

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ

2014

Коллектив авторов

Агibalова Татьяна Васильевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующий клиническим отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Ионович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Оглавление

Оглавление

Коллектив авторов	2
1. Методология	4
2. Определение и принципы диагностики.....	6
4. Диагностика заболевания.....	9
5. Клиническая диагностика психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ	10
5.1. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя	10
5.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов.....	11
5.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов	11
5.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ	12
5.5. Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина.....	12
5.6. Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов , включая кофеин	12
5.7. Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов.....	13
5.8. Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей	13
5.9. Психотическое расстройство, вызванное сочетанным употреблением ПАВ	13
6. Терапия психотических расстройств	13
6.1. Общие принципы терапии.....	13
6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением.....	14
6.3. Рекомендуемые лекарственные средства	16
7. Психотерапия	17
7.1. Школа для пациентов с психотическим расстройством.....	19
8. Прогноз.....	19

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был

использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2):

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РРО, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя
F11.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов
F12.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов
F13.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина
F15.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)
F16.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением никотина
F18.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей

F19.5	Психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)
-------	---

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. В данной главе акцент сделан на тех диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболевания, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не делимы, применяется код F 19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. (Список 1,2,3)». То есть, в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (**таблица 3**).

Таблица 4: Диагностика психотического расстройства: F 1x.5 третья цифра (четвертый знак) «5»

1	Определение	<p>Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся обманами восприятия (чаще всего слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями), бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аффективными расстройствами. Сознание как правило не нарушено, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Продолжительность психотического расстройства может достигать 1 месяца, резидуальная симптоматика может сохраняться в течение 6 месяцев.</p> <p>Диагностические указания:</p> <p>Психотическое расстройство, возникшее во время или в течение 2</p>
----------	-------------	--

		<p>недель после употребления психоактивного вещества и сохраняющееся после детоксикации , при отсутствии психоактивного вещества в организме.</p> <p>Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F1x.03x Острая интоксикация с делирием - F1x.04x Острая интоксикация с нарушением восприятия - F1x.4 Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием - F1x.7xx психотические расстройства с поздним дебютом
2	диагностические критерии	<ul style="list-style-type: none"> - Наличие достоверных анамнестических данных о недавнем факте употребления психоактивного вещества (не более 2 недель с момента последнего приема психоактивного вещества) - Наличие достоверных анамнестических данных о систематическом злоупотреблении данным психоактивным веществом.
3	Уточнения	<p>Характер психотического расстройства уточняется пятым знаком:</p> <p>F1x.50x Шизофреноподобное расстройство</p> <p>F1x.51x Преимущественно бредовое расстройство</p> <p>Включается:</p> <ul style="list-style-type: none"> — начальный период бреда ревности. <p>Исключается:</p> <ul style="list-style-type: none"> — отдаленный период бреда ревности (F1x.75x). <p>F1x.52x Преимущественно галлюцинаторное расстройство (включает алкогольный галлюциноз)</p> <p>F1x.53 Преимущественно полиморфное психотическое расстройство</p> <p>F1x.54x Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами</p> <p>F1x.55x Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами</p>
4	пример диагноза	<p>F12.503 Шизофреноподобное расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов. Тяжелая степень.</p> <p>F10.512 Алкогольный бред ревности. Средняя степень.</p> <p>F13.543 Психотическое расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами, вызванное употреблением седативных или снотворных средств. Тяжелая степень. Токсикомания (Фенobarбитал)</p>

3. Этиология и патогенез острой интоксикации

Факторы	Описание
Биологические факторы	Причиной психотического расстройства является нарушение обмена нейромедиаторов в результате длительного, систематического злоупотребления психоактивным веществом. Как правило пусковым моментом в развитии такого расстройства является большая продолжительность очередного цикла наркотизации и/или особенно высокие дозы принятого психоактивного вещества.

4. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: необходимо выяснить, принимал ли пациент до того, как изменилось его состояние, какие-либо психоактивные вещества; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение также внешний вид больного, произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинко-психопатологического обследования; лабораторного исследования. Следует обратить внимание на информацию о длительности злоупотребления психоактивным веществом, изменении его количества и/или качества, предшествующее развитию психотического состояния. Психотическое расстройство чаще всего возникает в течение суток после употребления психоактивного вещества, но может манифестировать и в течении 2 недель после прекращения приема ПАВ. Основные клинические проявления острого психотического состояния редуцируются в течение нескольких дней, максимальная продолжительность острого психоза может достигать одного месяца, остаточная бредовая симптоматика может сохраняться в течение полугода. Клинические проявления указанных выше расстройств нельзя объяснить проявлениями острой интоксикации и они не являются составной частью синдрома отмены.

- **Консультации специалистов:**

Врач психиатр-нарколог

Врач терапевт

Врач невролог

- **Лабораторные методы:**

- Общий (клинический) анализ крови

- Анализ крови биохимический общетерапевтический

- Анализ мочи общий

- Иммунохроматографическая экспресс-диагностика содержания психоактивного вещества в биологических средах (моча, слюна)

- Токсикологическое исследование биологических сред (крови, мочи, желудочного содержимого) в случае, если данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт развития психотического расстройства вследствие употребления психоактивного вещества, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат или применение их не представляется возможным

- **Инструментальные методы:**

Регистрация электрокардиограммы

5. Клиническая диагностика психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ

5.1. Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя

Острые психотические расстройства вследствие употребления алкоголя крайне разнообразны. Здесь рассматриваются все психотические нарушения, за исключением алкогольного делирия, возникающие во время запоя или в течение 2 недель после окончания употребления алкоголя.

F10.51 Алкогольное бредовое расстройство. Алкогольный бред является третьей по частоте формой психотического расстройства, после делирия и галлюциноза, чаще возникает у мужчин. В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) как правило развивается внезапно, часто ему предшествуют аффективные расстройства в виде тревоги, страха, обманы восприятия в виде слуховых иллюзий и/или вербальных галлюцинаций. Затем появляется уверенность, что за пациентом следят, его обсуждают, существует заговор с целью причинить ему вред. Как правило круг людей, стремящихся «навредить» пациенту включает его близких или персонал лечебного учреждения, где он находится. Чаще всего подобный бред имеет соответствующее эмоциональное сопровождение в виде сильной тревоги, страха, сопровождается двигательным беспокойством. При этом пациенты с целью самозащиты могут совершать действия агрессивного характера, в этом состоянии они могут причинить вред и себе, например, нанести себе самопорезы, чтобы покинуть лечебное учреждение, где им «грозит опасность».

Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя) обычно наблюдается у пожилых пациентов, как правило развитию психоза предшествуют идеи супружеской неверности, появляющиеся в состоянии алкогольной интоксикации или при состоянии отмены алкоголя. При развитии алкогольной паранойи возникает непреодолимая уверенность в измене жены, при этом любые факты, подчас прямо противоречащие идее супружеской неверности, трактуются в ее пользу. Пациент выстраивает целую систему доказательств того, что жена изменяет ему уже много лет, что дети рождены от любовника и пр. Довольно часто к идеям ревности присоединяются идеи материального ущерба (пациент уверен, что жена вышла за него замуж с целью завладеть его имуществом), отравления, сутяжничества и пр. Алкогольная паранойя часто сопровождается измененным поведением с грубостью, агрессией в отношении жены, режé мнимого соперника.

F10.52— Алкогольный галлюциноз, является вторым по частоте возникновения острым психозом после делирия, чаще возникает у женщин. Острый галлюциноз развивается на фоне употребления алкоголя или в течение двух недель после прекращения его приема, сопровождается тревогой, сниженным фоном настроения, часто бредовыми идеями отношения. Дебют психоза как правило наблюдается в вечернее или ночное время. Вначале возникают акаозмы и фонемы, затем присоединяются вербальные галлюцинации. Обманы восприятия сопровождаются аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, растерянности. Чаще всего вербальные галлюцинации носят характер разговора двух и более лиц, обсуждающих личность пациента, обвиняющих его, осуждающих, угрожающих различными карами. На этом фоне часто развиваются бредовые переживания (отношения, обвинения и пр.), сопровождающиеся двигательным возбуждением, расстройствами поведения (попытками обратиться за помощью в полицию, агрессией по отношению к окружающим или суицидом. Течение острого алкогольного галлюциноза может носить

абортивный характер. Описаны также сложные формы алкогольного галлюциноза: галлюциноз с делирием, с преобладанием бредовых расстройств, а также галлюциноз с психическими автоматизмами.

