

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

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

F11 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F11.2 Синдром зависимости.

F11.3 Абстинентное состояние.

F11.20 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, в настоящее время воздержание.

F11.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление.

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АД – артериальное давление

АлТ – аланинаминотрансфераза

АсТ – аспаратаминотрансфераза

в/в – внутривенно

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

в/м – внутримышечно

МСП – медико-социальная реабилитация

ПАВ – психоактивное вещество/психоактивные вещества

ПВ – патологическое влечение

ППР – психические и поведенческие расстройства

РЭГ – реоэнцефалография

УЗИ – ультразвуковое исследование
УД – уровень доказательности
ЦНС – центральная нервная система
ЭКГ – электрокардиографическое исследование
ЭХО-ЭС – эхоэнцефалография
ЭЭГ – электроэнцефалография

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: взрослые

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

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8.Определение:

ППР, вызванные употреблением опиоидов - комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса ПАВ из группы опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей пациента, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [14,31].

9.Клиническая классификация [12]:

По стадии заболевания:

- начальная (первая) стадия зависимости.

- средняя (вторая) стадия зависимости.
- конечная (третья) стадия зависимости.

По периодам зависимости:

Абстинентный период:

- ранний постабстинентный период;
- поздний постабстинентный период;
- период устойчивой ремиссии.

Фазы абстинентного периода:

- I фаза абстинентного периода;
- II фаза абстинентного периода;
- III фаза абстинентного периода;
- IV фаза абстинентного периода;

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации: не проводится

Показания для плановой госпитализации:

- синдром зависимости от опиоидов;
- опиоидный абстинентный синдром.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

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

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови);
- микрореакция на сифилис;
- анализ крови на ВИЧ;
- флюорография.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ЭКГ;
- определение опиатов в моче для контроля трезвости.

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

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении

сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, глюкоза крови);
- микрореакция на сифилис;
- анализ крови на ВИЧ;

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:

- определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом;
- УЗИ щитовидной железы;
- УЗИ комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки);
- ЭЭГ;
- ЭХО-ЭС;
- РЭГ;
- определение опиатов в моче для контроля трезвости.

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

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

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез [3]:

Жалобы

Синдром зависимости [31] (УД - С):

- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- нарушения сна;
- тоскливое настроение;
- перепады настроения.

Синдром отмены [18,51,49] (УД – GPP):

- выраженные боли в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей поясничной и ишиокруральной областей, тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых суставах, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях,

ощущения носят симметричный характер, не только топически, но и являются равномерными, по интенсивности их переживаний;

- выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;
- раздражительность, гневливость;
- тоскливое настроение;
- стойкие нарушения сна;
- озноб;
- чихание
- зевота,
- ринорея;
- диарея;
- тошнота;
- рвота.

Анамнез:

Синдром зависимости [31] (УД - С):

- повышение толерантности;
- изменение картины опьянения;
- изменение формы употребления ПАВ
- исчезновение или снижение защитных реакций организма
- симптомы отмены при прекращении либо снижении ежедневной дозы употребляемого наркотика опиоидной группы;
- наркоманические изменения личности;
- отрицательные соматические и социальные последствия наркомании.

Синдром отмены [18, 51, 49] (УД – GPP):

- сформированная зависимость к наркотику;
- резкий обрыв приема наркотика на фоне его регулярного потребления либо снижение дозы.

12.2 Физикальное обследование [20, 42, 46, 47]

Общий осмотр:

- следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности;
- признаки склерозирования сосудов (венозные дорожки, венозные колодцы);
- вторичные тромбофлебитические поражения,
- лимфостатические признаки;
- сухость кожи;
- суховатость слизистых, субиктеричность склер;
- распространённый кариозный процесс в полости рта;
- дефицит массы тела;
- увеличение печени;
- выраженная тахикардия при нормальном или пониженном АД

Пальпация:

- снижение тургора кожи.

