

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ**

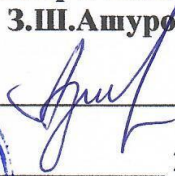
**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПМЦЗ
З.Ш.Ашуров





_____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»**

Ташкент – 2025

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»	33

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»**

Ташкент – 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Кодирование по МКБ-10

F10	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя
F10.1	Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
F10.2*	Синдром зависимости от алкоголя:
F10.20	В настоящее время воздержание (ремиссия)
F10.21	В настоящее время воздержание в условиях, исключающих Употребление алкоголя
F10.22	В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения
F10.23	В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие алкоголя
F10.24	Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость)
F10.25	Систематическое (постоянное) употребление алкоголя
F10.26	Периодическое употребление алкоголя
F10.3	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
F10.4	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием:
F10.40	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с «классическим» делирием
F10.41	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием с Судорожными припадками
F10.42	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с мусситирующим («бормочущим») делирием
F10.43	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с «профессиональным» делирием
F10.44	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием без Галлюцинаций (люцидным)
F10.46	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием абортивным
F10.48	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием другим
F10.49	Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием неуточненным
F10.5	Психотическое расстройство:
F10.50	Шизофреноподобное расстройство
F10.51	Преимущественно бредовое расстройство
F10.52	Преимущественно галлюцинаторное расстройство (включает Алкогольный галлюциноз)
F10.53	Преимущественно полиморфное психотическое расстройство
F10.54	Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами
F10.55	Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами
F10.6	Амнестический синдром
F10.7	Резидуальные и отсроченные психические расстройства:
F10.70	«Флэшбэк»
F10.71	Расстройства личности и поведения
F10.72	Остаточное (резидуальное) аффективное расстройство

F10.73	Деменция
F10.74	Другое стойкое когнитивное нарушение
F10.75	Психотическое расстройство с поздним дебютом (включаются Хронические алкогольные психозы)
F10.8	Другие психические расстройства и расстройства поведения
F10.9	Психические расстройства и расстройства поведения неуточненные
	https://mkb-10.com/index.php?pid=4048

**Примечание: Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком: F10.2x1 - начальная (первая) стадия алкогольной зависимости
F10.2x2 - средняя (вторая) стадия алкогольной зависимости
F10.2x3 - конечная (третья) стадия алкогольной зависимости
F10.2x9 - стадия алкогольной зависимости не известна*

Кодирование по МКБ-11

6C40	Расстройства вследствие употребления алкоголя
6C40.1	Употребление алкоголя с вредными последствиями
6C40.2	Алкогольная зависимость:
6C40.20	Зависимость от алкоголя, текущее употребление, постоянное
6C40.21	Алкогольная зависимость, текущее употребление, эпизодическое
6C40.22	Алкогольная зависимость, ранняя полная ремиссия
6C40.23	Алкогольная зависимость, стойкая частичная ремиссия
6C40.24	Алкогольная зависимость, стойкая полная ремиссия
6C40.2Z	Алкогольная зависимость, неуточненная
6C40.4	Синдром отмены алкоголя (абстинентное состояние)
6C40.40	Синдром отмены алкоголя, неосложненный
6C40.41	Синдром отмены алкоголя с нарушениями восприятия
6C40.42	Синдром отмены алкоголя с судорожными приступами
6C40.43	Синдром отмены алкоголя с нарушениями восприятия и судорожными приступами
6C40.4Z	Синдром отмены алкоголя, неуточненный
6C40.5	Алкоголь-индуцированный делирий
6C40.6	Алкоголь-индуцированное психотическое расстройство:
6C40.60	Алкоголь-индуцированное психотическое расстройство, с галлюцинациями
6C40.61	Алкоголь-индуцированное психотическое расстройство, с бредом
6C40.62	Алкоголь-индуцированное психотическое расстройство, со смешанными психотическими симптомами
6C40.6Z	Алкоголь-индуцированное психотическое расстройство, неуточненное
6C40.7	Отдельные уточненные алкоголь-индуцированные психические или поведенческие расстройства:
6C40.70	Алкоголь-индуцированное аффективное расстройство
6C40.71	Алкоголь-индуцированное тревожное расстройство
6D72.10	Амнестическое расстройство вследствие употребления алкоголя
6D84.0	Деменция вследствие употребления алкоголя
6C40.Y	Иные уточненные расстройства, вызванные употреблением алкоголя
6C40.Z	Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, неуточненные
	https://mkb11.online/105709#subitems

Дата разработки и пересмотра протокола:

2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (РСНПМЦПЗ)

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению Наркология:

1. Ашуров З.Ш. – директор РСНПМЦПЗ, д.м.н., профессор, главный специалист МЗ по психиатрии и наркологии
2. Хайрединова И.И. – ученый секретарь РСНПМЦПЗ, PhD
3. Рогов А.В. – ассистент кафедры ТашПМИ, PhD

Список авторов:

Турсунходжаева Л.А.	д.м.н., профессор кафедры наркологии ЦРПКМР
Бахрамов Ф.Ш.	доктор (PhD), заместитель директора РСНПМЦПЗ, заведующий кафедрой наркологии ЦРПКМР
Баймирова Л.Т.	доктор (PhD) ассистент кафедры наркологии ЦРПКМР
Азизова Д.К.	ассистент кафедры наркологии ЦРПКМР

Рецензенты:

Имамов А.Х.	д.м.н., профессор, консультант Самаркандской областной психиатрической больницы
Сиволап Ю.П.	д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации психиатров Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПЦМПЗ и их заместителей) в онлайн-формате 13 марта 2025 г.

Руководитель рабочей группы – Турсунходжаева Л.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой наркологии и подростковой психопатологии ЦРПКМР.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья 15 мая 2025 г., протокол №3.

Председатель Ученого Совета – директор РСНПЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт
2. Сулаймонов Сунатилла Рахимович - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Список сокращений:

ААС	–	алкогольный абстинентный синдром
АД	–	артериальное давление
АсАТ	–	Аспартат аминотрансфераза
АлАТ	–	Аланин аминотрансфераза
ВНС	–	вегетативная нервная система
ГАМК	–	гамма-аминомасляная кислота
Гамма-ГТ	–	гамма-глутамилтрансфераза
ГМ	–	головной мозг
ДА	–	дофамин
ЖКТ	–	желудочно-кишечный тракт
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
КА	–	катехоламины
ЛС	–	лекарственные средства
НА	–	норадреналин
НПР	–	неблагоприятная побочная реакция
ПАВ	–	психоактивные вещества
ПНС	–	периферическая нервная система
СЗА	–	синдром зависимости от алкоголя
ЦНС	–	центральная нервная система
ЧМТ	–	черепно-мозговая травма
ЧДД	–	число дыхательных движений
ЧСС	–	частота сердечных сокращений
ЭКГ	–	электрокардиография
Эхо-ЭГ	–	эхоэнцефалография
ЭЭГ	–	электроэнцефалограмма
BE	–	base excess (deficit) – избыток (дефицит) оснований
CDT	–	carbohydrate-deficient transferrin (углевод-дефицитный трансферрин)
CIWA-Ar	–	Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, revised scale – шкала оценки состояния отмены алкоголя
DALY	–	disability-adjusted life year (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности – показатель, оценивающий суммарное «бремя болезни»)
GPP	–	good practice point (сложившаяся клиническая практика)
HCO₃	–	стандартный бикарбонат
MCV	–	mean corpuscular volume (средний объем одного эритроцита)
NMDA	–	N-метил-D-аспартат
pCO₂	–	парциальное давление углекислого газа (CO ₂), находящегося в равновесии с H ₂ CO ₃ цельной крови
pH	–	Power hydrogen – соотношение в жидкости кислых и щелочных элементов, отрицательный десятичный логарифм концентрации H ⁺ в жидкой среде
RASS	–	(Richmond Agitation-Sedation Scale) – шкала возбуждения-седации Ричмонда
Rg	–	рентгенография

Пользователи протокола:

1. врачи-наркологи
2. врачи психиатры
3. врачи анестезиолог-реаниматологи
4. организаторы здравоохранения
5. Врачи общей практики
6. студенты, клинические ординаторы, магистранты медицинских ВУЗов.

Категория пациентов по данной нозологии:

Больные, страдающие алкогольной зависимостью

Методология разработки клинического протокола

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики

УДД	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований
3	Клинические исследования с применением мета-анализа
4	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
5	Несравнительные исследования, описание клинического случая

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации

УДД	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

УРР	
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)

Введение

Синдром зависимости от алкоголя чрезвычайно распространенная патология во всем мире и в нашей стране. Так, по данным ВОЗ, более 200 различных заболеваний и травм связаны с употреблением алкоголя [1], [2], [3]. Это психические и поведенческие расстройства, в т.ч. алкогольная зависимость, а также различные неинфекционные заболевания: цирроз печени, сердечно-сосудистые заболевания, некоторые виды рака, а также различные травмы в результате дорожно-транспортных аварий, суицидальных попыток и насилия [4], [5], [6], [7].

По данным Degenhardt et al. 2018 г., во всем мире причиной смерти от 2 до 8 млн. человек (от 228 до 913 смертей в час) стало вредное употребление алкоголя, что составляет 5,3% всех случаев смерти. Из них 13,5% всех случаев смерти происходят в возрастной категории 20–39 лет, что, несомненно, наносит огромный социальный, медицинский и экономический ущерб как для отдельного человека, так и для страны в целом [7].

Термины

Амнестический синдром – когнитивное расстройство, характеризующееся отсутствием памяти на текущие события, амнестической дезориентировкой и конфабуляциями.

Делирий – помрачение сознания с преобладанием зрительных иллюзий и истинных зрительных галлюцинаций, галлюцинаторным бредом, аффективными расстройствами и двигательным возбуждением.

Дисмнезия — расстройство памяти со снижением способности к фиксации, ретенции (удержания в памяти) и репродукции(воспроизведения) полученной информации.

Когнитивные функции–высшие психические функции (память, внимание, мышление, речь и др.).

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

Конфабуляции – ложные воспоминания о событиях жизни, которых в действительности не было («галлюцинации памяти»).

Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя – повторные приемы алкоголя, сопровождающиеся отчетливыми медицинскими последствиями при отсутствии признаков алкогольной зависимости.

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

Псевдопаралитический синдром (алкогольный псевдопаралич) – состояние, характеризующееся резким снижением уровня суждений и критики к себе и окружающему, потерей приобретенных знаний, грубостью, беспечностью, эйфорией, переоценкой своих

возможностей вплоть до идей величия, расторможенностью низших влечений.

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

Психотерапия–система психических воздействий (вербальных и невербальных) с лечебной целью.

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

Ремиссия алкогольной зависимости – период полного прекращения приемов алкоголя с максимально возможным улучшением физических и психических функций, а также повышением уровня социального функционирования пациента.

Синдром зависимости - сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых потребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума (определение МКБ-10).

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

Определение

Алкогольная зависимость (синонимы: **хронический алкоголизм, алкоголизм, синдром зависимости от алкоголя**) – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкогольной продукции, психосоматическими(психическими и физическими) и социальными последствиями хронической алкогольной интоксикации. <https://lex.uz/docs/5069150>.

**Примечание:* Определение алкогольной зависимости закреплено в ст.3 Закона РУз “Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции” (ЗРУ-844 от 24.05.2023г.)

Этиология и патогенез

Факторы, обуславливающие формирование АЗ, приведены в табл.1.

Таблица1

Факторы	Описание
Социальные факторы	<ul style="list-style-type: none">• Алкогольная политика государства• Социальное положение и экономическая обеспеченность индивидуума• Уровень образования• Этническая и религиозная принадлежность• Обычаи микросоциального окружения

Психологические факторы	<ul style="list-style-type: none"> • Неспособность противостоять стрессу • Трудности адаптации в окружающей среде • Инфантилизм, внушаемость • Тревожность, ранимость • Акцентуация характера (преимущественно конформного, гипертимного, эпилептоидного, неустойчивого типов) • Нравственная незрелость личности (отрицательное отношение к обучению, отсутствие социально значимых установок, увлечений и духовных запросов, узкий круг интересов, уход от ответственности)
Биологические факторы	<ul style="list-style-type: none"> • Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями • Конституциональные особенности личности • Особенности обмена веществ • Органическая неполноценность головного мозга

Из наиболее изученных биологических факторов в патогенезе алкогольной зависимости принимают участие катехоламиновая (КА) идофаминовая (ДА) системы в лимбических структурах мозга, а также эндогенно-опиоидная, ГАМК-ергическая и N-метил-D-аспаратная (NMDA) системы (NMDA) [6-10]. Тормозящий эффект этанола на ЦНС достигается в первую очередь с помощью гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). При хроническом потреблении этанола происходит постепенное повышение экспрессии NMDA-рецепторов и компенсаторное подавление рецепторов ГАМК, что обуславливает нарастание толерантности к алкоголю [3, 4]. Усиленная элиминация этанола вызывает ответные нарушения в глутамат-нейротрансмиссии, подавляет активность ГАМК и ведет к возникновению ААС [1-60]. Кроме того, прерывание хронического потребления алкоголя приводит к росту концентрации дофамина в тканях мозга с перевозбуждением ЦНС и возникновением обманов восприятия [6-76]. В генезе энцефалопатий и неврологических расстройств основная роль отводится дефициту тиамина [3, 4, 6], а также прямому цитотоксическому эффекту этанола и его дериватов [3, 34], приводящим к метаболическим нарушениям в нейронах в центральных отделах головного мозга [4-80].