F10.54 — Психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики характеризуется сочетанием депрессивных нарушений (снижения настроения, самооценки, активности, характерной пессимистичной оценки происходящего) с продуктивной симптоматикой в виде галлюцинаций и бреда. Наиболее характерными являются вербальные галлюцинации в виде голосов, осуждающих пациента, бред виновности, отношения, самоуничижения.

F10.55 — Психотическое расстройство с преобладанием маниакальной симптоматики. Данное расстройство определяется характерным для маниакального состояния возбуждением, повышенной двигательной и психической активностью, в сочетании с галлюцинаторными или псевдогаллюцинаторными нарушениями и бредом величия.

В случаях, когда клиническая картина психотического расстройства изменчива и трудно выделить ведущий синдром, состояние характеризуется как полиморфное, F10.53.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз
- Соматогенный психоз

5.2. Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов

Синдром отмены опиоидов может осложняться развитием психотических нарушений с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (F11.54.); крайне редко при отмене опиоидов наблюдаются шизофреноподобными психозы (F11.50) и острые параноиды (F11.51).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы.

5.3. Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов

При тяжелой степени интоксикации, длительном злоупотреблении препаратами конопли или повышенной чувствительности к этим препаратам может развиваться психотическое расстройство, для которого характерна шизофреноподобная симптоматика (F12.50x). Для этих состояний характерны сложные вербальные, зрительные и тактильные галлюцинации и псевдогаллюцинации, бред отношения, воздействия, ущерба, явления психического автоматизма. В последнее время участились случаи развития острых психотических состояний при употреблении синтетических каннабиноидов («спайсов»). Наиболее часто тяжелые шизофреноподобные психотические расстройства возникают у подростков.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз

5.4. Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ

В период отмены седативных и снотворных препаратов возможно развитие психотических расстройств в виде галлюциноза (F13.52) или параноида (F13.51), характерен полиморфизм клинических проявлений (F13.53). При отмене бензодиазепинов наблюдались (крайне редко) шизофреноподобные психотические состояния (F13.50) и психозы с преобладанием депрессивной симптоматики (F13.54). Данные состояния могут наблюдаться при длительном (более 6 месяцев) злоупотреблении седативными препаратами в высоких дозах.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз
- Соматогенный психоз

5.5. Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина

У пациентов длительно (более 2 недель в течение одного цикла) злоупотребляющих кокаином в высоких дозах, могут наблюдаться острые психотические расстройства с галлюцинациями, бредовыми идеями величия, отношения, преследования, неадекватным поведением. Чаще всего наблюдается острый параноид (F14.51), маниакальный психоз (F14.55) или шизофреноподобное состояние (F14.50). Характерны слуховые, чаще всего вербальные галлюцинации, тактильные галлюцинации, аффективные нарушения в виде растерянности, тревоги и страха. Может иметь место импульсивность в сочетании с агрессивным или суицидальным поведением.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенный психоз

5.6. Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов , включая кофеин

При длительном злоупотреблении психостимуляторами часто развиваются психотические расстройства как правило в виде острых параноидов (F15.51) с выраженной тревогой, подозрительностью, чувственным бредом преследования. Может преобладать маниакальная симптоматика (F15.55) с яркими зрительными, обонятельными и тактильными галлюцинациями, бредом величия или особого значения, эротическим бредом. После отмены стимуляторов может развиваться психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики (F15.54) — характерна апатическая депрессия с бредовыми идеями виновности, отношения, самообвинения, самоуничужения.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы
- Соматогенный психоз

5.7. Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов

Эффекты галлюциногенов малопредсказуемы, даже однократный прием наркотика может спровоцировать развитие острого психотического состояния с преобладанием шизофреноподобной симптоматики (F16.50) или острого параноида (F16.51) с различными аффективными расстройствами, разнообразными расстройствами восприятия, несистематизированным бредом, психомоторным возбуждением, непредсказуемым поведением. При возникновении психотических нарушений непосредственно после приема галлюциногена диагноз психотического расстройства не должен ставиться только на основании наличия продуктивной симптоматики. В подобных случаях, а также при состояниях спутанности, следует рассмотреть возможность диагноза острой интоксикации (F16.0xx).