Неврологический осмотр:

- оживление глубоких и брюшных рефлексов;
- повышение Ахилловых рефлексов (выявления клонуса стопы);
- местная пиломоторная реакция;
- постуральный тремор дистальных отделов конечностей,
- положительный симптом Маринеско-Радовичи;
- горизонтальный нистагм;
- нарушения конвергенции;
- длительное снижение реакции зрачков на свет;
- мидриаз;
- повышение температуры тела (субфебрильная).

12.3.Лабораторные исследования [8, 39] (УД - С):

- общий анализ крови – норма/лифмоцитоз, нейтропения, повышенная вязкость крови;
- биохимический анализ крови – гипергликемия, подъем АлТ, АсТ, показателя тимоловой пробы, рост коэффициента Де Ритиса (АсТ/АлТ), подъем кальция, холестерина, снижение калия, колебания уровня глюкозы.

12.4 Инструментальные исследования [2] (УД - С):

ЭЭГ – низкая биоэлектрическая активность в α -диапазоне на фоне высокой β -активности, дезорганизация α -ритма, дизритмия β -ритма, неустойчивость α -ритма, преобладание β -волн, межполушарная асимметрия волн с преобладанием α -ритма в правом полушарии и β -активности в левом, усиление θ - и δ -ритмов в правом полушарии, на фоне общей дезорганизованности ритма регистрация комплексов «острая - медленная волна».

12.5 Показания для консультации узких специалистов [10]:

- консультация кардиолога при патологии сердечно-сосудистой системы;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующей эндокринной патологии;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- консультация психиатра при выявлении специфических жалоб;
- консультация хирурга (общего, сосудистого, кардиохирурга) при хирургических патологиях;
- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
- консультация гастроэнтеролога при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта;
- консультация инфекциониста при выявлении инфекционных заболеваний и при наличии сопутствующей ВИЧ-инфекции;

- консультация дерматолога при патологии кожных покровов;
- консультация уролога при выявлении патологии мочеполовой системы;
- консультация онколога при подозрении на онкопатологию;
- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика ППР, вызванных употреблением опиоидов

Вариант ППР, вызванных употреблением опиоидов	Ведущий синдром при ППР, вызванных употреблением опиоидов	Круг дифференциальной диагностики	Дифференциально-диагностические критерии
ППР, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости.	Синдром ПВ по типу психопатоподобного	Расстройства зрелой личности (психопатии)	Психопатический синдром – триада Ганнушкина-Кербикова; Психопатоподобный синдром – возникает в комплексе с другими симптомами ПВ, имеет волнообразное течение, чаще всего развивается по истеро-возбудимому радикалу [13].
	Синдром ПВ по типу аффективного	Эндогенные депрессии	Эндогенные депрессии – чаще тоскливая форма, суточная и сезонная цикличность, акцент на утренних часах, ангедония, триада Бека, идеи самоуничтожения; Наркогенная депрессия – чаще дисфорическая форма, протекает в комплексе с иными симптомами ПВ, сопровождается демонстративно-шантажным поведением, психопатоподобными включениями, цикличность

			подчиняется глубине обсессивно- компульсивного влечения, акцент на вечернее время [13].
	Синдром ПВ по типу вегетативного	Нейроциркуляторная дистония. Артериальная гипертензия. Синдром раздраженного кишечника. Острые респираторные заболевания	Соматогенный вегетативный синдром – указания в анамнезе на соматические заболевания, наличие физикально, лабораторно и инструментально подтверждённых сдвигов, динамика, типичная для конкретной соматической нозологрии; Наркогенный вегетативный синдром – цикличность, подчиняемая обсессивно- компульсивной наркотической доминанте, усиление в вечерние часы, подвижность, мозаичность симптомов, разрешение в виде психопатологических симптомов [52] (УД - С)
ППР, вызванные употребление м опиоидов, абстинентное состояние	Алгический синдром	Вертеброгенный болевого синдром	Алгии соматического генеза – наличие вертебральной неврологической симптоматики, подтверждаемой в том числе физикально; Наркогенные алгии – боли подвижные, выраженный сенестопатический компонент,

