №12: С.15-24.
349. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медикосоциальной реабилитации. Вопросы наркологии. 2000; №3: с.13–21.
350. United Nations. TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations, April 2012: 59. URL: http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf. (дата обращения 07.02.2019).
351. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev 2009; № 28:301-323.
352. Schmidt C.S., Schulte B., Seo H.N., et al. Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. Addiction 2016; №111: 783-94.
353. Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R. The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. Journal of Psychiatric Practice 2006; № 12(2):80–89.
354. Rome A.M. An evidence-based analysis of the BRENDA Approach: psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers. Journal of General Practice 2015; S1. URL: doi: DOI: 10.4172/2329-9126.S1-002. URL: <https://www.omicsonline.org/open-access/an-evidencebased-analysis-of-the-brenda-approach-psychosocialinterventions-for-dependent-alcohol-drinkers-2329-9126-S1-002.pdf>. (дата обращения 07.02.2019).
355. Ball S.A., Martino S., Nich C., et al. Site matters: multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. J Consult Clin Psychol 2007; №75:556-67.
356. Tai B., Straus M.M., Liu S.D. et al. The first decade of the national drug abuse treatment clinical trials network: bridging the gap between research and practice to improve drug abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 2010; № 38(S1) S4–13. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2994254/>. Дата обращения 07.02.2019).
357. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (Third Edition). NIH, 2018. URL: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment/>. (дата обращения 02.02.2019).
358. McHugh R. K., Hearon B. A., Otto M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America 2010; № 33(3): 511-525.
359. Chung T., Noronha A., Carroll K.M., Potenza M.N. et al. Brain mechanisms of change in addiction treatment: models, methods, and emerging findings. Curr Addict Rep 2016; № 3(3):332-342.
360. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Вальчук Д.С., и др. Психотерапевтическая программа по снижению патологического влечения к алкоголю: предварительная оценка эффективности. Вопросы наркологии 2016; №7-8: с. 34-43.
361. Dutra L, Stathopolou G, Basden S, et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry 2008; № 165:179–87.
362. Tai B., Volkow N.D. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. Soc Work Public Health 2013; № 28(3-4):165-174.
363. Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H., Marlatt G.A. Relapse prevention for addictive behaviors. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2011; № 19: 6-17.
364. Grow J.C., Collins S.E., Harrop E.N., Marlatt G.A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. Addictive Behaviors 2015; №40:16–20.
365. Брюн Е.А., Москвичев В.Г., Духанина И.В. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи. Здоровоохранение Российской Федерации. 2007; № 4: с.16-19.
366. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / В кн.: Лекции по наркологии (под ред. Н.Н. Иванца). М.: «Нолидж», 2000. - С. 309-340.
367. Бурно М. Е. Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением. – М. : Познавательная книга плюс, 2002: 223 с. ISBN 5-8321-0213-4.
368. Валентик Ю.В. Континуальная терапия. Московский психотерапевтический журнал. 1999; № 1: с.47-58.
369. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Континуальный подход к психотерапии больных алкоголизмом. Вопр. наркологии. 1994; № 3:с.8-12.
370. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993.
371. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. Вопросы наркологии. 1999; №2: с.28–34.
372. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. Вопросы наркологии. 2008; №3: с.80-93.
373. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
374. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. Наркология. 2002; № 9:с.27-35.
375. McGovern M.P., Carroll K.M. Evidence-based practices for substance use disorders. Psychiatr Clin North Am 2003; № 26(4): 991-1010.
376. Kramer Schmidt L., Bojesen A.B., Nielsen A.S., Andersen K. Duration of therapy - Does it matter?: A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. J Subst Abuse Treat 2018; №84: 57-67.
377. Foulds J., Newton-Howes G., Guy N. et al. Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2017; № 112(8): 1345-1357.

378. Брюн Е.А., Аршинова В.В., Гусева О.И., Кошкина Е.А., Сокольник Е.И., Валькова У.В., Смирновская М.С., Круглых А.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у больных наркологического профиля, по результатам контент-анализа научных работ за период 2002—2011 годов. *Наркология*, 2017; № 11: с.47-62.
379. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Эм Т.В. Психотерапия психопатологических расстройств у матерей и жен, сыновья и мужья которых страдают алкогольной зависимостью. *Вопросы наркологии*. 2016; № 11-12: с. 71-85.
380. Meyers J.L., Dick D.M. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010; №19(3): 465-77.
381. Whitesell M., Bachand A., Peel J., Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict* 2013 Mar 20. doi: 10.1155/2013/579310 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008086/>. (дата обращения 07.02.2019).
382. Szapocznik J., Zarate M., Duff J., et al. Brief strategic family therapy: engaging drug using, problem behavior adolescents and their families in treatment. *Soc Work Public Health* 2013; № 28:206-223.
383. Foxcroft D., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people, *Cochrane, Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308.
384. Fals-Stewart W., O'Farrell T.J., Birchler G.R. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2005; № 19(3): 229–247.
385. Suresh Kumar P.N., Thomas B. Family intervention therapy in alcohol dependence syndrome: One-year follow-up study. *Indian J Psychiatry* 2007; №49: 200-204.
386. McCrady B. S., Epstein E. E., Cook S. et al. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009; № 77: 243–256.
387. Москвичев В. Г., Волохова Р. Ю., Зиновьева М. А. Лечение алкогольного делирия в стационаре. *Лечащий врач*. 2005; №6: с.83-86. URL: <https://www.lvrach.ru/2005/06/4532699/>. (дата обращения: 19.01.2019).
388. Alcohol-Use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2011; 610p. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/fullguideline-%20136423405/> (дата обращения: 07.02.2019).
389. Gerritzen I. J., Goossensen M. A. Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics* January 2014; №.26(1):115-121. URL: <https://doi.org/10.1017/S1041610213001543> (дата обращения: 19.09.2018).
390. Charness M.E. Overview of the chronic neurologic complications of alcohol. Up To Date. May 17, 2012; URL: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-chronic-neurologic-complications-of-alcohol>. (дата обращения: 19.09.2018).
391. Wernicke-Korsakoff syndrome. U.S. Department of Health & Human Service. National Institutes of Health. The Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD). Last updated: 7/26/2016 <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/6843/disease>. (дата обращения: 07.02.2019).
392. Brink van den et al. Long-term efficacy, tolerability and safety of nalmefene as-needed in patients with alcohol dependence: a 1-year, randomized controlled study // *J. Psychopharmacol.*, online 26 March
393. Gual A., He Y., Torup L. et al. A randomised, double-blind, placebocontrolled, efficacy study of nalmefene, as-needed use, in patients with alcohol dependence // *European Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 23, N 11. P. 1432–1442.
394. Mann R. et al. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene // *Biol. Psychiatry*. 2013. P. 706–713.
395. Cheon Y., Park J., Joe K.H., Kim D.J. The effect of 12-week open-label memantine treatment on cognitive function improvement in patients with alcohol-related dementia. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2008; 11(7): 971-83. doi: 10.1017/S1461145708008663.
396. Rustembegovic A., Kundurovic Z., Sapcanin A., Sofic E. A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Med Arh.* 2003; 57(3): 149-50. PMID: 12858653 [MEDLINE].
397. Muhonen L.H., Linnqvist J., Juva K., Alho H. Double-blind, randomized comparison of memantine and escitalopram for the treatment of major depressive disorder comorbid with alcohol dependence. *J. Clin. Psychiatry.* 2008; 69(3): 392-399. PMID: 18348597 [MEDLINE].
398. Nespor K. Alcohol-related amnesia («blackout») in broader perspective. *Cas LekCesk.* 2004; 143(12): 861-2. PMID: 15730221[MEDLINE].

Приложения.

Приложение А1. Состав рабочей группы

- Клименко Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор, директор Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;
- Крупицкий Евгений Михайлович – д.м.н., профессор, руководитель отдела наркологии, заместитель директора по науке, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» («НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева») Минздрава России.
- Благов Лев Николаевич – к.м.н., доцент, и.о. заведующего отделением клинических исследований алкоголизма отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;
- Игумнов Сергей Александрович, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;
- Илюк Руслан Дмитриевич – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аддитивных расстройств, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России;
- Кравченко Сергей Леонидович – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения клинических исследований алкоголизма отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;
- Корольков Алексей Игоревич – к.м.н., старший научный сотрудник отделения клинических исследований алкоголизма отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Конфликт интересов: нет

Все члены рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врач психиатр-нарколог;
- Врач-психиатр-нарколог участковый;
- Врач психиатр-подростковый;
- Врач психиатр;

- Врач-психиатр участковый;
- Врач психотерапевт;
- Медицинский психолог;
- Специалист по социальной работе;
- Социальный работник.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н.Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939;
- Анализ источников научной литературы и других данных, а также Интернет-ресурсов за последние 10 лет;
- Отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;
- Зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA);
- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года.
- При разработке настоящих клинических рекомендаций использовались рейтинговые схемы для достоверности доказательств (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV) (Таблица A2.1) и уровня убедительности рекомендаций (A, B, C, D) (Таблица A2.2).

Таблица A2.1 Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств.

Уровень достоверности	Источник доказательств
I	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Репрезентативная выборка пациентов
Ia	Достаточное количество хорошо организованных рандомизированных контролируемых исследований Крупные мета-анализы
Ib	Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование
II	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных Несколько исследований с небольшим количеством пациентов Хорошо организованное проспективное исследование когорты Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне Хорошо организованные исследования «случай-контроль»
IIa	Как минимум одно хорошо организованное контролируемое исследование без рандомизации
IIb	Как минимум одно хорошо организованное квази-экспериментальное исследование
III	Нерандомизированные контролируемые (сравнительные) исследования Нерандомизированные описательные исследования Исследования с недостаточным контролем Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками Ретроспективные или наблюдательные исследования Исследования случай-контроль
IV	Серия клинических наблюдений Отчет экспертного комитета или мнение и/или клинический опыт авторитетных специалистов.

Таблица A2.2 - Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание
A	Уровень Ia, Ib Высокий уровень убедительности
B	Уровень IIa, IIb или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как уровень I Умеренный уровень убедительности
C	Уровень III, либо экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как уровень I, II Ограниченный уровень достоверности
D	Уровень IV, либо экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как уровень I, II, III Рекомендации основаны на проведенной экспертами дискуссии, в результате которой был достигнут консенсус.

Приложение A3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Налтрексон

Инструкция по медицинскому применению - РУ № ЛП-002591

Дата последнего изменения: 28.11.2017

Состав

Капсулы	1 капс.
<i>Действующее вещество:</i> налтрексона гидрохлорид в пересчете на 100 % вещество	50,0 мг
<i>Вспомогательные вещества:</i> лактозы моногидрат - 98,5 мг, магния стеарат - 1,5 мг.	
<i>Корпус капсулы:</i> титана диоксид (Е 171) - 2%, желатин до 100%.	
<i>Крышечка капсулы:</i> краситель железа оксид желтый (Е 172) - 1,7143%, титана диоксид (Е 171) - 1%, краситель индигокармин (Е 132) - 0,3%, желатин до 100%.	

Описание лекарственной формы

Твердые желатиновые капсулы №4, корпус капсулы белого цвета, крышечка темно-зеленого цвета. Содержимое капсул: порошок белого или почти белого цвета.

Фармакологическая группа

Опиоидных рецепторов антагонист.

Фармакодинамика

Налтрексон является чистым антагонистом опиоидных рецепторов. Конкурендно связывается с опиоидными рецепторами всех типов и предупреждает или устраняет действие как эндогенных опиоидов, так и экзогенных опиоидных препаратов — опиоидных анальгетиков и их суррогатов. Наибольшее сродство имеет к μ - и κ -рецепторам. Снижает эффект опиоидных анальгетиков (анальгетический, противодиарейный, противокашлевой); устраняет побочные эффекты опиоидов (в т.ч. эндогенных), за исключением симптомов, обусловленных гистаминовой реакцией. В сравнении с налоксоном действует более сильно и длительно. Может вызвать миоз (механизм неизвестен). Сочетание с опиоидами в больших дозах приводит к повышению высвобождения гистамина с характерной клинической картиной (гиперемия лица, зуд, сыпь). У пациентов с опиоидной зависимостью вызывает приступ абстиненции.

Налтрексон не вызывает дисульфирам-подобные реакции, как в результате употребления опиоидов и этанола. При алкоголизме связывается с опиоидными рецепторами и блокирует эффекты эндорфинов. Снижает потребность в алкоголе и предотвращает рецидивы в течение 6 месяцев после 12-недельного курса терапии (успех лечения зависит от согласия пациента). Длительное назначение не вызывает толерантности и зависимости.

При одновременном длительном назначении предупреждает развитие физической зависимости к морфину, героину и другим опиоидам. В дозе 50 мг блокирует фармакологические эффекты 25 мг внутривенно введенного героина в течение 24 ч, двойная доза (100 мг) — в течение 48 ч, а 150 мг — в течение 3 суток. Конкурентная блокада опиоидных рецепторов может быть преодолена введением более высокой дозы опиоидного анальгетика.

Фармакокинетика

Всасывание

Абсорбция после приема внутрь — быстрая и почти полная (96%), подвергается кишечно-печеночной циркуляции. Максимальная концентрация (C_{max}), период полувыведения и общее количество почечной экскреции как для налтрексона, так и для 6-бета-налтрексола, увеличиваются пропорционально увеличению назначаемой дозы налтрексона от 50 до 200 мг. Начало действия — через 1–2 часа. $T_{C_{max}}$ налтрексона и его активного метаболита 6-бета-налтрексола в плазме — 1 ч, после однократного приема 50 мг C_{max} налтрексона — 8,6 нг/мл, C_{max} — 6-бета-налтрексола — 99,3 нг/мл.

Распределение

Связь с белками плазмы — низкая (21%). Хорошо проникает через гистогематические барьеры. Объем распределения — 1350 л. Биодоступность 5–40%.

При длительном применении в дозе 100 мг/сут налтрексон не кумулирует (при этом концентрация 6-бета-налтрексола в плазме достигает 40%).

Метаболизм

Метаболизируется в печени на 98% с образованием фармакологически активных метаболитов, главный из которых — 6-бета-налтрексол также является антагонистом опиоидов. Другими метаболитами являются — 2-гидрокси-3-метокси-6-бета-налтрексол и 2-гидрокси-3-метокси-налтрексон. Ферменты системы цитохрома P450 не участвуют в метаболизме налтрексона. Налтрексон и его метаболиты образуют конъюгаты с глюкоронином.

Выведение

$T_{1/2}$ налтрексона — 4 ч, 6-бета-налтрексола — 13 ч, что объясняет его способность к кумуляции. Налтрексон и его метаболиты выводятся преимущественно (53–79%) почками (налтрексон — менее 2%, 6-бета-налтрексол, в том числе в конъюгированной форме — 43%) и с каловыми массами (в незначительных количествах). Общий клиренс — 1,5 л/мин.

Печеночная недостаточность. Фармакокинетика препарата налтрексон не изменяется у пациентов с легким или умеренно выраженным нарушением функции печени (классы А и В по Чайлд-Пью), таким пациентам коррекции дозы не требуется.

Почечная недостаточность. Легкая почечная недостаточность (Cl креатинина 50–80 мл/мин) почти не влияет на фармакокинетику препарата налтрексон и необходимость в коррекции дозы препарата отсутствует. В связи с тем, что налтрексон и его первичный метаболит выводятся из организма в основном с мочой, назначать налтрексон пациентам с умеренно выраженной и тяжелой почечной недостаточностью следует с осторожностью.

Эффективность применения налтрексона при алкоголизме и опиоидной зависимости подтверждена клиническими исследованиями.

Показания

- Лечение алкогольной зависимости и блокада эффектов экзогенно введенных опиоидов.
- Комплексная терапия опиоидной зависимости с целью поддержания у пациента состояния, при котором опиоиды не смогут оказать характерного действия.
- Лекарственный препарат показан для предотвращения рецидива опиоидной зависимости после опиоидной детоксикации.
- Комплексная терапия алкоголизма, в том числе при поддерживающей терапии, в тех же дозировках, что и при героиновой зависимости на фоне психотерапии.

Противопоказания

Пациенты, имеющие зависимость от опиоидов, в том числе находящиеся на лечении опиоидными агонистами или частичными агонистами.

Положительная налоксоновая проба.