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы

5.8. Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей

При хронической интоксикации летучими органическими веществами могут развиваться шизофреноподобные психотические расстройства (F18.50), аффективно насыщенные состояния со слуховыми истинными и псевдогаллюцинаторными проявлениями, с идеями отношения и преследования, явлениями психического автоматизма.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы
- Соматогенный психоз

5.9. Психотическое расстройство, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

При злоупотреблении несколькими психоактивными веществами в состоянии интоксикации и после отмены ПАВ могут наблюдаться различные психические нарушения. Их структура зависит как правило от вида предпочитаемого психоактивного вещества, преобладают шизофреноподобные состояния, острые параноиды, полиморфные психозы.

6. Терапия психотических расстройств

6.1. Общие принципы терапии

Задачи терапии:

- 1 – купирование психотических нарушений;
- 2 – коррекция расстройств поведения
- 3 – лечение сомато-неврологических расстройств

Тактика терапии: проведение комплексного лечения, направленного на выведение больного из психотического состояния, лечение психомоторного возбуждения и расстройств поведения, поддержание жизнедеятельности и лечение сомато-неврологических расстройств.

Критерий эффективности лечения:

стабилизация психофизического состояния больного

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

1 – фиксация больного в функциональной кровати, купирование психомоторного возбуждения, (при необходимости)

2 – назначение психофармакотерапии

3 – назначение инфузионной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств кислотно-основного состояния (при необходимости).

4 –назначение метаболической терапии, симптоматического лечения, ноотропных, кардиотропных, гепатотропных средств

6.2. Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям (Таблица 5).

Таблица 5. Медицинские услуги для лечения психотического расстройства и контроля за лечением

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста	
обязательно	по показаниям
– Ежедневный осмотр врачом-психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта – Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога – Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога – Осмотр (консультация) врачом- анестезиологом-реаниматологом – Суточное наблюдение врачом- анестезиологом-реаниматологом – Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога – Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста – Прием (осмотр, консультация) врача-невролога – Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра – Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра подросткового – Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта – Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта
2. Лабораторные методы исследования	
обязательно	по показаниям
	– Исследование уровня психоактивных веществ в крови – Определение наличия психоактивных веществ в слюне – Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски – Тест на кровь в моче – Определение наличия психоактивных веществ в моче

	<ul style="list-style-type: none"> — Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски — Общий (клинический) анализ крови — Анализ крови биохимический общетерапевтический — Анализ мочи общий
– 3. Инструментальные методы исследования	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> — Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) — Эхоэнцефалография — Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных — Регистрация электрокардиограммы — Электроэнцефалография — Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях — Рентгенография легких — Флюорография легких — Описание и интерпретация рентгенографических изображений
4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> — Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
обязательно	по показаниям
	<ul style="list-style-type: none"> — 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 (ЭП УВЧ) — Воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)

6.3. Рекомендуемые лекарственные средства

Для купирования психомоторного возбуждения назначается комбинация диазепама 0,5% раствор не более 6 мл разово, не более 12мл в сутки и галоперидола 5-10 мг, не более 20мг в сутки внутривенно медленно в разведении физраствором или внутримышечно. При наличии выраженных расстройств поведения, тенденциях к агрессии, суициду назначаются антипсихотические средства с седативным действием (хлорпромазин по 50-100 мг, не более 400 мг в сутки внутримышечно или внутрь, перициазин по 3-10 мг, не более 30 мг в сутки внутрь, зуклопентиксол по 10-25 мг, не более 100 мг в сутки внутрь). С целью лечения продуктивных психопатологических расстройств (обманов восприятия, бреда) назначаются активные антипсихотические препараты: галоперидол по 1-5 мг, не более 20 мг в сутки, рисперидон по 1-2 мг, не более 4мг в сутки, трифлуоперазин по 5 мг, не более 20мг в сутки. Для лечения тревожных расстройств при недостаточной эффективности антипсихотических средств применяются гидроксизин (атаракс) до 150-200 мг в сутки внутрь или феназепам до 6 мг в сутки внутрь и/или внутримышечно. При бессоннице назначается зопиклон 7,5-15 мг или золпидем 5-10 мг, фенибут 750-1500 мг в вечернее и ночное время (таблица 6)

Таблица 6. Рекомендуемое лечение при острых психозах.