			положительный симптом Пятницкой, сопровождаются другими симптомами абстиненции [41].
	Вегетативный синдром	Гастродуоденит Энтериты Колиты, Панкреатит Острые респираторные заболевания	См. выше пункт «Синдром ПВ по типу вегетативного» [10]

13. Цели лечения:

- купирование абстинентного синдрома;
- купирование синдрома ПВ к наркотикам;
- формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости в условиях лечебно-профилактического учреждения, стабилизация и закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

14. Тактика лечения:

Тактика ведения и объем терапии, зависит от спецификации диагноза и соответствует 3 этапам МСР.

Первый этап МСР (этап медикаментозной коррекции):

При синдроме опиоидной отмены и с активным употреблением опиоидов проводится:

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

При синдроме зависимости и раннем постабстинентном периоде проводится:

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

Второй этап МСР (этап психотерапевтической реабилитации):

При синдроме зависимости и раннем и позднем постабстинентном периоде проводится:

- купирование синдрома ПВ;
- психотерапевтическая реабилитация;
- противорецидивная терапия (начальная фаза).

Третий этап МСР (этап социальной реабилитации):

При синдроме зависимости, в позднем постабстинентном периоде проводится:

- противорецидивная терапия;

- социальная реабилитация.

Алгоритм ведения пациентов в рамках этапов наркологической помощи [11] представлен в Приложении 1.

14.1. Немедикаментозное лечение:

Режим – II, III.

Диета – стол №15.

Психотерапия направлена:

- для обеспечения воздержания от употребления опиоидов и других ПАВ;
- для восстановления или формирования нормативного личностного и социального статуса пациента, его полноценная реинтеграция в общество (см. Приложение 2).

Таблица - 2. Психотерапия при ППР, вызванных употреблением опиоидов

Модальность психотерапии	Степень убедительности доказательств	Показание к применению
Мотивационное интервью [26,37]	УД - А	Мишень №6
Когнитивно-поведенческая психотерапия [26,37]	УД - А	Мишени №№2-6
Клиент-центрированная психотерапия по К.Роджерсу [56]	УД - В	Мишень №4
Гипно-суггестивная психотерапия [32]	УД - С	Мишень №2
Психодрама [23]	УД - С	Мишени №№3-5
Психодинамическая психотерапия [26]	УД - В	Мишени №3, №4
Транзактный анализ [48,59,60.]	УД - В	Мишени №3-5
Семейная психотерапия [26,58]	УД - В	Мишень №5
Группы само- и взаимопомощи [26]	УД - В	Мишени №№2-6
Интегративно-развивающая терапия [6]	УД - В	Мишени №№2-6

14.2 Медикаментозное лечение:

При абстинентном состоянии:

Детоксикационная терапия: рекомендуется следующее сочетание схемы препаратов: клонидин (0,45-0,9 мг/сут) в сопровождении преднизолона (5-15 мг/сут), диазепам (30-60 мг/сут), трамадол (400-600 мг/сут, в тяжелых случаях до 1000 мг), курс лечения трамадолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки (максимум 10 дней) [24,28,57,62] (УД – А);

Нейролептики: галоперидол (5-15 мг/сут), оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин 100 – 200 мг/сут, рисперидон 4-6 мг/сут в форме раствора, хлорпромазин 50 – 200 мг/сутки [3,7,10,16,17,19,21,27,38,50,61] (УД – В);

Антиконвульсанты: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут [43,53,54] (УД – В);

Антидепрессанты (седативным действием): флувоксамин (50-200 мг в сутки), amitриптилин (25-100 мг в сутки), флуоксетин (20-80 мг в сутки) [15,29,30,33,34] (УД – В);

