

УТВЕРЖДАЮ

Президент

Российского общества психиатров

Н.Г. Незнанов

14 ноября 2024 г.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Клинические рекомендации

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ [алкоголя, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ]

Психотическое расстройство.

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем,

связанных со здоровьем: F10.5; F12.5; F13.5; F14.5; F15.5; F16.5; F19.5

Возрастная группа: **Взрослые, Дети**

Год утверждения: 20__ (пересмотр каждые 3 года)

ID: ____

Разработчик клинических рекомендаций

Российское общество психиатров

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	9
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
2. Диагностика заболевания (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	9
2.1 Жалобы и анамнез	9
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования	11
2.5 Иные диагностические исследования	11
2.5.1 Психопатологическое обследование	11
2.5.1.1 Шизофреноподобное расстройство	11
2.5.1.2 Преимущественно бредовое расстройство	12
2.5.1.3 Преимущественно галлюцинаторное расстройство	13
2.5.1.4 Преимущественно полиморфное расстройство	14
2.5.1.5 Психотическое расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами	15
2.5.1.6 Психотическое расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами	15

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	16
3.1 Общие вопросы лечения психотических расстройств	16
3.2 Частные вопросы лечения психотических расстройств	16
3.2.1 Фиксация больного	16
3.2.2 Фармакотерапия	17
3.2.3 Регидратационная терапия	18
3.3 Психотерапия при психотическом расстройстве в результате употребления ПАВ	18
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	19
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	19
6. Организация оказания медицинской помощи	19
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания)	20
8. Критерии оценки качества медицинской помощи	21
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	24
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	25
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	28
Приложение Б. Алгоритмы действия врача	43
Приложение В. Информация для пациента	44
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.	45

Список сокращений

- АД – артериальное давление
- ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения
- ВЭЖХ МС – высокоэффективная жидкостная хроматография с масс-спектрометрическим детектированием
- ГХ МС – газовая хроматография с масс-спектрометрическим детектированием
- ДА – Дофамин
- ИХА- иммунохроматографическая экспресс-диагностика
- КА – катехоламины
- ЛР – летучие растворители
- МЗ РФ – Минздрав России
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
- НА – норадреналин
- ПАВ – психоактивное вещество
- ПР – психотическое расстройство
- ОИ – острая интоксикация
- ЧСС – частота сердечных сокращений
- ЧДД – частота дыхательных движений
- ЭКГ – электрокардиограмма
- GPP – good practice point (сложившаяся клиническая практика)
- РГ – рентгенография
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- КТ – компьютерная томография
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- ГАМК – гамма-аминомасляная кислота
- NMDA рецепторы – глутаматные (n-метил-D-аспартатные) рецепторы

Термины и определения

Психотическое расстройство (ПР), вызванное употреблением психоактивных веществ (ПАВ) – расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления ПАВ, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами, аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза [1].

Психоактивное вещество – вещество натурального или синтетического происхождения, способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом – психическую и физическую зависимость.

Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Бред - совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне.

Психомоторные расстройства – нарушения произвольных действий, мимики и пантомимики, проявляющиеся в виде ступора или возбуждения. При ступоре больной застывает в одной позе, становится малоподвижным, перестает отвечать на вопросы, смотрит в одну точку, отказывается от еды. При психомоторном возбуждении, больной находится все время в движении, говорит без умолку, порой гримасничает, бывает дурашлив, агрессивен и импульсивен (совершает неожиданные, немотивированные поступки).

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

ПР, вызванное употреблением ПАВ – состояние, возникающее во время, непосредственно после употребления ПАВ или в пределах 2 недель после его приема. Характеризуется яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более 1 сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов. Расстройство обычно проходит, по крайней мере частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев. ПР, вызванные употреблением ПАВ, могут различаться по своим симптомам в зависимости от типа употребляемого вещества и личности употребляющего. В то же время, клиническая картина ПР, вызванных различными ПАВ может иметь определенное сходство. ПР может возникать на любой стадии зависимости, но преимущественно в средней и конечной [1].

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

Причиной психотического расстройства является нарушение активности нейромедиаторных систем в результате длительного, систематического употребления ПАВ (или нескольких ПАВ). Возникновение психоза, вызванного ПАВ, по-видимому, может быть связано с нарушениями в одной или нескольких системах нейромедиаторов: дофаминовой, в первую очередь это относится к стимуляторам и психоделическим веществам; каннабиноидной – при употреблении каннабиса и синтетических каннабиноидов; серотониновой для галлюциногенных растений, новейших фенэтиламинов и производных триптамина. Также к психотическим расстройствам имеют отношение глутаматные (NMDA-рецепторы), связь с которыми доказана у кетамина и фенциклидина. [2].

Пусковым моментом в развитии психотического расстройства, как правило, является большая продолжительность очередного цикла приема ПАВ и/или необычно высокие дозы принятого ПАВ. Основной причиной возникновения психозов считают не столько непосредственное влияние ПАВ на мозг, сколько нарушение обменных процессов и наличие определенной предрасположенности к психотическим реакциям. Наиболее ярко

эта тенденция проявляется в случае ПР, обусловленных употреблением алкоголя [3, 4]. Более, чем у 50% лиц, злоупотребляющих ПАВ, наблюдается то или иное сопутствующее психическое нарушение: у 26% – аффективное расстройство (депрессия или мания, причем в 4,7 раза чаще, чем у не страдающих зависимостью от ПАВ), у 28% – тревожное расстройство (в 2,5 раза чаще), у 17,8% – антисоциальное расстройство личности (в 13,4 раза чаще), у 6,8% – шизофрения (в 6,2 раза чаще) [4, 5]. Существует мнение, что психотические расстройства, вызванные употреблением ряда ПАВ, являются факторами риска возникновения шизофренического спектра нарушений. У 46% лиц, перенесших психоз вследствие употребления каннабиса, и у 30% перенесших амфетаминовый психоз в течение восьми лет диагностируется шизофрения [6]. Показана высокая активность натуральных и синтетических каннабиноидов в качестве провоцирующих факторов развития психозов с шизофреноподобной картиной [7, 8].