Эпидемиология

Поданным ВОЗ [9], в странах Евросоюза 10% населения страдает алкоголизмом и 51-76 млн. человек «имеют проблемы с алкоголем». Злоупотребление алкоголем увеличивает риск развития более чем 200 болезней, включая цирроз печени и некоторые виды злокачественных новообразований. Ежегодно в мире в связи со злоупотреблением алкоголем умирают 3,3 млн. человек [10], что превышает количество летальных исходов от ВИЧ/СПИДа. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия, доля потребления алкоголя на каждого взрослого человека ежегодно увеличивается. Согласно данным официальной медицинской статистики, в Республике Узбекистан количество больных алкогольной зависимостью растет и составляет более 85% от общего числа наркологических больных, взятых под диспансерное наблюдение.

Классификация алкогольной зависимости

В соответствии с МКБ-10 (класс V, адаптированный для использования в Республике Узбекистан) выделяются три стадии алкогольной зависимости:

- Начальная (первая) стадия зависимости.
- Средняя (вторая) стадия зависимости.

- Конечная (третья) стадия зависимости.

Диагноз алкогольной зависимости должен быть уточнен определением формы злоупотребления алкоголем:

- Систематическое (постоянное) употребление.
- Периодическое употребление.

В диагнозе должно быть отражено состояние на момент обследования:

- В настоящее время воздержание (ремиссия).
- В настоящее время воздержание в условиях, исключающих употребление алкоголя.
- В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения.
- В настоящее время воздержание, но на фоне лечения аверсивными (вызывающими отвращение) средствами или препаратами, блокирующими действие алкоголя.
- Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость).

Клинико-динамические классификации [3, 4, 6, 34] рассматривают алкогольную зависимость как непрерывно развивающийся процесс и предлагают отражать в диагнозе:

- Стадию заболевания (I, I-II, II, II-III, III)
- Темп прогрессивности (низкий, средний, высокий).
- Тип злоупотребления алкоголем: постоянный, периодический (истинные и ложные запои) и смешанный (перемежающийся).
- Тяжесть психических, соматоневрологических и социальных последствий алкоголизации.

Формулировка диагноза:

При формулировке диагноза указываются стадия заболевания, тип течения (темп прогрессивности), форма злоупотребления алкоголем, отношение к алкоголю в настоящее время, соматоневрологические последствия хронической алкогольной интоксикации, наличие сопутствующих заболеваний.

Примеры формулировки диагноза:

1. F10.202 - Алкогольная зависимость II стадии, средняя прогрессивность, постоянная форма злоупотребления алкоголем, в настоящее время ремиссия.
2. F10.243 - Алкогольная зависимость III стадии, высокая прогрессивность, в настоящее время злоупотребления алкоголем в форме истинных запоев, алкогольная деградация личности с хронической эйфорией. Алкогольный цирроз печени.

Клиническая картина

Кардинальным клиническим признаком алкогольной зависимости является патологическое влечение к алкоголю, которое проявляется в периоды трезвости (например, в интервалах между запоями) симптомокомплексом идеаторных, аффективных, вегетативных и поведенческих расстройств. Патологическое влечение возникает также в состоянии алкогольного опьянения в виде утраты контроля над количеством потребляемых спиртных напитков и в структуре абстинентного синдрома в виде стремления к опохмелению. Кроме того, к основным признакам алкогольной зависимости относятся абстинентный синдром, изменение толерантности к этанолу, формирование определенной (периодической или постоянной) формы злоупотребления алкоголем, алкогольная деградация личности. В картине алкогольного опьянения начинают преобладать психопатологические расстройства, из памяти выпадают события, имевшие место во время опьянения. Хроническая интоксикация мозга и внутренних органов этанолом и продуктами его метаболизма приводит к разнообразным психическим (в том числе психозам), неврологическим и соматическим последствиям. Все симптомы алкогольной зависимости возникают и утяжеляются в определенной последовательности, что позволяет выделять стадии заболевания:

Начальная (первая) стадия характеризуется возникновением патологического влечения в ситуациях, предрасполагающих к употреблению алкоголя (праздники, семейные торжества, выходные дни, отпуск и т.п.). Однако такие ситуации начинают активно

выскакиваться больными, сопровождаясь увеличением частоты алкогольных эксцессов. Для желаемой эйфории требуются все более высокие дозы алкоголя, его переносимость возрастает в 2-3 раза. Во время опьянения на фоне легкой эйфории появляется желание продолжить выпивку, в связи с чем пациенты употребляют спиртное до состояния выраженного опьянения. Опьянение меняется в сторону сокращения и уменьшения эйфории, начинают проявляться такие черты характера, как раздражительность, грубость, агрессивность, придирчивость, бахвальство, эгоцентризм.

Средняя (вторая) стадия характеризуется формированием алкогольного абстинентного синдрома в виде симптомокомплекса психических, вегетативных и соматоневрологических расстройств, возникающих после прекращения действия алкоголя и исчезающих после приема новой дозы спиртных напитков («опохмеления»). В интервалах между приемами алкоголя патологическое влечение возникает не только в определенных ситуациях, но и спонтанно, без участия внешних факторов. Устанавливается максимальная для пациента толерантность к алкоголю, которая на протяжении нескольких лет сохраняется на одном уровне («плато» толерантности). После приема определенной («критической») дозы алкоголя пациент уже не в силах остановить выпивку до тех пор, пока не достигнет состояния выраженного опьянения. Дальнейшее изменение формы опьянения характеризуется быстрой сменой эйфории другими психопатологическими симптомами (эксплозивный, дисфорический, истерический, депрессивный, маниакальный варианты простого алкогольного опьянения). После протрезвления из памяти выпадают отдельные события, имевшие место во время опьянения (алкогольные палимпсесты). Формируется постоянный или периодический тип злоупотребления алкоголем. Начинаются изменения личности в виде заострения преморбидных черт характера. Наблюдаются обратимые алкогольные поражения внутренних органов и нервной системы, а также негативные социальные последствия алкоголизации.

Конечная (третья) стадия характеризуется снижением толерантности к алкоголю, пациент начинает пьянеть от его небольших доз. Неодолимое желание продолжить выпивку возникает после приема любой дозы алкоголя, пациент потребляет спиртное вне всяких норм места и времени, стремится добывать спиртные напитки любым (в том числе криминальным) способом. Возникают тяжелые варианты опьянения, в том числе с оглушенностью сознания, во время которого пациент засыпает в самом неподходящем месте. При полном отнятии алкоголя развивается тяжелый абстинентный синдром с выраженными психическими расстройствами, эпилептиформными припадками. В этой стадии формируется стойкий психический дефект с утратой тонких эмоций, душевных привязанностей и интересов, преобладанием низменных влечений, ослаблением памяти и интеллекта, отсутствием критики, бездеятельностью. В ряде случаев интеллектуально-мнестическое снижение достигает степени алкогольной деменции, признаки которой сглаживаются только в ходе длительного воздержания от алкоголя и систематического лечения. Психическим расстройствам сопутствует разнообразная соматическая и неврологическая патология: полиневропатия, мозжечковые расстройства, болезни печени, поджелудочной железы, пищеварения и др., что создает картину общего одряхления и упадка.

Диагностика

Постановка клинического диагноза

GPP	Постановка диагноза алкогольной зависимости является прерогативой врачей-наркологов. Диагноз АЗ рекомендуется устанавливать клиническим методом, включающим расспрос, сбор объективного и субъективного анамнеза и наблюдение. Экспериментально-психологические, инструментальные и лабораторные методы исследования считаются вспомогательными. Диагностические критерии АЗ в соответствии с МКБ-10 приведены в таблице 2.
------------	---

Диагностические критерии зависимости от алкоголя по МКБ-10

Таблица 2

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ	КРИТЕРИИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА
<p>Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя, F10.1– модель употребления ПАВ, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации). При этом отсутствуют признаки синдрома зависимости.</p>	<p>Необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями.</p> <p>Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.</p> <p>А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.</p> <p>Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.</p> <p>В. Характер употребления сохранился или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.</p>
<p>Синдром зависимости от алкоголя, F10.2 - сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума.</p> <p>Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.</p>	<p>Диагноз синдрома зависимости может быть поставлен при наличии трех и более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года:</p> <p>а) Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкоголя.</p> <p>б) Сниженная способность контролировать прием алкоголя: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление алкоголя в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление алкоголя.</p> <p>в) Состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее при уменьшении или прекращении приема алкоголя, о чем свидетельствует характерный комплекс расстройств или использование алкоголя с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены.</p> <p>г) Повышение толерантности к эффектам алкоголя, заключающееся в необходимости</p>

	<p>повышения его дозы для достижения желаемого эффекта или в явном ослаблении эффекта от хронического приема прежней дозы.</p> <p>д) Поглощенность употреблением алкоголя, которая проявляется в том, что ради приема алкоголя полностью или частично отказываются от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов.</p> <p>е) Продолжающееся употребление алкоголя вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление алкоголя при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.</p>
<p>Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя), F10.3*- группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном прекращении приема или снижении дозы алкоголя после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами.</p>	<p>а) Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении дозы алкоголя после его употребления в течение длительного времени и/или в высоких дозах.</p> <p>б) Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены алкоголя.</p> <p>в) Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению алкоголя, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством. г) Простое постинтоксикационное состояние или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены. Могут присутствовать признаки из числа следующих: желание употреблять алкоголь, тремор языка, век или вытянутых рук, потливость, тошнота или рвота, тахикардия или артериальная гипертензия, психомоторное возбуждение, головная боль, бессонница, чувство недомогания или слабости, эпизодические зрительные, тактильные и слуховые галлюцинации или иллюзии, большие судорожные припадки, депрессивные и дисфорические расстройства.</p>
<p>Алкогольное абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием, F10.4**- Кратковременное (преходящее), иногда опасное для жизни острое психотическое состояние, протекающее с расстройством сознания, галлюцинациями и сопутствующими соматическими расстройствами. Оно возникает обычно в следствие полного или частичного прекращения приема алкоголя у лиц с зависимостью от него, употребляющих</p>	<p>Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, тремор, тревогу и страх. Перед началом могут возникать судорожные припадки. Классическая триада симптомов включает расстройство сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, возбуждение, бессонница или инверсия цикла сна и вегетативные нарушения. Включаются белая горячка, энцефалопатия Гайе-</p>

<p>алкоголь в Течение долгого времени.</p>	<p>Вернике, энцефалопатия Маркиафавы-Биньями и другие острые алкогольные энцефалопатии.</p>
<p>Психотическое расстройство вследствие употребления алкоголя, F10.5 - расстройство, возникающее вовремя или непосредственно после употребления вещества.</p>	<p>Расстройство, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Расстройство обычно проходит, по крайней мере, частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев.</p> <p>Включаются острый алкогольный галлюциноз, алкогольный бред ревности (начальный период), острая алкогольная паранойя, алкогольный психоз БДУ.</p>
<p>Амнестический синдром, F10.6*** - амнестическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя. Проявляется выраженным хроническим нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.</p>	<p>При использовании данного кода применяются следующие диагностические правила.</p> <p>Нарушение памяти, проявляется двумя признаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушением запоминания и дефектом памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала) в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни, вплоть до амнестической дезориентировки; - сниженной способностью к воспроизведению прошлого опыта. <p>Отсутствие (или относительное отсутствие) следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - помрачения сознания и расстройства внимания, - общего интеллектуального снижения (деменции). <p>Включаются корсаковский психоз или амнестический синдром, вызванный алкоголем.</p>

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

** В клинической практике алкогольные делирии рассматривают как вид алкогольных психозов, наряду с алкогольными галлюцинозами, алкогольными бредовыми психозами, алкогольными энцефалопатиями [3, 4, 6, 34], т.к. все они представляют собой осложнения ААС. В отечественной наркологии выделяют несколько форм алкогольного делирия, гипнагогический делирий; гипнагогический делирий фантастического содержания, или гипнагогический ониризм; делирий с выраженными вербальными галлюцинациями, делирий с фантастическим содержанием (алкогольный онейроид), делирий с онирическими расстройствами (алкогольный ониризм), делирий с психическими автоматизмами. Если имеет

место атипичный делирий, т.е. психотическое состояние с признаками эндогенной патологии, есть основание применить шифра F10.48 – абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) с делирием другим.