Седативная терапия: зопиклон 7,5-15 мг в сутки, раствор диазепам 0,5% 4 – 6 мл/сут, в случае отсутствия эффекта целесообразно назначение клозапина (25-100 мг) [22] (УД – В);

Противорецидивная терапия: нормализация нейромедиаторных нарушения ЦНС, в конце абстинентного периода, в комбинации: рисперидон (пероральный раствор) - 1-3 мг сутки, феварин – 25-50 мг сутки, карбамазепин – 100-200 мг сутки. В случае возникновения нейролептического синдрома возможна замена рисперидона на оланзапин (2,5-5 мг/сутки) [27] (УД - В).

При синдроме зависимости:

Фармакологическая противорецидивная терапия: рисперидон (пероральный раствор) - 1-3 мг сутки, феварин – 25-50 мг сутки, карбамазепин – 100-200 мг сутки. В случае возникновения нейролептического синдрома возможна замена рисперидона на оланзапин (2,5-5 мг/сутки) [27] (УД – В);

Антагонисты опиатных рецепторов: налтрексон по следующим схемам: ежедневно по 50 мг в сутки в течение 5 дней, а 6 день – 100 мг в сутки, по 100 мг через день или 150 мг через два дня [5, 35, 36] или в\м 1 раз в месяц [40] (УД – А);

Нейролептики: препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин 100 – 200 мг/сут; рисперидон 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин 50 – 200 мг/сут [3,7,10,16,17,19,21,27,38,50,61] (УД – В);

Антиконвульсанты: для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут [43,53,54] (АД – В);

Антидепрессанты: препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: флувоксамин (50-200 мг в сутки), amitриптилин (25-100 мг в сутки), флуоксетин (20-80 мг в сутки)[15,29,30,33,34] (УД – В);

Седативная терапия: препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения – зопиклон (7,5-15 мг при нарушении сна, не более 14 дней), производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4 – 6 мл/сутки) [22] (УД - В);

14.3. Другие виды лечения:

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- лечебно-физическая культура.

14.4. Хирургическое вмешательство: нет

14.5 Профилактические мероприятия: нет

14.6. Дальнейшее ведение [11]:

При формировании терапевтической ремиссии проводится динамическое наблюдение в амбулаторном порядке:

Сроки наблюдения пациентов:

- первая группа – в среднем не реже 1 раз в месяц;
- вторая группа с ремиссией от 1 года до 2-х лет – 1 раз в 2 месяца;
- третья группа с ремиссией свыше 2-х лет - устанавливается с учетом течения заболевания;
- четвертая группа с ремиссиями свыше 3-х лет - не реже 1 раза в 4 месяца (Приложение 2).

15. Индикаторы эффективности лечения:

- полное воздержание от употребления опиоидов и других ПАВ с идентификацией в биологических средах;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катamnестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Мусабекова Жаннат Камельхановна – кандидат медицинских наук, заместитель директора Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 2) Гафарова Нурия Вильдановна – руководитель организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 3) Кисина Маржан Шамшиденовна – врач-методист организационно-методического отдела Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании.
- 4) Кусаинов Алмас Абихасович – кандидат медицинских наук, специалист по программам профилактики ВИЧ-инфекции в Казахстане, проект «Содействие/ICAP» при Колумбийском университете (США).
- 5) Смагулова 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. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты:

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

19. Указание условий пересмотра протокола:

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

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола):