Патогенез ПР, вызванных ПАВ, до настоящего времени все еще остается малоизученным. Большая часть исследователей рассматривает психоз как результат одновременного влияния множества факторов (гипоксия, гиперкапния, ишемия, нарушения мозгового обмена, дисциркуляторные сосудистые изменения, и др.). По мнению А.В. Снежневского (1974), действие экзогенных факторов реализует существующую в организме предрасположенность к формированию тех или иных психопатологических состояний. При продолжительном воздействии ПАВ проявляется роль возрастных, половых, дополнительных соматогенных и конституциональных факторов и избирательность действия токсических веществ на те или иные системы организма. На клиническую картину также существенно влияют эндокринный статус и разнообразные социально-психологические факторы [9].

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

Во всем мире наиболее распространены психозы, развивающиеся в период отмены алкоголя. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), металкогольные психозы возникают у 10% больных алкоголизмом, а по данным отечественных авторов – до 15% [10]. По данным эпидемиологических исследований, в России на протяжении последних лет распространенность зависимости от алкоголя и других ПАВ несколько снижаются. Так, в 2021 г. число пациентов с алкогольной зависимостью, обратившихся за наркологической помощью, составило 818,2 на 100 тыс. населения, из них с алкогольными психозами - 25,2 на 100 тыс населения. При этом, в том же году число пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ составило 155,5 на 100 тыс. населения, с синдромом зависимости от ненаркотических веществ - 3,5 на 100 тыс. населения [11].

Психозы, развивающиеся на фоне употребления или отмены других ПАВ, кроме алкоголя, гораздо менее изучены. Эпидемиологические исследования проводились в скандинавских странах, исследовались психозы, развивавшиеся вследствие употребления препаратов конопли и стимуляторов, их распространенность оценивалась как 2,7 случаев на 100 тыс. населения в год [12]. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости психозами, вызванными синтетическими каннабиноидами и стимуляторами среди молодежи и подростков [7]. Психотические расстройства вследствие употребления кофеина в клинической практике не встречаются.

Достоверные данные о распространенности психозов при употреблении других ПАВ отсутствуют.

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

Кодирование диагноза осуществляется с использованием международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у пациента расстройства.

В МКБ-10 ПР, вызванное употреблением различных ПАВ (алкоголь; опиоиды; каннабиноиды; седативные и снотворные средства; кокаин; другие психостимуляторы, включая кофеин; галлюциногены; летучие растворители) и вызванное одновременным употреблением ПАВ рассматривается в соответствующих разделах, по виду вещества. Констатация наличия ПР определяется четвертым знаком 5 (F1x.5x). (Таблица 1) [1].

В группах F13, F15, F16, F19, где конкретное вещество может относиться либо к наркотическим, либо к токсикоманическим, дополнительно вводятся буквенные коды. В случае, если ПР вызвано наркотическим веществом, в конец шифра ставится русская буква «Н». Наркотическим является ПАВ, которое включено в списки 1 и 2 официального «Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации». В случае, если ПАВ не является наркотическим, вещество относят к токсикоманическим - в конце шифра ставится русская буква «Т» [1].

Таблица 1. Формализация диагноза по МКБ-10.

Код диагноза по МКБ -10	Диагноз по МКБ – 10
F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя
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)
F19.5	Психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

Диагноз психотического расстройства уточняется 5 знаком в зависимости от преобладающего вида психотического нарушения (Таблица 2):

Таблица 2. Уточнения диагноза психотического расстройства.

Код диагноза по МКБ -10	Диагноз по МКБ – 10
F1x.50	Шизофреноподобное расстройство
F1x.51	Преимущественно бредовое расстройство
F1x.52	Преимущественно галлюцинаторное расстройство
F1x.53	Преимущественно полиморфное психотическое расстройство
F1x.54	Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами
F1x.55	Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами

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

ПР, вызванные употреблением ПАВ относятся к экзогенным или симптоматическим психозам. Основное значение при их классификации имеет вид психотического нарушения, преобладающего в клинической картине болезни – галлюцинации, бред, стойкое нарушение аффекта. Также ПР, вызванных ПАВ классифицируют в зависимости от вещества, послужившего причиной развития психоза. Любое ПР относится к тяжелым нарушениям психики и требует немедленного оказания специализированной медицинской помощи [1].

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

Клиническая картина ПР вследствие употребления ПАВ характеризуется наличием продуктивной психопатологической симптоматики психотического уровня в виде обманов восприятия (иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций) и бреда, а также аффективных расстройств, нарушений поведения, психомоторным возбуждением или торможением, неспособности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

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

Диагностика ПР вследствие употребления ПАВ основывается на наличии у пациента, их употреблявшего, стойких (продолжающихся 2 суток и более) психотических нарушений: обманов восприятия и/или расстройств мышления. Возможны расстройства сознания (делирий, онейроид) при употреблении галлюциногенов.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ, с целью установления данного диагноза, при выяснении жалоб и сборе анамнеза обращать внимание на нижеперечисленные диагностические критерии согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра [1]:

- наличие галлюцинаций (обычно слуховых, но часто затрагивающих более 1 сферы чувств) и/или бреда, в сочетании с психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аффективными нарушениями.

- наличие ясного сознания (возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность);

- возникновение ПР на фоне употребления ПАВ или в пределах 2 недель после его приема;

- сохранение психотических симптомов на протяжении более 48 часов;

- развитие ПР на любой стадии синдрома зависимости, но чаще – на средней и конечной;

- развитие ПР на фоне употребления ПАВ в высоких дозах и/или их длительного приема;

- редукция психотической симптоматики после прекращения приема ПАВ в большинстве случаев.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ, с целью оценки динамики состояния пациента и безопасности проводимой терапии проведение обследования: кожных покровов, мышечного тонуса, печени, почек, сердца, легких, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ, с целью оценки динамики состояния пациента и безопасности проводимой терапии обследовать неврологическое состояние: наличие или отсутствие нистагма, тремора,

состояние периферической нервной системы - тактильную и болевую чувствительность, статическую и динамическую координацию [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется пациентам в психотическом состоянии для подтверждения предварительного диагноза «ПР вследствие употребления ПАВ», основанного на клинических и анамнестических данных, проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, отравляющих веществ, лекарственных средств с использованием метода тонкослойной хроматографии (ТСХ) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ МС) или газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ МС) [14]

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: *Метод тонкослойной хроматографии является относительно недорогим с точки зрения капитальных затрат на оборудование и других первоначальных затрат, но менее чувствительны. Газовая хроматография и высокоэффективная жидкостная хроматография обеспечивают высокую чувствительность и специфичность.*
[14].