Состояние	Рекомендуемое лечение
Острые галлюцинозы и бредовые психозы	<p style="text-align: center;">Психотропные средства</p> <p>1. Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием - галоперидол по 5-10 мг 2-3 раза в сутки, рисперидон по 4-6 мг в сутки, хлорпромазин по 50 мг 3 раза в сутки, хлорпротиксен по 15 мг 3 раза в сутки, зуклопентиксол 10-30 мг в сутки.</p> <p>2. Транквилизаторы, с целью купирования аффективных расстройств: диазепам 0,5% 2-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; феназепам 0,1% 1-4 мл в/м, в/в капельно, до 0,01 г в сутки.</p> <p style="text-align: center;">Симптоматическая терапия</p> <p>1. Витаминотерапия: витамин В₁ 6% 4 мл в/м, витамин В₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В₁₂ 0,01% 2 мл в/м.</p> <p>2. Нейрометаболическая терапия: Гамма-аминомасляная кислота (аминалон) по 0,25 3 раза в сутки, никотиноилгаммааминомасляная кислота (пикамилон) 0,05 г 3 раза в сутки или аминофенилмасляная кислота (фенибут) по 0,25 3 раза в сутки.</p> <p>3. Гепатопротекторы: метадоксин по 500 мг 2-3 раза в сутки, адеметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки).</p> <p>4. Симптоматическая терапия соматических осложнений.</p>

При депрессивных нарушениях назначаются антидепрессанты (миртазапин по 30-60 мг внутрь в вечернее время или миансерин по 60-90 мг в дневное и вечернее время, сертралин по 25-50 мг утром или вечером).

Назначаются также средства, улучшающие обменные процессы: витамины (тиамин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии, пиридоксин по 100 мг в сутки внутримышечно или в инфузии; во избежание нежелательных реакций препараты назначаются через день, чередуя), тиоктовая кислота 600 мг в сутки внутрь или в инфузии.

Также назначаются ноотропные препараты - гопантенная кислота до 3000 мг в сутки, пирацетам до 1200 мг внутрь, глицин до 1000 мг внутрь.

При необходимости коррекции водно-электролитных расстройств назначается инфузионная терапия.

7. Психотерапия

Активная психотерапия показана при достаточном восстановлении когнитивных функций. В этом случае целесообразно использовать методики эмоциональной поддержки, оптимизации, развития когнитивных функций (см. Таблицы 8 и 9).

Проведение предметно-опосредованной психотерапии («запретительной психотерапевтической процедуры», эмоционально-стрессовой психотерапии по А.Р.Довженко, В.Е.Рожнову) не рекомендуется.

При хорошем восстановлении когнитивных функций рекомендовано использование предметно-опосредованной психотерапии в качестве монотехники без применения каких-либо медикаментозных препаратов или технических приборов. При проведении психотерапии, мотивирующей больного на прекращение приема психоактивного вещества, врач не должен вводить больного в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

Таблица 8. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
<i>обязательно</i>	<i>по показаниям</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный 	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный • Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный
2. Психотерапевтическое лечение	
обязательно	по показаниям
<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая адаптация • Семейное психологическое консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> • Терапия средой

Таблица 9. Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Медицинская услуга	Применение
Психологическая адаптация	приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни. Для пациентов с психотическим расстройством проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.
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. Родственникам пациентов с психотическим расстройством необходимо семейное консультирование: сюда относится непосредственная работа с родственниками зависимых, после купирования психотических явлений и улучшения соматического состояния к семейному консультированию подключают пациента.
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. Для пациентов с психотическим расстройством проводится ограниченно, после купирования психотических явлений.
--	---

7.1. Школа для пациентов с психотическим расстройством

Рекомендуется использование Школы для пациентов с психотическим расстройством с достаточным восстановлением когнитивных функций – информационно-мотивационной технологии, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Школа для пациентов – 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 школ здоровья – 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.

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 ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Рекомендуется ведение пациентом рабочей тетради и выполнение домашних заданий (Сырцова Л.Е., Чиркова Д.В., Ковалев Ю.В., 2011)

8. Прогноз

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный, но возможна хронизация процесса, длительное сохранение резидуальной симптоматики.