- 1) Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., Плетнев В. А. Пирацетам при терапии агрипнических расстройств и патологического влечения к алкоголю и наркотикам: Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. Т.3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – с. 458-469.
- 2) Арзуманов Ю. Л., Судаков С. К. Нейрофизиологические аспекты наркологии, . Руководство по наркологии под ред Н.Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.1 – с. 124-140.
- 3) Благов Л. Н., Найденова Н. Г., Власова И. Б., Найденова И. Н. Клинические аспекты и фармакотерапия опиоидной зависимости. // Наркология, 2002; 5: 41-43.
- 4) Валентик Ю. В. Психогенетическая модель личности пациента с завивисмостью от психоактивных веществ// Вопросы наркологии – 2002 - №9. – С. 21-26.
- 5) Звартау Э. Э., Цой М. В., и соавт. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ. – Павлодар: ЭКО, 2008. Т.3: Профилактика и лечение зависимости от ПАВ. – с. 673-686].
- 6) Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая терапия больных наркоманией – Павлодар. – 2003 г. – 267 с.]
- 7) Миронюк М. Ю. Способ лечения наркотических зависимостей / Патент Российской Федерации RU2288717 – 2003.
- 8) Москаленко В. Д., Агибалова Т. В., Лабораторная диагностика острого и хронического употребления психоактивных веществ. Руководство по наркологии под ред Н. Н. Иванца. – М. «Медпрактика – М» - 2002. Т.2 – с. 405-415.
- 9) Надеждин А. Н. Эффекты преднизолона у опийных наркоманов в период отмены наркотика.// Вопросы наркологии. 1993. № 2. С. 23-25.
- 10) Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар –Мед – 2008.
- 11) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учета, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».
- 12) Руководство по наркологии. Под ред. Н. Н.Иванца. М., Медпрактика – М, 2002.– т.2 с.67-68.
- 13) Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова - М. Медицина – 1999 г - Т.2. – с. 414-415.
- 14) Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам: ВОЗ. Женева – перевод с английского В. Е. Пелипаса. – 1994. – 90 с.