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ назначение общего (клинического) анализа крови развернутого для исключения сопутствующей патологии и оценки возможных осложнений терапии [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ назначение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови) для исключения сопутствующей патологии и оценки возможных осложнений терапии [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ назначение общего (клинического) анализа мочи для исключения сопутствующей патологии и оценки возможных осложнений терапии [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Выполнение данных диагностических процедур не позволяет уточнить диагноз ПР, вследствие употребления ПАВ. Тем не менее, их проведение необходимо для ранней диагностики имеющихся осложнений хронического употребления ПАВ, которые могут значимо повлиять на исход ПР.

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) с расшифровкой, описанием, интерпретацией электрокардиографических данных для исключения сопутствующей патологии и оценки возможных осложнений терапии [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1 Психопатологическое обследование

Диагностика клинических вариантов ПР основывается на выявлении характерной для данного варианта ПР психотической симптоматики психопатологическим методом. Для каждого клинического варианта существуют преобладающие в его клинической картине опорные признаки [1].

2.5.1.1 Шизофреноподобное расстройство F1x.50

Клинические проявления шизофреноподобного расстройства, вследствие употребления ПАВ, практически не отличаются от симптоматики шизофренического психоза. Опорными признаками для установления диагноза F1x.50 у пациента с шизофреноподобной симптоматикой являются анамнестические и лабораторные данные о том, что развитию данной симптоматики предшествовало употребление пациентом тех или иных ПАВ. Примерно у 1/3 пациентов впоследствии диагностируются истинные расстройства шизофренического спектра, однако такой диагноз правомочно устанавливать только при сохраняющихся более 6 месяцев ПР при условии, что в течение этого времени пациент не употреблял ПАВ [1].

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на шизофреноподобное ПР вследствие употребления ПАВ, с целью подтверждения данного диагноза опираться на наличие нижеперечисленных признаков, характерных для шизофрении [1, 13, 15]:

- расстройств мышления в виде разорванности, шперрунгов, трудности концентрации и выбора правильного решения при сохраненности сознания и памяти (в некоторых случаях возможна антероградная и конградная амнезия);
- галлюцинаций;
- бреда;
- явлений психического автоматизма;
- психомоторного возбуждения;
- кататонических расстройств, таких как: возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

После прекращения приема ПАВ в клинической картине наблюдается постепенная редукция психотических расстройств без формирования шизофренического дефекта. Данный вариант ПР характерен для пациентов, зависимых от каннабиноидов, стимуляторов, галлюциногенов, редко наблюдается у зависимых от алкоголя [1, 7, 13, 15-19].

2.5.1.2 Преимущественно бредовое расстройство F1x.51

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на преимущественно бредовое ПР вследствие употребления ПАВ, с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующий опорный признак:
преобладание в клинической картине психоза стойкого бреда (первичного или вторичного, развившегося после относительно короткого периода галлюцинаторных переживаний) [1, 10, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Наиболее часто бредовое расстройство проявляется в виде острого параноида, развивающегося внезапно, с появлением аффективных расстройств в виде тревоги, страха. Характерны обманы восприятия в виде слуховых иллюзий и/или вербальных галлюцинаций. Затем у пациента появляется уверенность, что за ним следят, его обсуждают, существует заговор с целью причинить ему вред. Обманы восприятия обычно отличаются небольшой продолжительностью, тогда как бред, как правило, стойкий, склонный к хронизации и рецидивам. Поведение пациента определяется особенностями его личности (он может нападать на окружающих с целью устранить мнимую угрозу, прятаться и пр.). Острые параноиды развиваются у пациентов,

зависимых от алкоголя, кокаина и других стимуляторов, седативных и снотворных веществ и каннабиноидов [10,13].

У зависимых от алкоголя типичным бредовым расстройством является алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя). Он обычно наблюдается у пожилых пациентов, 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 нередко сопровождается измененным поведением с грубостью, агрессией в отношении жены, реже мнимого соперника. На фоне лечения паранойяльный бред, как правило, сменяется стойким резидуальным [10,13].

Могут наблюдаться и другие варианты бреда:

- бред воздействия (чаще всего наблюдается у зависимых от каннабиноидов);
- ипохондрический бред (наиболее характерен для пациентов, зависимых от кокаина и других стимуляторов, алкоголя) [10,13].

2.5.1.3 Преимущественно галлюцинаторное расстройство F1x.52

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на преимущественно галлюцинаторное ПР вследствие употребления ПАВ, с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующий опорный признак:

- преобладание в клинической картине психоза галлюцинаторных расстройств [1, 10, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Острый галлюциноз манифестирует обычно появлением элементарных и простых расстройств восприятия (стуки, шумы, музыка). Обманы восприятия сопровождаются аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, растерянности, нарушением сна. Затем галлюцинации приобретают вербальный характер, чаще всего в виде разговора двух и более лиц, обсуждающих личность пациента, обвиняющих его, осуждающих, угрожающих различными карами. Обманы восприятия носят, как правило, истинный характер, то есть в восприятии больного обладают теми же признаками реальности, что и окружающие предметы и явления (т.е., например, галлюцинаторный голос

слышится таким же, как голос реального собеседника), они естественным образом вписываются в окружающую среду (т.е. галлюцинаторные образы проецируются в окружающее пространство). Больные убеждены, что воспринимают эти образы точно так же, как и остальной мир, т.е. при помощи своих органов чувств. Часто им кажется, что окружающие испытывают те же самые переживания, но по непонятным причинам скрывают это. На этом фоне часто развивается вторичный бред (отношения, обвинения и пр.). В отличие от бредовых и шизофреноподобных психозов бредовые идеи при галлюцинаторном расстройстве, как правило, тесно связаны с галлюцинаторной фабулой, несут интерпретативный, нестойкий характер, критика может сохраняться даже на высоте переживаемых галлюцинаций. Поведение пациента определяется содержанием галлюцинаторных переживаний и особенностями его личности. Кроме вербального, могут наблюдаться и другие виды галлюциноза – зрительный, тактильный, висцеральный. Наиболее часто встречается галлюцинаторное расстройство, вызванное употреблением алкоголя. Галлюцинаторные ПР могут возникать также вследствие употребления стимуляторов, седативных и снотворных веществ, каннабиноидов. Для галлюцинаторного расстройства, вызванного употреблением кокаина, характерны тактильные галлюцинации в виде ощущений ползающих по коже или проникших под нее насекомых. [10,13].