***Следует учитывать возможность органического (неалкогольного) амнестического синдрома; других органических синдромов, включающих выраженные нарушения памяти (например, деменция, псевдопаралитический синдром), депрессивное расстройство (F31-F33).

Жалобы, анамнез

4D	При сборе анамнеза у пациента с АЗ рекомендуется руководствоваться диагностическими критериями МКБ-10 [6, 7, 8]. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/ .
-----------	---

1A	Для выявления лиц с пагубным употреблением алкоголя рекомендуется использовать тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test), рекомендованный ВОЗ. Положительный результат теста служит объективным поводом для вмешательства, направленного на сокращение частоты или прекращение приемов алкоголя. Тест представляет собой самоопросник для выявления пагубного употребления алкоголя. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/abstract http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_?sequence=1 .
-----------	--

Физикальное обследование

4D	Всем пациентам рекомендуется проводить физикальное обследование для выявления патологии внутренних органов [3, 4, 5, 34]. Необходимо обследовать соматическое (состояние кожных покровов и слизистых, склер, мышечного тонуса, измерение АД, ЧСС, ЧДД, перкуссию грудной клетки, аускультацию легких и сердца, пальпацию живота, перкуссию и пальпацию печени, почек) и неврологическое (исследование зрачковых реакций, конвергенции и аккомодации глазных яблок, чувствительности, сухожильных и брюшных рефлексов, объема и координации движений) состояние.
-----------	---

Инструментальная диагностика

4D	Рекомендуется использовать методы инструментальной диагностики для (ЭКГ, Rg черепа, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, КТ, УЗИ) для выявления физического вреда, наносимого злоупотреблением алкоголем [4, 5, 6, 34]. ЭКГ проводится всем пациентам с расшифровкой, описанием и интерпретацией данных, поскольку хроническая алкогольная интоксикация часто сопровождается нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы. Остальные методы используются по показаниям. Методы инструментальной диагностики не дают возможности констатировать наличие или отсутствие синдрома алкогольной зависимости. http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#c6 .
-----------	---

Лабораторная диагностика

1A	Рекомендовано определение активности АсАТ и АлАТ [6] в сыворотке крови, отражающей функциональное состояние гепатоцитов. Соотношение АСТ/АЛТ используется для дифференциации неалкогольного стеатогепатита от алкогольной болезни печени (если это соотношение менее 1 предполагают наличие неалкогольного стеатогепатита, при значении более 2 – алкогольную болезнь печени). http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#c6 .
-----------	---

<https://www.omicsonline.org/openaccess/alcoholism-common-and-oxidative-damagebiomarkers-2161-0495.1000-S7-006.pdf>.

1А

Из методов лабораторной диагностики до начала лечения необходимо выполнять реакцию Вассермана (RW); определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови; общие анализы крови и мочи, биохимический общетерапевтический анализ крови [5, 34] для исключения острых заболеваний внутренних органов, являющихся противопоказанием для активной противоалкогольной терапии или требующих оказания специализированной медицинской помощи в других лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения. Выполнение повторных анализов необходимо в ходе лечения для оценки его безопасности.

Другие методы диагностики

1А

Для оценки степени тяжести алкогольного абстинентного синдрома рекомендуется использование шкалы CIWA-Ar (Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследования зависимостей, пересмотренная), которая включает 10 симптомов ААС. [17, 54, 55].

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

Дифференциальная диагностика проявлений алкогольной зависимости

Алкогольную зависимость следует дифференцировать с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя. Основным диагностическим признаком, отличающим начало алкогольной зависимости от привычного пьянства, служит выявление клинических признаков патологического влечения к алкоголю (таблица 3). Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю представлена в приложении Б3.

Дифференциальная диагностика синдрома зависимости и пагубного употребления алкоголя

Таблица 3

Клинические проявления	Пагубное употребление алкоголя	Сформированная алкогольная зависимость
Систематическое употребление. Потребление алкоголя с низким риском синдрома зависимости по меркам ВОЗ: мужчины—свыше 75 мл водки (40%), или 200 мл вина (15%), или 500 мл пива (6%) в день; женщины—свыше 50 мл водки (40%), или 130мл Вина (15%), или 330 мл пива (6%)	Есть	Есть
Рост переносимости алкоголя	Продолжается	Рост переносимости замедляется
Эйфория в опьянении	Есть	Тенденция к сокращению

Влечение к алкоголю	Имеет ситуационный характер и преодолимо	Носит навязчивый характер и труднопреодолимо
Утрата количественного контроля	Возможны единичные случаи	Практически каждый раз
Влечение в постинтоксикационном состоянии	Отсутствует	Есть
Запоминание событий периода Выраженного опьянения	Нет	Есть
Критическое отношение к пьянству	Чаще отсутствует	Возможно, в случае осознания значимости негативных последствий

Начальные проявления ААС необходимо дифференцировать с состоянием постинтоксикационной астении, которое в отличие от ААС сопровождается отвращением к алкоголю, а прием новой дозы спиртных напитков усугубляет астенические расстройства.

Психотические расстройства следует дифференцировать с интоксикационными психозами другой этиологии, учитывая алкогольный анамнез, развитие психоза на высоте алкогольного абстинентного синдрома, отсутствие инфекционных заболеваний, выраженных дисфункций внутренних органов, злоупотребления другими психоактивными веществами (таблица 4).

Дифференциальная диагностика алкогольных и интоксикационных делириев

Таблица 4

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Алкогольные делирии	Анамнез: длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки синдрома зависимости от алкоголя. Клинические данные: отсутствие признаков острой интоксикации со стороны иных ПАВ, инфекционных заболеваний, хирургической патологии.	Лабораторные данные: признаки алкогольного поражения печени: (повышение уровня печеночных ферментов), хронической интоксикации (повышение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Злоупотребление ПАВ (стимуляторами, летучими растворителями, холинолитикам), признаки интоксикации ПАВ. Инфекционные заболевания. Хирургическая патология. Высокая температура тела
Интоксикационные делирии	Злоупотребление ПАВ (стимуляторами, летучими растворителями, холинолитикам),	Определение ПАВ в биологических средах. Выявление инфекционного агента. Признаки хирургической	Клинические данные: отсутствие признаков острой интоксикации со стороны иных ПАВ, инфекционных заболеваний,

	признаки интоксикации ПАВ. Эпидемиологический анамнез. Данные о продроме инфекционного заболевания. Хирургическая патология.	патологии (например, высокий уровень амилазы при остром панкреатите)	хирургической патологии
--	---	--	-------------------------

Психотические расстройства следует дифференцировать с эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения). Отличительными признаками являются алкогольный анамнез, делириозное расстройство сознания, присоединение эндоформных расстройств (психических автоматизмов, онейроидного помрачения сознания) на высоте истинного зрительного или вербального галлюциноза, неразвернутый характер психических автоматизмов, сохранение истинных зрительных или вербальных галлюцинаций на всем протяжении психоза, в том числе после редукции психических автоматизмов.

Лечение

Общие вопросы терапии

Целью лечения больных алкогольной зависимостью является достижение состояния стойкой ремиссии с полным прекращением приемов алкоголя, максимально возможным восстановлением психических и соматических функций, социальной реадaptацией и реинтеграцией пациентов в общество.

Общие принципы лечения включают:

- добровольность, обеспечивающую активное участие пациента в лечебном процессе;
- этапность и строгую последовательность проведения терапевтических вмешательств с постепенным смещением акцента с мероприятий биологического уровня в сторону психотерапевтических и социальных воздействий;
- комплексность лечебных мероприятий с адекватным подбором медикаментозных, психотерапевтических и социальных вмешательств на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса;
- индивидуализацию мероприятий, соответствующую проблемам и потребностям пациента; непрерывность и длительность лечебно-реабилитационных воздействий с обязательным проведением противорецидивных мероприятий при соблюдении преемственности между стационарными и амбулаторными звеньями наркологической службы.

Мишени воздействия:

на биологическом уровне - острые проявления абстинентного синдрома, патологическое влечение к алкоголю, астенический синдром, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические нарушения, соматические и неврологические расстройства. Ведущим видом терапии является патогенетически ориентированное медикаментозное воздействие с акцентом на использование препаратов, способных влиять на нейромедиаторные механизмы зависимости (специфическая терапия, психофармакотерапия, инфузионная и симптоматическая терапия);

на психологическом уровне - отношение пациента к своему заболеванию, его установка на участие в лечебно-реабилитационном процессе и прекращение приемов алкоголя, патологический и нормативный статус личности. Терапевтические вмешательства включают в себя различные виды индивидуальной и групповой психотерапии;

на социальном уровне - взаимодействие пациента с социальным окружением, его семейная и трудовая адаптация. Проводится социотерапия, работа с созависимыми членами семьи, оказание социальной помощи.

Этапы терапии алкогольной зависимости:

Первый этап -интенсивная терапия острых состояний, которая предусматривает прерывание запоев, купирование алкогольного абстинентного синдрома, подавление патологического влечения к алкоголю, коррекцию психических нарушений (астенических, аффективных, интеллектуально-мнестических) и соматических дисфункций. Максимально возможное восстановление функций внутренних органов и центральной нервной системы служит показателем достижения задач первого этапа.

Второй этап – восстановительная и противорецидивная терапия. Продолжается подавление патологического влечения к алкоголю и терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации, но основной акцент делается на проведении психотерапевтических и реабилитационных мероприятий, направленных на выработку установки на прекращение приема алкоголя, коррекцию личности и системы ее отношений. Восстановление нормативного личностного статуса, дальнейший рост личности, стойкая установка на воздержание от алкоголя могут служить показателями достижения задач этого этапа.

Третий этап – стабилизирующая терапия, цель которой заключается в формировании устойчивости больного по отношению к негативным воздействиям социальной среды. В задачи входят предупреждение обострений патологического влечения к алкоголю, диагностика предрецидивных состояний и их купирование. Нередко это требует продолжения медикаментозной терапии, но основное место в лечебной программе принадлежит психотерапевтическим (семейная, личностно- ориентированная психотерапия) и социотерапевтическим воздействиям. Социальная адаптация пациента играет главную роль в стабилизации ремиссии. Поэтому показателями достижения задач третьего этапа являются восстановление семейных и средовых связей пациента, его трудоустройство и материальное самообеспечение.

Выбор условий проведения лечения*

Показания для лечения в стационарах наркологических учреждений:

- средняя и поздняя стадии алкогольной зависимости (длительные запои, тяжелые формы алкогольного абстинентного синдрома);
- острые алкогольные психозы (делирии, острые алкогольные галлюцинозы и параноиды, острая алкогольная энцефалопатия);
- желание пациента лечиться в стационаре;
- невозможность провести нужное пациенту терапевтическое вмешательство в амбулаторных условиях;
- неблагоприятное микросоциальное окружение пациента;
- удаленность амбулаторных наркологических учреждений от места жительства пациента.

Противопоказания к госпитализации в наркологический стационар:

- наличие болезненных состояний, требующих неотложной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях другого профиля (травмы, ожоги, инсульты, декомпенсация функций внутренних органов и др.);
- наличие психических заболеваний (шизофрении, эпилепсии, биполярного психоза, всех видов слабоумия, выраженной дебильности или имбецильности и др.);
- затяжные и хронические алкогольные психозы (подострые и хронические галлюцинозы, алкогольный бред ревности, корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич и др.), которые требуют длительного лечения в условиях психиатрической больницы;
- тяжелые прогрессирующие заболевания нервной системы, приводящие к нарушениям двигательных функций;
- злокачественные новообразования;

- заболевания крови: лейкозы, агранулоцитоз, гемофилия;
- эндокринные заболевания в стадии декомпенсации;
- сердечная и легочная недостаточность II-III степени;
- острые инфекционные заболевания;
- цирроз печени с тяжелым нарушением портального кровообращения;
- туберкулез с деструкцией костей и суставов, кавернозный туберкулез легких и почек.

Показания для амбулаторного лечения:

- начальная стадия алкогольной зависимости;
- средняя стадия алкогольной зависимости с нетяжелыми формами алкогольного абстинентного синдрома;
- добровольное обращение пациента за медицинской помощью при наличии критики к пьянству и установки на лечение;
- желание пациента лечиться в амбулаторных условиях;
- отсутствие признаков социальной дезадаптации;
- относительно благоприятное микросоциальное окружение пациента;
- необходимость проведения противорецидивной терапии во время алкогольной ремиссии;
- возраст от 15 до 18 лет.