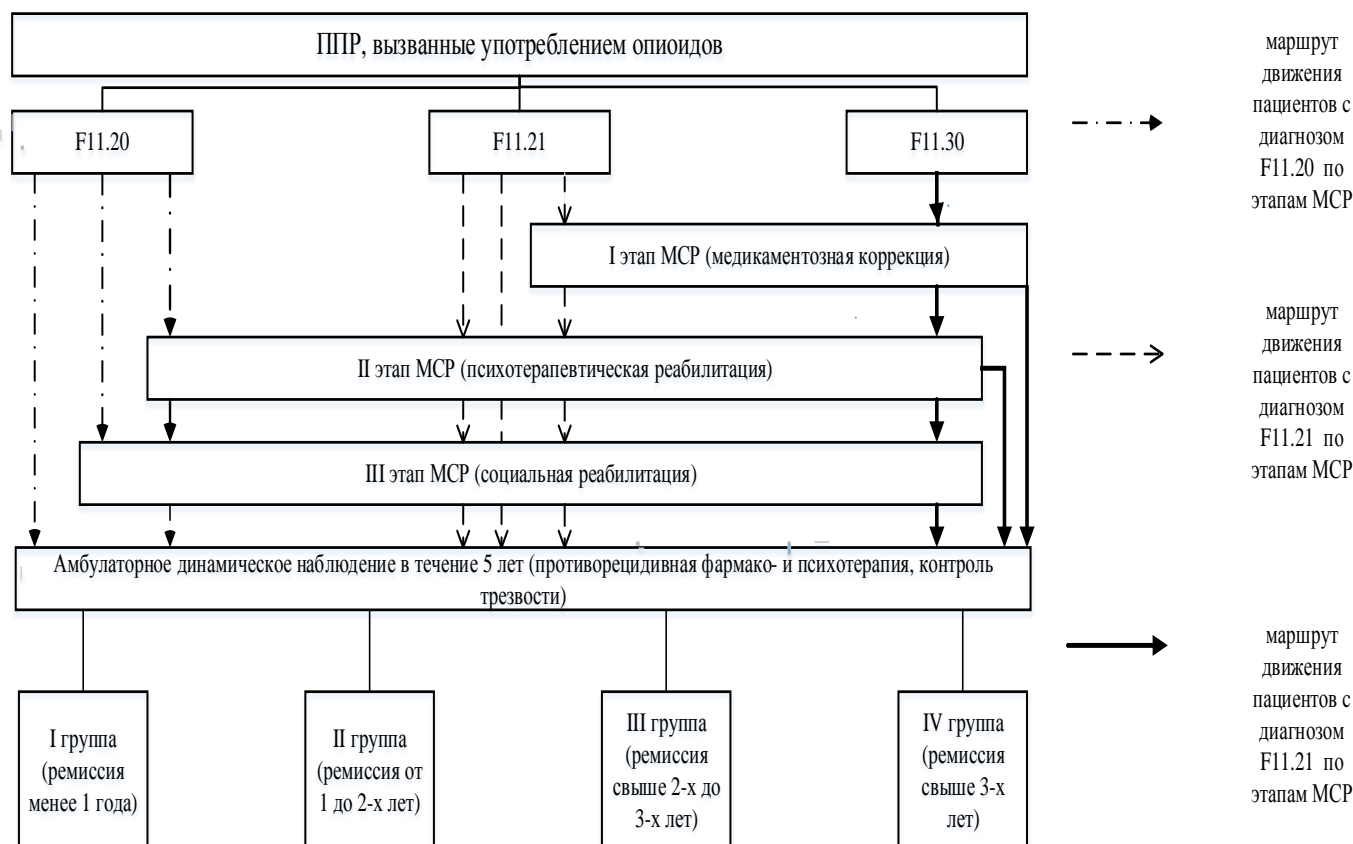
- 15) Alex M Gray The effect of fluvoxamine and sertraline on the opioid withdrawal syndrome: a combined in vivo cerebral microdialysis and behavioural study.//*Eur Neuropsychopharmacol* 2002 - Jun;12(3):245-54.
- 16) Ansari MA, Memon Z, Ahmed SP, Ali M. Comparison of the efficacy and safety of Chlorpromazine with Verapamil for the treatment of acute opioid abstinence syndrome. *Pak J Med Sci* 2009;25(4):641-645.
- 17) Arslan M, Etli T, Inanli I, Ozturk HI, Eren I Could olanzapine be a new choice for the treatment of opioid withdrawal? // *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2014;24(Supplement 1):S324-S5.
- 18) Beswick T, Best D, Bearn J, et al. The effectiveness of combined naloxone/lofexidine in opiate detoxification: Results from a double-blind randomized and placebo-controlled trial. *Am J Addict.*2003;12:295–305.
- 19) Cheng Yang, Yan Chen, Lei Tang, and Zaijie Jim Wang Haloperidol Disrupts Opioid-Antinociceptive Tolerance and Physical Dependence // *J Pharmacol Exp Ther.* 2011 Jul; 338(1): 164–172.
- 20) Classifying Skin Lesions of Injection Drug Users: A Method for Corroborating Disease Risk, NCADI Order No. AVD 154, DHHS Publication No. (SMA) 02-3753, Printed 2002.
- 21) Cordonnier L, Sanchez M, Roques B P, Noble F Blockade of morphine-induced behavioral sensitization by a combination of amisulpride and RB101, comparison with classical opioid maintenance treatments// *Br J Pharmacol.* 2007 May; 151(1): 75–83. Published online 2007 Mar 12.
- 22) Curren M, Lidmila J. Zopiclone: Is there cause for concern in addiction services and general practice? //*Int J Risk Saf Med.* 2014; 26(4):183-9.
- 23) Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 58(1), 15.
- 24) Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- 25) Detoxification of opiate addicts with multiple drug abuse: a comparison of buprenorphine vs. methadone. //*Pharmacopsychiatry.* 2002 Sep;35(5):159-64.
- 26) Drug misuse – psychosocial interventions NICE clinical guideline 51 – July 2007 – 36 p,
- 27) Giannini J. A. Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal// *Am Fam Physician.* 2000 May 1;61(9):2763-2774.
- 28) Gowing L, Farrell MF, Ali R, White JM. Alpha₂-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014.
- 29) Graves S. M., Persons A. L., Riddle J. L., Napier T. C. The atypical antidepressant mirtazapine attenuates expression of morphine-induced place preference and motor sensitization // *Brain Res.* 2012 Sep 7; 1472: 45–53.
- 30) Graves S. M., Rafeyan R., Watts J., Napier T. C. Mirtazapine, and mirtazapine-like compounds as possible pharmacotherapy for substance abuse disorders: Evidence from the bench and the bedside //*Pharmacol Ther.* 2012 Dec; 136(3): 343–353.