2.5.1.4 Преимущественно полиморфное психотическое расстройство F1x.53

- Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на преимущественно полиморфное ПР вследствие употребления ПАВ, с целью подтверждения данного диагноза опираться на следующие опорные признаки [1, 10, 13]:
 - сочетание в клинической картине различных стойких психотических расстройств – обманов восприятия и бреда, которые отличаются выраженной вариабельностью и меняются день ото дня, или даже от часа к часу.
 - лабильность и широкий спектр аффективных реакций (интенсивные транзиторные чувства счастья и экстаза, тревоги и раздражительности).
 - полиморфизм и нестабильность, меняющаяся клиническая картина психоза.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Для преимущественно полиморфного психотического расстройства характерно сочетание иллюзорных и/или галлюцинаторных расстройств с бредом (чаще всего преследования). Характерна повышенная возбудимость, двигательная активность, аффективные нарушения. Развивается у пациентов, зависимых от алкоголя, кокаина и других стимуляторов, седативных и снотворных веществ, каннабиноидов [1, 10, 13].

2.5.1.5 Психотическое расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами F1x.54

• Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ преимущественно с депрессивными симптомами с целью подтверждения данного диагноза опираться на наличие нижеперечисленных признаков [1, 10, 13]:

- преобладание в клинической картине депрессивных расстройств (стойкое снижение настроения, самооценки, психической активности, ангедония);

- наличие психотической симптоматики (галлюцинации и/или бред).

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

*Данное ПР характеризуется сочетанием депрессивных нарушений (снижения настроения, самооценки, активности, пессимистичной оценки происходящего) с психотической симптоматикой. ПР с преимущественно депрессивными психотическими симптомами манифестирует вербальными галлюцинациями, обвиняющими пациента, внушающими мысли о его никчемности, суицидальные мысли. Возможны бредовые идеи виновности, отношения, самоуничтожения, **суицидальные действия**. Характерны суточные колебания настроения: признаки депрессии наиболее выражены в утренние часы, к вечеру состояние может улучшаться. Часто наблюдаются нарушения сна (бессонница или сонливость), нарушения пищевого поведения. Согласно критериям МКБ-10 депрессивные состояния диагностируются в том случае, если имеется присутствие перечисленных симптомов, сохраняющихся более двух недель. Вместе с тем, данный диагноз может быть установлен и в случаях, характеризующихся более коротким временным отрезком, но при необычно тяжелых и быстронаступающих симптомах. ПР с преимущественно депрессивными симптомами наблюдается у пациентов с зависимостью от кокаина и других стимуляторов, алкоголя, седативных и снотворных веществ, галлюциногенов (кетамин, фенциклидин) [1,10, 13].*

2.5.1.6 Психотическое расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами F1x.55

• Рекомендуется всем пациентам в психотическом состоянии с подозрением на ПР вследствие употребления ПАВ преимущественно с маниакальными симптомами, с целью подтверждения данного диагноза, опираться на наличие нижеперечисленных признаков [1, 10, 13]:

- стойкое повышение настроения;

- ускорение темпа мышления с облегчением ассоциативного процесса (уменьшением задержки между мыслями, уменьшением строгости критериев для появления ассоциаций);
- повышение побудительной и двигательной активности;
- наличие психотической симптоматики (галлюцинации и/или бред).

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

При развитии данного ПР характерно возбуждение, повышенная двигательная и идеаторная активность, в сочетании с галлюцинаторными нарушениями и бредом (величия, отношения и преследования). Наблюдается у пациентов с зависимостью от кокаина и других стимуляторов, галлюциногенов, алкоголя, седативных и снотворных веществ [1,10,13].

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

3.1 Общие вопросы лечения психотических расстройств

ПР вследствие употребления различных ПАВ могут проявляться одинаковой психопатологической симптоматикой и напротив, употребление одного и того же ПАВ может приводить к развитию разных ПР. Стратегия и тактика лечения должна строиться, прежде всего, на той актуальной симптоматике, которая непосредственно определяет психический статус пациента.

3.2 Частные вопросы лечения психотических расстройств

3.2.1 Фиксация пациента

- Рекомендуется обеспечение фиксации пациента с ПР вследствие употребления ПАВ, при возникновении у него психомоторного возбуждения, с целью предотвращения с его стороны неадекватных, агрессивных или аутоагрессивных поступков и безопасного проведения психофармакотерапии [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Фиксация должна проводиться максимально деликатно, с использованием мягких, нетравматичных средств (полотенцами, простынями, матерчатými ремнями и т. п.). Надежно фиксируют каждую конечность и плечевой пояс, нельзя допускать сдавливания нервных стволов и кровеносных сосудов. Зафиксированный пациент должен постоянно находиться в поле зрения персонала. Фиксация не предполагает снятие надзора, а

напротив, требует постоянного мониторинга состояния больного. Применение фиксации пациента требует обязательной записи в медицинской документации.

3.2.2. Фармакотерапия

- Рекомендуется пациентам с ПР вследствие употребления ПАВ с целью терапии психомоторного возбуждения назначение препарата из группы «анксиолитики» диазепама** или бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина** внутривенно или внутримышечно [13, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии:

*Диазепам** назначается в виде 0,5% раствора, вводится медленно, не более 60 мг в сутки. Детям старше 5 лет Диазепам** назначается внутривенно медленно по 1 мг каждые 2-5 минут до достижения максимальной дозы 10 мг. При необходимости лечение повторяют через 2-4 часа. Альтернативой назначению диазепама** является назначение бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина** (до 6 мг в сутки внутривенно или внутримышечно) [13]. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин** противопоказан в возрасте до 18 лет.*