Показания к лечению в дневном стационаре:

- потребность в проведении интенсивного курса медикаментозной терапии пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- потребность в поддерживающей терапии под ежедневным наблюдением врача после коррекции неотложных состояний и окончания курса интенсивной терапии в стационаре;
- начальная стадия алкогольной зависимости или ее обострение с целью диагностики, лечения и профилактики рецидива;
- неопределенный наркологический диагноз, если его уточнение может быть осуществлено в условиях дневного стационара.

*Примечание: Показания к лечению в амбулаторных или стационарных условиях закреплены в приказе МЗ РУз №272 от 03.07.2015 года.

Перечень групп лекарственных препаратов, вошедших в “Список основных лекарственных средств Республики Узбекистан” (<https://lex.uz/docs/6590070>).

Таблица 5

Код	Группа по анатомо-терапевтической химической Классификации (АТХ)	Международное непатентованное наименование	Средняя суточная доза	Средняя курсовая доза
A05BA	Препараты для лечения заболеваний печени	Орнитин	20000 мг	420000 мг
A11DA	Витамины и их производные	Тиамин хлорид	150 мг	3000 мг
A11GA		Аскорбиновая кислота	500 мг	3500 мг
A11HA		Пиридоксин гидрохлорид	150 мг	3000 мг
A11HA		Рибофлавин мононуклеотид	15 мг	300 мг
B03BB		Фолиевая кислота	15 мг	150 мг

B05BA	Заменители плазмы и солевые растворы, растворители	Раствор аминокислот+ Декстроза	40 мл	200 мл
B05BB		Натрий хлорид + калий хлорид + кальций хлорид + магний хлорид + янтарная кислота+ натрий гидрокарбонат	800 мл	5600 мл
		Натрий хлорид+ калий хлорид+ Натрий ацетат	800 мл	5600 мл
B05XA	Средства, поддерживающие кислотно-щелочного и ионного равновесия	Калия хлорид	800 мл	4000 мл
		Кальция хлорид	10мл	100 мл
		Магния сульфат	2500 мг	25000 мг
		Натрия хлорид	1000 мл	10000мл
A05BA	Средства, восстанавливающие метаболические процессы	Калия оротат	1000 мг	20000 мг
C03CA	Диуретики	Фуросемид	80 мг	400 мг
C07AA	Неселективные бета-адреноблокаторы	Пропранолол	80 мг	400 мг
N03AA	Противосудорожные средства	Фенобарбитал	200 мг	1000 мг
N03AF		Карбамазепин	600 мг	12600 мг
N03AG		Вальпроевая кислота	1500 мг	31500 мг
N04AA	Противопаркинсонические средства	Тригексифенидил	2 мг	14 мг
N05AA	Алифатические производные фенотиазина	Хлорпромазин	600 мг	6000 мг
		Левомепромазин	100 мг	1000 мг
N05AB	Пиперазиновые производные фенотиазина	Трифлуоперазин	20 мг	420 мг
		Флуфеназин	100 мг	1000 мг
N05AC	Пиперидиновые производные фенотиазина	Тиоридазин	200 мг	4200 мг
N05AD	Производные бутирофенона	Галоперидол	10 мг	210 мг
N05AH	Диазепины, оксазепины и тиазепины	Кветиапин	400 мг	8400 мг
		Клозапин	200 мг	4200 мг
		Оланзапин	10 мг	100 мг
N05AL	Бензамиды	Сульпирид	300 мг	6300 мг
		Тиаприд	300 мг	6300 мг
N05AX	Другие антипсихотические средства	Рисперидон	2 мг	42 мг
N05BA	Производные бензодиазепина	Диазепам	40 мг	200 мг
		Феназепам	1 мг	10 мг
		Алпразолам	1 мг	10 мг
N05BX		Аминофенилмасляная кислота	1000 мг	21000 мг
N05CF	Бензодиазепиноподобные средства	Залеплон	10 мг	
N06AA	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов	Амитриптилин	75 мг	1575 мг

N06AB	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Флуоксетин	20 мг	420 мг
		Сертралин	100 мг	2100 мг
N06AX	Другие антидепрессанты	Венлафаксин	150 мг	3150 мг
		Миртазапин	30 мг	630 мг
		Тразодон	300 мг	9000 мг
N06BC	Производные ксантина	Кофеин-натрий бензоат	1000 мг	5000 мг
N06BX	Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	Пирацетам	1200 мг	25200 мг
N07BB	Препараты, применяемые при алкогольной зависимости	Дисульфирам	450 мг	9450 мг
		Налтрексон	50 мг	1050 мг
P01AB	Производные нитроимидазола	Метронидазол	1500 мг	31500 мг
V03AB	Антидоты	Натрия тиосульфат	3000 мг	9000 мг
V07AB	Растворители и разбавители, включая Ирригационные растворы	Вода для инъекций	5 мл	100 мл
Наименование вида лечебного питания				
Основной вариант стандартной диеты				

Медикаментозное лечение пациентов с алкогольной зависимостью.

К средствам специфической терапии синдрома алкогольной зависимости относят блокаторы опиоидных рецепторов (налтрексон) и сенсibiliзирующие средства (дисульфирам, цианамид, метронидазол). Они назначаются после купирования ААС и постабстинентных расстройств на этапе восстановительной и противорецидивной терапии.

Показаниями к применению антидепрессантов служат депрессивные расстройства в структуре патологического влечения к алкоголю на различных этапах заболевания, а также депрессии другой этиологии.

Антипсихотические средства используются строго по показаниям при наличии любой формы психомоторного возбуждения, психопатоподобных расстройств, агрессивного или суицидоопасного поведения, неодолимого патологического влечения к алкоголю, наличии сверхценных компонентов в его структуре.

Анксиолитики (бензодиазепины) считаются «золотым стандартом» лечения алкогольного абстинентного синдрома, способствуя купированию выраженных невротических, тревожных, диссомнических, вегетативных (гипергидроза, тахикардии, тремора и др.), соматоформных расстройств, судорожных приступов. При тяжелом абстинентном синдроме предотвращают развитие таких осложнений, как эпилептические припадки и делирий.

Антиконвульсанты (карбамазепин) используются не только в качестве противосудорожных средств, но и в качестве нормотимиков, устраняющих колебания настроения, способствующие актуализации патологического влечения к алкоголю.

Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы) применяются в дополнении к дезинтоксикационной терапии при купировании ААС, в постабстинентном состоянии при наличии астенических и астенодепрессивных расстройств, в периоды воздержания от алкоголя при преобладании церебрастенических жалоб, при нарушениях внимания, памяти, интеллекта.

Медикаментозная терапия синдрома зависимости от алкоголя

1А	<p>Рекомендуется использование блокатора опиоидных рецепторов налтрексона. Препарат подавляет эндорфиноподобное действие алкоголя и лишает пациентов удовольствия от его употребления. Не получая желаемой эйфории, пациенты прекращают прием спиртных напитков. Длительная блокада опиоидных рецепторов способствует редукции синдрома алкогольной зависимости. Единственными противопоказаниями к применению налтрексона являются острый гепатит и печеночная недостаточность. Относительными противопоказаниями для назначения налтрексона являются повышенный уровень билирубина, беременность, кормление грудью, подростковый возраст. В этих случаях решение принимает врач с оценкой ситуации по принципу «риск-польза». Эффективность терапии налтрексоном особенно высока при использовании в комплексе с психотерапией [56-71]. http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/18.</p>
1А	<p>Рекомендуется использование сенсibiliзирующей терапии дисульфирамом или цианамидом [44, 45, 46, 49, 50-52]. Сенсibiliзирующие средства до настоящего времени остаются препаратами выбора в лечении алкогольной зависимости. Они повышают чувствительность к алкоголю за счет блокады фермента, разрушающего ацетальдегид. На фоне блокады алкогольдегидрогеназы прием алкоголя сопровождается резким повышением уровня ацетальдегида в крови и вызывает тяжелую реакцию (головную боль, затруднение дыхания, учащение сердцебиения и др.), свидетельствуя о его непереносимости и делая невозможным его употребление («химическая защита»). На этом фоне интенсивность влечения к алкоголю резко падает. После приема дисульфирама повышенная чувствительность к этанолу сохраняется 6-14 дней. Препарат назначается после купирования ААС на этапе становления ремиссии. Несоблюдение комплайенса пациентами ограничивает эффективность терапии. В связи с этим прием препарата требует психотерапевтического сопровождения и осуществления контроля. Сенсibiliзирующие средства противопоказаны при полиневритах, заболеваниях крови, поражениях паренхиматозных органов, острых и хронических инфекциях, астмоидном бронхите и бронхиальной астме, ИБС, анемии, эндокринных заболеваниях, перенесенных психозах [72-80].</p>
4С	<p>Рекомендуется использование сенсibiliзирующей терапии метронидазолом [5, 34, 38]. Препарат менее токсичен, чем дисульфирам, не требует особых предосторожностей и может назначаться в качестве альтернативы при наличии противопоказаний к лечению дисульфирамом. Курс лечения – 2-3 недели.</p>
2В	<p>Рекомендуется использование антидепрессантов [34, 38, 57, 71]. Предпочтительно назначение СИОЗС и СИОЗСН. Применение антидепрессантов показано при наличии депрессивных расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ: тревожно-депрессивных, астено-депрессивных состояний, сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, а также других нарушений депрессивного спектра. Редукция патологического влечения может наблюдаться уже в первые несколько дней приема препаратов. Антидепрессанты рекомендуется назначать также при наличии коморбидной аффективной патологии. Противопоказаниями для антидепрессантов (особенно ТЦА) служат острые и хронические заболевания печени и почек с нарушением их функций, острый инфаркт миокарда, нарушение сердечной проводимости, СЛН, тяжелые заболевания органов кровотока, острые инфекционные заболевания, алкогольная и наркотическая интоксикация, расстройства сознания любой этиологии, повышенная чувствительность к препаратам.</p>

2В	Рекомендуется использование антиконвульсантов с нормотимическим эффектом [22, 60, 76]. Антиконвульсанты применяются с целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ на этапе противорецидивной терапии. В рекомендованных дозах они редко вызывают побочные эффекты, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсического влияния на кровь. Антиконвульсанты противопоказаны при нарушении сердечной проводимости, поражении почек, печени, заболеваниях крови и костного мозга, водно-электролитных нарушениях, глаукоме.
-----------	--

3С	Рекомендуется использование антипсихотических препаратов [6, 7, 34, 38, 81]. Они применяются при наличии любой формы психомоторного возбуждения, психопатоподобных расстройств, агрессивного или суицидоопасного поведения, неодолимого патологического влечения к алкоголю, сверхценных компонентов в его структуре. Противопоказаниями к назначению антипсихотиков служит наличие алкогольной или наркотической интоксикации, любой стадии оглушения сознания, тяжелых заболеваний печени и почек, болезней органов кроветворения, признаков ССН и СЛН, прогрессирующих системных заболеваний головного и спинного мозга, гипертермии.
-----------	--

Медикаментозная терапия алкогольного абстинентного синдрома

3В	Рекомендуется использование инфузионной терапии растворами, влияющими на водно-электролитный баланс [34, 79, 80]. Для ААС характерны водно-электролитные нарушения разной степени тяжести. На начальных стадиях ААС может наблюдаться избыток жидкости в организме, позже возникает дегидратация и гиповолемия за счет перераспределения жидкости, ухода ее из сосудистого русла в клетки в результате накопления токсинов в тканях, нарушения функций ферментных систем, ишемии, органной недостаточности. Количество вводимых растворов должно соответствовать объему потерь жидкости организмом. При проведении инфузионной терапии необходимо предусмотреть мероприятия по профилактике отека легких. При возникновении рвоты, гипертермии, двигательного возбуждения водно-электролитные расстройства могут нарастать, поэтому объем инфузии должен быть увеличен.
-----------	---

1А	Рекомендуется использование производных бензодиазепина [5, 34, 38, 80]. Бензодиазепины снижают тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, в результате исчезают тахикардия, тремор, гипергидроз, ослабевает тревога. При тяжелом абстинентном синдроме они предотвращают развитие таких осложнений, как эпилептические припадки и делирий. Противопоказаниями к их использованию служат тяжелые нарушения функции печени и почек, миастения, глаукома, тяжелая сердечная и дыхательная недостаточность, беременность и кормление грудью.
-----------	---

3В	Рекомендуется использование антиконвульсантов [34, 81]. Они назначаются в комплексе терапевтических мероприятий по коррекции депрессивных расстройств, тревоги, раздражительности, при наличии эпилептических припадков в анамнезе, а также могут служить альтернативой бензодиазепинам в случае их непереносимости. Применение антиконвульсантов снижает вероятность судорожного синдрома. При ААС они обладают низким аддиктивным потенциалом. Карбамазепин оказывает лучший, чем бензодиазепины, эффект при лечении ААС легкой и средней степени тяжести, а также эффективен для подавления патологического влечения в постабстинентном состоянии.
-----------	---