- 31) Handford C, Kahan M, Srivastava A, Cirone S, Sanghera S, Palda V, Lester MD, Janecek E, Franklyn M, Cord M, Selby P, Ordean A. Buprenorphine/naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); 2011. 145 p.
- 32) Hartman B. J. The use of hypnosis in the treatment of drug addiction // J Natl Med Assoc. 1972 Jan; 64(1): 35–38.
- 33) Hartz I., Jørgen G. Bramness and Svetlana Skurtveit, Prescription of antidepressants to patients on opioids maintenance therapy – a pharmacoepidemiological study // Norsk Epidemiologi 2011; 21 (1): 77-83 77.
- 34) Ismene Petrakisa, Kathleen M. Carrola, Charla Nicha, Lynn Gordona, Thomas Kostena, Bruce Rounsavillea Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts // Drug and Alcohol Dependence Volume 50, Issue 3, 1 May 1998, Pages 221–226.
- 35) Jansen JM, Daams JG, Koeter MW, Veltman DJ, van den Brink W, Goudriaan AE. Effects of non-invasive neurostimulation on craving: a meta-analysis.//Neurosci Biobehav Rev. 2013 Dec;37(10 Pt 2):2472-80.
- 36) Johansson BA, Berglund M, Lindgren A. Efficacy of maintenance treatment with naltrexone for opioid dependence: a meta-analytical review. // Addiction. 2006 Apr;101(4):491-503.
- 37) Kirchmayer U, Davoli M, Verster AD, Amato L, Ferri A, Perucci CA. A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. // Addiction. 2002 Oct;97(10):1241-9.
- 38) Klimas J, Tobin H, Field CA, O'Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, Saunders J, Bury G, Dunne C, Cullen W. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users.// Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 3;12
- 39) Kobayashi, T., Ikeda, K. and Kumanishi, T. (1998), Effects of clozapine on the δ - and κ -opioid receptors and the G-protein-activated K^+ (GIRK) channel expressed in *Xenopus* oocytes. British Journal of Pharmacology, 123: 421–426.
- 40) Kouros D, Tahereh H, Mohammadreza A, Minoos MZ. Opium and heroin alter biochemical parameters of human's serum.// Am J Drug Alcohol Abuse. 2010 May;36(3):135-9.
- 41) Krupitsky E, Nunes EV, Ling W, Gastfriend DR, Memisoglu A, Silverman BL. Injectable extended-release naltrexone (XR-NTX) for opioid dependence: long-term safety and effectiveness. // Addiction. 2013 Sep;108(9):1628-37.
- 42) Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users.// Joint Bone Spine. 2012 Oct;79(5):446-50.
- 43) Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2).
- 44) Maremmani, M. Pacini, F. Lamanna, P. P. Pani, G. Perugi, J. Deltito, I.M. Salloum, H. Akiskal Mood Stabilizers in the Treatment of Substance Use Disorders // CNS Spectr. 2010;15(2)95-109.
- 45) McDuff DR, Schwartz RP, Tommasello A, Tiegel S, Donovan T, Johnson JL. Outpatient benzodiazepine detoxification procedure for methadone patients. // Subst Abuse Treat. 1993 May-Jun;10(3):297-302.