- Рекомендуется пациентам с ПР вследствие употребления ПАВ для проведения комплексной терапии ПР назначение препаратов группы «антипсихотические средства» при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [7, 13, 21, 20, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Антипсихотические препараты симптоматически назначаются пациентам с ПР с целью терапии психотических расстройств – галлюцинаций и/или бреда [7, 13, 20 -27]. Наиболее эффективны и безопасны атипичные антипсихотики. Назначается #оланзапин** внутрь, в дозе от 5 мг до 20 мг в сутки, или #кветиапин** внутрь, в дозе от 100 до 300 мг в сутки. Эти препараты противопоказаны в возрасте до 18 лет. В качестве альтернативы может быть назначен #рисперидон**внутри, в дозе от 2 до 6 мг/сут в сутки Пациентам от пяти лет и старше с массой тела 50 кг и более - рекомендованная начальная доза препарата - 0,5 мг один раз в день. При необходимости эта доза может быть повышена на 0,5 мг в день, не чаще чем через день. Для большинства пациентов оптимальной дозой является доза 1 мг в день. Однако для некоторых пациентов предпочтительней прием по 0,5 мг в день, тогда как некоторым требуется увеличение дозы до 1,5 мг в день.*

Пациентам с массой тела менее 50 кг - рекомендованная начальная доза препарата - 0,25 мг один раз в день. При необходимости эта доза может быть повышена на 0,25 мг в день, не чаще чем через день. Для большинства пациентов оптимальной дозой является доза 0,5 мг в день. Однако для некоторых пациентов предпочтительней прием по 0,25 мг в день, тогда как некоторым требуется увеличение дозы до 0,75 мг в день. При психомоторном возбуждении, агрессивном поведении назначается перициазин** внутрь в дозе от 5 до 30 мг в сутки (короткими курсами, в сочетании с анксиолитиками) [13]. Детям 3 лет и старше перициазин назначается при тяжелых поведенческих расстройствах с ажитацией и возбудимостью. Пациентам в возрасте до 3 лет перициазин противопоказан. При психомоторном возбуждении, отказе больного с ПР от приема энтеральных форм лекарственных препаратов назначается галоперидол** внутримышечно или внутривенно, в разовой дозе 5 мг, максимальная суточная доза – 60 мг. Детям в возрасте старше 3 лет галоперидол** назначается по 0,025-0,05 мг в сутки, максимальная суточная доза – 0,15 мг/кг. Пациентам в возрасте менее 3 лет галоперидол не назначается. Несмотря на высокую эффективность галоперидола** в отношении психотических расстройств, препарат используется короткими курсами, по экстренным показаниям, в связи с возможным развитием тяжелых осложнений (злокачественный нейролептический синдром, нарушения ритма сердца, дискинезии и др.) [13].

- Рекомендуется взрослым пациентам с ПР вследствие употребления ПАВ для лечения инсомнии назначение снотворных препаратов, относящихся к группе «бензодиазепиноподобные средства» [28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Целесообразно назначение зопиклона** 7,5-15 мг или золпидема 5-10 мг [28, 29]. Пациентам в возрасте до 18 лет эти препараты противопоказаны.

3.2.3 Регидратационная терапия

- Рекомендуется пациентам с ПР, вследствие употребления ПАВ, при наличии у них нарушений водно-электролитного баланса назначение препаратов группы «Пероральные солевые составы для регидратации» или инфузионной терапии препаратами группы «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» [13, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

Для пациентов с ПР характерно повышение физической и психической активности, возможно повышение температуры тела, ЧДД, усиленное потовыделение. В связи с этим увеличиваются потери жидкости. В большинстве случаев достаточно оральной

регидратации. В случаях, когда пациент не может самостоятельно пить или отказывается от приема жидкости - назначают инфузионную терапию. Объем и продолжительность инфузионной терапии определяется степенью тяжести волевых нарушений [13, 30].

3.3. Психотерапия при психотических расстройствах в результате употребления ПАВ

Возможности применения различных методов психотерапии при ПР ограничены. Необходимо провести семейное консультирование таким образом, чтобы вовлечь членов семьи и значимых людей в терапевтическую программу для предотвращения продолжения употребления ПАВ. Пациенту психотерапия показана после купирования психотических явлений.

- Рекомендуется всем пациентам с ПР вследствие употребления ПАВ и их родственникам или значимым лицам проведение семейной психотерапии для повышения эффективности комплексного лечения [31-34].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфическая реабилитация пациентов, перенесших ПР, вызванных употреблением ПАВ не проводится. После купирования ПР и лечения синдрома зависимости реабилитационные мероприятия проводятся так же, как и у других пациентов с синдромом зависимости от ПАВ [13].

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

При ПР, вызванных употреблением ПАВ наиболее важное значение имеет третичная (модификационная) профилактика, которая является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированной зависимостью от ПАВ. Такая профилактика направлена на предупреждение повторного развития психотического расстройства, уменьшение вредных последствий для психической и соматической сферы перенесшего психоз пациента.

- Рекомендуется всем пациентам с ПР вследствие употребления ПАВ после редукции психотических расстройств диспансерное наблюдение в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ [13]

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

6. Организация оказания медицинской помощи

Рекомендации, касающиеся организации медицинской помощи пациентам с ПР, вызванными употреблением ПАВ приведены в соответствии с Приказом МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

- Рекомендуется выполнение осмотра пациента с ПР, вследствие употребления ПАВ, врачом психиатром-наркологом [13]

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется при ПР, вследствие употребления ПАВ при сохраняющихся галлюцинаторных и бредовых расстройствах более 30 суток перевод пациентов в психиатрический стационар [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии:

В соответствии с Приказом Минздрава России от 01.06.2012 N 372н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (психотическое расстройство) (диагностика и лечение)" рекомендуемая средняя продолжительность курса лечения составляет 20 суток. В большинстве случаев редукция психотической симптоматики ПР, вызванном употреблением ПАВ, происходит в течение 2-14 суток. В редких случаях, когда продолжительность ПР превышает 30 суток, целесообразен перевод пациента в психиатрический стационар, поскольку лечение таких больных в наркологическом стационаре в настоящее время не имеет правовых оснований. В то же время, ФЗ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" позволяет продолжить лечение таких пациентов в психиатрическом стационаре.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания)

Развитие ПР, вызванного употреблением ПАВ, требует незамедлительного оказания медицинской помощи в условиях наркологического или психиатрического стационара. В связи с опасностью ПР для здоровья и жизни пациента и окружающих

возможна недобровольная госпитализация данных пациентов (ФЗ от 2 июля 1992 г. N 3185-I "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ (коды по МКБ-10: F10.5; F12.5; F13.5; F14.5; F15.5; F16.5; F19.5)