Применение опиоидных анальгетиков или положительный анализ на содержание в моче опиоидов. Положительный тест на наличие опиоидов в моче.

Опиоидный абстинентный синдром.

Гиперчувствительность к компонентам препарата.

Острый гепатит или печеночная недостаточность. Дефицит лактазы, непереносимость лактозы. Глюкозо-галактозная мальабсорбция.

С осторожностью

Нарушения функции печени и/или почек.

Применение при беременности и кормлении грудью

Препарат по степени токсичности относится к категории С.

В экспериментах на крысах (прием в дозах, в 30 раз превышающих рекомендуемые для людей непосредственно перед беременностью и во время беременности) и на кроликах (прием в дозах, в 60 раз превышающих рекомендуемые для людей) установлено наличие тератогенного эффекта.

Применение препарата при беременности возможно только в случае, если потенциальная польза от его применения превышает потенциальный риск для плода.

При пероральном приеме налтрексона было отмечено выделение налтрексона и 6-бета-налтрексола с грудным молоком. Из-за потенциальной канцерогенности и вероятности возникновения у грудных детей серьезных побочных явлений, следует принять решение о прекращении терапии препаратом во время кормления грудью или прекращении грудного вскармливания во время лечения препаратом, в зависимости от степени важности терапии для матери.

Способ применения и дозы

Лечение опиоидной зависимости.

Фаза введения в курс терапии налтрексоном.

Лечение налтрексоном начинают после того, как пациент в течение 7–10 дней воздерживается от приема опиоидов (при отсутствии проявлений синдрома абстиненции). Воздержание от употребления опиоидов идентифицируют по показателям лабораторных исследований мочи на содержание опиоидов. Лечение начинают при отрицательной провокационной пробе с 0,5 мг налоксона.

Описание налоксоновой пробы: пациенту необходимо ввести 0,2–0,4 мг налоксона внутривенно в течение 5 мин или в виде инъекции подкожно либо внутримышечно. Если нет реакции на введение налоксона в течение 15–30 мин, вводят вторую дозу препарата 0,4 мг внутривенно или 0,4–0,8 мг подкожно и наблюдают за реакцией. Проба считается положительной при выраженном мидриазе, изменении аффекта от благодушно-сонливого до дисфорического, поведенческих расстройств, появлении признаков опиоидной абстиненции.

Налоксоновую пробу не проводят пациентам с симптомами абстиненции и при выявлении опиоидов в моче. Налоксоновую пробу можно повторить через 24 ч.

Лечение налтрексоном начинают с осторожностью, постепенно повышая дозу. Содержимое капсулы растворяют в 50 мл воды. Вначале назначают 25 мг налтрексона внутрь (содержится в 25 мл исходного раствора). Врачу следует контролировать акт проглатывания раствора препарата.

Поддерживающая терапия налтрексоном.

На следующий день после введения начальной дозы налтрексон начинают назначать по 50 мг каждые 24 ч (применения налтрексона в указанной дозе достаточно для блокирования эффектов опиоидов, вводимых парентерально, например, 25 мг героина, введенного внутривенно).

100 мг налтрексона назначают каждые 2 дня или 150 мг каждые 3 дня.

Лечение алкоголизма.

В составе комбинированной терапии.

Ежедневный прием 50 мг налтрексона, минимальный курс — 3 месяца. Лечение должно быть частью соответствующей программы устранения алкогольной зависимости. На протяжении курса лечения необходимо отслеживать приверженность всем компонентам лечения алкоголизма, влияющим на благоприятный исход. Медикаментозное лечение рекомендуется сопровождать курсом психотерапии.

Побочные действия

Классификация ВОЗ неблагоприятных побочных реакций по частоте развития: очень часто — >1/10; часто — от 1/100 до 1/10; нечасто — от 1/1000 до 1/100; редко — от 1/10000 до 1/1000; очень редко — <1/10000, включая отдельные сообщения.

В терапевтических дозах у пациентов, в организме которых не содержатся опиоиды, налтрексон обычно не вызывает серьезных побочных эффектов.

Со стороны пищеварительной системы: очень часто — тошнота и/или рвота, боль в животе; часто — абдоминальная боль, снижение или повышение аппетита, анорексия, диарея или запоры, сухость слизистой оболочки полости рта, метеоризм, повышение активности «печеночных» ферментов, редко — усугубление симптомов геморроя, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта.

Со стороны нервной системы и органов чувств: очень часто — беспокойство, нервозность, необычная усталость, общая слабость, беспокойный сон, «кошмарные» сновидения, головная боль; часто — головокружение, нечеткость зрительного восприятия, спутанность сознания, галлюцинации, угнетение центральной нервной системы, редко — депрессия, бред, звон и ощущение заложенности в ушах, боль и чувство жжения в глазах, светобоязнь, раздражительность, сонливость, дезориентация во времени и пространстве, мигрень, обморок, астения, летаргия, тревога.

Со стороны дыхательной системы: не часто — кашель, охриплость голоса, заложенность носа (гиперемия сосудов носовой полости), затруднение дыхания, зуд в носу, ринорея, чиханье, бронхообструкция, затруднение дыхания, одышка, носовое кровотечение, сухость в горле, повышенное отделение слизистой мокроты, инфекции верхних дыхательных путей, синусит, ларингит, фарингит (в т.ч. стрептококковый), назофарингит, гайморит.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: не часто — боль в груди, повышение артериального давления, тахикардия, сердцебиение, неспецифические изменения на электрокардиограмме, флебит.

Со стороны органов зрения: редко — конъюнктивит.

Со стороны мочеполовой системы: часто — сексуальные расстройства у мужчин (задержка эякуляции, снижение потенции), повышение или снижение либидо, не часто — дискомфорт при мочеиспускании, учащение мочеиспускания, отечный синдром (отек лица, пальцев, стоп, голеней).

Аллергические реакции: часто — кожная сыпь, гиперемия кожи (в т.ч. гиперемия лица), гипертермия, кожный зуд, повышение секреции сальных желез, озноб.

Со стороны опорно-двигательного аппарата: очень часто — боль в спине, скованность суставов, боль в конечностях, спазм, подергивание или скованность мышц; часто — артралгия, миалгия; артрит.

Со стороны кожных покровов: папулезная сыпь, потница, угри, алопеция.

Прочие: сухость во рту или жажда, боль в горле, увеличение или потеря массы тела, боль в паховой области, увеличение лимфатических узлов, лимфоцитоз; в одном случае описано развитие идиопатической тромбоцитопенической пурпуры на фоне предварительной сенсibilизации к препарату.

Синдром «отмены» опиоидов: абдоминальная боль, спазмы в эпигастральной области, беспокойство, нервозность, усталость, раздражительность, диарея, тахикардия, гипертермия, ринорея, чиханье, «гусиная кожа», потливость, зевота, артралгия, тошнота и /или рвота, тремор, общая слабость.

Если любые из указанных в инструкции побочных эффектов усугубляются, или Вы заметили любые другие побочные эффекты, не указанные в инструкции, сообщите об этом врачу.

Пострегистрационный опыт применения

По литературным данным описан единичный случай идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у пациента, который возможно, был сенсibilизирован к налтрексону в ходе предыдущего лечения. Выздоровление произошло после отмены препарата и проведения курса кортикостероидной терапии.

Передозировка

Налтрексон является умеренно безопасным препаратом. Согласно исследованиям, даже большие дозы не вызывают серьезных симптомов. При подозрении на интоксикацию следует назначить симптоматическое лечение.

На этапе доклинического исследования при повторном введении налтрексона в дозе 100 мг/кг, превышающей максимальную суточную дозу для человека примерно в 35 раз, не выявлено каких-либо существенных изменений в гематологических и биохимических показателях крови, а также в структуре внутренних органов. Местно-раздражающее действие налтрексон также не оказывает.

Взаимодействие

Снижает эффективность лекарственных средств, содержащих опиоиды (противокашлевые лекарственные средства, опиоидные анальгетики, противопростудные препараты). Там, где возможно, должны использоваться альтернативные препараты.

Гепатотоксические лекарственные средства увеличивают (взаимно) риск поражения печени.

Дисульфирам ингибирует микросомальное окисление в печени, вследствие чего может вызвать повышение концентрации препаратов в плазме крови, метаболизирующихся в печени (налтрексон), что увеличивает риск интоксикации.

Возможна летаргия или повышенная сонливость при сочетании с тиоридазином. Ускоряет появление симптомов синдрома «отмены» на фоне опиоидной зависимости, характеризующихся стойкостью и трудностью их устранения.

Особые указания

Налтрексон эффективен только в составе комплексной терапии зависимости. Перед применением необходимо исключить субклиническую печеночную недостаточность, во время лечения следует периодически контролировать транзиторное повышение активности трансаминаз.

Налтрексон оказывает гепатотоксическое действие. Поэтому при длительном применении необходимо контролировать функцию печени.

Налтрексон назначают только после купирования абстинентного синдрома.

Препарат начинают принимать только в специализированных учреждениях под контролем врача. Следует внимательно следить за появлением признаков депрессии или суицидальных мыслей у пациентов с алкогольной и/или опиоидной зависимостью, в том числе пациентов, получающих лечение налтрексоном. Членов семей и ухаживающих за пациентами людей следует предупредить о необходимости внимательно следить за возникновением симптомов депрессии или суицидального поведения и немедленно сообщать о возникновении таких симптомов лечащему врачу. Для обеспечения эффективности лечения необходимо проведение комплексной терапии, включающей психологическую поддержку.

Налтрексон блокирует действие опиоидов. Блокада может быть преодолена повышением доз опиоидов.

Пациента, который получает лечение налтрексоном, следует предупредить о том, что неконтролируемый прием опиоидов в этот период может привести к тяжелому синдрому абстиненции вплоть до развития комы. Существует риск летального исхода.

Налтрексон оказывает гепатотоксическое действие. Поэтому при длительном применении необходимо контролировать функцию печени.

Налтрексон необходимо отменить не менее чем за 48 ч до хирургического вмешательства, при котором потребуются применение опиоидных анальгетиков. В случае необходимости проведения экстренной анальгезии с осторожностью назначают опиоиды в повышенной дозе (для преодоления антагонизма), поскольку угнетение дыхания при этом будет более глубоким и продолжительным. Для предотвращения развития острого абстинентного синдрома пациенты должны как минимум за 7–10 дней прекратить прием опиоидов и лекарственных средств, их содержащих, обязательно определение опиоидов в моче и проведение провокационного теста с налоксоном; при несоблюдении этих требований может проявиться абстинентный синдром.

Стойкое снижение аппетита и прогрессирующее похудание требуют прекращения терапии.

Неэффективен при лечении кокаиновой, а также неопиоидной лекарственной зависимости.

Возможно развитие эозинофильной пневмонии, резистентной к антибиотикотерапии; при развитии прогрессирующей одышки и гипоксии необходимо немедленно обратиться к врачу.

Следует предупреждать пациентов, что:

- при обращении за медицинской помощью пациенты обязаны информировать медицинских работников о лечении налтрексоном;
- в случае появления болей в животе, потемнения мочи, пожелтения склер необходимо прекратить прием и обратиться к врачу;
- при самостоятельном употреблении героина и других опиоидов в малых дозах эффекта от их применения не будет, а дальнейшее увеличение дозы опиоидных средств приведет к летальному исходу (остановка дыхания).

Влияние на способность управлять транспортными средствами, работу с механизмами

В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

Форма выпуска

Капсулы 50 мг. По 10 капсул в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. 1, 2 или 5 контурных ячейковых упаковок с инструкцией по применению в пачку из картона. По 100, 200, 300 контурных ячейковых упаковок с равным количеством инструкций по применению, соответственно, в коробку или ящик (для стационара).

Условия хранения

В защищенном от света месте при температуре не выше 25 °С.

Хранить в местах, недоступных для детей.

Срок годности

3 года.

Не использовать позже срока годности, указанного на упаковке.

Условия отпуска из аптек

Отпускают по рецепту.

Тетурам (действующее вещество – дисульфирам)

Состав

Таблетки	1 табл.
<i>активное вещество:</i> дисульфирам	150 мг
<i>вспомогательные вещества:</i> крахмал картофельный; кремния диоксид коллоидный (аэросил); стеариновая кислота — до получения таблетки массой 180 мг	

Описание лекарственной формы

Круглые, плоскоцилиндрические таблетки белого или белого со слегка желтовато-зеленоватым оттенком цвета, с фаской.

Фармакологическое действие

Фармакологическое действие — антиалкогольное.

Фармакодинамика

Действие препарата основано на блокаде ацетальдегиддегидрогеназы, которая участвует в метаболизме этилового спирта. Это приводит к повышению концентрации метаболита этилового спирта — ацетальдегида, вызывающего отрицательные ощущения (приливы крови к лицу, тошнота, рвота, тахикардия, понижение АД), которые делают чрезвычайно неприятным употребление алкоголя после приема Тетурама. Это приводит к условно-рефлекторному отвращению к вкусу и запаху спиртных напитков.

Фармакокинетика

После перорального приема всасывание Тетурама из ЖКТ составляет от 70 до 90%. Он быстро метаболизируется, восстанавливаясь до дитиокарбамата, который сам выводится в виде глюкуронконъюгата или превращается в диэтиламин и сульфид углерода, часть которого (4–53%) выводится через легкие. Максимальный терапевтический эффект достигается через 12 ч после перорального приема и может продолжаться в течение 10–14 дней после прекращения лечения.

Показания препарата Тетурам

лечение и профилактика рецидивов хронического алкоголизма;

как дезинтоксикационное средство при хроническом отравлении никелем.

Противопоказания

гиперчувствительность;

тиреотоксикоз;

заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации (в т.ч. резко выраженный кардиосклероз, атеросклероз мозговых сосудов, пред- и постинфарктные состояния, аневризма аорты, коронарная недостаточность, артериальная гипертензия II–III стадии);
туберкулез легких с кровохарканьем, бронхиальная астма, выраженная эмфизема легких;
эрозивные поражения слизистой ЖКТ, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в стадии обострения), кровотечение из ЖКТ;
болезни почек, печеночная недостаточность;
сахарный диабет;
эпилепсия, нервно-психические заболевания, инфекционные заболевания ЦНС, полинейропатия, неврит слухового и глазного нервов;
глаукома;
злокачественные опухоли;
беременность;
период лактации.

С осторожностью: сердечно-сосудистые заболевания в стадии компенсации, возраст старше 60 лет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в стадии ремиссии), эндартериит, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения, психозы на фоне приема дисульфирама в анамнезе.

Побочные действия

Обусловленные свойствами Тетурама: металлический вкус во рту; неприятный запах у больных с колостомией (связанный с сульфидом углерода); редкие случаи гепатита, иногда встречающиеся у больных никелевой экземой, не страдающих алкоголизмом; полиневрит нижних конечностей, неврит оптического нерва; потеря памяти, спутанность сознания, астения; головные боли; кожные аллергические проявления.

Связанные с комбинацией Тетурам-этиловый спирт: описаны случаи дыхательной недостаточности; сердечно-сосудистого коллапса, нарушения ритма, стенокардия, иногда инфаркт миокарда, а также неврологические расстройства; отек мозга.

Осложнения при длительном приеме: редко — психозы, напоминающие алкогольные, гепатит, гастрит; у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, возможен тромбоз сосудов мозга, поэтому при жалобах на парестезии в конечностях и лице следует немедленно отменить препарат; обострение полиневрита.

При приеме доз алкоголя свыше 50–80 мл водки на фоне приема Тетурама развиваются тяжелые нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, отеки, судороги. В этом случае срочно проводят дезинтоксикационную терапию, вводят аналептики, проводят симптоматическое лечение.

Взаимодействие

Противопоказанные комбинации

Алкоголь. Реакция непереносимости (приливы крови, эритема, рвота, тахикардия). Избегать приема спиртных напитков и лекарственных средств, содержащих спирт.

Нежелательные комбинации

Изониазид. Нарушения поведения и координации.

Нитро-5-имидазолы (метронидазол, ординазол, секнидазол, тинидазол). Делириозные расстройства, спутанность сознания.

Фенитоин. Существенный и быстрый подъем уровня фенитоина в плазме с токсическими симптомами (подавление его метаболизма).

Если комбинации нельзя избежать, следует проводить клиническое наблюдение и контроль концентраций препарата в плазме в ходе и после лечения тетурамом.