- 46) McNicholas L., M.D., Ph.D. Consensus Panel Chair Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction, A Treatment Improvement Protocol TIP 40 - DHHS Publication No. (SMA) 04-3939 Printed 2004
- 47) Merrill JO, Duncan MH. Addiction disorders. // *Med Clin North Am.* 2014 Sep;98(5):1097-122
- 48) Nabipour S, Ayu Said M¹, Hussain Habil M² Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article.// *Iran J Public Health.* 2014 Aug;43(8):1022-32.
- 49) Ohlsson T. Effects of Transactional Analysis Psychotherapy in Therapeutic Community Treatment of Drug Addicts.
- 50) Opioids enabler. 2012 Jun. 5 p. Electronic copies: Available from the Centre for Addiction and Mental Health Web site
- 51) Pinkofsky HB, Hahn AM, Campbell FA, Rueda J, Daley DC, Douaihy AB.J Reduction of opioid-withdrawal symptoms with quetiapine.// *Clin Psychiatry.* 2005 Oct;66(10):1285-8.
- 52) Primary care addiction toolkit. Opioid misuse and addiction. Electronic copies: Available from the Centre for Addiction and Mental Health Web site ☒
- 53) Satel SL, Kosten TR, Schuckit MA, Fischman MW. Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? *Am J Psychiatry.* 1993;150:695–704.
- 54) Schneider, U., Paetzold, W., Eronat, V., Huber, T. J., Seifert, J., Wiese, B. and Emrich, H. M. (2000), Buprenorphine and carbamazepine as a treatment for detoxification of opiate addicts with multiple drug misuse: a pilot study. *Addiction Biology*, 5: 65–69.
- 55) Seifert J, Metzner C, Paetzold W, Borsutzky M, Passie T, Rollnik J, Wiese B, Emrich HM, Schneider U.
- 56) Sofuoglu M, DeVito EE, Waters AJ, Carroll KM.. Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. // *Neuropharmacology.* 2013 Jan;64:452-63. Epub 2012 Jun 23
- 57) Substance Use Disorders and the Person-Centered Healthcare Home: National Council for Community Behavioral Healthcare – Washington – 2010 – 57 p.
- 58) Threlkeld M, Parran TV, Adelman CA, Grey SF, Yu J. Tramadol versus buprenorphine for the management of acute heroin withdrawal: a retrospective matched cohort controlled study. *Am J Addict.* 2006;15(2):186–91.
- 59) van den Brink W Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. // *Curr Drug Abuse Rev.* 2012 Mar;5(1):3-3.
- 60) Wills, T.A. & Dishion, T.J. (2004). Temperament and adolescent substance abuse: a transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 69-81.
- 61) White, T. (1999). Heroin use as a passive behavior. *Transactional Analysis Journal*, 29(4), 273- 277
- 62) Zarghami M., Sheikhmoonesi F., S. Ala, Yazdani J., FarniaEur S. A comparative study of beneficial effects of Olanzapine and sodium valproate on aggressive behavior of patients who are on methadone maintenance therapy: a randomized triple blind clinical trial // *Rev Med Pharmacol Sci* 2013; 17 (8): 1073-1081

63) Ziaaddini H1, Ziaaddini A, Asghari N, Nakhaee N, Eslami M Iran Trial of tramadol plus gabapentin for opioid detoxification//Red Crescent Med J. 2014 Dec 29;17(1):e18202.

Алгоритм ведения пациентов в рамках этапов наркологической помощи



Узловые звенья реабилитационной программы

Создание реабилитационной среды обеспечивается совокупностью организационных и функциональных факторов (медицинских, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных). Программа реабилитации направлена на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, формирование или развитие его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности адаптации к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ [4].

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

Мишень № 1 – патологический соматический статус зависимых от опиоидов соматический уровень синдрома зависимости от опиоидов; признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса.

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

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

Мишень № 4 – нормативный личностный статус больных.

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

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