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом психиатром-наркологом	5	С
2.	Выполнено проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, отравляющих веществ, лекарственных средств с использованием метода тонкослойной хроматографии (ТСХ) или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ МС) или газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (ГХ МС).	5	С
3.	Выполнена регистрация электрокардиограммы	5	С
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности гамма глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня глюкозы в крови)	5	С
5.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	5	С
6.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	5	С
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы «антипсихотические препараты» (при отсутствии медицинских противопоказаний)	5	С
8.	Проведена терапия психомоторного возбуждениям лекарственными препаратами группы «анксиолитики» (при отсутствии медицинских противопоказаний)	5	С

Список литературы

1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Москва 1998 г. [Электронный ресурс]. URL: https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf (дата обращения: 31.05.2023).
2. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:694863. doi: 10.3389/fpsyt.2021.694863
3. Анохина, И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии: изд. третье, переработанное и расширенное / Под ред. проф. Иванца Н.Н. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 13-33.
4. Стрелец Н. В., Уткин С. И. Причины возникновения, клиника и терапия острых психозов, развившихся в ходе стационарного лечения у больных алкоголизмом и наркоманиями // Материалы международной конференции психиатров. — М., 1998. — С. 346-347.
5. Warner L.A., Kessler R.C., Hughes M. et al. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity // Survey. *Arch. Gen. Psychiatr*. 1995. Vol. 52. P. 219–229.
6. Niemi-Pynttari J.A., Sund R., Putkonen H. et al. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases // *J. Clin. Psychiatry*. 2013. Vol. 74 (1). P. 94–99.
7. Beckmann D, Lowman KL, Nargiso J, McKowen J, Watt L, Yule AM. Substance-induced Psychosis in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020 Jan;29(1):131-143. doi: 10.1016/j.chc.2019.08.006
8. Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Кормилина О.М. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов // *Наркология*. 2015. № 1. С. 41–44.
9. Снежневский А.В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии /под ред. Н.К. Боголепова, И. Темкова. – М.: Медицина, 1974.- С. 156- 169.
10. Экзогенные психические расстройства // Руководство по психиатрии: В 2-х т. Под ред. А.С.Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т.2.- С. 250-465
11. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2022; 202 с.

12. Weibell MA, Joa I, Bramness J, et al. Treated incidence and baseline characteristics of substance induced psychosis in a Norwegian catchment area. *BMC Psychiatry*. 2013;13:319. doi: 10.1186/1471-244X-13-319
13. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - DOI: 10.33029/9704-5423-7-NRK-2020-1-704
14. Рекомендуемые методы обнаружения и анализа героина, каннабиноидов, кокаина, амфетамина, метамфетамина и замещенных по циклу производных амфетамина в биологических пробах. Руководство для национальных лабораторий. Организация Объединенных Наций. [Электронный ресурс]. URL: https://www.unodc.org/documents/scientific/Recommended-methods-for-the-detection-and-assay-of-heroin-cannabinoids-cocaine-amphetamine-methamphetamine_-R.pdf (дата обращения: 31.05.2023).
15. Paparelli A., Morrison P.D., Murray R.. Drug-Induced Psychosis: How to Avoid Star Gazing in Schizophrenia Research by Looking at More Obvious Sources of Light 2011. [Электронный ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/49785776_Drug-Induced_Psychosis_How_to_Avoid_Star_Gazing_in_Schizophrenia_Research_by_Looking_at_More_Obvious_Sources_of_Light/download (дата обращения: 30.05.2023).
16. Nunez L.A., Gurpegi M. Cannabis-induced psychosis: a cross-sectional comparison with acute schizophrenia. // *Acta Psychiatr Scand*. – 2002. - N105. P. 173-178.
17. Glasner-Edwards S., Moone L.J. Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management. // *CNS Drugs*. - 2014. - N28. - P. 1115–1126. DOI 10.1007/s40263-014-0209-8.
18. Rognli E.B., Bramness J.G. Understanding the Relationship Between Amphetamines and Psychosis. // *Current Addiction Reports*. -2015. - Vol. 2, - Iss.4. –P. 285–292.
19. Jordaan GP, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: a review. // *Metab Brain Dis*. – 2014. Vol.29. - N2. P. 231-243. doi: 10.1007/s11011-013-9457-4.
20. Stetson SR, Osser DN. Psychopharmacology of agitation in acute psychotic and manic episodes. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35(3):171-176. doi: 10.1097/YCO.0000000000000787
21. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2014 Dec;28(12):1115-26. doi: 10.1007/s40263-014-0209-8.
22. Jordaan GP, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: a review. *Metab Brain Dis*. 2014;29(2):231-43. doi: 10.1007/s11011-013-9457-4

23. Wilson RP, Bhattacharyya S. Antipsychotic efficacy in psychosis with co-morbid cannabis misuse: A systematic review. *J Psychopharmacol.* 2016; 30(2): 99-111. doi: 10.1177/0269881115612237
24. Leelahanaj T, Kongsakon R, Netrakom P. A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. *J Med Assoc Thai.* 2005 Nov;88 Suppl 3:S43-52
25. Samiei M, Vahidi M, Rezaee O, Yaraghi A, Daneshmand R. Methamphetamine-Associated Psychosis and Treatment With Haloperidol and Risperidone: A Pilot Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016 Sep 4;10(3):e7988. doi: 10.17795/ijpbs-7988
26. Fluyau D, Mitra P, Lorthe K. Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2019 Oct 15;10:740. doi: 10.3389/fpsy.2019.00740
27. Verachai V, Rukngan W, Chawanakrasaerin K, Nilaban S, Suwanmajo S, Thanateerabunjong R, Kaewkungwal J, Kalayasiri R. Treatment of methamphetamine-induced psychosis: a double-blind randomized controlled trial comparing haloperidol and quetiapine. *Psychopharmacology (Berl).* 2014 Aug;231(16):3099-108. doi: 10.1007/s00213-014-3485-6
28. Monti J.M., Spence D.W., Buttoo K., Pandi-Perumal S.R. Zolpidem's use for insomnia. // *Asian J Psychiatr.* – 2017. – Vol. 25. – P. 79-90.
29. Holm K.J., Goa K.L. Zolpidem: an update of its pharmacology, therapeutic efficacy and tolerability in the treatment of insomnia // *Drugs.* – 2000. - Vol.59. N4. - P.865-890.
30. Bartels K., Thiele R.H., Gan T.J. Rational fluid management in today's ICU practice. // *Critical Care* 2013 17 (Suppl 1). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603466/> (дата обращения: 20.09.2018).
31. McCrady, B.S. Treating alcohol problems with couple therapy. // *Journal of Clinical Psychology.* – 2012. – Vol. 68. – № 5. – P. 514-525.
32. Powers, M.B. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis / M.B. Powers, E. Vedel, P.M.G. Emmelkamp // *Clinical Psychology Review.* – 2008. – Vol. 28. – № 6. – P. 952-962.
33. Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., et al. The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. // *Clinical Psychology Review.* – 2014. - Vol. 34. – № 6. - P. 468–481.
34. Stanton M.D., Shadish W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. // *PsycholBull.* – 1997. - № 122. - P. 1.70–91

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Со-Председатели:

Клименко Татьяна Валентиновна д.м.н., проф.