4С	Рекомендуется использование ноотропных препаратов [34, 38, 80]. Они применяются в комплексе терапевтических мероприятий по купированию ААС с целью улучшения или нормализации функция ЦНС. Ноотропные препараты уменьшают тяжесть ААС, способствуют коррекции астено-депрессивных нарушений в постабстинентном состоянии. Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы) используются в дополнении к дезинтоксикационной терапии при купировании ААС, в постабстинентном состоянии при наличии астенических и астенодепрессивных расстройств, в периоды воздержания от алкоголя при преобладании церебрастенических жалоб, при нарушениях внимания, памяти, интеллекта. Ноотропы противопоказаны при психомоторном возбуждении, тяжелых нарушениях функции печени и почек, повышенной чувствительности к препаратам, аллергической реакции. Не рекомендованы в период беременности и лактации.
3С	Рекомендуется использование антипсихотических препаратов [6, 7, 34, 38, 80]. Антипсихотические средства (нейролептики) имеют ограниченные показания и используются в качестве вспомогательной терапии ААС в случае развития психомоторного возбуждения, появления нарушений восприятия, суицидального или агрессивного поведения.
2А	Рекомендуется использование витаминов [6, 7, 34, 38, 80]. Традиционно используются витамины групп В и С, участвующие в образовании ферментов и коферментов, которые способствуют окислительно-восстановительным процессам в организме, влияют на тканевое дыхание, углеводный обмен, деятельность центральной и периферической нервной системы. Витамины группы В (особенно тиамин) используются для профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике.
1А	При развитии делирия рекомендуется использование бензодиазепинов [13, 21, 80], а в случае их недостаточной эффективности – подключение фенобарбитала [6-71]. В качестве дополнительной терапии рекомендуется применение противосудорожных препаратов: особенно при наличии судорожных припадков в анамнезе
2В	Рекомендуется коррекция электролитного дисбаланса для предотвращения осмотического повреждения тканей головного мозга. [6-71].
3С	При развитии амнестического синдрома рекомендуется использовать лекарственные средства разных фармакологических групп, улучшающие функции центральной нервной системы, прежде всего, пирацетам, который повышает устойчивость тканей мозга к алкогольно-токсическому повреждению [6-71].

Дополнительная информация

Пожилые.

При назначении медикаментозной терапии учитываются психофизиологические особенности позднего возраста.

1А	Не рекомендуется назначение дисульфирама при наличии сердечно-сосудистых заболеваний из-за возможных негативных взаимодействий с другими лекарственными средствами [72-80]. Для купирования ААС рекомендуется использовать бензодиазепины короткого действия.
----	---

Подростки.

4C	Патогенетически обоснованная терапия может включать антиконвульсанты для дестабилизации патологической системы, возникшей вследствие эпилептизации мозговых структур, в сочетании с ноотропными, сосудистыми, биостимулирующими, дегидратирующими, нейрометаболическими средствами [72-80].
-----------	---

Беременные.

1A	Любая лекарственная терапия беременных, в особенности психофармакотерапия, должна сопровождаться оценкой соотношения пользы-риска применения препарата во избежание вреда здоровью будущей матери и плода. При этом рекомендуется использовать препараты, обладающие способностью к детоксикации, ускорению выведения ацетальдегида из организма, коррекции метаболических расстройств и специфических изменения в системе мать - плацента – плод [72-80].
-----------	--

Психотерапия при алкогольной зависимости

Психотерапия представляет собой систему лечебного воздействия на мишени психологического и социального уровней, преследуя цель с помощью психологических методов изменить отношение пациента к проблеме зависимости, своей личности, поведению и окружающей среде. Психологические методы включают языковое общение, которое реализуется во время специально организованных психотерапевтических сеансов с пациентом или группой пациентов, а также средства невербальной коммуникации. В целом используются те психологические средства и формы воздействия, которые могут влиять на интеллектуальную деятельность, эмоциональное состояние и поведение пациента. При синдроме алкогольной зависимости психотерапия является неотъемлемой частью терапевтического воздействия на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса. Однако на каждом этапе перед ней стоят разные задачи, каждая из которых решается с помощью определенных методов психотерапии.

Задачи психотерапии: мотивирование на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе, коррекция нарушенных психических функций, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля, совладания со стрессом и профилактики рецидива, формирование установки на трезвость, изменение внешних (в том числе семейных) факторов, поддерживающих зависимое поведение.

Ни один из существующих видов психотерапевтического воздействия не является универсальным для достижения сразу всех целей терапевтического вмешательства. Поэтому применяются методы, разработанные в рамках разных психотерапевтических школ и направлений, выбор которых продиктован мишенями терапевтического воздействия на психологическом и социальном уровнях. К основным факторам психотерапевтического воздействия, которые являются общими для всех методов психотерапии, относят:

- Сотрудничество (терапевтический альянс) между психотерапевтом и пациентом;
- Ослабление напряженности, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с психотерапевтом;
- Познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- изменение поведения пациента за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося эмоционального опыта в отношениях с врачом;
- приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- убеждение и внушение, явное или скрытое.

1A	Рекомендуется использование психотерапевтической помощи в индивидуальной и групповой форме, а также с привлечением родственников пациента. Индивидуальная и групповая психотерапия занимают одинаковое место в лечении пациента и обладают схожей эффективностью [81-96].
1A	Рекомендуется выявить мишени психотерапевтического воздействия и составить индивидуальные психотерапевтические программы с учетом факторов, влияющих на процесс выздоровления пациента [81-96].
1A	Рекомендуется проводить оценку личностных особенностей пациента для оптимального выбора мишеней психотерапии и оценки ее прогноза

Методы психотерапии с доказанной эффективностью, которые рекомендуются к применению при лечении синдрома зависимости от алкоголя

1A	Рекомендуется использование мотивационного интервью [81-96] и мотивационной терапии с целью преодоления конфликта амбивалентности, оказания помощи в осуществлении выбора между прекращением и продолжением употребления алкоголя, в принятии пациентом решения изменить свое поведение. Это недирективный стиль консультирования, альтернативный прямому убеждению. Задача мотивационного интервью - с помощью специальных техник создать условия для выявления самомотивирующих утверждений, которые отражают признание проблемы, беспокойство по поводу нее, намерение измениться или оптимизм по поводу перемен
1A	Рекомендуется использование когнитивно-поведенческой психотерапии [81-96], которая использует методы, направленные на работу с когнитивными функциями. Пациент учится распознавать иррациональные мысли, переформулировать их и осуществлять конкретный план действий в данной жизненной ситуации
1A	Рекомендуется использование транзактного анализа [81-96], который преследует цель формирования зрелой личности, способной объективно оценивать жизненные ситуации, принимать разумные решения, строить взаимоотношения с другими людьми более выгодным способом, помогающим избегать конфликтных ситуаций. Транзактный анализ учит ставить перед собой реальные цели и достигать их, открыто выражать свои чувства и мысли, реагировать на реальность по принципу «здесь и теперь», не искажать ее в своем сознании
4C	Рекомендуется использование семейной психотерапии [81-96], которая направлена на коррекцию межличностных отношений и имеет целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. В задачи психотерапии при этом входят ликвидация конфликта, связанного с пьянством, укрепление установки пациента на трезвость, ослабление невротизации членов семьи, восстановление взаимопонимания и эмоциональной близости супругов
2B	Рекомендуется формировать навыки саморегуляции, релаксации, совладания со стрессом [81-96]. Навыки саморегуляции совладания со стрессом необходимы каждому пациенту для усиления способности справляться с актуализацией патологического влечения к алкоголю и сохранять установку на трезвый образ жизни
2B	Рекомендуется проведение противорецидивного тренинга [88, 89, 94, 95]. В ходе противорецидивного тренинга пациенты должны четко определить индивидуальные ситуации и факторы, способствующие обострению влечения к алкоголю и срыву

	ремиссии, выработать тактику своего поведения в рецидивоопасных ситуациях, обеспечивающую отказ от алкоголя и сохранение трезвости
3С	Рекомендуется терапевтический альянс с пациентами, эмпатический стиль общения [81-96]. Дефицит эмпатии и выбор конфронтующего стиля поведения врача приводят к возникновению ятрогенных эффектов психотерапии и выбыванию пациентов из лечебной программы
2В	Рекомендуется «терапия средой» [81-96]. «Терапии средой» с четким обозначением правил поведения, режима дня, включением элементов трудовой терапии, системы поощрений и наказаний, ритуалов, продвижением по «иерархической лестнице» способствует созданию благоприятных условий для реализации лечебно-реабилитационного процесса
2В	Рекомендуется использование континуальной психотерапии [81-96]. Континуальная психотерапия может использоваться у пациентов с запойной формой пьянства в качестве самостоятельной психотерапевтической программы, не требуя дополнительного применения других видов психотерапии. Она реализуется в сравнительно короткие сроки, поэтому особенно показана тем пациентам, которые не настроены на длительное участие в программах медико-социальной реабилитации
3С	Рекомендуется использование арт-терапии и/или музыкотерапии для коррекции эмоциональных расстройств [81-96]. Арт-терапия позволяет дать социально приемлемый выход агрессии, облегчает выражение внутренних конфликтов и переживаний. Она дает возможность проработать мысли и чувства, которые пациент привык подавлять. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»**

Ташкент - 25

Реабилитация

Определение

В центре реабилитационной концепции стоит пациент с многочисленными медицинскими, психологическими и социальными проблемами. **Реабилитация в наркологии** определяется как медико-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их личностного и социального статуса. Для достижения этой цели используется комплекс медицинских, психологических, воспитательных, социальных, трудовых мер, направленных на возвращение пациента в общество при условии отказа от немедицинского употребления психоактивных веществ [97-106]. http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_E.pdf. http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf.

Задачи реабилитации:

- Формирование у пациента осознанной и стабильной мотивации (установки) на окончательный отказ от немедицинского приема ПАВ, на активное включение в лечебно-реабилитационный процесс.
- Осуществление комплекса лечебных и психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни.
- Редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуально – мнестических расстройств, развившихся или усугубившихся в процессе болезни.
- Санация соматического статуса пациента, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам ведения здорового образа жизни.
- Коррекция структуры личности пациента и обеспечение позитивного личностного развития через закрепление навыков активной саморегуляции, конструктивного общения; формирование адекватной самооценки и нормативной иерархии ценностей.
- Повышение уровня социального функционирования пациента, формирование (восстановление) системы позитивных семейных, средовых связей.
- Достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков систематической занятости, образовательной и профессиональной подготовки.

Реабилитация включает процесс работы с пациентом, с семьей пациента и членами реабилитационной команды.

Понятие реабилитационного потенциала

Индивидуальные возможности восстановления личности и способность больных к ресоциализации определяются понятием реабилитационного потенциала. **Реабилитационный потенциал** – индивидуальные особенности физического, психического и духовного (морального) здоровья, благодаря которым пациент способен в значительной мере преодолеть патологические проявления заболевания и возвратиться к общественно полезной деятельности. Выделяют высокий, средний и низкий уровень реабилитационного потенциала. Уровень реабилитационного потенциала определяется в процессе диагностики наркологического заболевания на основании анализа четырех индивидуально-специфических «блоков», отражающих: преморбидные особенности личности; клинические особенности заболевания; социальный статус и социальные последствия заболевания; изменения личности в процессе болезни.

3С

Рекомендуется диагностика уровня реабилитационного потенциала у всех пациентов, поступающих в реабилитационное отделение [98, 105].

Этапы реабилитации

Весь лечебно-реабилитационный процесс разделяется на предреабилитационный, собственно реабилитационный и постреабилитационный периоды.

В предреабилитационном периоде осуществляется преимущественно медицинское вмешательство, направленное на купирование последствий хронической (или острой) интоксикации (психотических нарушений, абстинентных и постабстинентных состояний). В зависимости от тяжести клинических проявлений заболевания этот период реализуется либо в условиях стационара, либо амбулатории. Его продолжительность - от 1-2 недель до 2 месяцев. Помимо медикаментозного лечения, наиболее важным является привлечение и мотивирование пациентов к дальнейшей работе, к продолжительному курсу лечения и реабилитации.

Собственно реабилитационный период разделяется на три последовательных этапа: адаптационный (с целью приспособления к условиям пребывания), интеграционный (с целью полного вхождения пациента в реабилитационную программу) и стабилизационный (с целью закрепления достигнутого индивидуального уровня восстановления психического, физического и социального уровня функционирования).

Постреабилитационный период направлен на реализацию комплекса поддерживающих противорецидивных мероприятий, при необходимости – на лечение соматических заболеваний.

Основные направления лечебно-реабилитационной работы:

- Системная организация терапевтической среды.
- Лечебно-оздоровительная система.
- Психолого-психотерапевтическая система.
- Система социальной помощи.