Комбинации, требующие осторожности

Варфарин (и другие пероральные антикоагулянты). Повышенный эффект пероральных антикоагулянтов и опасность кровотечения (снижение биотрансформации варфарина в печени). Рекомендуется более частый контроль концентрации варфарина и корректировка дозы антикоагулянтов в течение 8 дней после отмены тетурама.

Теofilлин. Тетурам ингибирует метаболизм теофиллина. Как результат этого, доза теофиллина должна быть скорректирована (сниженная дозировка) в зависимости от клинических симптомов и концентрации препарата в плазме.

Бензодиазепины. Тетурам может потенцировать седативный эффект бензодиазепинов путем ингибирования их окислительного метаболизма (особенно хлордиазепоксида и диазепема). Дозировка бензодиазепина должна быть скорректирована в соответствии с клиническими проявлениями.

Трициклические антидепрессанты. Возможно усиление реакции непереносимости алкоголя (особенно если больные на фоне приема Тетурама, принимают спиртные напитки).

Способ применения и дозы

Внутрь. Лечение назначается после тщательного обследования больного и предупреждения о последствиях и осложнениях. По 150–500 мг 2 раза в сутки по индивидуальной схеме. Через 7–10 дней проводят тетурамалкогольную пробу (20–30 мл 40% водки после приема 500 мг препарата), при слабой реакции дозу алкоголя увеличивают на 10–20 мл (максимальная доза водки — 100–120 мл). Пробу повторяют через 1–2 дня в стационаре и через 3–5 дней амбулаторно с коррекцией доз алкоголя и/или препарата по необходимости. В дальнейшем можно использовать поддерживающую дозу 150–200 мг/сут в течение 1–3 лет.

Передозировка

Симптомы: комбинация Тетурам–этанол может вызвать угнетение сознания вплоть до комы, сердечно-сосудистый коллапс, неврологические осложнения.

Лечение: симптоматическое.

Особые указания

В случае одновременного назначения с пероральными антикоагулянтами необходимо осуществлять более частый контроль содержания протромбина и коррекцию доз антикоагулянтов, что связано с повышенным риском развития кровотечения.

Форма выпуска

Таблетки, 150 мг. По 10 табл. в контурной ячейковой упаковке из пленки ПВХ и фольги алюминиевой печатной лакированной. По 30 или 50 табл. в банке полимерную или флаконе полимерном. Каждую банку, флакон, по 3 или 5 контурных упаковок помещают в пачку из картона.

Условия отпуска из аптек

По рецепту.

Условия хранения препарата Тетурам

В сухом, защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности препарата Тетурам

4 года.

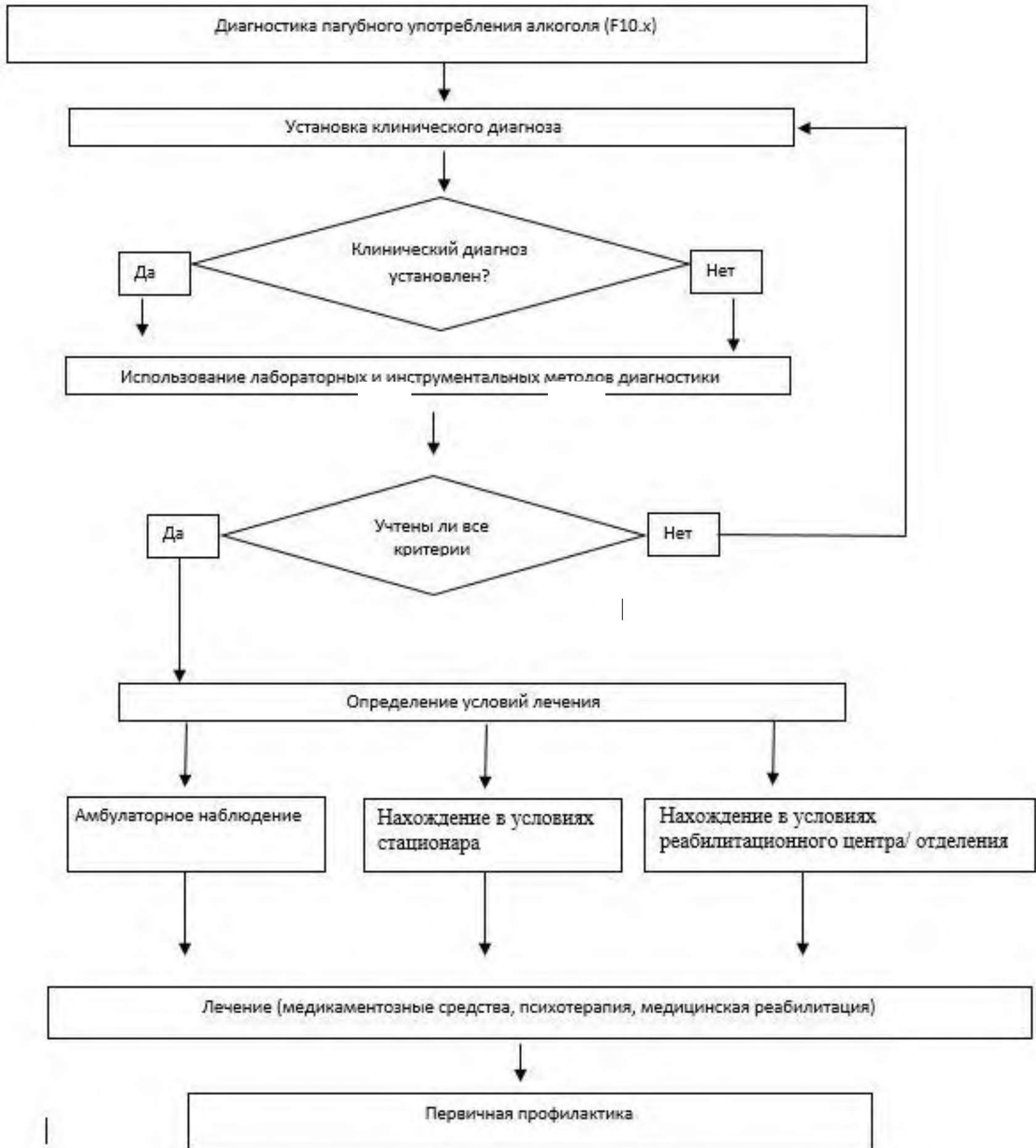
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ.

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н.Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.
- Государственный Реестр Лекарственных Средств Минздрава России. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> .
- Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Социально значимые заболевания населения России в 2014 году (Статистические материалы) URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9479-statisticheskaya-informatsiya-za-2014>. (дата обращения: 12.01.2017)

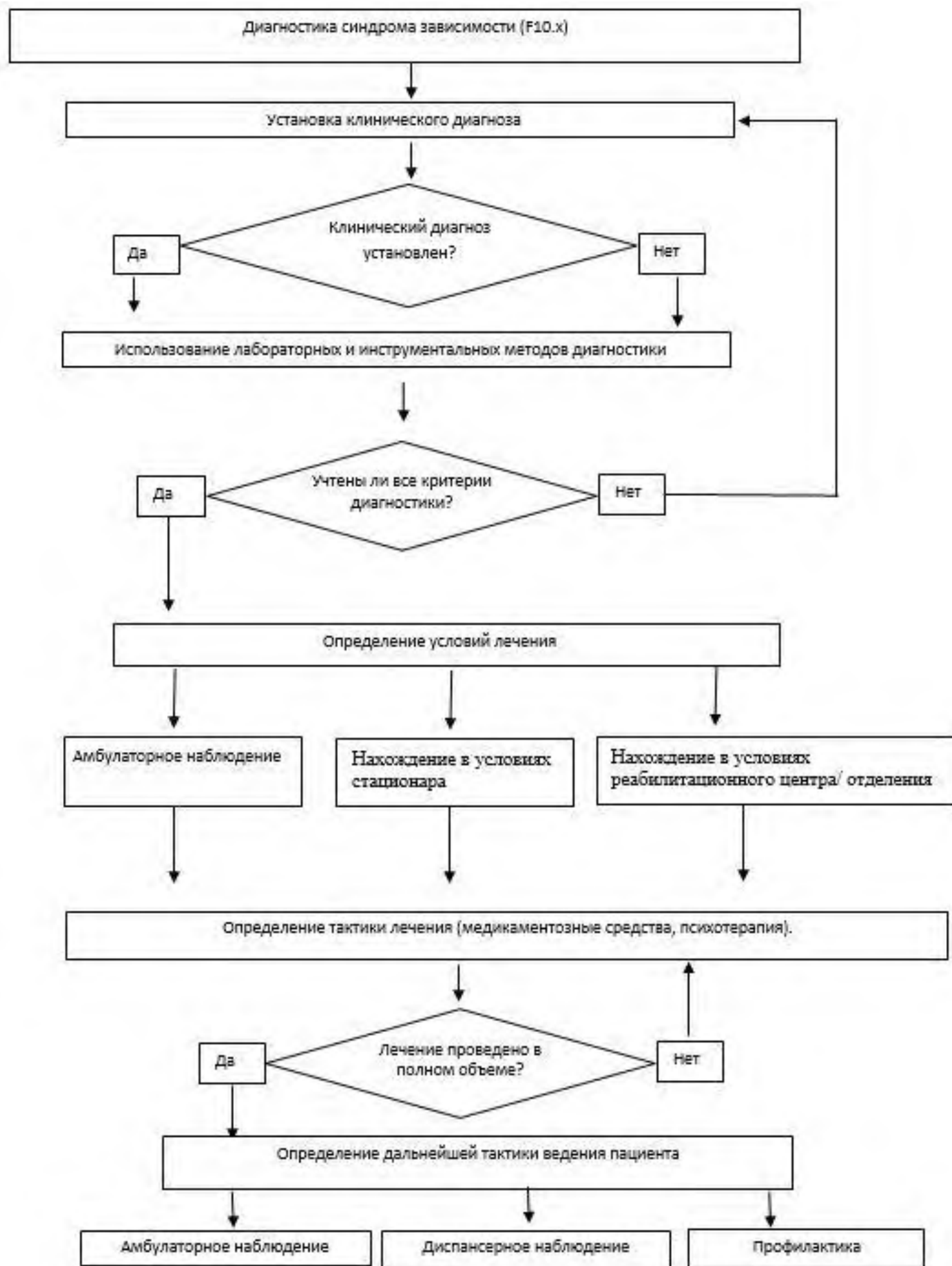
- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2019 год. Распоряжение Правительства РФ от 10 декабря 2018г.№.2738-р
- Постановление Правительства РФ от 28.08.2014 N 871 "Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации".
- Приказ МЗРФ от 4 сентября 2012 г. N 127н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ МЗРФ от 4 сентября 2012 г. N 128н Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Минздрава России от 07.10.2015 N 700н (ред. от 11.10.2016) О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 01.08.2014) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".
- Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
- Приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
- Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 N 804н – Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 299н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 125н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 126н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ министерства здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 129н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 124н Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 133н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 135н Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ.
- Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. n 130н Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ.
- Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). – М.: Минздрав России, 1998.–511с.
- Регистр Лекарственных Средств. URL: <http://www.rlsnet.ru/>.
- Федеральная служба государственной статистики. Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб./Росстат. – М., 2017 – 686 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

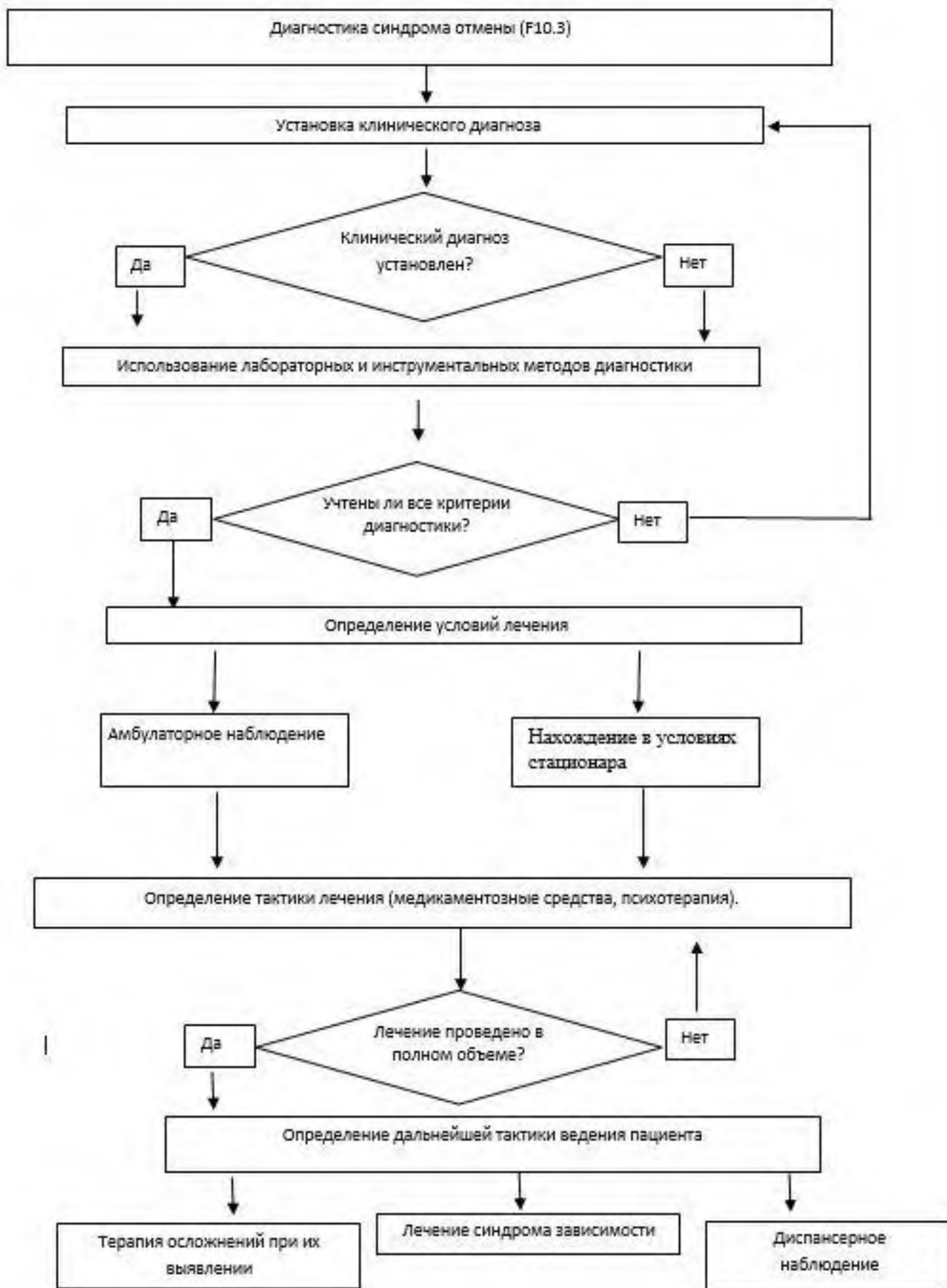
Алгоритм диагностики пагубного употребления