Крупницкий Евгений Михайлович д.м.н., проф.

Секретарь:

Губанов Георгий Александрович

Состав рабочей группы:

Агибалова Татьяна Васильевна д.м.н.

Аркус Максим Леонидович к.м.н.

Бузик Олег Жанович д.м.н.

Винникова Мария Алексеевна д.м.н.

Вышинский Константин Витальевич к.м.н.

Корчагина Галина Александровна д.м.н., проф.

Илюк Руслан Дмитриевич д.м.н.

Лобачева Анна Станиславовна к.м.н.

Михайлов Михаил Альбертович д.м.н.

Наждин Алексей Валентинович к.м.н.

Ненастьева Анна Юрьевна к.м.н.

Поплевченков Константин Николаевич к.м.н.

Рыбакова Ксения Валерьевна д.м.н.

Фадеева Евгения Владимировна к.п.н.

Авторы:

1. Михайлов Михаил Альбертович, доктор медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Российское общество психиатров.

2. Уткин Сергей Ионович, кандидат медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Российское общество психиатров. Федерация анестезиологов и реаниматологов.

Конфликт интересов: нет

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Врач психиатр-нарколог

Врач-психиатр-нарколог участковый

Врач психиатр-подростковый

Врач-психиатр

Врач-психиатр участковый

Врач-психотерапевт

Медицинский психолог

Врач-терапевт

Врач-невролог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н.Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.

- Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:

- отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;

- зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA);

- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовались рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) (Приложение 1, 2) и уровня убедительности рекомендаций (А, В, С) (Приложение 3)

Приложение 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
-----	-------------

1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Приложение 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Приложение 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности

	(исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Инструкции к рекомендуемым в данных клинических рекомендациях лекарственным препаратам представлены на сайте ГРЛС: <https://grls.minzdrav.gov.ru/>

Различные нарушения психотического спектра (иллюзии, галлюцинации, бредовые идеи), характерные для ПР, вызванных употреблением ПАВ могут наблюдаться также и при острой интоксикации (ОИ) ПАВ. При ОИ такие нарушения носят кратковременный и нестойкий характер. Исключением являются ОИ галлюциногенами (F16.0xx), после приема которых психотические расстройства могут существовать достаточно продолжительное время. В этом случае диагноз ПР может быть поставлен только если психотическая симптоматика не может быть объяснена интоксикационным эффектом галлюциногена. Необходимо рассмотреть возможность развития ПР в результате другого патологического процесса, не связанного с приемом ПАВ или утяжеленного (ускоренного) в результате такого приема: например, шизофрения (F20.-), аффективные расстройства (F30 F39), параноидное или шизоидное расстройство личности (F60.0x; F60.1x). В подобных случаях диагноз ПР, вызванного приемом ПАВ, будет неправильным.

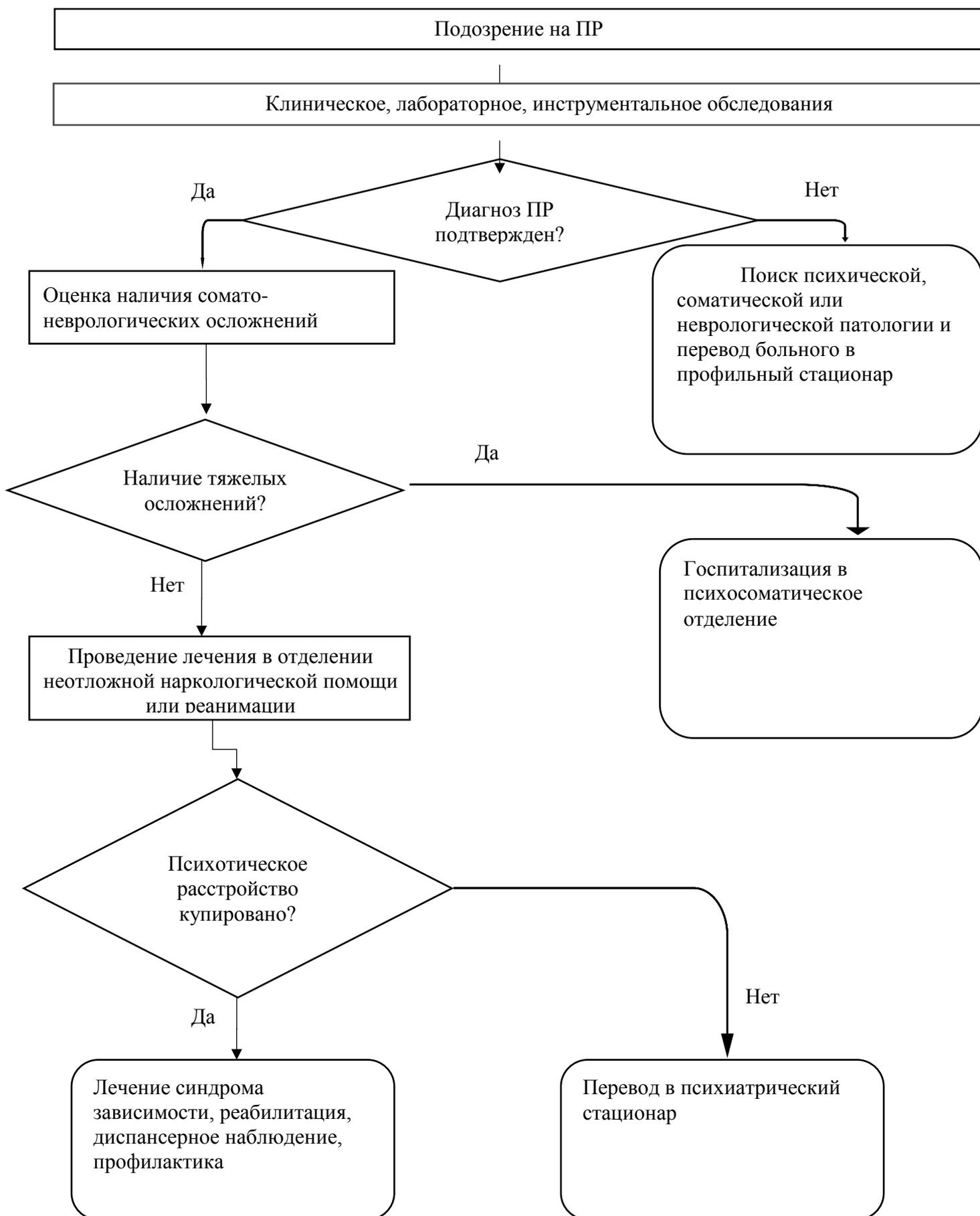
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». Зарегистрирован Минюстом России 26 февраля 2006 г.