2В	Рекомендуется проводить образовательную работу с пациентами и их родственниками на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса [97-106].
----	---

2В	Рекомендуется использовать трудотерапию [97-106].
----	---

3С	Медико-реабилитационную помощь наркологическим больным оказывают: в реабилитационных амбулаторных подразделениях наркологических лечебно-профилактических учреждений; в реабилитационных стационарах или стационарных подразделениях наркологических лечебно-профилактических учреждений (реабилитационных центрах, больницах, наркологических диспансерах со стационаром, терапевтических сообществах, общинах) [97-106].
----	--

Профилактика

В соответствии с классификацией ВОЗ профилактику зависимостей принято подразделять на первичную, вторичную и третичную.

К первичной профилактике относится предупреждение пагубного (с вредными последствиями) употребления алкоголя. Она включает информационные программы для населения, формирования приверженности к здоровому образу жизни, формирование жизненных навыков у молодежи, развитие деятельности, альтернативной злоупотреблению наркотиками и алкоголем, выявление и оказание медицинской помощи лицам, имеющим высокий риск развития наркологического заболевания из-за наличия психических отклонений, дефектов психики или других неблагоприятных факторов.

Вторичная профилактика предусматривает предупреждение алкогольной зависимости у лиц с пагубным употреблением алкоголя. Она использует преимущественно методы психотерапевтического воздействия, способствующие прекращению приема спиртных напитков до формирования развернутой стадии зависимости. Вторичная

профилактика представляет собой длительный и непрерывный процесс последовательных изменений и включает в себя работу с личностью, семьей и социальной средой в целом.

Третичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования заболевания, возникновения негативных медицинских и социальных последствий алкоголизации. При этом в комплекс профилактических мер входят воздействия, способствующие прекращению приемов алкоголя и предупреждению рецидива заболевания. В состав этого комплекса входят лечение и медико-социальная реабилитация больных. Основа третичной профилактики – обеспечение качества и эффективности медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом алкогольной зависимости. (ЗРУ-644. <https://lex.uz/docs/5069150>).

1А	Рекомендуется использовать психотерапию в качестве основной формы помощи пациентам с пагубным употреблением алкоголя [81-96]. Психотерапия проводится с учетом общих принципов оказания медицинской помощи
1А	Психотерапия должна проводиться не только в индивидуальной и групповой форме, но и с привлечением родственников пациента [81-96]. Групповые формы работы достаточно эффективны при пагубном употреблении алкоголя
1А	Рекомендуется использование трансактного анализа [81-96], который преследует цель формирования зрелой личности, способной объективно оценивать жизненные ситуации, принимать разумные решения, строить взаимоотношения с другими людьми более выгодным способом, помогающим избегать конфликтных ситуаций. Трансактный анализ учит ставить перед собой реальные цели и достигать их, открыто выражать свои чувства и мысли, реагировать на реальность по принципу «здесь и теперь», не искажать ее в своем сознании
4С	Пациентам с пагубным употреблением алкоголя помощь осуществляют нарколог, психотерапевт, медицинский психолог, а также принимают участие специалисты по социальной работе, социальные работники под руководством врача
2В	Оказание психотерапевтической помощи рекомендуется начать с диагностического сеанса, в момент которого осуществляется оценка индивидуальных мишеней воздействия [81-96]. Групповые формы работы достаточно эффективны при пагубном употреблении алкоголя
2В	Рекомендуется направлять пациента с пагубным употреблением алкоголя и сопутствующими психическими расстройствами или суицидальным риском в профильные медицинские учреждения [81-96].
3С	Рекомендуется выявить психотерапевтические мишени и составить индивидуальные психотерапевтические программы с включением факторов, влияющих на процесс выздоровления пациента [81-96].
2В	Рекомендуется проведение семейной психотерапии или консультирования для профилактики дальнейшего употребления алкоголя или других ПАВ [81-96].
2В	Рекомендуется использовать социотерапию, «лечение средой», трудотерапию [97-106].

ГРУППЫ УЧЕТА И НАБЛЮДЕНИЯ

Порядок учета и наблюдения больных алкогольной зависимостью закреплен приказом МЗ РУз №272 от 3 июля 2015 года («О совершенствовании наркологической помощи населению Республики Узбекистан»).

Профилактическое наблюдение

Целью профилактического наблюдения является **вторичная профилактика**, направленная на предупреждение развития алкогольной зависимости. При добровольном обращении граждан за наркологической помощью участковый врач-нарколог в ходе обследования и диагностики должен дифференцировать злоупотребление алкоголем без синдрома зависимости и сформированную зависимость от алкоголя. При отсутствии признаков зависимости выносится медицинское заключение: «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» (код МКБ-10 F10.1). За лицами с пагубным употреблением алкоголя организуется **профилактическое наблюдение**, пациенты получают помощь преимущественно в амбулаторных условиях. Частота осмотра лиц старше 18 лет устанавливается врачом индивидуально. Частота осмотров лиц до 18 лет должна быть не реже 1 раза в месяц. При необходимости работу с пациентами может проводить бригада специалистов, состоящая из нарколога, психотерапевта, медицинского психолога и социального работника. Прекращение профилактического наблюдения производится в случаях:

- Воздержания от психоактивных веществ в течение 1 года;
- Выезда на постоянное местожительство за пределы территории, обслуживаемой наркологическим учреждением;
- Осуждения с лишением свободы на срок свыше 1 года;
- смерти.

Если в течение года прием психоактивного вещества продолжается, но не формируются признаки зависимости, профилактическое наблюдение продлевается. Если в течение срока профилактического наблюдения формируются клинические признаки зависимости от алкоголя, пациент переводится в группу диспансерного учета.

Диспансерное наблюдение*

Все лица, которым установлен диагноз алкогольной зависимости, подлежат диспансерному учету и динамическому наблюдению. Исключение составляют больные, обращающиеся за помощью в кабинеты (отделения) для анонимного лечения. С лицами, у которых диагностирована алкогольная зависимость, проводится лечебно-профилактическая работа (**третичная профилактика**), направленная на прекращение злоупотребления алкоголем, смягчение его медико-социальных последствий, предотвращение срывов и рецидивов заболевания. Число осмотров, приходящихся на каждого конкретного пациента в течение 1 года, зависит от группы динамического наблюдения. Установлены три группы динамического наблюдения:

В I группу входят:

- пациенты, взятые под диспансерное наблюдение в данном году;
- пациенты с безремиссионным течением заболевания;
- пациенты после прохождения принудительного лечения;
- пациенты с ремиссией менее 1 года.

Частота осмотров таких пациентов в амбулаторных условиях должна составлять не менее 1 раза в месяц.

Во **II группу** учета переводятся пациенты с ремиссиями более 1 года до 2-х лет. Частота осмотров - 1 раз в 2 месяца.

В **III группу** учета входят пациенты с ремиссиями свыше 2-х лет. Частота осмотров – 1 раз в 3 месяца. В случае стойкой ремиссии пациенты с алкогольной, зависимостью наблюдаются 3 года.

Прекращение диспансерного наблюдения производится по следующим причинам:

- стойкая ремиссия (выздоровление);
- выезд на постоянное место жительства за пределы обслуживаемой наркологическим диспансером территории;
- осуждение с лишением свободы на срок свыше 1 года;
- смерть;
- изменение диагноза.

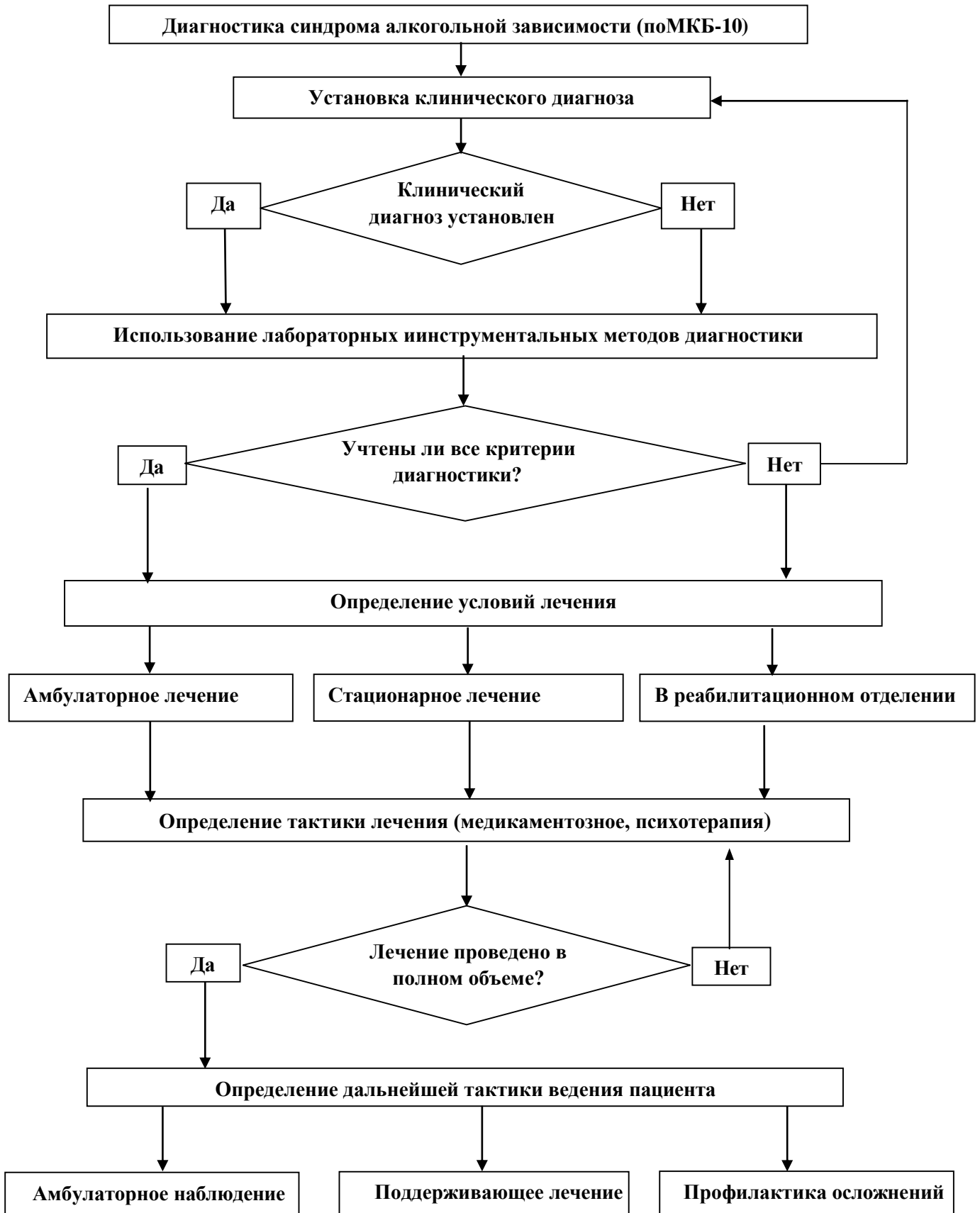
***Примечание:** Диспансерному учету не подлежат лица, обратившиеся в кабинеты анонимного лечения наркологических диспансеров.

№	Критерии качества	да	нет
Этап постановки диагноза			
1.	Выполнено освидетельствование врачом-наркологом с использованием клинического метода в полном объеме, включая расспрос, сбор субъективного и объективного анамнеза, наблюдение		
2.	Выполнено исследование соматоневрологического и Психического состояния с полноценным описанием и точной квалификацией выявленных расстройств		
3.	Выполнены лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для дифференциальной диагностики		
4.	Выполнено экспериментально-психологическое Исследование психических функций и особенностей личности		
5.	Выполнен осмотр врачом-терапевтом, невропатологом или Другими специалистами (по показаниям)		
Лечение алкогольной зависимости			
6	Выполнена медикаментозная терапия ААС, Постабстинентного состояния, аффективных и интеллектуально-мнестических расстройств		
7	Выполнена активная противоалкогольная терапия, направленная на формирование непереносимости алкогольных напитков		
8	Выполнены психотерапевтические мероприятия, Направленные на коррекцию личности и формирование установки пациента на трезвый образ жизни		
9	Выполнена программа медико-социальной реабилитации пациента		
10.	Выполнено оказание социальной помощи пациенту		
11.	Выполнены мероприятия по профилактике рецидива заболевания		

Методика и критерии оценки эффективности наркологической помощи включают медицинские показатели, определяющие эффективность лечения, реабилитации, профилактики осложнений алкогольной зависимости, и социальные показатели, включающие оценку уровня трудовой и семейной адаптации, а также направленность поведения больного после проведенных наркологическим учреждением вмешательств. Критерии оценки эффективности утверждены приказом МЗ РУз №272 от 03.07.2015 года и применяются как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

Приложения

Алгоритм ведения пациента с алкогольной зависимостью



Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство (стационар)

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

« ____ » « _____ » _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу

_____ (адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

даю информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в

_____ (наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.
3. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий. В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.
5. В доступной для меня форме мне разъяснена возможность получения бесплатной медицинской помощи соответствующих видов в рамках ежегодной программы, в том числе территориальной, государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
6. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись _____

Дата « _____ » _____ г.

