

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

Клинический протокол диагностики и лечение. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя у несовершеннолетних (7-18 лет)

I. Вводная часть

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

2. Код протокола:

3. Коды МКБ-10:

F10. __Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя.

F 10.1 Пагубное употребление;

F 10.2 Синдром зависимости.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

ПАВ – психоактивные вещества;

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ЭКГ – электрокардиограмма

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

УЗИ – ультразвуковое исследование

5. Дата разработки протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

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

II. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

8. Определение: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя – это заболевание, которое характеризуется возникновением патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлением алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности [1].

9. Клиническая классификация:(26)

- I начальная (неврастеническая);
- II средняя (наркоманическая);
- III исходная (энцефалопатическая).

10. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация алкоголем.

Показания для плановой госпитализации:

- злоупотребление алкоголем;
- установленный диагноз зависимости от алкоголя;
- серьезная опасность нарушения дальнейшего развития ребенка и неспособность к самостоятельному воздержанию от употребления алкоголя.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

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

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

11.2. Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- флюорография органов грудной клетки;
- обзорная рентгенография органов грудной клетки;
- микрореакция на сифилис.

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

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

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- антропометрия (измерение роста и веса);
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;

- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на и остаточного азота, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови);
- экспериментально-психологическое обследование.

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

- ЭКГ;
- реоэнцефалография;
- эхоэнцефалография;
- УЗИ органов брюшной полости;
- рентгенография органов грудной клетки.

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

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

12. Диагностические критерии постановки диагноза

12.1. Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- тревожность;
- снижение общего фона настроения;
- дистимии;
- нарушение сна
- потребность употребления алкоголя

Анамнез:

- сведения о первом употреблении спиртного;
- возраст и обстоятельство приобщения к алкогольным напиткам;
- наличие защитного рвотного рефлекса;
- изменение толерантности;
- частота и количества употребление алкоголя в настоящее время;
- потребность опохмеления.

12.2 Физикальное обследование[2]:

общий осмотр:

- гиперемия кожных покровов;
- гиперэмия склер;
- гипергидроз;
- лабильность вазомоторных реакций.

12.3 Лабораторные исследования [1,4]:

• **Биохимический анализ крови:** не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб).

• **Определение в биологическом материале эндогенного алкоголя.**

12.4 Инструментальные исследования: нет

12.5 Показания для консультации узких специалистов[1,8]:

- консультация терапевта при наличии соматической патологии;
- консультация физиотерапевта;
- консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита, при подозрении ВИЧ инфекции;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов.
- консультация психотерапевта при нестабильных психоэмоциональных состояниях.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Дифференциальная диагностика состояния опьянения

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

речь	дизартрия	Быстрая, внятная	болтливость, «речевой напор»	Быстрая, непоследовательная	невнятная, дизартричная	дизартрия
мика	оживленная	выразительная	оживленная	мимическое сопровождение высказываний утрировано до гримас	бессмысленная, губы отвисают, глаза полузакрыты	оживленная
кожные покровы	кожные покровы гиперемированы, склеры инъецированы	бледность, сухость, зуд кончика носа	гиперемия лица, инъецирование склер	лицо бледное, слизистые сухие, облизывает губы	гиперемия кожи верхней половины туловища, гипергидроз, сальность кожи	гиперемия, мраморность конечностей, отечность лица, вокруг губ, в уголках- красная кайма, инъецирование склер
зрачки	расширены	сужены в виде «булавочной головки», реакция на свет отсутствует	расширены, блеск глаз	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена, инъецирование склер	соразмерный блеск глаз
нистагм	горизонтальный	отсутствует	отмечается, иногда с анизокорией	спонтанный	-	-
АД, ЧСС	гипертензия, тахикардия	гипертензия, брадикардия	гипертензия, тахикардия	тахикардия	гипотензия, брадикардия	гипотензия

язык	сероватый налет	коричневый налет	обложен грязно-коричневым налетом	яркий, блестящий	обложен грязным налетом	обложен толстым серо-желтым налетом
запах изо рта или от одежды	алкоголя	нет	сладковато-приторный	нет	нет	резкий, химического характера, длится до 1-2 дней
следы инъекций	нет	имеются	нет	имеются	возможны	нет
клинически е проявления во времени	3-6 ч.	до 8-10 ч.	до 6 ч.	до 8 ч.	от 2-4 ч.	3 ч.

13. Цели лечения:

- полное воздержание от употребления спиртных напитков;
- нивелирование проявлений физической и психической зависимости, астенических проявлений, мотивация на длительное терапевтическое сотрудничество, полное воздержание;

Лечение пациентов проводится в три этапа:

Первый этап МСР:

- медикаментозная коррекция.

Второй этап МСР:

- психотерапевтической реабилитации.

Третий этап МСР:

- социальная реабилитация.

14. Тактика лечения:

14.1. Немедикаментозное лечение:

Режим I, II

Диета стол №15

Психотерапевтическое лечение (амбулаторно):

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

Психолого-психотерапевтическое лечение (стационарная помощь, этап реабилитации):

- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) (УД - В) [10,11,12];
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- психотерапия (индивидуальная и групповая) когнитивно-поведенческая [15, 16] (УД-А), гештальт-терапия, НЛП, психодрама; психическая саморегуляция; телесно-ориентированная психотерапия; трансактный анализ; логотерапия и экзистенциальная психотерапия; духовно- ориентированная психотерапия (УД- GPP);
- противорецидивная терапия. (УД-А).

14.2. Медикаментозное лечение

Антиконвульсанты (при легкой и средней степени тяжести патологического влечения):

Карбомазепин начальная доза 100 мг/сутки в 2-3 приема, в течение двух дней доза препарата постепенно увеличивают с акцентом на вечернее время в следующих возрастных дозировках - до 10 лет - 0,2-0,4; от 10 до 15 лет 0,2-0,6 г в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, через 2-3 дня утренней дозы, и еще через 2-3 дня вечерней дозы;

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

Предпочитаемые препараты:

Тиоридазина, подбор суточной дозы осуществляется в течение 3-5 дней в соответствии с возрастом. В возрасте 8-14 лет – 20-30 мг в сутки, кратность приема – 3 раза в сутки, в возрасте 15-18 лет – по 30-50 мг в сутки, кратность приема – 3 раза в сутки;

Анксиолитики и снотворные лекарственные средства. Использование транквилизаторов в детско-подростковой практике рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней.

Диазепам. Начинают с $\frac{1}{2}$ разовой дозы в зависимости от возраста 0,001 - 0,0025 г (1 - 2,5 мг), постепенно ее увеличивая. Максимальные суточные дозы: от 7 лет и старше - 0,008 - 0,01 г (8 - 10 мг). Суточная доза в 2 - 3 приема; продолжительность курса лечения 2-3 дня. В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин (тизерцин) в разовой дозе для детей до 8 лет - 10-15 мг, с 9 лет и старше - индивидуально до 50 мг на ночь. Продолжительность лечения 3-5 дней.

14.3 Другие виды лечения

14.3.1 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

- психотерапия.

14.4. Хирургическое вмешательство: нет

14.5. Профилактические мероприятия:

- формирование мотивации на здоровый образ жизни;
- развитие защитных факторов здорового и социально эффективного поведения;
- повышение уровня устойчивости детей к стрессовым факторам;
- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- повышение социальной компетентности (рост участия ребенка в школьной деятельности, посещаемости, снижение числа прогулов, снижение числа случаев вызовов в детские правоохранительные органы) и академической успеваемости;
- снижение уровня семейной дисфункции.

14.6. Дальнейшее ведение:

На амбулаторном уровне наблюдение пациента осуществляется:

На профилактическом учете:

- ежемесячное наблюдение в течении года, но не менее 5 раз в год.

На диспансерном учете:

- в течении трех лет согласно группам динамического наблюдения.
- психологическое сопровождение

15. Индикаторы эффективности лечения.

- редукция влечения к алкоголю;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- наличие мотивации на дальнейшее прохождение программы медико-социальной реабилитации;
- длительность ремиссии от 1 года и выше.

III. Организационные аспекты внедрения протокола

16. Список разработчиков протокола:

- 1) Мусабекова Жанат Камелхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 2) Гафарова НУРИЯ ВИЛЬДАНОВНА – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 4) Кусаинов Алмас Абихасович – кандидат медицинских наук. Специалист по программам профилактики ВИЧ в Республики Казахстан.
- 5) Смагулова Гульнара Серикхановна – заместитель главного врача Павлодарского областного наркологического диспансера.
- 6) Бектаева Гаухар Темиржановна- заместитель главного врача Центра медико-социальной реабилитации г. Астана.
- 7) Гурцкая Гульнара Марсовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии АО «Медицинский университет Астаны», клинический фармаколог.

17. Конфликт интересов: нет

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

19. Условия пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы

- 1) Балашева Т. И., Макаров В. А. Структура и динамика острых отравлений ПАВ у детей // Ж. Современные проблемы наркологии. - С. 17- 23.
- 2) Березин С.В., Лисецкий К.С., Орешникова И.Б. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. - Москва, Издательство института психотерапии. 2000. - С. 15, 19, 24, 25, 34, 35, 48, 56, 67, 75, 79, 97.

- 3) Братусь Б. С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984. - 146 с.
- 4) Бугаев К. Е., Марнусенко Н. Н., Шепило И. Н. Возрастная физиология. - Ростов-на-Дону, 1975. - С. 60-61, 106-107.
- 5) Буторина Н.Е. Возрастные особенности алкоголизма (ранний алкоголизм): Учеб. пособие для врачей-курсантов. - Л.: Изд-во ЛенГИДУВа, 1986. - 40 с.
- 6) Бухановский А.О., Кутявкин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Пособие для врачей. - Ростов-на-Дону «Феникс» - 2000 - 416 с.
- 7) Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанцкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами //Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. -Т.12, №2. - С.31-35.
- 8) Ведищева М. М., Рыбакова Л. Н., Цетлин М. Г. Принципиальные вопросы проведения антинаркотической профилактики среди детей. Данные из Интернета
- 9) Выготский Л.С. Детская психология. Избранные психологические труды в 6-ти тт. Т. 4. М.: Педагогика, 1984.
- 10) Грузман А.В. Лечение психических и поведенческих расстройств у больных с зависимостью от опиоидов - Павлодар, 2006 - 26 с
- 11) Гурьева В.А, Дмитриева Т.Б., Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. - ЦСПА «Генезис» - 2001 - 478 с.
- 12) Даулинг Скотт. Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. Р.Р.Муртазина под ред. А.Ф.Ускова.- М. 2000. - С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205.
- 13) Дудко Т.Н., Валентик Ю.В. Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Котельникова Л.А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. - Лучшие практики диагностики. Лечение и реабилитации зависимых от ПАВ, том №3 - Павлодар, 2004. - с. 253-307.
- 14) Желдак И. М. Практикум по групповой психотерапии детей и подростков с коррекцией семейного воспитания — М.: Институт обще гуманитарных исследований, 2001 — 240 с.
- 15) Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. В кн. Лекции по клинической наркологии. М, 1995, с.109
- 16) Измаилова Н.Т., Метркулова А.А. Тиоридазин (сонопакс) в клинической практике. Методические рекомендации - Алматы, 2006 - 35 с.
- 17) Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. - Алма-Ата «Наука» Каз.ССР, 1990. - С. 5,7,24,27,36.
- 18) Каражанова А. С. Автореферат «Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. клинические и социально - психологические аспекты».
- 19) Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // Вопросы наркологии Казахстана. - Т. 2, № 1, 2002. - С. 30-33

- 20) Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
- 21) Киреева Т. А., Горбушина С. Н. Медико-социальные и педагогические проблемы наркомании и токсикомании у детей и подростков. - Уфа, 1999. - С. 2, 3, 5.
- 22) Лебединский В.В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: МГУ, 1990.
- 23) Маркова И. В., Афанасьев В. В., Цыбулькин Э. К. Клиническая токсикология детей и подростков. - Санкт - Петербург, 1988.
- 24) Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. - М.: Медицина, 1988. - С.24, 174-218.
- 25) Фурманов И. А. Психология детей с нарушениями поведения. М., 2004, с. 103-104.
- 26) Хейм Дж. Джинотт Групповая психотерапия с детьми. Теория и практика игровой терапии - Москва: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО -Пресс - 2001 - 267 с. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма:
- 27) Anton R.F., Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. Alcohol Alcohol, 1996, 31 Suppl1: 43-53
- 28) Dencker S.J. et al., Rapid neuroleptization in alcohol withdrawal states. Nord Psykiatr Tidsskr, 1982, 341-4
- 29) Kranzler H.R. //J. Alcohol-Alcohol. -2000.- Nov-Dec.- v.35.-№6.-p.537-547: «Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research».
- 30) Miller NS, Pharmacotherapy in alcoholism. J Addict.Dis, 1995 (1): 23-46
- 31) Приказ министерства здравоохранения Республики Казахстан № 814 от 2 декабря 2009 года «Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»