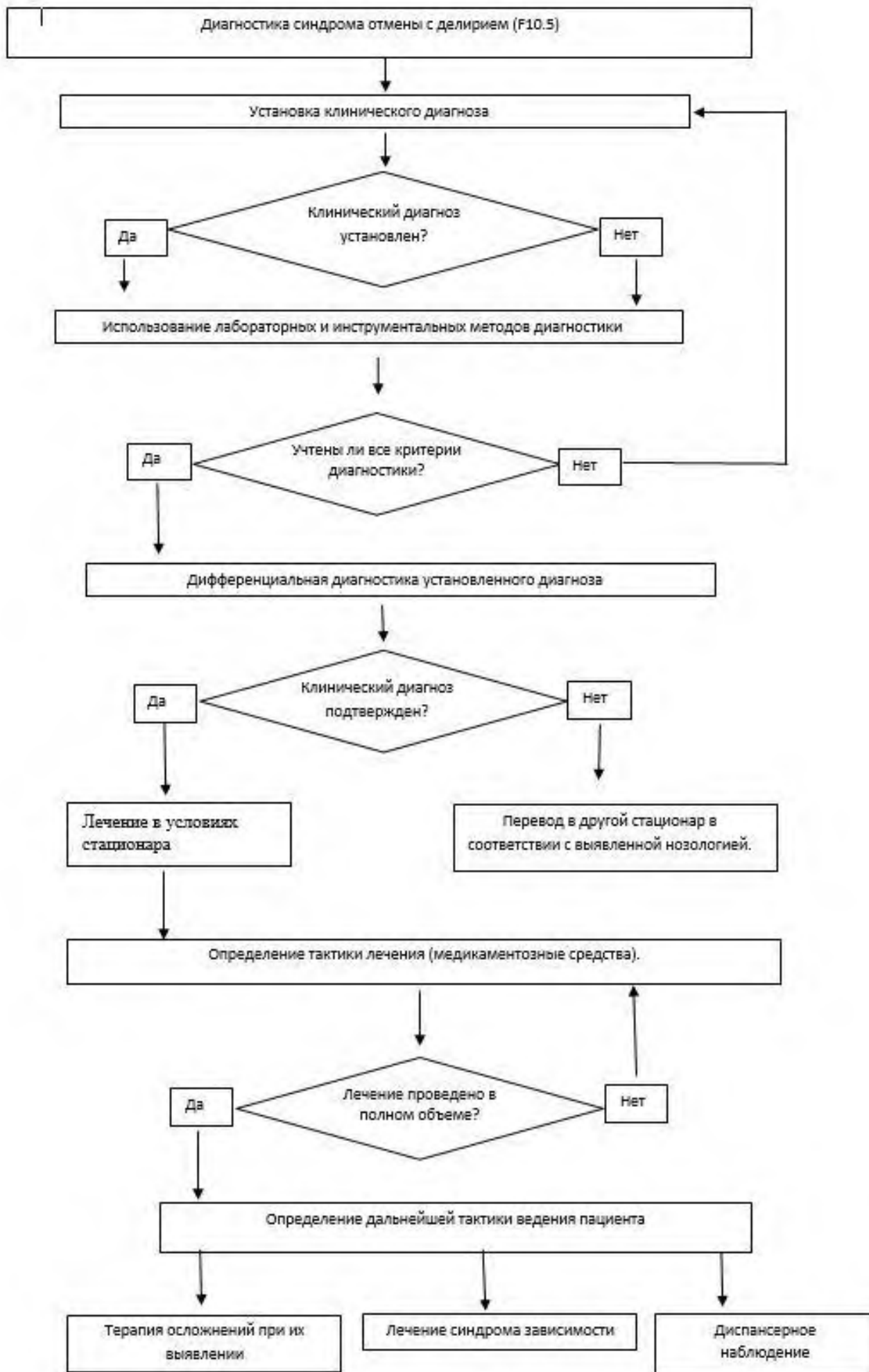
Алгоритм диагностики синдрома зависимости.



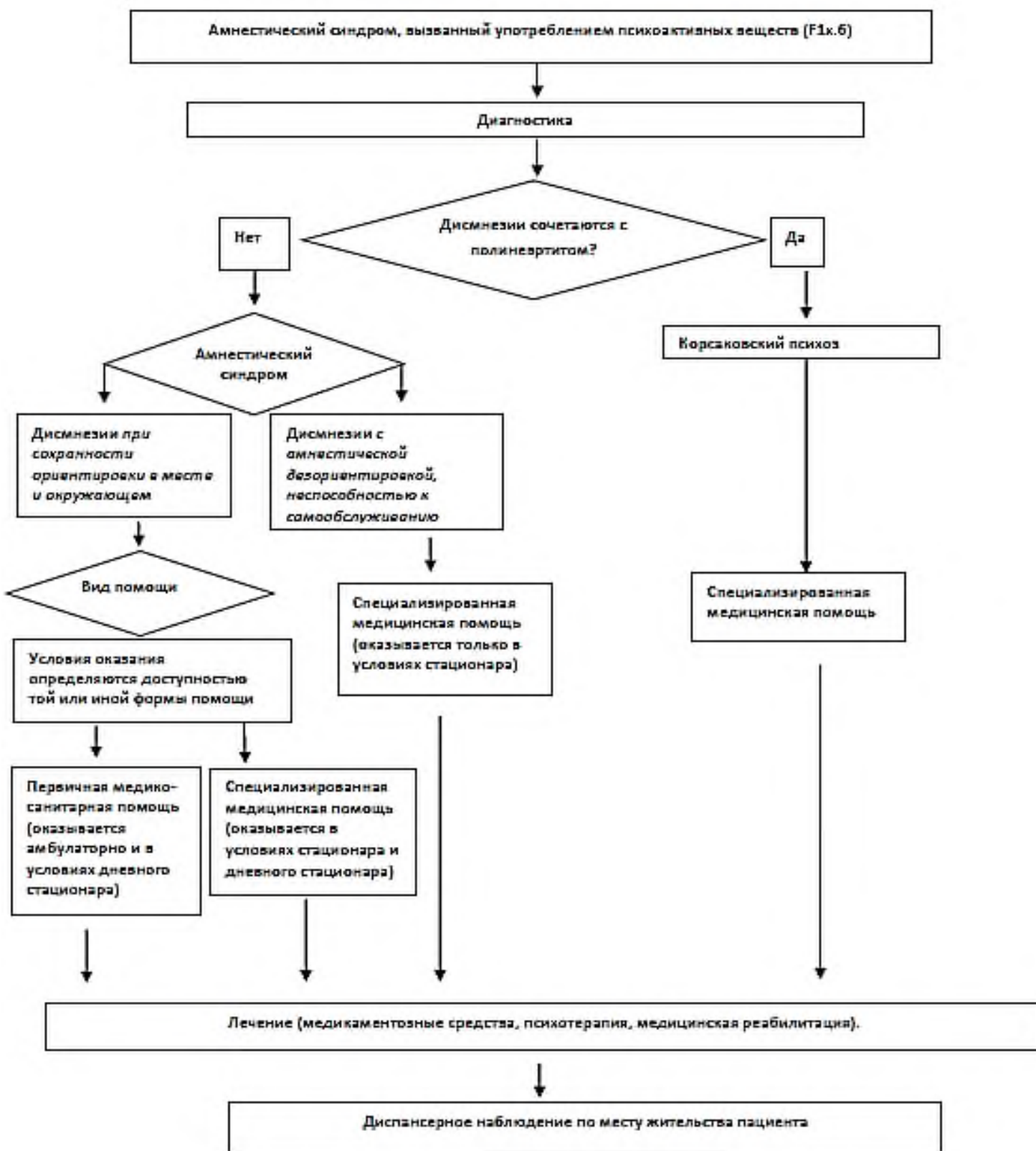
Алгоритм диагностики синдрома отмены.



Алгоритм диагностики синдрома отмены с делирием.



Алгоритм диагностики амнестического синдрома.



ПРИЛОЖЕНИЕ В1. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И С ИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ.

Что нужно знать пациенту и его законным представителям о пагубном употреблении и о синдроме зависимости?

Что нужно знать пациенту и его законным представителям о пагубном употреблении алкоголя и о синдроме зависимости?

Специалисты к тревожным признакам чрезмерного потребления спиртного относят следующие: учащение потребления алкоголя, снижение способности контролировать дозу выпитого с параллельным ее ростом, навязчивые мысли о желательности употребить алкоголь.

Признаки физического и психического недомогания (нарушения деятельности внутренних органов, колебания настроения, снижение внимания, реакции, памяти и др.) появляются после употребления излишнего для конкретного (!) человека количества спиртного, т.к. переносимость алкоголя – индивидуальное свойство. При этом, сигналы неблагополучия могут ощущаться явственно и, как правило, сомнений не вызывают (чувство тяжести или боль, расстройство пищеварения и т.п.), но могут быть и скрытыми и выявляться только с помощью лабораторных методов (анализы крови и мочи) или инструментального обследования (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография и др.).

Наличие перечисленного выше является основанием насторожиться в плане собственного здоровья и обратиться за консультацией к специалисту в области наркологии: в данном случае тревога за свое благополучие не может быть излишней. Она оправдана в первую очередь тем, что дальнейшее потребление алкоголя в прежнем стиле может привести к формированию болезненной зависимости, или алкоголизма.

Здесь необходимо заметить, что утрата контроля за количеством выпитого может перемежаться с вполне приемлемыми формами потребления спиртного, которые, впрочем, со временем отмечаются все реже.

Следующий этап развития болезни – становление так называемого «похмельного состояния», как правило, длящегося годами. Многие его признаки (головная боль, головокружение, слабость, астения, чувство разбитости, жажда, обложенный язык, тошнота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.), встречаются и просто после избытка принятого алкоголя. Коренное отличие в таких случаях больных от здоровых – возникновение, несмотря на плохое самочувствие, сильного желания выпить спиртного (опохмелиться), что приводит к облегчению состояния и способствует развитию запоя.

В этот же период зависимости от алкоголя после тяжелых, длительных запоев возникают тяжелые осложнения в виде алкогольных психозов (делирий, «белая горячка»), судорожных припадков (алкогольная эпилепсия), острых панкреатитов, гепатитов, поражений нервной системы, нередко приводящие к инвалидности или смертельному исходу.

Пагубное употребление алкоголя – это манера потребления, наносящая вред здоровью человека. Вред может быть физическим (например, нарушение деятельности желудка, печени, кишечника и других внутренних органов) и психическим (например, колебания настроения, снижение внимания, реакции, памяти и т.д.).

Перечисленные признаки физического и психического недомогания (или им подобные) появляются после употребления излишнего для конкретного (!) человека количества спиртного, т.к. переносимость алкоголя – индивидуальное свойство. При этом, сигналы физического неблагополучия могут ощущаться явственно и, как правило, сомнений не вызывают (чувство тяжести или боль, расстройство пищеварения и т.п.), но могут быть и скрытыми и выявляться только с помощью лабораторных методов (анализы крови и мочи) или инструментального обследования (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография и др.).

Другое дело – явления психического (психологического) порядка: временные расстройства настроения, внимания, памяти, как реакция на регулярно выпиваемый «лишний» алкоголь. Они могут быть не всегда заметны самому человеку либо не связываться им напрямую с потреблением алкоголя, но почти всегда подобного рода изменения видны близкому окружению (друзья, члены семьи, внимательные и доброжелательные коллеги).

Специалисты к тревожным признакам чрезмерности потребления спиртного относят следующие: учащение потребления алкоголя, снижение способности контролировать дозу выпитого с параллельным ее ростом, навязчивые мысли о желательности употребить алкоголь.

Наличие перечисленного выше является основанием насторожиться в плане собственного здоровья и обратиться за консультацией к специалисту в области наркологии: в данном случае тревога за свое благополучие не может быть излишней. Она оправдана в первую очередь тем, что дальнейшее потребление алкоголя в прежнем стиле может привести к формированию болезненной зависимости, или алкоголизма.

В чём же заключаются признаки «болезненного» употребления спиртных напитков? *Прежде всего, следует помнить, что подобное суждение на профессиональном уровне понимания проблемы (т.е. учёт всех медицинских, психологических, социальных и других обстоятельств) в полной мере доступны лишь врачу психиатру-наркологу, обладающему специальными знаниями в этой области. Именно на основе полученных сведений от пациента и сопровождающих его лиц (законные представители, коллеги по работе, друзья и т.д.) врач выносит диагноз и определяет тактику лечения и её длительность: лекарственные препараты, дополнительное обследование и другие лечебные мероприятия.*

В общем смысле «ненормальность», называемую иногда в просторечии «пьянством», заключается в том, что потребление спиртного всё чаще начинает преобладать над другими побуждениями к деятельности, или мотивами поведения. Другими словами, алкоголь потребляется не столько ради чего-либо, сколько вопреки многим отрицательным последствиям, среди которых нарушение семейных, дружеских, – трудовых и других социальных связей, конфликты с законом, признаки ухудшения здоровья. Это означает, что больной, начав пить, не волен вовремя остановиться и неминуемо напивается допьяна, доводя себя до признаков отравления с последующим тягостным самочувствием (так называемая «утрата контроля»). Продолжение систематического потребления алкоголя, несмотря на все эти обстоятельства, и есть вернейший признак перехода «нормального» желания выпить, связанного с общепринятыми поводами, к болезненному влечению к алкоголю. Подобные ситуации со временем могут возникнуть, несмотря на разные препятствующие тому обстоятельства – неподходящее окружение, рабочий день, возможные негативные последствия и т.д., что может говорить о прогрессировании начавшегося заболевания – **зависимости от алкоголя, или алкоголизма.**

Здесь необходимо заметить, что утрата контроля за количеством выпитого может перемежаться с вполне приемлемыми формами потребления спиртного, которые, впрочем, со временем отмечаются все реже.

Следующий этап развития болезни – становление так называемого «похмельного состояния» (алкогольная абстиненция, состояние отмены алкоголя, синдром отмены и т.п.), как правило длящегося годами. Многие его признаки (головная боль, головокружение, слабость, астения, чувство разбитости, жажда, обложенный язык, тошнота, жидкий стул, повышение АД, неприятные ощущения или боли в области сердца, плохое настроение и др.), встречаются не только у больных алкоголизмом, но и у прочих лиц, находящихся в состоянии после избытка принятого алкоголя. Коренное отличие в таких случаях больных от здоровых – возникновение, несмотря на плохое самочувствие, сильного желания выпить спиртного (опохмелиться), что приводит к облегчению состояния и способствует развитию запоя. Тяжесть похмельного состояния обычно значительно слабее у людей молодых, физически здоровых и больных сравнительно недавно, на чем основано ошибочное мнение об его отсутствии у юношей и на начальных этапах алкоголизма.

В этот же период зависимости от алкоголя после тяжелых, длительных запоев возникают тяжелые осложнения в виде алкогольных психозов (делирий, «белая горячка»), судорожных припадков (алкогольная эпилепсия), острых панкреатитов, гепатитов, поражений нервной системы, нередко приводящие к инвалидности или смертельному исходу.

На этой стадии болезни начинают усиливаться некоторые проявления алкогольной зависимости, имевшиеся на её начальной стадии: признаки морально-этического снижения личности, в худшую сторону изменяется характер, что становится особенно заметным при переходе болезни в конечную стадию развития.

О наступлении завершающей стадии, как правило, многолетнего существования зависимости от алкоголя специалистам позволяют говорить объективные (сведения от родственников, друзей, коллег, результаты психологических тестов) признаки

нарастающего так называемого «снижения личности», или деградации личности. Отличительной особенностью алкогольной деградации является акцент на нравственно-этическом снижении (беспечность, ослабление чувства совести и долга, утрата разносторонних интересов, эгоизм, паразитические тенденции, эмоциональное огрубление, поверхностные суждения, лживость и др.); при этом память и интеллект могут страдать в меньшей степени или даже сохраняться какое-то время.

На этой, заключительной, стадии алкогольной зависимости человек может перестать считаться с интересами семьи, работы; у него появляются беспричинные колебания настроения от веселости и чрезмерной общительности до подавленности и злобности, возникает неоправданный оптимизм, появляется склонность к грубому юмору.

Продолжающееся пьянство обостряет и усиливает хронические заболевания, окончательно истощающие человека, появляются (или учащаются, возникшие на более раннем этапе болезни) психозы или судорожные припадки.

ПРИЛОЖЕНИЕ В2. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С АМНЕСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Что нужно знать пациенту и его законным представителям об амнестическом синдроме?

Амнестический синдром (амнестическое расстройство, алкогольная энцефалопатия, корсаковский психоз, синдром Вернике-Корсакова, алкогольный паралич, полиневритический психоз) – тяжелое психическое расстройство, сопровождающееся неврологическими нарушениями, и вызванное злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами. Амнестический синдром развивается в конечной стадии болезни зависимости.

Психические нарушения выражаются, во-первых, в расстройстве памяти: человек не может запомнить новую информацию, не может вспомнить события недавнего прошлого. При этом сохранена память на давние события, однако пациент не всегда знает, как он оказался здесь, чем был занят на протяжении минувших часов, кто его окружает, с кем он сегодня встречался, что ел на завтрак и обед, как зовут врача, о чем они только что беседовали; выслушав напоминания, немедленно их забывает. Несмотря на то, что человек признает свою плохую память, серьёзно он этим не озабочен, а иногда и просто относится к происходящему с ним равнодушно. Чувствуя свой недостаток, пробелы памяти он пытается компенсировать ложными воспоминаниями.

Во-вторых, у пациента с амнестическим синдромом настроение чаще безразличное, может быть подавленным; он быстро устает от общения, становится раздражительным, перестает заботиться о себе. В других случаях изменения настроения могут проявляться постоянной тревогой, преувеличенным беспокойстве о своем здоровье, подозрениями в наличии у него тяжелых заболеваний.

Неврологические нарушения у лиц с амнестическим синдромом могут проявляться в снижение кожной чувствительности, возможны судороги мышц конечностей, ощущение «мурашек», ползающих по коже, неуверенная походка.

Перечисленные выше расстройства здоровья являются целью лечения и в определённой степени обратимы. В первую очередь лечение направлено на восстановление функций памяти, нормализацию настроения, на возвращение пациенту способности к самообслуживанию. Лечение амнестического синдрома длительный (до нескольких месяцев) процесс, требующий терпения как от больного, так и от его законных представителей (супруги, родственники, опекуны). Размер положительного эффекта лечения и его длительность зависят от степени «запущенности» болезни: чем дольше эта патология существует и сильнее выражена, тем труднее добиться лечебного результата.

Учитывая расстройства памяти, сниженную способность к восприятию и к обслуживанию больных с амнестическим синдромом самих себя, участие законных представителей в лечебном процессе крайне желательно, а в случаях установленной недееспособности – обязательно. Участие законных представителей пациента в лечебном процессе начинается с присутствия при подписании письменного информированного добровольного согласия пациента на лечение при условии полного понимания изложенной в документе информации.

Пациенты и их законные представители имеют право знать о применяемых лекарственных средствах и побочных эффектах их применения, имеют право отказаться от лечения, имеют право на защиту персональных данных, что предусмотрено законодательством и отражено в информированном добровольном согласии на лечение.

В обязанности пациента при поддержке его законных представителей входит соблюдать предписания врача и лечебный режим.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Мне, _____, лечащим врачом _____ в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) на настоящий момент, включая сведения о диагнозе, результатах обследований, наличии заболеваний (основного и сопутствующих) и их осложнений, а также возможные варианты развития заболеваний и их прогноз.

Я поставил(а) в известность врача об индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Добровольно даю согласие лечащему врачу и его коллегам выполнить необходимое мне медицинское вмешательство: анализ крови общий и биохимический, на вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, бледную трепонему, анализ мочи, электрокардиографию, забор материала для микроскопических исследований, проведение ультразвуковых и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур, наружной терапии. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне понятно, что указанный выше объем медицинского вмешательства будет мне выполнен с целью достижения наиболее благоприятного результата, который возможен при моем состоянии; мне также понятно, что никаких гарантий относительно исхода медицинского вмешательства мне дано быть не может.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и научными сотрудниками исключительно в медицинских обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Число _____

Пациент/законный представитель:

ФИО _____

Подпись _____

Врач:

ФИО _____

Подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Г. ШКАЛЫ ОЦЕНКИ, ВОПРОСНИКИ И ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, ПРИВЕДЕННЫЕ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ.

Приложение Г1. TLFV (Time Line Follow Back) – календарный метод ретроспективной оценки количества потребленного алкоголя.

Информация о проведении ретроспективного анализа.

Общие правила для 90-дневного ретроспективного анализа употребления алкоголя

До проведения собеседования.

Чтобы определить период времени, подвергаемый ретроспективному анализу, необходимо отсчитать 90 дней со дня поступления в медицинское учреждение, который является первым днем анализа. Отметьте на календаре дату поступления, дату собеседования и последний 90-й день периода ретроспективного анализа. Отсчитывая назад 90 дней, начинайте отсчет со дня поступления в медицинское учреждение, который является первым днем периода ретроспективного анализа.

Используйте отдельные календари для каждого месяца; Вам обычно понадобится 4 календаря для каждого пациента

Цели, преследуемые при сборе данных.

Каждому дню должен быть присвоен код (поместите код в верхний левый угол клетки календаря, соответствующей этому дню):

A – Трезвость / Абстиненция

Б/А – В больнице (из-за употребления алкоголя)

Б/Д – В больнице (по другим причинам)

Т/А – В тюрьме (из-за употребления алкоголя)

Т/Д – В тюрьме (по другим причинам)

Л - Амбулаторное лечение

Коды “Б/А”, “Т/А”, “Т/Д” присваиваются только тем дням, когда пациент провел ночь в больнице или тюрьме.

Если пациент употреблял алкоголь в день поступления в медицинское учреждение, то этот день классифицируется как “день с выпивкой”. В противном случае присваивается код “Б/А”, “Б/Д”, “Т/А”, “Т/Д” или “Л”.

Дни выписки из больницы или выхода из тюрьмы никогда не считаются как дни, проведенные в больнице или тюрьме.

Если день не может быть определен как “А”, “Б/А”, “Б/Д”, “Т/А”, “Т/Д” или “Л”, то такой день является “днем с выпивкой”. Для каждого “дня с выпивкой”, посчитайте количество выпитых бутылок / кружек / бокалов / рюмок, количество миллилитров в каждом(ой) из них и тип выпитого спиртного.

Например:

5 (330 мл) П Где: П = Пиво

3 (30 мл) К К = Водка, коньяк и др. крепкие напитки

7 (220 мл) В В = Вино, КВ = Крепленое вино

“Днем с чрезмерной выпивкой” считается день, за который пациент выпил больше, чем 6 стандартных единиц (см. далее).

Инструкции для персонала, проводящего собеседование

Начинайте собеседование с общей фразы о процедуре ретроспективного анализа. Например:

“Итак, попробуйте вспомнить, что Вы пили и сколько за последние 90 дней. Мы постараемся воссоздать общую картину Вашего употребления спиртного за это время.”

Продемонстрируйте пациенту образец календаря (с введенными кодами для каждого дня) и постимулируйте его (ее) память пояснениями типа:

“Это не трудно, особенно, если использовать календарь с реальными датами, как, например, этот календарь. Мы обнаружили, что такие календари помогают людям вспомнить все случаи употребления спиртного. Как Вы видите, на этом образце календаря код был присвоен каждому дню.”

Начните регистрацию конкретной информации со следующих инструкций:

“Идея заключается в том, чтобы зафиксировать употребление спиртного для каждого дня. Те дни, когда вы ничего не пили - **ни капли спиртного**, мы отметим как дни трезвости. Для дней, когда Вы пили хоть что-то, мы отметим общее количество выпитого.” Сфокусируйте внимание пациента на “ключевых моментах”, на которые пациент мог бы опереться, чтобы вспомнить, когда он(а) пил(а). Спросите пациента:

а. “Находились ли Вы на амбулаторном наркологическом лечении за последние 3 месяца?” б. “Были ли в **больнице** или **тюрьме** за это время?!”

Если да: “Куда Вы выписались, вышли оттуда?” (например, домой, обратно на улицу, в другие места).

в. “Делали ли Вы какие-либо попытки **прекратить или сократить** употребление спиртного за последние 3 месяца?”

Всегда начинайте со дня поступления. Спросите пациента:

а. “Пили ли Вы в день поступления в больницу (название больницы) ?”

б. “Что Вы пили ?”

в. “Сколько Вы выпили ?”

Спрашивая о количестве выпитого, сами предлагайте навскидку примерное количество, если пациент настаивает, что он(а) не имеет понятия о том, сколько было выпито в то конкретное время. Всегда завышайте предполагаемое количество, например, “Вы выпили ящик пива ?” Кроме того, спрашивайте, если пациент смешивал разные виды спиртного и где. Постарайтесь объяснить пациенту, что Вы стремитесь к точности и не хотите создать ложного представления о нем (ней).

Если пациент с трудом вспоминает дни, когда он(а) пил(а), делайте акцент на праздниках: “Пили ли Вы на 23-е февраля ? А как насчет дня до или после ?”

Продолжайте расспрашивать:

г. “Как употребление Вами спиртного связано с **работой** (например, день выплаты зарплаты, обеденный перерыв) или с **другими видами деятельности** ?”

д. “Как насчет Ваших **отношений с окружающими**, например, разрывали ли Вы с кем-то отношения или заводили новые знакомства, дружбу ? Крупные **ссоры или конфликты** с кем-либо ?”

е. “Случилось ли **что-нибудь особенное** за этот месяц, что могло бы Вам помочь вспомнить конкретный день, когда Вы выпивали, дни рождения, отпуск ?”

Напоминайте об этих “ключевых моментах” в процессе расспрашивания. Начиная со дня поступления, проследите употребление спиртного до конца периода ретроспективного анализа.

Убедитесь, что Вы регистрируете конкретные количества спиртного. Например, если пациент говорит, что выпил “пива”, узнайте, было ли это дома или в пивной, была ли это стандартная кружка или несколько. Если пиво было бутылочное, зафиксируйте объем бутылки. Придерживайтесь той же тактики, записывая информацию о других типах выпивки.

После собеседования:

Просмотрите каждый календарь, и с помощью красной ручки впишите количество и вид выпитого спиртного для каждого дня. Во время собеседования не возбраняется прерываться на короткое время, чтобы сделать какие-то пометки о паттернах употребления спиртного (например, с помощью стрелок). Однако, каждый, кто когда-либо пользовался методом ретроспективного анализа способен оценить важность этого последнего шага.

Инструкции по анализу собранных данных

ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ УКАЗАТЬ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ДНЕ КАЛЕНДАРЯ:

- Вид наркотика;
- Дозу;
- Путь введения

Например, если пациент ввёл себе внутривенно 1 "чек" героина, Вы отмечаете в календаре: Героин в\в 0.1

Необходимо получить информацию о каждом дне: употреблял ли пациент наркотики, и если да, то какие, сколько, и как он себе вводил.

Если пациент вообще ничего не может вспомнить о каком-либо дне, отмечайте его буквой "X".

Все данные, собранные во время ретроспективного анализа, конвертируются в стандартные единицы выпитого спиртного.

Наиболее простой способ расчета стандартных единиц выпитого спиртного основан на следующей формуле:

Среднее количество миллилитров (например, среднее за 90 дней = общий объем выпитого / 90) × процент содержания алкоголя × 2 / 28 = стандартные единицы выпитого спиртного

Примеры:

Пиво: 500 мл × 0,05 × 2 / 28 = 1,8 ед.

Вино: 700 мл × 0,12 × 2 / 28 = 6,0 ед.

Водка: 500 мл × 0,40 × 2 / 28 = 14,3 ед.

Объем выпитого может быть переведен также в граммы чистого этанола:

Объем выпитого в миллилитрах × процент содержания алкоголя × 0,7936

Инструкция по проведению опроса.

Нас интересуют особенности употребления алкоголя женщинами. Для того, чтобы определить характер Вашего употребления алкоголя в последнее время, мы просим Вас отметить в календаре употребление Вами алкоголя за последние 28 дней.

Понятно, что не все точно помнится, но мы обнаружили, что такие календари помогают людям вспомнить все случаи употребления алкоголя. Постарайтесь вспомнить как можно точнее. Это не трудно, особенно, если использовать календарь с реальными датами, как, например, этот календарь.

Как заполнять

Общая идея заключается в том, чтобы зафиксировать употребление алкоголя для каждого дня.

В те дни, когда Вы ничего не пили, поставьте 0.

Для дней, когда Вы употребляли какое-то количество алкоголя, запишите общее число доз, которое Вы выпили за этот день.

Мы просим Вам указывать количество алкоголя в «стандартных дозах».

Одна доза определена примерно как 45 мл водки (1 рюмка) или 150 мл сухого вина (12°) или 100 мл крепленого вина (18°) или 250 мл джина с тоником (7°) или 350 мл пива (5°).

(Если надо, поясните)

В здравоохранении принята стандартная мера алкоголя, называемая одна доза.

Например, если Вы выпили 5 банок нормального (5°) пива за день, напишите 5 в клеточке этого дня. Если Вы пили разные алкогольные напитки, в этот день, например 1 бокал шампанского и 3 бокала сухого вина, поставьте 4 в клеточке на этот день.

Важно, чтобы Вы указали количество выпитого в клеточке за каждый день, даже если это “0”.

Понятно, что не все можно вспомнить совершенно точно. Постарайтесь настолько точно, насколько Вы можете. Например, если Вы не уверены, выпили ли Вы 3 или 6 доз за день или было это в четверг или в пятницу, дайте приблизительный ответ, который Вам кажется наиболее правильным. Важно, что это было 4 или 6 доз, а не 1 или 12. Наша цель – получить представление о частоте и характере употребления алкоголя.

Чтобы легче вспомнить

Если Вы обычно пользуетесь записной книжкой, это может помочь Вам вспомнить, в какие дни Вы употребляли алкоголь. Вспомните события, которые могли бы помочь Вам вспомнить дни, когда Вы употребляли алкоголь. Это мог быть праздник, день рождения родственника или подруги или просто встреча с друзьями или сослуживцами. Может быть, какие-то другие памятные даты.

Если у Вас есть определенные привычки, связанные с употреблением алкоголя, например, посещение бани по пятницам или встреча с друзьями по субботам, это может помочь Вам вспомнить.

Заполнение календаря

Посмотрите на пример календаря.

Впишите число стандартных доз, которое Вы употребляли в каждый из 28 дней, начиная со вчерашнего дня.

У Вас также есть незаполненный календарь.

Старайтесь вспомнить как можно более точно. Если точно не помните, оцените примерно так, как Вам кажется, более точно.

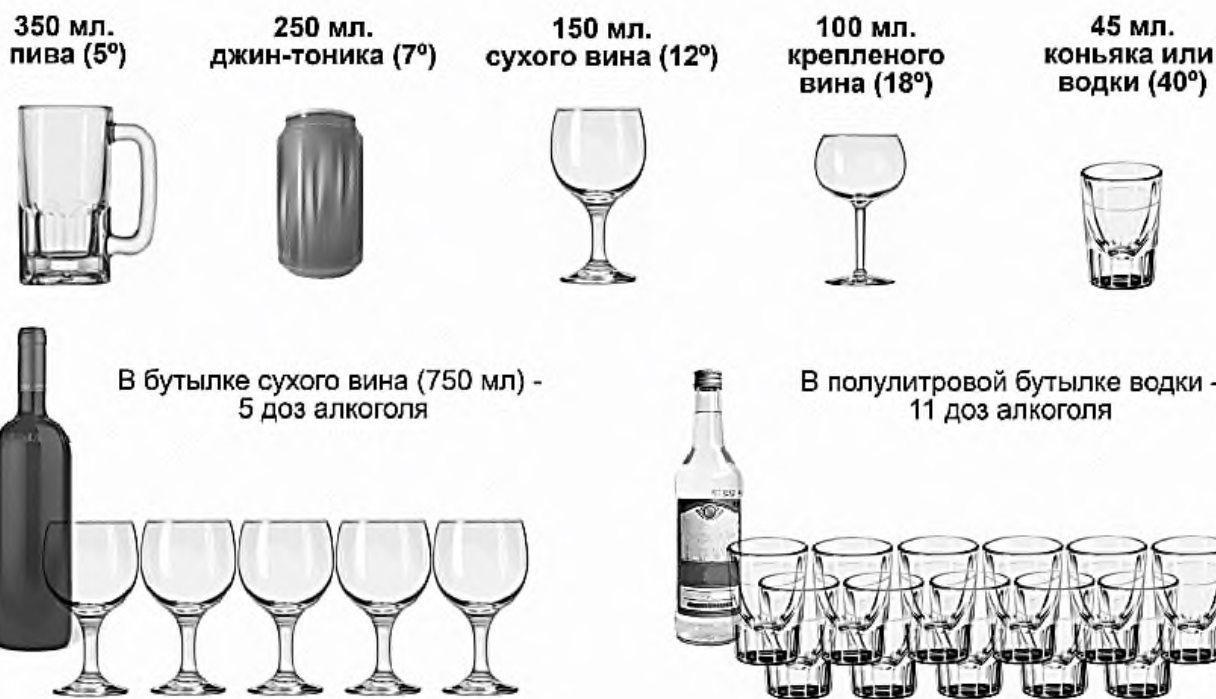
Проверьте, что Вы заполнили каждую клеточку, ничего не пропустив.

Теперь перейдите к заполнению, начиная со вчерашнего дня и двигаясь в обратном направлении.

Дата начала (вчера): _____ Дата окончания: _____ (28 дней со вчерашнего дня)
 День/месяц/год _____ День/месяц/год _____

В здравоохранении введено понятие универсальной меры алкоголя - одна доза

Одна доза определена примерно как:



Санкт-Петербургский государственный университет • Нижегородский государственный педагогический университет • Центр наук о здоровье Университета Оклахомы
 © Исследовательская группа профилактики ФАС, 2007
<http://www.nelfas.net>

Образец календаря на 1 месяц

	понедельник	вторник	среда	четверг	пятница	суббота	воскресенье
1-я неделя	дата						
	кол-во доз						
2-я неделя							
3-я неделя							
4-я неделя							
5-я неделя							

Приложение Г2. Тест идентификации расстройств, связанных с потреблением алкоголя (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) https://intra.tai.ee/images/prints/documents/14694359413_AUDIT_RUS.pdf

Тест предназначен для раннего выявления лиц из групп риска и лиц, злоупотребляющих алкоголем. AUDIT разработан 1989 году рабочей группой ВОЗ,

Инструкция: «Обведите ту цифру, которая больше всего отражает Вашу ситуацию»

1. Как часто Вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?				
(0) Никогда	(1) 1 раз в месяц или реже	(2) 2-4 раза в месяц	(3) 2-3 раза в неделю	(4) 4 или более раз в неделю
2. Сколько рюмок* алкогольного напитка Вы выпиваете в тот день, когда употребляете алкоголь?				
(0) 1 или 2	(1) 3 или 4	(2) 5 или 6	(3) От 7 до 9	(4) 10 или более
3. Как часто Вы выпиваете 6 или более рюмок?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
4. Как часто за последний год Вы замечали, что, начав пить алкогольные напитки, не можете остановиться?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
5. Как часто за последний год из-за чрезмерного употребления алкоголя Вы не смогли сделать то, что делаете обычно?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
6. Как часто за последний год Вам необходимо было опохмелиться утром, чтобы прийти в себя после того, как Вы много выпили накануне?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером, потому что вы были пьяны?				
(0) Никогда	(1) реже, чем 1 раз в месяц	(2) 1 раз в месяц	(3) 1 раз в неделю	(4) Каждый день или почти каждый день
9. Получали ли Вы или кто-то другой травму по причине чрезмерного употребления вами алкогольных напитков?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	
10. Кто-нибудь из родственников, друг, врач или другой медицинский работник выражали озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя или предлагали Вам уменьшить количество употребляемого алкоголя?				
(0) Нет	(2) Да, но не в прошлом году		(4) Да, в прошлом году	

Интерпретация. Рекомендуемый пороговый балл – 8. Лица с баллом больше 15, скорее всего, отвечают критериям имеющегося в настоящее проблемного потребления алкоголя, в т.ч. алкогольной зависимости.

Приложение Г3. Шкала оценки побочного действия UKU

Шкала оценки побочного действия UKU (UKU Side-Effect Rating Scale) разработана в 1987 г. скандинавскими исследователями O.Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P.Bech для оценки переносимости лекарств при их клиническом испытании (полное название шкалы "Udvald for Kliniske Undersogelser Scale"). Широко используются ее модифицированные версии для исследования отдельных классов психотропных средств. Так, шкала для изучения антидепрессантов содержит список из 26 побочных эффектов и, кроме того, графу "Другие побочные эффекты". Наличие и степень выраженности каждого из них оценивается в баллах от 0 до 3.

	1. ПСИХИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
1.1.	НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ (пациенту трудно сосредоточиться, собраться с мыслями, или поддерживать константный уровень внимания)
0	нарушения концентрации отсутствуют, или сомнительны
1	Пациент вынужден прилагать дополнительные усилия, чтобы собраться с мыслями, но нарушения концентрации не вызывают затруднений в повседневной жизни
2	нарушения концентрации выражены в такой степени, что вызывают затруднения в повседневной жизни
3	нарушения концентрации у пациента очевидны проводящему опрос
1.2.	АСТЕНИЯ / ВЯЛОСТЬ / ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ (пациент испытывает вялость, утомляемость и снижение выносливости. Оценка основывается на субъективных ощущениях и высказываниях пациента)
0	повышенная утомляемость или сомнительна
1	пациент устает быстрее, чем обычно; однако это не означает, что в течение дня пациенту требуется дополнительный отдых
2	в течение дня пациенту периодически требуется дополнительный отдых в связи с повышенной утомляемостью
3	в связи с повышенной утомляемостью пациент вынужден посвятить отдыху большую часть дня
1.3.	СОНЛИВОСТЬ / СЕДАЦИЯ (снижение способности поддерживать уровень бодрствования в течение дня. Оценка основывается на клинических признаках, наблюдаемых в ходе интервью)
0	сонливость отсутствует или сомнительна
1	легкая сонливость, дремота, наблюдаемая в выражении лица и особенностях речи
2	Более выраженная сонливость / дремота. Пациент зеваает и склонен засыпать во время пауз в беседе
3	Пациента трудно разбудить, или удерживать в состоянии бодрствования
1.4.	НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ (оценивается снижение памяти; оценка должна проводиться независимо от каких-либо нарушений концентрации внимания)

0	нарушения памяти отсутствуют или сомнительны
1	у пациента есть легкие субъективные ощущения снижения памяти (по сравнению с обычным состоянием), не вызывающие затруднений в функционировании
2	нарушения памяти затрудняют функционирование и / или легкие признаки нарушения памяти наблюдаются в ходе интервью
3	отчетливые признаки нарушения памяти у пациента очевидны в ходе интервью
1.5.	ДЕПРЕССИЯ (оцениваются как вербальные, так и невербальные проявления печали, депрессии, меланхолии, безнадежности, возможно с суицидальными побуждениями.)
0	Нейтральный или повышенный фон настроения
1	Настроение пациента несколько более подавленное и печальное, чем обычно; однако пациент по-прежнему считает, что стоит жить.
2	Фон настроения пациента отчетливо депрессивный, возможно включая невербальные проявления безнадежности и / или желание умереть; однако конкретные суицидальные планы отсутствуют.
3	Вербальные и невербальные проявления безнадежности и печали сильно выражены и / или вероятность того, что пациент разрабатывает план суицида, высока
1.6.	НАПРЯЖЕНИЕ / ВНУТРЕННЕЕ БЕСПОКОЙСТВО (неспособность расслабиться, нервозность, беспокойство; Этот пункт оценивается на основании субъективных ощущений и дифференцируется с моторной акатизией (пункт 2.6.)
0	Напряжение / нервозное беспокойство отсутствуют или сомнительны
1	Пациент жалуется на легкое чувство напряжения и беспокойства; однако это не мешает его функционированию
2	Достаточно интенсивное напряжение и внутреннее беспокойство; однако эти симптомы не столь выражены и постоянны, чтобы оказывать существенное влияние на повседневную жизнь пациента.
3	Испытываемое пациентом беспокойство и внутреннее напряжение настолько интенсивно, что отчетливо затрудняет его повседневную жизнь
1.7.	УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА (оценивается на основании средней продолжительности сна за последние 3 ночи. Оценка производится в сравнении с обычным состоянием пациента (до болезни)
0	Увеличение продолжительности сна отсутствует или сомнительно
1	Увеличение продолжительности сна по сравнению с обычной менее чем на 2 часа
2	Увеличение продолжительности сна по сравнению с обычной на 2-3 часа
3	Увеличение продолжительности сна по сравнению с обычной более чем на 3 часа
1.8.	УМЕНЬШЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА (оценивается на основании средней продолжительности сна за последние 3 ночи. Оценка производится в сравнении с обычным состоянием пациента (до болезни)
0	Уменьшение продолжительности сна отсутствует или сомнительно
1	Уменьшение продолжительности сна по сравнению с обычной менее чем на 2 часа
2	Уменьшение продолжительности сна по сравнению с обычной на 2-3 часа
3	Уменьшение продолжительности сна по сравнению с обычной более чем на 3 часа
1.9.	УВЕЛИЧЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ СНОВИДЕНИЙ (оценивается независимо от содержания сновидений. Оценка производится на основании средней интенсивности сновидений за последние 3 ночи в сравнении с обычным состоянием пациента (до болезни)
0	Изменения в интенсивности сновидений отсутствуют или сомнительны
1	Некоторое увеличение интенсивности сновидений, не нарушающее ночной сон пациента
2	Более выраженное увеличение интенсивности сновидений
3	Очень выраженное увеличение интенсивности сновидений
1.10.	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ИНДИФФЕРЕНТНОСТЬ (снижение способности пациента к эмпатии, сопереживанию вплоть до полного безразличия и апатии)
0	Эмоциональная индифферентность отсутствует или сомнительна
1	Некоторое снижение способности пациента к эмпатии, сопереживанию
2	Очевидная эмоциональная индифферентность
3	Эмоциональная индифферентность выражена настолько, что пациент ведет себя безучастно по отношению к окружающим
	2. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
2.1.	ДИСТОНИЯ (острые формы дистонии, проявляющиеся тоническими мышечными контрактурами, локализованными в одной или нескольких мышечных группах, в частности в области рта, языка и / или шеи. Оценивание основывается на трех днях, предшествующих обследованию)

0	Дистония отсутствует или сомнительна
1	Очень легкие или кратковременные спазмы например, мускулатуры челюсти или шеи
2	Более выраженные контрактуры, более продолжительные и / или с более обширной локализацией
3	Выраженные дистонические нарушения, такие как окуломоторный криз или опистотонус
2.2.	РИГИДНОСТЬ (повышение мышечного тонуса, единообразное и общее по характеру, регистрируемое на основании устойчивого единообразного сопротивления пассивным движениям конечностей. Особое внимание следует уделить мышечным группам локтевой и плечевой областей).
0	Ригидность отсутствует или сомнительна
1	Легкая ригидность мышц шеи, плечевого пояса и конечностей. Наблюдаемая ригидность должна подтверждаться наличием сопротивления пассивным движениям локтевого сустава.
2	Средне выраженная ригидность, оцениваемая на основании сопротивления пассивным движениям, например, локтевого сустава.
3	Очень выраженная ригидность
2.3.	ГИПОКИНЕЗИЯ / АКИНЕЗИЯ (замедленные движения (брадикинезия), сглаженная мимика, уменьшение амплитуды свободных движений рук при ходьбе, уменьшение длины шага, в некоторых случаях приводящие к остановке или прекращению движения (акинезия)
0	Гипокинезия отсутствует или сомнительна
1	Слегка уменьшенный объем движений, например, легкое уменьшение амплитуды свободного движения рук при ходьбе или слегка сглаженная мимика
2	Более отчетливое снижение подвижности, например, замедление ходьбы
3	Очень выраженное снижение подвижности, граничащее с акинезией и включающее ее, например, паркинсоническая маска и/или очень короткий шаг
2.4.	ГИПЕРКИНЕЗИЯ (непроизвольные движения, чаще всего в области рта, проявляющиеся в форме так называемого <u>букко-лингво-мастикаторного</u> синдрома. Однако, такие непроизвольные движения часто отмечаются в конечностях, особенно — в пальцах рук, реже — в мышцах корпуса и респираторной системы. Включаются как ранняя, так и поздняя формы гиперкинезии.
0	Гиперкинезия отсутствует или сомнительна
1	Легкая, преходящая гиперкинезия
2	Умеренная гиперкинезия, присутствующая большую часть времени
3	Тяжелая гиперкинезия, присутствующая большую часть времени, проявляющаяся, к примеру, выраженным высовыванием языка, открыванием рта, лицевыми гиперкинезами, и сопровождающаяся (или не сопровождающаяся) гиперкинезами конечностей.
2.5.	ТРЕМОР (оцениваются все формы тремора)
0	тремор отсутствует или сомнителен
1	Очень легкий тремор, не препятствующий функционированию пациента
2	Отчетливый тремор, препятствующий функционированию пациента, амплитуда тремора в пальцах рук меньше чем 3 см.
3	Отчетливый тремор, с амплитудой более 3 см, не поддающийся произвольному контролю пациента.
2.6.	АКАТИЗИЯ (субъективное ощущение и объективные признаки мышечного беспокойства, особенно в нижних конечностях, что может приводить к неусидчивости. Оценка основывается на клинических признаках, наблюдаемых в ходе интервью, а также на данных самоотчета пациента)
0	акатизия отсутствует или сомнительна
1	Легкая акатизия; однако пациент может сохранять неподвижность без усилий
2	Умеренная акатизия, при этом в ходе интервью пациент может сохранять неподвижность, хотя это и требует от него усилий
3	Акатизия выражена настолько, что в ходе интервью пациент несколько раз встает
2.7.	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ (учитываются только генерализованные эпилептические припадки с тонически-клоническими судорогами)
0	Отсутствие судорожных припадков в последние 6 месяцев
1	Единичный судорожный припадок в последние 6 месяцев
2	2 или 3 судорожных припадков в последние 6 месяцев
3	Больше чем 3 судорожных припадков в последние 6 месяцев
2.8.	ПАРЕСТЕЗИИ (ощущения покалывания, жжения, или мурашек под кожей)
0	Парестезии отсутствуют или сомнительны
1	Легкие парестезии, практически не причиняющие пациенту беспокойства

2	Умеренные парестезии, причиняющие пациенту отчетливое беспокойство
3	Тяжелые парестезии, причиняющие пациенту выраженное беспокойство
	3. ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
3.1.	НАРУШЕНИЯ АККОМОДАЦИИ (пациент испытывает нарушения отчетливости зрения на близком расстоянии (в очках или без них), в то время как на большое расстояние пациент видит отчетливо. Если пациент использует бифокальные очки, симптом должен оцениваться в условиях ношения очков)
0	Пациент не испытывает затруднений при чтении обычного газетного текста
1	Пациент может прочесть газетный текст, но у него быстро устают глаза и / или ему приходится отодвигать от себя газету при чтении
2	Пациент не может прочесть обычный газетный текст, но по-прежнему может читать текст, напечатанный более крупным шрифтом
3	Пациент может прочесть текст, набранный крупным шрифтом (например, заголовки), но только с использованием вспомогательных средств например, увеличительного стекла)
3.2.	УСИЛЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ (ГИПЕРСАЛИВАЦИЯ) (не стимулированное усиленное слюноотделение)
0	Усиление слюноотделения отсутствует или сомнительно
1	Слюноотделение отчетливо усиленно, но не причиняет беспокойства пациенту
2	Усиление слюноотделения, вызывающее дискомфорт; потребность регулярно сплевывать или часто сглатывать слюну; в редких случаях — слюнотечение
3	Частое или постоянное неконтролируемое слюнотечение, возможно сопровождающееся расстройствами речи.
3.3.	СНИЖЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ (СУХОСТЬ ВО РТУ) (сухость во рту, вызванная снижением слюноотделения. Может приводить к повышенному потреблению жидкости, в этом случае необходимо дифференцировать с жаждой)
0	Сухость во рту отсутствует или сомнительна
1	Легкая сухость во рту, не причиняющая беспокойства пациенту
2	Умеренная и причиняющая легкий дискомфорт сухость во рту
3	Выраженная сухость во рту, отчетливо затрудняющая пациенту повседневную жизнь
3.4.	ТОШНОТА / РВОТА (регистрируется за прошедшие 3 дня)
0	Тошнота отсутствует или сомнительна
1	Легкая тошнота
2	Причиняющая дискомфорт тошнота без рвоты
3	Тошнота со рвотой
3.5.	ДИАРЕЯ (стул учащенный и / или жидкой консистенции)
0	Диарея отсутствует или сомнительна
1	Очевидная диарея, не мешающая, однако, работе или другой деятельности пациента
2	Причиняющая дискомфорт диарея, стул чаще обычного (несколько раз в день)
3	Выраженные, императивные позывы к дефекации, с возможным или актуальным недержанием, вынуждающие пациента часто прерывать работу или другую деятельность.
3.6.	ЗАПОРЫ (стул более редкий и / или более плотной консистенции)
0	Запоры отсутствуют или сомнительны
1	Легкие, но переносимые запоры
2	Более выраженные запоры, затрудняющие жизнь
3	Очень сильно выраженные запоры
3.7.	НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ (задержка) (ощущение затруднения при начале мочеиспускания или задержка мочи, слабая струя и / или увеличение времени мочеиспускания. Оценивается за последние 3 дня)
0	Нарушения мочеиспускания отсутствуют или сомнительны
1	Очевидные, но переносимые нарушения мочеиспускания
2	Слабая струя, существенно увеличенное время мочеиспускания, ощущение неполного освобождения мочевого пузыря
3	Задержка мочи, высокие показатели остаточной мочи и / или возможная или актуальная острая задержка мочи
3.8.	НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ (усиление)

	(увеличение объема производимой мочи, приводящая к учащению мочеиспускания и к отделению большего количества мочи при каждом мочеиспускании; вторичное увеличение количества потребляемой жидкости)
0	Отсутствуют или сомнительны
1	Очевидные, но переносимые. Никтурия = По большей части один раз за ночь (у молодых людей)
2	Причиняющие умеренный дискомфорт в связи с часто испытываемой жаждой, никтурия два или три раза за ночь, или мочеиспускание чаще чем каждые два часа.
3	Вызывающее острый дискомфорт, очень частое чувство жажды, никтурия четыре раза за ночь и чаще, или мочеиспускание каждый час и чаще.
3.9.	ОРТОСТАТИЗМ (ощущение слабости, "потемнение" в глазах, звон в ушах, склонность к обморокам или дурноте при изменении положения тела из положения сидя или лежа в положение стоя)
0	Отсутствует или сомнителен
1	Очевиден, но не требует дополнительных контрмер
2	Вызывает затруднения, но может быть нейтрализован медленным и / или постепенным изменением положения тела
3	Угроза обморока или реальные обмороки несмотря на осторожное изменение положение тела, тенденция к ощущению дурноты на протяжении всего времени, которое пациент проводит в положении стоя
3.10.	УЧАЩЕННОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ / ТАХИКАРДИЯ (учащенное сердцебиение, ощущение быстрых, сильных и / или нерегулярных сердечных сокращений)
0	Отсутствует или сомнительно
1	Очевидно, но не затрудняет жизнь, за исключением коротких эпизодических приступов сердцебиения, но тахикардия не выражена
2	Частые или постоянные приступы сердцебиения, затрудняющие жизнь, причиняющие пациенту беспокойство, или нарушающие ночной сон; при этом сопутствующие симптомы отсутствуют
3	Подозрение на реальную тахикардию, например в связи с сопутствующим ощущением слабости и потребностью прилечь, одышкой, склонностью к обморокам или болями в области сердца
3.11.	УСИЛЕННОЕ ПОТООТДЕЛЕНИЕ (по всему телу, а не только в области ладоней или подошв ног)
0	Отсутствует или сомнительно
1	Очевидно, но выражено в легкой степени, например приступ профузного потоотделения только после значительной нагрузки
2	Затрудняющее жизнь, требующее частой перемены одежды профузное потоотделение после умеренной нагрузки, например — подъема по лестнице
3	Приступы профузного потоотделения даже после незначительной нагрузки, или в покое; пациент постоянно мокрый, вынужден переодеваться несколько раз в день, а также менять пижаму (ночную рубашку) и/или постельное белье по ночам
	4. ДРУГИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
4.1.	КОЖНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ (уточнить тип кожных высыпаний: кореподобное петехиальное крапивница псориатическое не уточненное)
0	Кожные высыпания отсутствуют или сомнительны
1	Высыпания покрывают менее, чем 5 % поверхности кожи, например локализованы только в области ладоней
2	Кожные высыпания разбросаны по всей коже, но покрывают менее 1/3 ее поверхности
3	Распространенные высыпания, покрывающие более 1/3 поверхности кожи
4.2.	ЗУД
0	Отсутствует или сомнителен
1	Легкий зуд
2	Выраженный зуд, причиняющий дискомфорт пациенту. Возможны следы расчесов
3	Очень сильно выраженный зуд, затрудняющий повседневную жизнь пациента. Отчетливые изменения кожных покровов в связи с расчесами.
4.3.	СВЕТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (повышенная чувствительность к солнечному свету)
0	Отсутствует или сомнительна
1	Легкая, не ограничивающая пациента
2	Более выраженная и затрудняющая повседневную жизнь пациента
3	Выражена настолько, что с очевидностью требует отмены терапии

4.4.	ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ (усиление пигментации кожи в виде пятен коричневого или другого цвета, как правило локализованных на участках кожи, подвергающихся воздействию солнечного света)
0	Усиление пигментации отсутствует или сомнительно
1	Легкое усиление пигментации
2	Усиление пигментации (локальное или распространенное) выражено настолько, что беспокоит пациента, но не заметна посторонним людям
3	Гиперпигментация выражена настолько, что легко заметна окружающим
4.5.	ПРИБАВКА В ВЕСЕ (оценивается за прошедший месяц)
0	Прибавка в весе за прошедший месяц отсутствует или сомнительна
1	Прибавка в весе порядка 1-2 кг за прошедший месяц
2	Прибавка в весе порядка 3-4 кг за прошедший месяц
3	Прибавка в весе более 4 кг за прошедший месяц
4.6.	ПОТЕРЯ В ВЕСЕ (оценивается за прошедший месяц)
0	Потеря в весе за прошедший месяц отсутствует или сомнительна
1	Потеря в весе порядка 1-2 кг за прошедший месяц
2	Потеря в весе порядка 3-4 кг за прошедший месяц
3	Потеря в весе более 4 кг за прошедший месяц
4.7.	НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА (меноррагия) (гиперменоррея, полименоррея, или метроррагия. Оценивается за прошедшие 3 месяца)
0	Увеличение частоты или интенсивности менструальных выделений в последние 3 месяца отсутствует или сомнительно
1	Гиперменоррея, т.е. менструальные выделения более интенсивны по сравнению с обычными, при этом интервал между менструациями не изменен
2	Полименоррея, т.е. менструальные выделения происходят более часто, и с большей интенсивностью, чем обычно
3	Метроррагия, т.е. интервалы между менструациями и интенсивность менструальных выделений нерегулярны, кровопотери более частые и более интенсивные, чем обычно
4.8.	НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА (гипоменоррея) (гипоменоррея, олигоменоррея, или аменоррея. Оценивается за прошедшие 3 месяца)
0	Снижение частоты или интенсивности менструальных выделений в последние 3 месяца отсутствует или сомнительно
1	Гипоменоррея, т.е. менструальные выделения менее интенсивны по сравнению с обычными, при этом интервал между менструациями не изменен
2	Олигоменоррея, т.е. менструальные выделения происходят реже, и, возможно, с меньшей интенсивностью, чем обычно
3	Аменоррея, т.е. в последние 3 месяца менструации отсутствовали
4.9.	ГАЛАКТОРРЕЯ (увеличенная секреция молочных желез вне периодов кормления грудью)
0	Галакторрея отсутствует или сомнительна
1	Очень легкая степень выраженности галакторреи
2	Галакторрея выражена умеренно и причиняет некоторый дискомфорт
3	Галакторрея сильно выражена и причиняет существенный дискомфорт
4.10.	ГИНЕКОМАСТИЯ (чрезмерное развитие молочных желез у мужчин)
0	Гинекомастия отсутствует или сомнительна
1	Очень легкая степень выраженности гинекомастии (по сравнению с обычным состоянием)
2	Гинекомастия выражена отчетливо, однако вызывает субъективный дискомфорт у пациента только при раздевании
3	Гинекомастия очень сильно выражена, настолько, что представляет собой косметический дефект, поскольку видна окружающим даже когда пациент одет.
4.11.	УСИЛЕННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (повышение влечения к сексуальной активности)
0	отсутствует или сомнительно
1	Влечение слегка усилено, однако сексуальным партнером по-прежнему воспринимается как естественное
2	Отчетливое усиление влечения, вызывающее комментарии и вопросы у сексуального партнера
3	Сексуальное влечение усилено настолько, что вызывает затруднения сексуальной жизни пациента с партнером
4.12.	ОСЛАБЛЕННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ

	(снижение влечения к сексуальной активности)
0	отсутствует или сомнительно
1	Влечение к сексуальной активности слегка снижено, однако это не вызывает дискомфорта у пациента
2	Отчетливое ослабление полового влечения и интереса к сексуальной активности, вызывающее проблемы у пациента
3	Половое влечение и интерес к сексуальной активности снижены настолько, что половой акт совершается пациентом крайне редко, или не совершается вообще
4.13.	ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ (нарушения возникновения и трудности поддержания эрекции)
0	отсутствует или сомнительно
1	Легкое снижение способности к возникновению и поддержанию эрекции
2	Отчетливое снижение способности к возникновению и поддержанию эрекции
3	У пациента крайне редко возникает и сохраняется эрекция, или не возникает вообще
4.14.	НАРУШЕНИЯ ЭЯКУЛЯЦИИ (нарушения способности контролировать эякуляцию. Включается (и необходимо уточнить) преждевременная эякуляция отставленная эякуляция)
0	отсутствуют или сомнительны
1	Контроль эякуляций у пациента несколько затруднен, однако это не беспокоит пациента
2	Отчетливое снижение контроля эякуляций, вызывающее у пациента беспокойство
3	Контроль эякуляций у пациента нарушен настолько, что эта проблема становится определяющей в ходе полового акта и в большой степени влияет на переживание оргазма
4.15.	НАРУШЕНИЯ ОРГАЗМА (нарушения способности к получению и полноценному переживанию удовлетворяющего оргазма)
0	отсутствуют или сомнительны
1	Достижение оргазма затруднено, по сравнению с обычным, и / или сопутствующие переживания слегка ослаблены
2	Пациент отмечает отчетливые изменения в способности достичь оргазма и / или нарушения полноценных сопутствующих переживаний. Эти изменения достигают такой степени, что беспокоят пациента
3	Пациент редко достигает оргазма (или не достигает его вообще), и / или сопутствующие переживания существенно ослаблены
4.16.	ВАГИНАЛЬНАЯ СУХОСТЬ (отсутствие естественного увлажнения вагины при сексуальной стимуляции)
0	отсутствует или сомнительна
1	Незначительная сухость вагины при сексуальной стимуляции
2	Умеренно выраженная, вызывающая беспокойство сухость вагины при сексуальной стимуляции
3	Сильно выраженная, вызывающая интенсивное беспокойство сухость вагины, затрудняющая коитус (или вызывающая потребность в использовании лубрикантов)
4.17.	ГОЛОВНЫЕ БОЛИ Уточнить тип головных болей: Головные боли напряжения Мигрени Другие головные боли
0	отсутствуют или сомнительны
1	Легкие головные боли
2	Умеренно выраженные, вызывающие дискомфорт головные боли, не затрудняющие, однако, повседневную жизнь пациента
3	Сильно выраженные головные боли, затрудняющие повседневную жизнь пациента
4.18.	ФИЗИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ (появление вегетативных и / или других соматических симптомов, после отмены исследуемого препарата. Оценивается на основании состояния в последние 3 месяца. Пункт оценивается только в случае реально имевшей место попытки отмены препарата (уточнить препарат). Препарат: _____
0	Основания подозревать физическую зависимость отсутствуют
1	После отмены препарата отмечались незначительные вегетативные симптомы, такие как учащенное сердцебиение или повышенное потоотделение
2	После отмены препарата отмечались умеренные / выраженные вегетативные симптомы, сопровождающиеся тревогой или ажитацией
3	После отмены препарата отмечались тяжелые вегетативные симптомы, тревога, ажитация и / или судороги
4.18.	ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

	(психологическая зависимость определяется как настоятельное желание принимать препарат в связи с вызываемым им действием на психику (реальным, или предполагаемым пациентом), в то время как лечащий врач расценивает это действие как нежелательное, или по крайней мере, необязательное. Оценка производится на основании состояния за прошедшие 3 месяца.
0	Психологическая зависимость отсутствует или сомнительна
1	Легкая, несерьезная психологическая зависимость
2	Отчетливая психологическая зависимость, не сопровождающаяся медицинскими или социальными осложнениями
3	Выраженная психологическая зависимость, характеризующаяся практически компульсивным (навязчивым) стремлением любой ценой продолжать прием препарата. Использование исследуемого препарата возможно сопровождается медицинскими или социальными осложнениями

Приложение Г4. Шкала CIWA-AR.

Шкала CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, Revised, Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная) используется для идентификации и интерпретации у пациента симптомов алкогольного абстинентного синдрома. При использовании шкалы производят оценку выраженности различных соматических и психических симптомов алкогольного абстинентного синдрома, соответствующих определенному количеству баллов, которые затем суммируют. Максимально возможное количество баллов равно 67. Считается, что пациенты с количеством баллов больше 10 нуждаются в лечении с использованием методов активной фармакотерапии, а их состояние следует оценивать каждые 2 ч. Пациенты с количеством баллов меньше 10 в проведении активного лечения не нуждаются.

Таблица 20.14-1. Шкала тяжести алкогольного абстинентного синдрома (CIWA-AR)	
Пациент _____ Дата _____ Время _____	
Пульс (измерение в течение 1 мин) _____ Артериальное давление _____	
тошнота и рвота (на основании наблюдения)	0 – нет ни тошноты ни рвоты 1 – не очень сильная тошнота, без рвоты 2 3 4 – рецидивирующая тошнота 5 6 7 – постоянная тошнота, частые перистальтические спазмы и рвота
тремор (на основании наблюдения; пациент с вытянутыми перед собой руками и расставленными пальцами)	0 – неуловимый 1 – заметный на кончиках пальцев при соприкосновении 2 3 4 – заметный при вытянутых руках 5 6 7 – необыкновенно сильный, видимый даже без вытянутых рук
потливость (на основании наблюдения)	0 – не наблюдается 1 – заметная потливость, влажные ладони 2 3 4 – капли пота на лбу 5 6 7 – профузный пот
тревога (на основании наблюдения, следует спросить у пациента чувствует ли тревогу)	0 – поведение спокойное 1 – легкая тревога 2 3 4 – выраженная тревога, насторожен 5 6 7 – в состоянии паники, как при тяжелом делирии или при острой шизофрении

двигательное возбуждение (на основании наблюдения)	0 – соответствует обстоятельствам 1 – незначительно усилено 2 3 4 – значительное возбуждение и манипуляционное беспокойство 5 6 7 – больной при обследовании бежит по комнате (кабинете) или все время сражается с окружающей средой
тактильные нарушения (спросите у пациента испытывает ли зуд, онемение, жжение, а также впечатление ползающих под кожей червей)	0 – отсутствуют 1 – тактильные ощущения как указано выше, небольшой интенсивности 2 – тактильные ощущения как указано выше, умеренной интенсивности 3 – болезненные тактильные ощущения 4 – спорадические осязательные галлюцинации 5 – оживленные осязательные галлюцинации 6 – крайне интенсивные осязательные галлюцинации 7 – постоянные осязательные галлюцинации
слуховые нарушения (на основании наблюдения; следует спросить у пациента кажутся ли ему звуки, которые он слышит, громче или резче чем обычно; слышит ли что-нибудь, что его раздражает или пугает; слышит ли голоса, происхождение которых нельзя обосновать натуральным способом)	0 – не наблюдаются 1 – небольшая гиперчувствительность к звуковым стимулам 2 – умеренная гиперчувствительность к звуковым стимулам 3 – чрезмерная реактивность 4 – спорадические слуховые галлюцинации 5 – оживленные слуховые галлюцинации 6 – чрезвычайно выраженные слуховые галлюцинации 7 – постоянные слуховые галлюцинации
визуальные нарушения (на основании наблюдения; следует спросить у пациента не является ли свет в комнате слишком резким; кажется ли ему окраска освещения иной чем обычно; видит ли что-нибудь, что его беспокоит или присутствия чего нельзя обосновать)	0 – отсутствуют 1 – небольшая гиперчувствительность 2 – умеренная гиперчувствительность 3 – выраженная гиперчувствительность 4 – спорадические зрительные галлюцинации 5 – оживленные зрительные галлюцинации 6 – необыкновенно сильные зрительные галлюцинации 7 – постоянные зрительные галлюцинации
головная боль, сжатие головы (следует спросить у пациента чувствует ли боль или ощущение обруча вокруг головы)	0 – отсутствует 1 – очень легкая 2 – легкая 3 – умеренная 4 – умеренно выраженная 5 – сильная 6 – очень сильная 7 – исключительно сильная
ориентация и нарушения сознания (следует спросить пациента какое сегодня число, а также знает ли где находится и кем являются окружающие его лица)	0 – полностью ориентирован, выполняет порядковые сложения чисел 1 – не уверен в дате, не справляется с серийным сложением 2 – ошибается в дате не более, чем на 2 дня 3 – ошибается в дате более, чем на 2 дня 4 – неправильная ориентация в месте и окружающих лицах
Сумма баллов по шкале CIWA-Ar _____ (максимально возможное количество баллов - 67) Заполнил(а) _____ перевод проф. Вальдемара Шеленбергера (перепечатка с Med. Prakt. 1999; 5: 165)	

Общий счёт CIWA-A
Инициалы оценивающего
Максимально возможное количество баллов - 67
0 - 9 баллов - отсутствие или легкая степень алкогольной абстиненции
10 - 19 баллов - средней тяжести.
20 балло в и более - тяжелая абстиненция с высоким риском алкогольного делирия.

Приложение Г5. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, Mini Mental State Examination.)

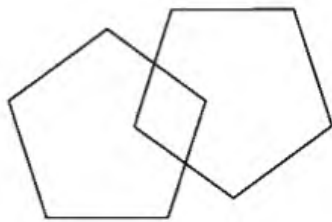
Если пациент жалуется на возникшие проблемы в когнитивной сфере и есть подозрения на деменцию, необходимо принять меры по объективизации нарушений в когнитивной сфере: анамнез, анамнез окружающих, первичное нейропсихологическое обследование.

Для этого в повседневной практике используются следующие процедуры.

Проба	Оценка
-------	--------

1. Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4. Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5. Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6. Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните"	
1. Закройте глаза	0 - 2
2. Напишите предложение	
3. Срисуйте рисунок (*см. ниже)	0 - 1
Общий балл:	0-30

*



Инструкции

1. Ориентировка во времени. Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое ?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команды больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- 28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24 – 27 баллов – предметные когнитивные нарушения;
- 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

По количеству заданий MMSE значительно превосходит тесты, описанные выше, и требует больше времени для проведения. Однако ее чувствительность при легких формах деменции низка: суммарный балл может оставаться в пределах нормального диапазона. В этом случае судить о наличии болезни врач может по динамике результатов (сравнивать результаты, показанные с интервалом в несколько месяцев): если у человека развивается деменция, результаты будут ухудшаться; при отсутствии заболевания показанный результат будет стабильным.

Невелика также чувствительность этой методики при деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур или лобных долей головного мозга. Для таких случаев в арсенале врачей есть другие тесты.

Приложение Г6. Шкала возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS).

--

Шкала RASS (шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale) используется в отделении анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии для описания степени агрессии больного или уровня глубины седации. Как правило, **шкала RASS** используется у больных, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких. Варианты режимов ИВЛ можно посмотреть [здесь](#)

Таблица шкалы Ричмонда

Баллы	Термин	Описание
+4	Агрессивен	Больной агрессивен, воинственен, представляет непосредственную опасность для медицинского персонала
+3	Крайне возбужден	Тянет или удаляет трубки и катетеры или имеет агрессивное поведение по отношению к медицинскому персоналу
+2	Возбужден	Частые нецеленаправленные движения и/или десинхронизация с аппаратом ИВЛ
+1	Беспокоен	Взволнован, но движения не энергичные и не агрессивные
0		Бодрствует, спокоен, внимателен
-1	Сонлив	Потеря внимательности, но при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд
-2	Легкая седация	При вербальном контакте закрывает глаза меньше, чем через 10 секунд
-3	Умеренная седация	Любое движение (но не зрительный контакт), в ответ на голос
-4	Глубокая седация	Никакой реакции на голос, но есть какие-либо движения на физическую стимуляцию
-5	Отсутствие пробуждения	Никакой реакции на голос и физическую стимуляцию

Процедура балльной оценки по Шкале RASS

1. Наблюдать за пациентом

- Если он бодрствует, спокоен и внимателен? — 0 баллов.
- Есть ли у пациента, есть признаки поведения, характеризующееся беспокойством или волнением — оценка от +1 до +4 баллов с использованием критериев, перечисленных выше, в описании.

2. Если пациент сонлив, попросите его громким голосом, назвав по имени, открыть глаза и посмотреть на Вас. Повторите это несколько раз, если это необходимо. Попросите пациента задержать взгляд.

- Если с пациентом возможен зрительный контакт, который сохраняется в течение более 10 секунд — оценка -1 балл.
- Если с пациентом возможен зрительный контакт, но это не поддерживается в течение 10 секунд — оценка -2 балла.
- Если пациент производит какое-либо движение в ответ на голос, за исключением зрительного контакта — оценка -3 балла.

3. Пациент не реагирует на голос. Проведите физическую стимуляцию, путем встряхивания за плечо, и растирания грудины.

- Если пациент отвечает какими-либо движениями на физическую стимуляцию — оценка -4 балла.
- Если пациент не реагирует на голос или физическую стимуляцию — оценка -5 баллов.

Источник: Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O’Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166 (10): 1338–1344

ПРИЛОЖЕНИЕ Д. МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Уровни мишеней	Специфические мишени психотерапевтического воздействия
Уровень целостной личности	Аддиктивное расщепление Я на нормативную и патологическую, зависимую субличности Расстройства личности согласно МКБ-10 Нарушения самооценки и низкая самоэффективность Дисфункциональное использование механизмов психологической защиты (отрицание, рационализация, проекция, регрессия и т.д.) Нарушения идентичности и способности к ментализации — психического отражения и переработки опыта Аутоагрессия
Психобиологический уровень	Использование ПАВ в качестве средства «самолечения»
Психологический уровень. Когнитивная сфера	Искажения мышления: –Нарушения нозогнозии, искаженное осознание болезни, экстернализация причин заболевания – Пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» больного. – Убеждения, связанные с употреблением ПАВ (ожидание позитивных эффектов ПАВ, рационализация употребления). Слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния.
Эмоциональная сфера	Низкая аффективная (фрустрационная) толерантность. Поляризация эмоций (позитивных — вокруг позитивных эффектов употребления ПАВ, негативных — вокруг синдрома отмены). Преобладание негативных чувств и эмоций в постинтоксикационном/пострецидивном периоде (злости, стыда, вины, тревоги). Напряженный тревожный аффект, приводящий к актуализации влечения. Дефицит навыков управления и контроля за эмоциями (использование поведенческих отыгрываний). Алекситимия
Поведенческая	Использование дефицитарных стратегий совладания (сострессом, влечением);

сфера	Недостаток навыков здорового образа жизни; Агрессивное и аутоагрессивное поведение; Пассивность (в том числе, эмоциональный «уход» излечебного процесса).
Мотивационная сфера	Эгоцентризм. Искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения. Нарушения терапевтических установок: на лечение, трезвости достижение позитивных социально-значимых целей в жизни.
Духовная сфера	Кризис эмоционально-духовных ценностей.
Социальный уровень	Нарушения эмпатии. Нарушения привязанности (родительско-детских отношений) как основа будущих дисфункциональных межличностных отношений. Нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста. Дефицит коммуникативных навыков. Дисфункциональные модели общения.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е. УРОВНИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала пациенты с синдромом зависимости от ПАВ (к которым относится и алкоголь) разделяют на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП).

Высокий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием;
- хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- относительно позднее начало употребления ПАВ;
- наличием спонтанных ремиссий;
- низкой интенсивностью симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней); постабстинентные расстройства не выражены или слабо выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- появлением первых признаков социальной дезадаптации;
- легкими морально-этическими нарушениями (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.);
- легкими интеллектуально-мнестическими нарушениями (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.);
- легкими эмоциональными нарушениями (эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);
- легкой деградацией личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер);
- желание избавиться от пристрастия к ПАВ, в связи с чем мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

Частные признаки высокого УРП:

- относительно поздним началом употребления алкогольных напитков (14-15 лет);
- продолжительностью заболевания до 2-3 лет;
- отсутствием в анамнезе алкогольных психозов;
- высокой толерантностью к алкоголю;
- преимущественно периодической формой злоупотребления алкоголем.

Психологические особенности лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала:

- Снижение качества жизни, связанное со здоровьем (физическое состояние практически не влияет на ролевое функционирование, достаточно позитивная оценка общего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, жизнеспособность чаще оценивается положительно, физическое или эмоциональное состояние практически не ограничивает социальную активность (общение), эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще положительное, чем отрицательное).
- Низкий или средний уровень напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка). Допустимо небольшое повышение напряжения по наиболее адаптивной копинг-стратегии – планированию решения проблемы.
- Недостаточно выраженная деформация смысловых ориентаций (средний или ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, наличие целей на будущее, средний уровень эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенности самореализацией, легкое снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).
- Отсутствие выраженного нарушения значимых отношений личности (средневыраженный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, альтруизма).
- Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к нижней ее границе (отсутствие выраженной манипуляции при общении с людьми, отсутствие или неярко выраженная эгоистичность).
- Уровень эмпатии не достаточно снижен, находится в пределах нормы (отсутствие затруднения в установлении контактов с людьми, достаточно развитое взаимопонимание с окружающими).
- Восприятие внутренней картины болезни практически не изменено (существует достаточно выраженная мотивация к преодолению болезни).
- Отсутствие или слабо выраженное снижение уровня волевого самоконтроля (уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля находятся в пределах нормы или немного снижены, т.е. отсутствие у реабилитанта эмоциональной неустойчивости, ранимости, неуверенности в себе, невысокой рефлексивности, импульсивности и неустойчивости намерений, обидчивости, непоследовательности в поведении, сниженного самообладания).

- Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и отсутствие сформированной мотивации к употреблению психоактивных веществ, особенно личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения) и патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

- Легкие нарушения, связанные с невыраженными изменениями восприятия психологического времени (намечается тенденция к переживанию прошлого, как негативного, но при достаточно выраженном положительном отношении к прошлому опыту, наличие средневыраженной ориентации на будущее, отсутствие убеждения жесткой определенности будущего, отсутствие ярко выраженной ориентации на получение удовольствия).

Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- короткими (до 3 мес.) и среднекороткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- алкогольный и наркотический (героиновый) абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства – до 1,5 – 2 месяцев);
- в отношении к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.;
- средней степени деградацией личности – интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем;
- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);
- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);
- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

Частные признаки среднего УРП:

- относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12-13 лет) продолжительностью заболевания не менее 3-5 лет;
- стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;
- наличием палимпсестов алкогольного опьянения;
- запойным типом пьянства;
- преимущественным преобладанием постоянного среднеинтенсивного влечения к алкоголю.

Психологические особенности лиц со средним уровнем реабилитационного потенциала:

- Наличие определенных симптомов снижения качества жизни, связанного со здоровьем (физическое состояние оказывает влияние на ролевое функционирование, оценка общего состояния здоровья, перспектив лечения и жизнеспособности несколько снижается, наличие неявно выраженного ограничения социальной активности (общения) со стороны физического или эмоционального состояния, эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще отрицательное, чем положительное). Повышение напряженности копинг-стратегий (конфонтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

- Средне выраженная деформация смысловых ориентаций (ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, снижение степени нацеленности на будущее, низкий уровень эмоциональной насыщенности жизни и удовлетворенности самореализацией, снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

- Наличие нарушений значимых отношений личности (повышенный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, при достаточно высоком уровне псевдоальтруизма).

- Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к верхней ее границе (присутствие слабовыраженной манипуляции при общении с людьми, повышенный уровень эгоистичности).

- Уровень эмпатии снижен (наличие слабовыраженных затруднений в установлении контактов с людьми, взаимопонимание с окружающими практически не нарушено).

- Восприятие внутренней картины болезни изменено незначительно (средневыраженная мотивация к преодолению болезни).

- Снижение уровня волевого самоконтроля (отсутствие достаточной уверенности в себе, снижение устойчивости намерений, низкая эмоциональная устойчивость, низкая способность владения собой в различных ситуациях, практически отсутствует чувство внутреннего долга, недостаточное стремление к завершению начатого дела).

- Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), при отсутствии сформированной или слабовыраженной патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

- Наличие нарушений, связанных с изменениями восприятия психологического времени (низкий уровень принятия своего прошлого, сниженная способность осознания, что события в прошлом привели к тому, что есть в настоящем, отсутствие целей и планов на будущее, отсутствие или слабовыраженное убеждение жесткой определенности будущего, ориентация на получение удовольствия).

Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);

- воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития;
- инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи;
- крайне конфликтными или конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- чаще средним образованием, редко - незаконченным среднетехническим или высшим;
- снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки умение учиться частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тушевание, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное отупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- торпидностью мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве;
- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции, эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения;
- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;
- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания;
- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.
- **Частные признаки низкого УРП:**
- нередко ранним началом употреблением алкоголя с 11-12 лет;
- продолжительностью заболевания алкоголизмом более 5-ти лет;
- значительным снижением толерантности к алкоголю;
- наличием в анамнезе алкогольных психозов;
- алкогольной энцефалопатией;
- преобладанием постоянного влечения к алкоголю;
- **Психологические особенности лиц с низким уровнем реабилитационного потенциала:**
- Низкий уровень восприятия качества своей жизни, связанного со здоровьем (выраженное влияние физического состояния на ролевое функционирование, низкая оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и отсутствие перспектив реабилитации, выраженное ограничение социальной активности физическим или эмоциональным состоянием, низкая самооценка психического здоровья, эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности). Возможно неадекватное восприятие своего физического состояния.
- Наблюдается повышение напряженности копинг-стратегий, доходящих до дезадаптивной формы (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).
- Выраженная деформация смысложизненных ориентаций (низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на будущее, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, а также прожитой частью жизни, представление о себе как о достаточно слабой личности, низкий самоконтроль, неверие в возможность влиять на свое будущее).
- Выраженные нарушения значимых отношений личности (высокий уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности и псевдоальтруизма).
- Высокий уровень макиавеллизма (убежденность в том, что при общении с другими людьми ими можно и даже нужно манипулировать, недоверие к окружающим, частые, но неглубокие контакты с окружающими, предметная ориентация, эгоистичность).
- Нарушение эмпатийных отношений (затруднение в установлении контактов с людьми, эмоциональная безучастность, отсутствие взаимопонимания с окружающими).
- Искажение восприятия внутренней картины болезни (отсутствие мотивации к преодолению болезни, отсутствие модификации наркоманического образа поведения и восприятия, отсутствие позитивных изменений).
- Нарушение волевой саморегуляции (отсутствие стремления к завершению начатого дела, высокая лабильность, неуверенность, импульсивность, которые могут приводить к непоследовательности поведения, отсутствие влияния социальных норм).
- Наличие сформированности всех мотивов употребления наркотиков: социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков), личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).
- Выраженные нарушения, связанные с искажением восприятия психологического времени (неприятие собственного прошлого, вызывающего отвращение, отсутствие целей и планов на будущее, ориентация на получение удовольствия, отсутствие заботы о последствиях, беспомощное и безнадежное отношение к настоящему, твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью).

Приложение Е2. Медицинские организации, осуществляющие реабилитацию пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Порядок медицинской реабилитации определяется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации".

Согласно приказу, медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации (далее - медицинские организации).

Медицинская реабилитация осуществляется в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:

- а) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- б) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Приложение ЕЗ. Школа психологической профилактики для пациентов и родственников.

Лечебно-реабилитационные мероприятия (Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 N 804н – Об утверждении номенклатуры медицинских услуг) предусматривают Школу психологической профилактики для пациентов и родственников в качестве одного из методов реабилитации пациентов с СЗ (далее – Школа). Школа – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации Школы – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача и, при необходимости, психотерапевта (психолога).

В группы обучения целесообразно включать пациентов со сходными характеристиками СЗ. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения составляется из цикла структурированных занятий, продолжительностью около академического часа. Желательно, чтобы пациенты посетили полный цикл занятий. Целью проведения образовательных программ является изменение у пациента отношения к употреблению алкоголя и формирование правильных представлений о медицинских и социальных последствиях его употребления. Проведение коллективных занятий рекомендуется сопроводить тематическими видеоматериалами (художественные фильмы или их фрагменты, профессиональные видеоролики антиалкогольной тематики и т.п.).

Занятия в Школе должны охватить следующие области наркологии:

- Концепция болезни зависимости (ее природа, ведущие признаки)
- Психологические особенности зависимого человека
- Медицинские последствия зависимости от алкоголя
- Защитные механизмы химически зависимого человека
- Процесс лечения и выздоровления
- Течение болезни зависимости: ремиссии, рецидивы и их профилактика
- Проблемы созависимости