Информация для пациента с синдромом зависимости от алкоголя

Каковы первые признаки алкогольной зависимости?

Специалисты к первым тревожным признакам алкогольной зависимости относят частое (несколько раз в неделю) употребление алкоголя, навязчивые мысли о выпивке, снижение способности контролировать дозу и увеличение количества спиртного для достижения желаемого подъема настроения или релаксации, улучшение переносимости спиртных напитков в 2-3 раза, резкое ухудшение самочувствия после протрезвления (нарушение деятельности внутренних органов, колебания настроения, снижение способности к концентрации внимания, ухудшение памяти и др.). Следует помнить, что признаки физического неблагополучия могут быть явными (боль в органах, расстройства пищеварения и т.д.) или скрытыми, выявляясь только с помощью специальных обследований, тогда как психические явления заметны самому человеку или его ближайшему окружению. Спиртное начинает употребляться вопреки многим отрицательным последствиям, среди которых часты нарушения семейных, дружеских, трудовых и других социальных связей, конфликты с законом, признаки ухудшения здоровья. Прием алкоголя начинает преобладать над другими побуждениями и мотивами человека. Продолжение систематического потребления алкоголя при наличии отрицательных последствий – явный признак перехода «нормального» желания поднять настроение или расслабиться к болезненному влечению к алкоголю. При наличии этих признаков следует обратиться к специалистам-наркологам, тревога за свое здоровье не может быть лишней. Только специалист на основе полученных от пациента и его близких сведений может оценить, носит ли потребление алкоголя болезненный характер, при необходимости назначить лечение, определить его тактику, длительность, выбрать методы обследования и лекарственные препараты.

Как прогрессирует алкогольная зависимость?

Если на ранних этапах никаких мер не принималось, то со временем полностью утрачивается контроль за количеством алкоголя, после первых доз алкоголя человек уже не может остановиться, пока не достигнет выраженного опьянения. Появляются признаки «похмельного синдрома»: головная боль, головокружение, слабость, колебания АД, неприятные ощущения и боли в области сердца, тошнота, жидкий стул, раздражительность, подавленное настроение и др. Они сочетаются с сильным желанием приема спиртного. Улучшение состояния после опохмеления приводит к усилению желания продолжить выпивку. Формируется механизм запоев, человек не может остановить пьянство на протяжении нескольких дней (даже недель).

Каковы осложнения алкогольной зависимости?

Осложнениями тяжелых длительных запоев могут служить алкогольные психозы («белая горячка»), судорожные припадки (алкогольная эпилепсия), острые гепатиты, панкреатиты, поражения нервной системы, нередко приводящие к инвалидности или смертельному исходу. В развернутой стадии болезни начинают проявляться изменения характера, признаки морально-этического снижения личности. В состоянии опьянения человек часто становится раздражительным, гневливым, злобным, агрессивным или подавленным, дурашливым, импульсивным.

В завершающей стадии алкогольной зависимости снижается переносимость алкоголя (человек пьянеет от небольших доз), утяжеляются проявления «похмельного» синдрома, нарастают признаки алкогольной деградации личности. Ее отличительной особенностью является морально-этическое снижение, утрата прежних интересов, снижение памяти и интеллекта. Человек становится грубым, беспечным, лживым, утрачивает чувство долга и

ответственности, перестает трудиться и считаться с интересами семьи. Наблюдаются алкогольные поражения внутренних органов, обостряются хронические сопутствующие заболевания, учащаются случаи психозов.

Приложение А4. Информация для родственников пациента с синдромом зависимости от алкоголя

Что такое алкогольная зависимость?

Алкогольная зависимость – это болезнь, начало которой, как правило, раньше становится заметным родственникам и окружающим, нежели самому пациенту. Люди, страдающие алкогольной зависимостью, даже при наличии ее явных признаков склонны отрицать болезненный характер злоупотребления алкоголем. Большинство из них уверены, что “пьют, как все” и при желании в любой момент могут прекратить алкоголизацию. Эта особенность связана с механизмами психологической защиты, благодаря которым из сознания пациентов вытесняются тревожные мысли о своем неблагополучии.

Как распознать алкогольную зависимость?

К первым тревожным признакам алкогольной зависимости, которые должны насторожить родственников, относятся частое (несколько раз в неделю) употребление алкоголя до состояния опьянения, улучшение переносимости алкоголя, отсутствие рвоты при его передозировке, стремление пациентов выискивать поводы для частых выпивок. Во время семейного застолья пациенты проявляют торопливость с очередным тостом или выпивают, не дожидаясь его, стремятся употребить все имеющееся на столе спиртное, напиваясь до выраженного опьянения. Невозможность употребить алкоголь в предрасполагающей для его приема ситуации сопровождается раздражительностью, склонностью вступать в конфликты или подавленностью настроения, стремлением уединиться и не участвовать в общих делах. Спиртное начинает употребляться вопреки ухудшению здоровья или отрицательным социальным последствиям, что свидетельствует о формировании болезненного пристрастия к алкоголю. В последующем болезнь прогрессирует с формированием “похмельного синдрома”, запойного пьянства, изменением картины опьянения, морально-этической деградации личности.

Что делать при отказе пациента обратиться за наркологической помощью?

Важно обеспечить обращение пациента к врачу-наркологу на ранних этапах зависимости при появлении ее ранних признаков. Обещания самостоятельно прекратить употребление алкоголя, как правило, пациентами не выполняются. Однако большинство из них отказываются обратиться в наркологическое учреждение, ссылаясь на отсутствие алкоголизма. В таких случаях за консультацией врача-нарколога целесообразно обратиться родственникам больных, чтобы получить рекомендации, как можно мотивировать пациента на обращение в наркологическое учреждение.

Что делать при возникновении созависимости у членов семьи?

Ближайшие родственники пациента нередко страдают созависимостью, которая проявляется тяжелым психологическим состоянием, стремлением контролировать и управлять поведением больного человека, зависимостью душевных переживаний и настроения членов семьи от ритма алкоголизации пациента, а также психосоматическими расстройствами (подъемами АД, ишемическими болями в сердце, кожными заболеваниями и

т.п.). В этих случаях консультация врача- нарколога и, возможно, оказание психологической помощи необходимы самим членам семьи. Для преодоления созависимости в наркологических диспансерах создаются информационные и психотерапевтические группы для родственников пациентов.

Где и как лечить алкогольную зависимость?

При диагностике начальной стадии алкогольной зависимости лечение можно начинать в дневном стационаре или амбулаторном отделении наркологических диспансеров, а также в условиях районных наркологических кабинетов по месту жительства. При наличии развернутой и поздней стадий заболевания показано стационарное лечение. В случае возникновения психоза (галлюцинаций, бреда, нарушения сознания) пациент нуждается в неотложной наркологической помощи с обязательной госпитализацией в наркологический (при хронических формах психозов

– В психиатрический) стационар. При желании пройти программу медико-социальной реабилитации пациент переводится в стационарное или амбулаторное реабилитационные отделения наркологического диспансера.

Основными методами лечения являются медикаментозное воздействие и психотерапия. Лечение алкогольной зависимости – это длительный и трудоемкий процесс, в котором должна участвовать вся семья. После прохождения курса стационарного лечения пациент должен длительное время наблюдаться в амбулаторных условиях и принимать поддерживающее лечение. Задача родственников – устранить условия, затрудняющие воздержание пациента от алкоголя (самим не употреблять спиртное в присутствии пациента, не держать в доме спиртное, проводить семейные торжества без приема алкоголя, стараться избегать семейных конфликтов, поддерживать пациента в его намерении вести трезвый образ жизни и т.д.).

Тест идентификации расстройств, связанных с потреблением алкоголя (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test)

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/14694359413_AUDIT_RUS.pdf

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

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

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

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

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

Дата Время

<p>Тошнота и рвота Спросите: «Не испытываете ли Вы тошноты? Не было ли у Вас рвоты?» Наблюдение.</p>	<p>0 нет ни тошноты, ни рвоты 1 легкая тошнота без рвоты 4 подкатывающая тошнота с позывами на рвоту 7 постоянная тошнота, частые позывы на рвоту, рвота</p>
<p>Тремор (пальцев руки предплечья): «Вытяните руки и разведите пальцы» Наблюдение.</p>	<p>0 отсутствует 1 тремора не видно, но его можно почувствовать пальцами 4 умеренный тремор, в т.ч. с распространением на предплечье 7 тяжелый тремор, даже без распространения на предплечье</p>
<p>Пароксизмальная потливость Наблюдение.</p>	<p>0 признаки потливости отсутствуют 1 влажные ладони 4 капли пота на лбу 7 тотальный гипергидроз</p>
<p>Тревога Спросите: «Вам тревожно? Вы испытываете беспокойство?» Наблюдение.</p>	<p>0 нет тревоги, с покоен/спокойна 1 слегка тревожен/тревожна 4 умеренно тревожен/тревожна или старается контролировать себя так, что тревогу можно заподозрить 7 эквивалентна острым паническим состояниям, которые можно видеть в состоянии делирия или при острых шизофренических реакциях</p>
<p>Возбуждение (ажитация) Наблюдение.</p>	<p>0 Нормальная активность 1 Несколько повышенная активность 4 умеренно выраженная нетерпеливость и беспокойство 7 хождение туда-сюда во время обследования/ разговора или постоянное метание</p>
<p>Головная боль, тяжесть в голове. Спросите: «Вы не испытываете каких-либо необычных ощущений в голове? Нет ощущения, как Будто голова стянута обручем?» Наблюдение</p>	<p>0 отсутствует 1 очень легкая 2 легкая 3 умеренная 4 умеренно выраженная 5 выраженная 6 очень выраженная 7 исключительно выраженная</p>

<p>Тактильные расстройства. Спросите: «Чувствуете ли Вы зуд, ощущение ожога или онемения, ощущение ползания насекомых по коже?» Наблюдение</p>	<p>0 нет 1 очень слабые 2 легкие 3 средней тяжести 4 галлюцинации от средней тяжести до тяжелых 5 тяжелые галлюцинации 6 крайне тяжелые галлюцинации 7 непрерывные галлюцинации</p>
<p>Слуховые нарушения. Спросите: «Не беспокоят ли Вас звуки вокруг? Не кажутся ли они очень резкими? Не пугают ли они Вас? Слышите ли Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?» Наблюдение</p>	<p>0 отсутствуют 1 в очень легкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков 2 в легкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков 3 в умеренной степени резкость звуков или пугающий характер звуков 4 умеренно выраженные галлюцинации 5 выраженные галлюцинации 6 исключительно выраженные галлюцинации 7 непрекращающиеся галлюцинации</p>
<p>Визуальные нарушения Спросите: «Не кажется ли Вам свет очень ярким? Не кажутся ли измененными цвета? Вы что-нибудь видите, что Вас беспокоит? Видите ли, Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?» Наблюдение</p>	<p>0 отсутствуют 1 в очень легкой степени яркость света или измененные цвета 2 в легкой степени яркость света или измененные цвета 3 в умеренной степени яркость света или измененные цвета 4 умеренно выраженные галлюцинации 5 выраженные галлюцинации 6 исключительно выраженные галлюцинации 7 непрекращающиеся галлюцинации</p>
<p>Ориентировка и нарушение ясности сознания Спросите: «Какое сегодня число? Где Вы? Кто я?» Наблюдение</p>	<p>0 ориентирован и может производить порядковые сложения чисел 1 не уверен в дате 2 дезориентирован в дате не более чем на 2 календарных дня 3 дезориентирован в дате более чем на 2 календарных дня 4 дезориентирован в месте и/или в личности</p>
<p>0-9 баллов-отсутствие или легкая степень алкогольной абстиненции 10 - 19 баллов - средней тяжести 20 баллов и более-тяжелая абстиненция свысоким риском алкогольного делирия</p>	

Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю

Квантифицированная оценка необходима для объективного изучения динамики патологического влечения к алкоголю в процессе терапии алкогольной зависимости.