Приказ Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. № 108 "О скорой психиатрической помощи".

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 26.12.2002г. № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи».

Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача.



Приложение В. Информация для пациента

Под психозами (психотическими расстройствами) в наркологии понимают самые яркие проявления психических заболеваний, при которых нарушается психическая деятельность больного, что проявляется в нарушениях поведения, способности рассуждать, принимать правильные решения, нарушении ориентировки в пространстве и времени. Основными проявлениями психозов являются:

Обманы восприятия (галлюцинации). Они могут быть простыми (звонки, шум, оклики) и сложными (речь, сцены). Наиболее часто встречаются слуховые галлюцинации, так называемые «голоса», которые человек может слышать доносящимися извне или звучащими внутри головы, а порой и тела. В большинстве случаев голоса воспринимаются настолько ярко, что у человека не возникает ни малейшего сомнения в их реальности. Голоса могут быть угрожающими, обвиняющими, нейтральными, императивными (приказывающими). Императивные считаются самыми опасными, так как часто люди подчиняются приказам голосов и совершают поступки, опасные для себя или окружающих.

Бредовые идеи - суждения, умозаключения, не соответствующие действительности, полностью овладевающие сознанием больного, не поддающиеся коррекции путем разубеждения и разъяснения. Чаще всего встречаются: бред преследования (ведется слежка, хотят убить, плетутся интриги, организуются заговоры), бред воздействия (со стороны экстрасенсов, инопланетян, спецслужб с помощью излучения, радиации, «черной» энергии, колдовства, порчи), бред ущерба (подсыпают яд, крадут или портят вещи, хотят выжить из квартиры), ипохондрический бред (человек убежден, что страдает какой-то болезнью, часто страшной и неизлечимой, упорно доказывает, что у него поражены внутренние органы, требует оперативного вмешательства). Встречается также бред ревности, изобретательства, величия, реформаторства, иного происхождения, любовный, сутяжнический и т.д.

Двигательные расстройства, проявляющиеся в виде заторможенности (ступора) или возбуждения. При ступоре человек застывает в одной позе, становится малоподвижным, перестает отвечать на вопросы, смотрит в одну точку, отказывается от еды. Люди в состоянии психомоторного возбуждения, наоборот, находятся все время в движении, говорят без умолку, порой гримасничают, передразнивают, бывают дурашливы, агрессивны и импульсивны (совершают неожиданные, немотивированные поступки).

Расстройства настроения, проявляющиеся депрессивными или маниакальными состояниями. Депрессия характеризуется сниженным настроением, тоской, подавленностью, двигательной и интеллектуальной заторможенностью, исчезновением

желаний и побуждений, снижением энергетика, пессимистической оценкой прошлого, настоящего и будущего, идеями самообвинения, мыслями о самоубийстве. Маниакальное состояние проявляется необоснованно повышенным настроением, ускорением мышления и двигательной активности, переоценкой возможностей собственной личности с построением нереальных, порой фантастических планов и прожектов, исчезновением потребности во сне, расторможенностью влечений (злоупотребление алкоголем, наркотиками, неразборчивые половые связи).

Психотические расстройства, вызванные употреблением тех или иных психоактивных веществ, могут квалифицироваться только в случае достоверных данных из жизни о недавнем факте употребления конкретного психоактивного вещества. Такой диагноз устанавливается только, если с момента последнего приема психоактивного вещества до возникновения психоза прошло не более 2 недель. Кроме того, должны быть достоверные сведения о систематическом злоупотреблении данным психоактивным веществом. Психотические расстройства требуют обязательного стационарного лечения. После купирования психотического расстройства, пациент нуждается в лечении зависимости от психоактивного вещества.

Рекомендуемый алгоритм действий родственников лиц у которых развилось психотическое расстройство:

1. Сохраняйте спокойствие. При общении с больным человеком сохраняйте спокойный тон и демонстрируйте свою поддержку и понимание. Избегайте судить его или отрицать его переживания, поскольку это может усугубить его состояние.
2. Установите эмоциональную связь с больным, показывая ему, что готовы выслушать и понять его. Будьте терпеливыми и давайте ему возможность выразить свои мысли и чувства.
3. Обратитесь в службу скорой психиатрической помощи (по телефону 103 или 112), поскольку больной в психотическом состоянии нуждается в лечении в условиях специализированного, психиатрического или наркологического стационара. Иногда приходится принимать решение о помощи без учета мнения самого больного, однако следует всегда стремиться к согласию пациента на лечение, так как это первостепенный принцип в оказании помощи.
4. Поддержка режима лечения. Ваша поддержка и участие в процессе лечения играют важную роль. Участвуйте в его или стационарном лечении, поддерживая его в ходе визитов в стационар, помогайте пациенту следовать рекомендациям врача после выписки из стационара.

5. Получение необходимой информации. Обратитесь за помощью к профессиональным врачам психиатрам-наркологам, чтобы получить дополнительные сведения о психозе и наилучших способах реагирования и поддержки пациента. Это поможет вам лучше подготовиться к ситуациям, которые могут возникнуть, и эффективнее помогать вашему близкому.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Шкалы и опросники для диагностики ПР вследствие употребления ПАВ не применяются