Квантификация	Баллы
АФФЕКТИВНЫЙ компонент	
1. Субдепрессивное состояние.	
а) Пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость;	1 балл
б) Избегает общения из-за отсутствия интереса. Жалобы на скуку, однообразие жизни. Избегает всякой деятельности. Медлительность, вялость. Фиксация на	2 балла
Жизненных невзгодах и понесенных обидах.	
в) Подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему, утрата эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься. Стремление к залеживанию в постели. Перестает следить за собой, становится неряшливым.	3 балла
2. Тревога.	
а) Озабоченность по различным конкретным поводам.	1 балл
б) Мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего, неуверенность в собственных силах.	2 балла
в) Напряженное ожидание надвигающегося срыва. Ощущение беспомощности. Не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив.	3 балла
3. Эмоциональная лабильность.	
а) Слезы и омраченность только при обсуждении не приятных для больного вопросов. Перепады настроения незначительны и непродолжительны.	1 балл
б) Взволнованность и слезы в течение всей беседы и некоторое время после нее.	2 балла
в) Обидчивость, капризность, слезливость в течение всего дня	3 балла
4. Дисфория.	
а) Недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение.	1 балл
б) Напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности;	2 балла
в) Подавленность, напряженность, взрывчатость, агрессивность	3 балла
ВЕГЕТАТИВНЫЙ компонент	
1. Алкогольные сновидения, нарушения сна.	
а) Спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой. Могут быть трудности при его воспроизведении.	1 балл
б) Яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление. Оживление мимических реакций при воспроизведении содержания сна.	2 балла
в) Поверхностный сон, частые просыпания. Яркие будоражащие алкогольные сновидения.	3 балла
2. Мимические реакции (заметное оживление, блеск глаз, покраснение или побледнение лица, гиперсаливация, глотательные движения при обсуждении алкогольных тем)	

а) нет	1 балл
б) есть	2 балла
3.Изменение аппетита.	
а) Неустойчивость аппетита	1 балл
б) Стойкое снижение или повышение аппетита	2 балла
в) Анорексия, булимия. Жажда	3 балла
ИДЕАТОРНЫЙ компонент	
1.Симптоматика, отражающая отношение к алкоголю.	
а) Эпизодически появляющиеся мысли (воспоминания) о спиртном.	1 балл
б) Частые возвращения к мыслям о спиртном.	2 балла
в) Постоянные размышления о спиртном.	3 балла
2. Симптоматика, отражающая отношение к болезни и лечению.	
а) Формальная критика к болезни, сомнения в необходимости лечения.	1 балл
б) Частичная критика к болезни, мнение о нецелесообразности дальнейшего лечения.	2 балла
в) Отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности и бессмысленности лечения.	3 балла
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ компонент	
а) Смакование алкогольной тематики в беседах. Гиперактивность и хлопотливость в попытках отвлечься от мыслей о спиртном. Просьбы о дополнительном лечении. Горячность, показной пафос в осуждении пьянства. Несобранность, забывчивость, непоседливость.	1 балл
б) Стремление уклониться от лечения. Недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы. Изменение круга общения (общение с больными, не настроенными на лечение). Неустойчивость и не последовательность в повседневных делах. Суетливость, рассеянность. Не сразу включается в беседу. Медленно осмысливает вопросы. С трудом переключается на другие темы	2 балла
в) Враждебность, оппозиция к лицам, навязывающим трезвость. "Эксперименты" с алкоголем. Обращения с жалобами на тягу к спиртному. Стремление немедленно выписаться.	3 балла

УРОВНИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ.

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

Высокий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

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

Частные признаки высокого УРП:

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

Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и

психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);

- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения,
- нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- короткими (до 3 мес) и средне короткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- алкогольный и наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства – до 1,5 – 2 месяцев);
- в отношении к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.;
- средней степени деградацией личности – интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем;
- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости,
- порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распушенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);
- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);
- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

Частные признаки среднего УРП:

- относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12-13 лет)
- продолжительностью заболевания не менее 3-5 лет;
- стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;
- наличием палимпсестов алкогольного опьянения;
- запойным типом пьянства;
- преимущественным обладанием постоянно среднеинтенсивного влечения к

алкоголю.

Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитанием неполных семей среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития;
- инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе;
- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи; крайне конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- чаще средним образованием, редко - незаконченным среднетехническим или высшим;
- снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой не обратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тушеводство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное отупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- торпидностью мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве;
- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции, эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения;
- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;
- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при

условии полного признания своего заболевания;

- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

Частные признаки низкого УРП:

- нередко ранним началом употреблением алкоголя с 11-12 лет;
- продолжительностью заболевания алкоголизмом более 5-ти лет;
- значительным снижением толерантности к алкоголю;
- наличием в анамнезе алкогольных психозов;
- алкогольной энцефалопатией;
- преобладанием постоянного влечения к алкоголю.

Список литературы

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016; 944с.
2. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/.
3. 41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association. URL: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/providers/dsm-5-coding-update.pdf>. (дата обращения 04.02.2019).
4. Rehm J. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an update / Rehm J., Gmel G.E. Sr., Gmel G., et al. // *Addiction*. – –Vol.112. – P. 968–1001.
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад: офиц. текст. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. – 254 с.
6. Naassila M. Neurobiological bases of alcohol addiction. *Presse Med*. 2018 Jun; 47(6):554-564. doi: 10.1016/j.lpm.2017.12.001. Epub 2018 Mar 23.
7. Roberto M., Varodayan F.P. Synaptic targets: Chronic alcohol actions. *Neuropharmacology*. 2017 Aug 1;122:85-99. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.01.013. Epub 2017 Jan 17.
8. Eloma A.S., Tucciarone J.M., et al. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(4):418-425. doi: 10.1080/00952990.2017.1362418. Epub 2017 Oct 5.
9. Attilia F., Perciballi R. et al. Alcohol withdrawal syndrome: diagnostic and therapeutic methods. *RivPsichiatr*. May-Jun 2018;53(3):118-122. doi: 10.1708/2925.29413
10. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84:1353–1357.
11. Bharadwaj B, Bernard M, Kattimani S, Rajkumar RP. Determinants of success of loading dose diazepam for alcohol withdrawal: A chart review. *J PharmacolPharmacother*. 2012;3:270-272.
12. Tavakoli H.R., Hull M., Okasinski L.T.M. Review of Current Clinical Biomarkers for the Detection of Alcohol Dependence. *Innovation in Clinical Neuroscience*. 2011 Mar; 8(3): 26–33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074194/>
13. Muñoz-Hernández S., Velázquez-Fernández J.B., Díaz-Chávez J., López-Sánchez R.C., Hernández J.A., et al. (2014) Alcoholism: Common and Oxidative Damage Biomarkers . *J ClinToxicol S7: S7-006*. doi:10.4172/2161-0495.S7-006.
14. Kaner E.F.S., Beyer F.R., Muirhead C., et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; №2: CD004148. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub4/abstract>.
15. Maenhout T.M., Poll A., Vermassen T., De Buyzere M.L., Delanghe J.R.; ROAD Study Group. Usefulness of indirect alcohol biomarkers for predicting recidivism of drunk-driving among previously convicted drunk-driving offenders: results from the recidivism of alcohol-impaired driving (ROAD) study. *Addiction*. 2014 Jan;109(1):71-78. doi: 10.1111/add.12372. Epub 2013 Nov 20.
16. Elisaf M., Kalaitzidis R. Metabolic Abnormalities in Alcoholic Patients: Focus on Acid Base and Electrolyte Disorders. *J Alcohol Drug Depend* 2015, 3:1 doi: 10.4172/2329-6488.1000185
17. Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45.
18. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2010c) Alcohol-use disorder: physical complications. NICE clinical guideline 100. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
19. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2011a) Alcohol dependence and harmful alcohol use. NICE clinical guideline 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
20. Palmer B.F., Clegg D.J. Electrolyte Disturbances in Patients with Chronic Alcohol-Use Disorder. *New England Journal of Medicine* 377(14):1368-1377, doi: 10.1056/NEJMra1704724

21. DeSimone E., Tilleman J., Powell T. Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome. *US Pharm.* 2014;39(11):38-41.
22. Maldonado J.R., Nguyen L.H., et al. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatry.* Nov-Dec 2012;34(6):611-7, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.06.016
23. Holleck J.L., Merchant N., et al. Symptom-Triggered Therapy for Alcohol Withdrawal Syndrome: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Gen Intern Med* 34(6):1018–24, doi: 10.1007/s11606-019-04899-7
24. Cassidy E.M., O'Sullivan I., Bradshaw P., et al. Symptom-triggered benzodiazepine therapy for alcohol withdrawal syndrome in the emergency department: a comparison with the standard fixed dose benzodiazepine regimen. *Emerg Med J* 2012 29: 802-804 originally published online October 19, 2011. doi: 10.1136/emermed-2011-200509
25. Nelson A.C., Kehoe J., et al. Benzodiazepines vs barbiturates for alcohol withdrawal: Analysis of 3 different treatment protocols. *Am J Emerg Med.* 2019 Apr;37(4):733-736. doi: 10.1016/j.ajem.2019.01.002. Epub 2019 Jan 3.
26. Mo Y., Thomas M.C., Karras G.E. Barbiturates for the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A systematic review of clinical trials. *J Crit Care.* 2016 Apr; 32:101-7. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.11.022
27. Tidwell W.P., Thomas T.L., et al. Treatment of alcohol withdrawal syndrome: phenobarbital vs CIWA-AR protocol. *Am. J. Crit. Care*, November 2018, Volume 27, №.6. doi: 10.4037/ajcc2018745
28. Hammond C.J., Niciu M.J., et al. Anticonvulsants for the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome and Alcohol Use Disorders. *CNS Drugs.* 2015 April; 29(4): 293–311. doi:10.1007/s40263-015-0240-4
29. Archer M., Harwood H., Stevelink S., Rafferty L., Greenberg N. Community reinforcement and family training and rates of treatment entry: a systematic review. *Addiction.* 2020; 115(6): 1024-1037. doi: 10.1111/add.14901.
30. Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med.* 2015; №7: 878–882. doi: 10.1111/acem.12706.
31. Kranzler H.R., Song Liou et al. Effect of long-acting injectable Naltrexone on Quality of Life. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/18>. (дата обращения: 10.12.2017).
32. National Institute on Alcohol abuse and alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician Guide. URL: <https://www.niaaa.nih.gov/guide>. (дата обращения: 01.12.2017).
33. Gastfriend D.R., Dong Q., Loewy J. et al. Durability of Effect of Long-Acting Injectable Naltrexone. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15811981>. (дата обращения: 05.02.2018).
34. Syed Y., Keating G. Extended-Release Intramuscular Naltrexone (VIVITROL®): A Review of Its Use in the Prevention of Relapse to Opioid Dependence in Detoxified Patients. *CNS Drugs* October 2013; № 27 (10): 851–861. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-013-0110-x>.
35. Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Брюн Е.А. Опыт применения Вивитрола (налтрексона пролонгированного действия в инъекциях) в клинической практике для лечения алкогольной зависимости. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2010; №3: с.58-61.
36. Машковский М.Д. Лекарственные средства (16-е издание). Пособие для врачей. М.: «Новая волна», 2014; 1216 с.
37. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата Колме при лечении больных алкоголизмом. *Наркология.* 2002; №3: с.2-5.
38. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Русинов А.В. Препарат «Колме» (Colme) как средство аверсионной терапии больных алкоголизмом. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006; №1: с.44-47

39. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Козырева А.В. Результаты клинико-катамнестического сравнительного исследования препарата Колме в терапии алкогольной зависимости. Вопросы наркологии. 2006; № 2: с.21-29.
40. Винникова М.А., Мохначев С.О., Ненастьева А.Ю. с соавт. Терапевтическая эффективность и безопасность Цианамида в сравнении Дисульфирамом при лечении больных с зависимостью от алкоголя: сравнительное открытое рандомизированное мультицентровое киническое исследование. «Вопросы наркологии». 2013; №1: с.46-64/
41. Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. Acad Emerg Med. 2015; №7: 878–882. doi: 10.1111/acem.12706.
42. The American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder. American Psychiatric Association, 2018, 224 p. ISBN 978-0-89042-682-1. Item #2682.
43. Zhang D.X., Li S.T., Lee Q.K., et al. Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare settings. Alcohol Alcohol 2017; 52(5): 595-609.
44. Nadkarni A., Weobong B., Weiss H.A. et al. Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. Lancet 2017; 389(10065): 186-195.
45. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; С.233–243.
46. United Nations. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, United nations publication 2003: 124 p. XI.II. ISBN 92-1-148160-02003. URL: http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_E.pdf (дата обращения 07.02.2019).
47. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: «Литера», 2002: 256 с.
48. Дудко Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с.774-787.
49. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами. Российский медицинский журнал. 2013; № 4: с. 45-49.
50. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. Вопросы наркологии. 2015; № 3: с. 87 -107.
51. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медикосоциальной реабилитации. Вопросы наркологии. 2000; №3: с.13–21.
52. United Nations. TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations, April 2012: 59. URL: http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf.